

HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEXUALIDADE

WILSON DE OLIVEIRA JR
Recife, PE

“Na enfermidade hipertensiva, preocupar-se apenas com a elevação da pressão arterial constituiria um erro quase infantil .

Irving Page

A hipertensão arterial (HA), hoje considerada a afecção mais comum da humanidade, chega a atingir 20% de toda a população adulta, com o que se constitui um dos principais problemas de saúde pública do mundo contemporâneo¹.

É incontestável que o tratamento da HA pode minimizar várias das suas complicações, pois como comprovado por estudos prospectivos, há impacto positivo no que tange à morbi-mortalidade dos pacientes hipertensos^{2,3} ao se tratar de forma adequada os portadores dessa doença, através de medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas.

Na década de 80, a qualidade de vida tornou-se o tema mais lembrado dentro do contexto médico-social, o que levou a medicina a defrontar-se com novos tipos de questão como, por exemplo, a influência—principalmente a longo prazo—dos efeitos adversos dos medicamentos sobre a qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas, como a HA. Sabe-se, hoje, por exemplo, que, paralelamente aos benefícios proporcionados, as drogas anti-hipertensivas podem provocar diminuição no prazo de viver, em consequência de efeitos colaterais, tanto a nível físico como psíquico^{4,6}.

O problema da qualidade de vida, enquanto aspecto a ser levado em conta no tratamento medicamentoso da HA, foi, durante muito tempo negligenciado, e a crescente importância que vem as-

sumindo, nos últimos anos, deve creditar-se à alta prevalência daquela afecção, o que, conseqüentemente, levou ao aumento do interesse pelo bem-estar de grande número de pessoas.

Embora os médicos, em geral, tenham conhecimento de que a sexualidade é parte fundamental do indivíduo e, conseqüentemente, fator importante para vida saudável e plena, os aspectos ligados à vida sexual dos hipertensos têm sido tratados, até o momento, de maneira fragmentada. Na prática diária, assim como em encontros científicos ou mesmo em revistas e livros médicos dedicados à cardiologia, é surpreendente a pequena atenção dispensada ao tema, particularmente em nosso país.

É importante ressaltar que, nos últimos anos, com a valorização da qualidade de vida pela terapêutica das doenças crônicas, como a HA, esse tópico vem atraindo mais a atenção, tanto da imprensa especializada como da leiga, uma vez que se tornou claro que os efeitos adversos das drogas anti-hipertensivas sobre a sexualidade podem contribuir—o que é indesejável—, para o abandono do tratamento, ou, inclusive, dificultar o seu início, apartir, muitas vezes, de informações transmitidas por leigos que, sem esclarecimento médico, assumem o papel de orientadores^{4,6}.

Daí, consideramos que, o tema deve ser discutido com a objetividade e a serenidade necessárias para enfrentar preconceitos, derrubar os tabus e interpretar corretamente os fatos. Porque desfazer mitos e mostrar a realidade também deve fazer parte da atividade médica.

Falar acerca dos efeitos das drogas anti-hipertensivas sobre a sexualidade é tarefa por demais complexa devido, entre outros fatores, ao constrangimento por pacientes e por médicos, em decorrência do preconceito e pela lamentável falta de conhecimento específico nessa área⁷⁻¹⁰.

Além desses aspectos, o grande número de variáveis que compõem a vida sexual de um casal dificulta, muitas vezes, avaliação dos efeitos reais das drogas anti-hipertensivas sobre a sexualidade. Além

Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco

Correspondência: Wilson de Oliveira Jr—Faculdade de Ciências Médicas PE—
Rua Arnóbio Marques, 310—50040—Recife—PE.

disto, parâmetros objetivos para avaliar a disfunção sexual não são facilmente obtidos, sobretudo no caso da mulher⁸.

Outro obstáculo relaciona-se à própria hipertensão arterial, que parece estar mais frequentemente associada a disfunções sexuais, independentemente do uso de drogas. Embora não se tenha, resposta definitiva para explicar essa relação, há estudos que demonstram maior prevalência de disfunção sexual em hipertensos não tratados, em relação a normotensos^{10,11}.

