

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

SONIA MARIA DA SILVA GARCIA

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

aspectos da sexualidade, socioepidemiológicos e clínicos

FORTALEZA-CEARÁ
2004

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SONIA MARIA DA SILVA GARCIA

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

aspectos da sexualidade, socioepidemiológicos e clínicos

Dissertação inserida na linha de pesquisa “Assistência participativa de enfermagem clínico-cirúrgica em situações de saúde-doença”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Marli Teresinha Gimeniz Galvão

FORTALEZA-CEARÁ
2004

SONIA MARIA DA SILVA GARCIA

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

aspectos da sexualidade, socioepidemiológicos e clínicos

Aprovada em 16 / 12 / 2004

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^ª Marli Teresinha Gimeniz Galvão – UFC
Presidente

Prof^ª Dr^ª Maria Emília Romero de Miranda Henriques - UFPB
Examinadora

Prof^ª Dr^ª Ana Fátima Carvalho Fernandes - UFC
Examinadora

Prof. Dr Paulo César de Almeida - UECE
Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda força que me proporcionou e me fez caminhar na direção do alcance de mais esse objetivo.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Marli Teresinha Gimenez Galvão, pela objetividade e competência com que me orientou e, principalmente, pelo exemplo de que a afirmação profissional se constrói com trabalho, seriedade e dedicação.

A Pedro, meu esposo, por constituir peça fundamental na minha vida e por, mesmo nas maiores adversidades, conseguir compreender-me e dar-me forças para concluir este estudo.

A Gabriela e Rafael, meus filhos, pela colaboração e pela compreensão nos momentos de ausência.

A Raimunda, minha tia, pelo acolhimento na sua residência, pelo carinho e pelas palavras de encorajamento nos momentos difíceis.

Às amigas, professoras Silvana Sidney da Costa Santos, Jael Maria de Aquino, Estela Monteiro Leite Meirelles e Maria Inês da Silva, pelo auxílio, pela amizade e por terem compartilhado comigo em todos os momentos da realização deste estudo, fossem eles fáceis ou difíceis, recompensadores ou não.

Aos colegas do curso, pela amizade firmada durante esta caminhada.

Ao estatístico Emídio C. de Albuquerque, pelas sugestões na reestruturação do formulário e pronta ajuda estatística.

À amiga Severina Maria da Silva, pelo carinho e pela disponibilidade na elaboração do abstract.

À professora Laudénir Rivas, pela correção do vernáculo e pelas sugestões sempre pertinentes.

À bibliotecária Roseane de Almeida Silva, pela disponibilidade e pela competência com que me auxiliou no cumprimento das determinações estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas, neste trabalho.

Aos 114 portadores de hipertensão arterial, sujeitos da minha pesquisa, pela paciência, compreensão e respeito pelo meu trabalho.

A todos aqueles cujos nomes não foram citados e que, de alguma forma, tiveram participação neste trabalho.

RESUMO

A Hipertensão Arterial caracteriza-se como um dos principais problemas de saúde pública do mundo contemporâneo por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. A hipertensão arterial pode influenciar a sexualidade de maneira direta ou indireta. Este estudo do tipo descritivo teve como objetivos identificar, entre portadores de hipertensão arterial, de ambos os sexos, o perfil socioepidemiológico e clínico, e a frequência e os tipos das alterações sexuais presentes nessa população. O estudo foi realizado no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), considerado referência em Cardiologia no Recife-PE. Estudaram-se 114 adultos, sendo 39 homens e 75 mulheres, portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial, de maio a julho de 2004. Os dados foram obtidos por entrevista direta realizada pela pesquisadora, demonstram que a idade variou de 24 a 65 anos (média de 52,19 anos). Grande parcela (80,7%) eram casados. Quanto a escolaridade 64,9% informavam primeiro grau. A maioria professavam ser católicos, com renda *per capita* variando de R\$ 37,14 a R\$ 1.300,00. Maior proporção encontravam-se classificados como não