A partir do conhecimento das dificuldades que envolvem a abordagem do tema em questão, fica implícito que o que será discutido deve ser entendido no marco das variáveis que compõem a sexualidade humana em sua complexidade.

Antes de analisarmos os efeitos específicos das drogas anti-hipertensivas sobre a sexualidade, e para melhor entendê-los, necessário se faz recordar, de maneira sucinta, aspectos ligados à função sexual considerada normal.

Fisiologia sexual masculina

A sexualidade masculina depende da complexa interação de mecanismos neurogênicos, vasculares e hormonais, que regulam a ereção do pênis, a produção e a emissão do sêmen.

Mecanismos neurogênicos e psicogênicos

— Os mecanismos neurogênicos e psicológicos responsáveis pela ereção do pênis originam-se no córtex cerebral e no sistema límbico, e se transmitem através do gânglio simpático toráco-lombar e dos nervos parassimpáticos. Concomitantemente, os estímulos genitais acionam os mecanismos de índole reflexogênica que, por sua vez, são transmitidos aos nervos pudendos da medula espinhal. Já a emissão do sêmen é controlada, em boa parte, através das fibras nervosas simpáticas do segundo e terceiro segmentos lombares, onde a neurotransmissão ativa os alfa-receptores. Vale salientar que a excitação sexual é influenciada por impulsos corticais e/ou psicogênicos, que podem estimular ou reprimir o processo^{7,12,13}.

Mecanismos Vasculares—A ereção do pênis envolve o acúmulo de sangue, tanto em seus corpos cavernosos como no esponjoso, todos eles controlados através do relaxamento de estruturas de tipo valvular, via fibras simpáticas e parassimpáticas¹².

Mecanismos Hormonais—Para um melhor entendimento dos dois mecanismos hormonais, é fundamental recordar a fisiologia do eixo

hipotálamo-hipófise-gônadas masculino. É sabido que o hipotálamo produz o hormônio liberador de gonadotrofina, que estimula a hipófise anterior a secretar o hormônio luteinizante (LH). Este permite a liberação, através dos testículos, da testosterona, a qual, por mecanismo de “feedback”, inibe a secreção do LH. No hipotálamo, são secretados, ainda, o hormônio liberador da tireotrofina (TRH) e a dopamina, o primeiro, estimulando, e a segunda, inibindo a produção de prolactina pela hipófise anterior. À prolactina é imputada ação antagonista ao LH, inibindo a nível testicular, sua ação estimuladora de secreção de testosterona e dehidrotestosterona. Postula-se, ainda, a redução da secreção de LH na hipófise, pela ação da própria prolactina. Em resumo, a secreção de prolactina é inibida pela dopamina, razão pela qual as drogas que afetam os mecanismos neurotransmissores cerebrais podem causar efeito profundo sobre a libido masculina^{7,13,15}.

Na prática clínica, as disfunções sexuais masculinas podem estar representadas por redução da libido, dificuldades de ereção e, finalmente, por alterações na ejaculação. As drogas anti-hipertensivas podem provocar essas anomalias, isoladas e/ou associadas, a depender do local de ação. Os mecanismos prováveis, pelos quais esses anti-hipertensivos podem provocar disfunção sexual no homem, poderiam ser assim esquematizados: a) depressão do sistema nervoso central; b) elevação dos níveis de prolactina do plasma; c) ação anti-adrenérgica; d) ação anti-colinérgica; e) efeito simpaticolítico; f) bloqueio dos receptores alfa-adrenérgicos¹³.

Disfunção sexual masculina e drogas anti-hipertensivas

Embora alterações adversas na esfera sexual, como a impotência, tenham sido associadas à maioria dos anti-hipertensivos, sua real incidência em relação a cada droga permanece discutível¹³⁻¹⁵. Afirmações, tão variadas quanto conflitantes, acerca da frequência dos efeitos adversos das drogas anti-hipertensivas sobre a sexualidade, podem dever-se a alguns fatores, já abordados aqui, mas que merecem ser enfatizados: a) a falta de uniformidade dos critérios de avaliação e a ausência de estudos controlados, à base de métodos mais adequados; b) as inúmeras variáveis que interferem na sexualidade; c) o fato de que, algumas vezes, os sintomas referidos pelos pacientes já se apresentavam antes do início da medicação, o que falseia as conclusões; d) a presença de politerapia, ou seja, mais de uma droga para o combate à hipertensão, o que dificulta

ou, inclusive, impossibilita discriminar, com segurança, a droga responsável pela disfunção; e) a coexistência de doenças, como diabetes mellitus, que é causa freqüente de disfunção sexual; f) os aspectos psicológicos ligados à presença da HA^{8,11}.

Apesar de todas as ressalvas apontadas, sobre as dificuldades de se avaliar com precisão a presença dos efeitos das drogas anti-hipertensivas sobre a atividade sexual dos pacientes hipertensos, os conhecimentos atualmente disponíveis permitem as considerações que se seguem, relativas aos diversos recursos medicamentosos utilizados no tratamento da HA^{7,8,13-15}.

Diuréticos—Os diuréticos tiazídicos e de alça não aparecem como causa freqüente de disfunção sexual, embora a literatura médica relate casos de redução de libido e de impotência. Com relação à espironolactona, esta poderia levar à impotência sexual através do bloqueio da 5 α , redutase que atua na transformação da testosterona em dehidrotestosterona, provocando, assim, efeito anti-androgênico^{7,13}.

Simpaticolíticos—Os estudos realizados referem-se, principalmente, à alfa-metil-dopa e á clonidina. No caso da alfa-metil-dopa, os efeitos parecem depender das doses ministradas (menos de 1 g, impotência em 10-15% dos pacientes; 1 a 1,5 g, 20-25% dos casos; e acima de 2 g, 50%)¹⁶. Esses efeitos parecem estar relacionados ao poder sedativo e depressivo, bem como ao estímulo secretor da prolactina.

Já a clonidina, nas doses habitualmente utilizadas, não parece exercer ação deletéria sobre a sexualidade, embora a literatura especializada inclua trabalhos referindo impotência sexual em pacientes que usam a droga⁷.

Bloqueadores pós-ganglionares—Eles são universalmente aceitos como eventuais causadores de alterações na esfera sexual. A guanetidina pode provocar problemas efetivos em 40% a 60%, e dificuldade ejaculatória em 20% dos pacientes⁷. A reserpina freqüentemente leva à impotência e à redução da libido, pelos mesmos mecanismos imputados à metil-dopa¹³.

Betabloqueadores Adrenérgicos—Embora os betabloqueadores tenham sido, durante algum tempo, considerados como drogas não prejudiciais à função sexual, trabalhos mais recentes têm evidenciado que, pelo menos, o propranolol pode produzir impotência e redução da libido em alguns pacientes, pela ação central do medicamento^{7,13}. Estudo recente, em pacientes medicados com propranolol, verifi-

cou 15% de impotência, 28% de impotência parcial e 4% de redução da libido, sendo a severidade da disfunção sexual relacionada à dose prescrita¹⁷. Por outro lado, não têm sido relatados, na mesma proporção efeitos indesejáveis no âmbito sexual, causados por bloqueadores com níveis mais baixos de lipossolubilidade e menor passagem pela barreira hemoliquórica, como o atenolol e o oxprenolol. Outra complicação, esporadicamente relatada, devido ao uso de betabloqueadores, é a doença de Peyronic (fibrose dos corpos cavernosos)⁷.

Vasodilatadores—Embora os de ação direta sobre as paredes vasculares, como a hidralazina e o minoxidil, não sejam citados com freqüência, como causa de disfunção sexual, o Estudo Cooperativo da Administração dos Veteranos relatou impotência em 17,8% dos indivíduos que tomavam hidralazina³.

Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos—Eles poderiam prejudicar a ejaculação através do bloqueio dos receptores alfa-adrenérgicos. Embora não se tenha relatado com freqüência, disfunção sexual devida ao uso desses bloqueadores, o Estudo Cooperativo da Administração dos Veteranos encontrou impotência em 27,7% dos pacientes que faziam uso de prazosin³. Com relação às outras drogas do mesmo grupo, como a indoramina, fentolamina, urapidil e bufeniodo, não encontramos referências sobre disfunção sexual^{7,13,15,16}.

Bloqueadores dos Canais de Cálcio—Eles não parecem influenciar a libido, a potência e a ejaculação, todavia há necessidade de observação a mais longo prazo^{14,15}.

Inibidores de enzima de conversão—Nas doses hoje empregadas, tanto o captopril quanto o enalapril e, mais recentemente, o lisinopril raramente têm sido descritos como fatores de alteração do desempenho sexual, embora, como no caso anterior, esse quadro deva ser verificado através de estudos de mais longo prazo¹⁵.

Disfunção sexual feminina e drogas anti-hipertensivas

São escassos os estudos sobre drogas anti-hipertensivas e sexualidade feminina, bem como os mecanismos pelos quais as eventuais alterações se manifestam. Isto pode se dever ao fato de que, na mulher, o decréscimo de interesse sexual é menos facilmente perceptível e, com freqüência, considerado pelo médico como de importância menor. Os preconceitos e tabus que ainda envolvem a sexualidade feminina têm, seguramente, obstaculizado a elucidação desse importante aspecto, o que, aliás,

como comenta Kaplan¹⁰, faz parte da tendência de ignorar o papel das doenças sobre a vida sexual da mulher. Incontestavelmente, os efeitos das drogas anti-hipertensivas sobre a sexualidade masculina estão muito melhor documentados e compreendidos. Daí porque, com relação às mulheres, podemos admitir, por analogia, que drogas anti-hipertensivas que afetam o interesse sexual, por sua ação sobre o cérebro, têm efeitos negativos sobre a sexualidade, semelhantes em ambos os sexos.

Sabe-se, por outro lado, que, como ocorre com a ereção, a lubrificação e a intumescência vaginais são governadas por nervos colinérgicos, o que nos leva a admitir, ainda por analogia, que as drogas que apresentem efeitos anti-colinérgicos também poderiam afetar a sexualidade feminina. Com relação aos diuréticos, tem sido descrita a possibilidade dessas drogas diminuírem a lubrificação vaginal¹⁰.

Portanto, do mesmo modo que em relação aos homens, o médico deve estar atento às possíveis influências negativas dos anti-hipertensivos sobre a atividade sexual na mulher.

O quadro I resume os principais efeitos dessas drogas sobre a função sexual em ambos os sexos¹⁸.

Conduta diante do hipertenso com disfunção sexual

A complexidade do tema não permite padronizações, o que não impede a formulação de sugestões voltadas para óbices que devem ser absorvidos pelo médico, não como ficção, mas como fatos reais e, por vezes, angustiantes.

Nossa formação médica, extremamente organicista, cria tendência a sistematizar e a uniformizar o atendimento, sem levar em conta que cada

paciente é uma individualidade. Esse comportamento pode satisfazer as necessidades do médico, mas tende a desconsiderar as expectativas do paciente, que espera atendimento mais centralizado na pessoa, e não na queixa e um diálogo em que ele possa falar com maior liberdade dos problemas mais íntimos⁷.

Nesse sentido, ressaltaríamos a importância de uma boa relação médico-paciente, através da qual o profissional possa, também, deslocar o seu interesse da doença para o doente, estabelecendo com este um relacionamento em que devem prevalecer características e atitudes essencialmente individuais.

Vale enfatizar que nem todos os pacientes referem espontaneamente queixas relacionadas à sexualidade. Daí, a necessidade do médico, através dessa relação acima referida, onde a confiança e a empatia se estabeleçam, proceder a um cuidadoso e hábil interrogatório, no sentido de vencer a inibição do paciente e, com isso, obter dados importantes sobre sua história sexual. Muitos médicos não formulam perguntas sobre a vida sexual e, por esse motivo, imaginam que os problemas nesse campo inexistem. Em alguns casos, os doentes referem que deixaram de tomar a medicação por esquecimento ou por fatores econômicos, omitindo, assim, a verdadeira causa da descontinuidade terapêutica. O médico, portanto, deve estar atento para perceber se por trás dessas respostas existe alguma queixa referente à sexualidade, eventualmente provocada pela medicação prescrita.

De preferência, a abordagem das questões relativas à vida sexual não se deve fazer no início da consulta, pois, conhecendo-se melhor o paciente como pessoa, no decorrer do diálogo, quando se in-

QUADRO I Possíveis efeitos colaterais dos agentes anti- hipertensivos sobre a sexualidade¹⁸

| Droga | Disfunção Sexual | | | | | |
|------------------|------------------|----------------------|------------------------|--------------|-----------|------------------------------------|
| | Impotência | Diminuição da libido | Dificuldade ejaculação | Ginecomastia | Priapismo | Diminuição da lubrificação vaginal |
| Tiazídico | + | + | - | - | - | + |
| Indapamide | + | + | - | - | - | - |
| Furosemide | - | - | - | - | - | - |
| Ácido Etacrínico | - | - | - | - | - | - |
| Espirondactona | + | + | - | - | - | - |
| Betabloqueadores | + | + | - | - | - | - |
| Metildopa | + | + | + | + | - | - |
| Clonidina | + | + | + | + | - | - |
| Guanabens | + | + | + | - | - | - |
| Reserpina | + | + | + | - | - | - |
| Prazozin | + | - | - | - | - | + |
| Hidralizina | + | - | - | - | + | - |
| Guanetidina | + | + | + | - | - | - |
| Guanadnel | + | + | + | - | - | - |
| Minoxidil | - | - | - | - | - | - |
| Captopril | - | - | - | - | - | - |

quire sobre outros sistemas orgânicos, é possível estabelecer-se uma relação de maior confiança, que facilita a introdução de questões referentes à sexualidade.

No nosso entender, perguntas diretas ou muito específicas podem produzir inibição e, conseqüentemente, dificultar a obtenção de informações. As mais abertas, por outro lado, mostrarão que o médico não está interessado apenas no sintoma, em particular, mas na pessoa como um todo. Perguntas do tipo “como é o seu orgasmo?” deveriam ser evitadas. Ao invés delas, dever-se-ia, tanto quanto possível, formular questões que permitam ao paciente responder com seu ponto de vista pessoal e com sua linguagem própria. Por exemplo: **Seu interesse sexual modificou-se após o início dessa medicação?** .

Diante de uma queixa de âmbito sexual exposta pelo paciente hipertenso, espontaneamente ou após a anamnese, algumas questões devem ser levantadas.

Como primeira etapa, o médico deveria certificar-se de que a disfunção sexual decorre, realmente, do uso da droga, o que nem sempre é fácil, em razão das inúmeras variáveis presentes. É fundamental estabelecer-se, na verdade, existe uma relação de causa e efeito, no sentido de se evitar interrupção desnecessária do tratamento. Se a investigação clínica, através do diálogo médico-paciente, sugerir que a disfunção sexual deve-se à ação da droga, a diminuição ou mesmo a mudança de medicamento é, na maioria das vezes, o quanto basta para restabelecer a normalidade da função sexual, uma vez que os efeitos adversos dos anti-hipertensivos são, sempre, reversíveis com a suspensão dos mesmos^{7,8}.

É importante lembrar que aspectos psicológicos podem ser responsáveis pela disfunção sexual dos hipertensos, devido aos mitos que ainda cercam a doença, por exemplo, o de que a mesma contra-indica a atividade sexual pelo risco de acidente vascular cerebral. Outros acreditam que a hipertensão é sinal de envelhecimento, acompanhado, inevitavelmente, de redução da capacidade sexual. Alguns pacientes crêem que a excitação e o orgasmo podem precipitar aumento perigoso da pressão arterial, pondo em risco sua vida. Junte-se a tudo isso as informações que o paciente recebe de outros hipertensos, no sentido de que todos os medicamentos anti-hipertensivos provocam disfunção sexual, além da crença, bastante difundida, de que a diminuição da pressão arterial acarreta, automaticamente,

redução da capacidade sexual.

Em tais casos, uma conversa franca pode desfazer os mitos sobre hipertensão. Sabe-se que, no passado, prevalecia a idéia de que a atividade sexual poderia favorecer a ocorrência de hemorragia cerebral. Contudo, trabalhos mais recentes indicam que essa complicação pode ocorrer, com a mesma frequência, tanto no sono como durante o coito⁹. Portanto, à luz dos dados disponíveis na atualidade, podemos inferir que o ato sexual não parece constituir fator de risco sério de hemorragia cerebral no hipertenso. Temos, portanto, o dever de esclarecer nossos pacientes, que o esforço do ato sexual não influi negativamente sobre a hipertensão, não sendo, por conseguinte, necessário restringir a vida sexual.

Em alguns casos, o diálogo do médico com o(a) parceiro(a) do(a) paciente, reassegurando que a atividade sexual não apenas é possível como isenta de risco, além de benéfica para restabelecer a auto-estima, é um aspecto a ser lembrado, uma vez que, não raro, o(a) parceiro(a) pode se recusar a manter relações sexuais, com a intenção de “proteger” o paciente, gerando, com isso, mais uma situação de conflito. Portanto, o aconselhamento conjunto do casal pode produzir resultados positivos¹⁹.

Além dos efeitos das drogas anti-hipertensivas e/ou dos aspectos psicológicos, que podem ser os responsáveis pelas queixas sexuais dos hipertensos, é necessário chamar a atenção para um grupo de doenças que, com frequência, podem estar presentes no hipertenso, e que funcionam, eventualmente, como agravantes e/ou como responsáveis diretas pela disfunção sexual. Dentre as mais importantes, poderíamos lembrar o diabetes mellitus, a insuficiência renal e as vasculopatias. Depressão e ansiedade também podem, evidentemente, causar redução da libido. Estudos recentes indicam que homens sob tensão crônica apresentam consistente e significativa baixa dos níveis de testosterona¹⁰. Nesses casos, faz-se necessária uma abordagem sobre a doença associada, antes de se atribuir a disfunção sexual à droga anti-hipertensiva^{10,20}.

Os hipertensos fumantes devem ser aconselhados a debelar o vício. O hábito de fumar influencia negativamente a função sexual, aumentando a possibilidade de impotência, provavelmente pela ação deletéria sobre as artérias penianas, seja obstruindo-as, seja dificultando o seu relaxamento⁷.

O alcoolismo crônico ou mesmo o consumo habitual e excessivo de álcool quase sempre prejudica a resposta sexual em ambos os sexos, especialmente nos homens, de modo que o hipertenso com

disfunção sexual, que faz uso de bebida alcoólica em excesso, deve ser aconselhado a moderar esse¹⁰.

É importante não esquecer que o uso concomitante de outras drogas pode agravar os efeitos negativos dos anti-hipertensivos sobre a sexualidade ou até, em alguns casos, ser o responsável direto pela disfunção. Como exemplo, poderíamos citar os anti-depressivos e os anti-ulcerosos (bloqueadores H₂)^{7,14}.

Por outro lado, temos que admitir que as queixas sexuais de alguns hipertensos transcendem certas medidas, aqui comentadas, derivadas da falta de conhecimento específico associada à disponibilidade de tempo do médico não especialista, muitas vezes já sobrecarregado. Nessas circunstâncias, faz-se premente o encaminhamento para profissional especializado na área sexual. O importante é que tais queixas não sejam negligenciadas ou ignoradas, o que traria conseqüências graves para o hipertenso, como pessoa. Importante lembrar que a última década trouxe volume substancial de informações novas sobre a sexualidade humana, além de técnicas para o tratamento bem sucedido da maioria dos portadores de disfunção sexual¹⁴.

Por fim, como estratégia preventiva de disfunção sexual em pacientes hipertensos sob tratamento medicamentoso, dever-se-ia, sempre que possível, preferir drogas anti-hipertensivas, que apresentem poucos efeitos colaterais no âmbito sexual, precaução esta a ser redobrada nos casos de diabéticos, idosos e/ou portadores de vasculopatias periféricas.

Esperamos que o aqui exposto leve a uma reflexão mais profunda, tanto sobre a complexidade do tema, quanto acerca das dúvidas que ainda o permeiam, e, sobretudo, estimule o interesse de outros no sentido de que, ao se tratar o paciente

hipertenso, não se busque, simplesmente, a redução dos níveis tensionais. Na medicina, o sucesso do tratamento não pode continuar sendo avaliado somente a partir de parâmetros quantitativos, em dados numéricos. É imprescindível que, paralelamente à consecução do objetivo primeiro, esteja presente e atuante a preocupação com o indivíduo como um todo, enquanto ser biopsicosocial indivisível.

REFERÊNCIAS

1. McFate, SW—Epidemiology of Hypertension. *Med. Clin. N. Amer*, 1977; 61: 467-87.
2. Veterans—Administration Cooperative Study Group on Hypertension Agents: Effects of treatment on morbidity in Hypertension II. Results in Patients With Diastolic Blood pressure averaging 90 through 114 mmHg. *JAMA*, 1970 213: 1143-558.
3. Veterans—Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive agents: comparison of prazosin with hydralazine in patients receiving hydrochlorothiazide: a randomized doubleblind Clinical trial. *Circulation*, 1981. 64: 722-9.
4. Groog SH, Levine STesta MA et al—The effects of anti-hypertensive therapy on the quality of life. *N Eng J Med*. 1986; 314: 1657-64.
5. Williams HG—Quality of life and impact on hypertensive patients. *Jama*, 1987; 82: 98-105.
6. Oliveira Jr WA—Os eleitos da terapia anti-hipertensiva sobre a qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol*, 1988; 52: 111-3.
7. Lopes PG & Abuhid AM—Sexualidade e hipertensão. In: Lopes PG—Sexualidade Humana. Medsi, Rio de Janeiro, 1989. p. 170.
8. Veloso C—Efeitos dos medicamentos de ação cardiovascular sobre a sexualidade. ID: Vitello N—Sexologia II. Comissão Nacional e Sexologia da FEBRASCO, São Paulo, Roca, 1986. p. 26.
9. Munjack DJ & Oziel LB—Sexologia, Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro-São Paulo, Livraria Atheneu, 1984. p. 73.
10. Kaplan HS—A Nova Terapia do Sexo. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977. p. 95.
11. Willa AH—Sexual dysfunction with aging and systemic hypertension. *Am J Cardiol*, 1988; 61: 18-23.
12. Bulpitt CJ, Dollery CT, Carnes S—Symptoms of hypertensive patients after referral to Hospital Clinic. *Br. Heart J*. 1976; 36: 121-8.
13. Wajngarten M—Impotência sexual no tratamento da hipertensão arterial. Ciba-Geigy—Atualização em Cardiologia. 1985, nº 2, 1-6.
14. Krane RJ, Goldstein I, Tejada IS—Impotence. *N Engl J Med*. 1989; 321: 1648-59.
15. Wein AJ, Van Arstalen KN—Drug induced male sexual dysfunction. *Urol Clin North Am*, 1988;15: 23-31.
16. Wartman SA—Sexual side-effects of anti-hypertensive drug treatment strategies and structures. *Postgrad Med*, 1983; 73: 133-6.
17. Knarr JW—Impotence from propranolol. *Ann Inter Med*, 1976; 85:259.
18. Zemel P—Sexual dysfunction IN The Diabetic Patient with Hypertension. *Am J Cardiol*, 1988; 62: 27-33.
19. Oliveira Jr WA—Atividade sexual após o infarto do miocárdio. *Arq Bras Cardiol*, 1986; 46: 205-10.
20. Dunn ME—Psychological perspectives of sex and aging. *Am J Cardiol*, 1988; 61: 24-6.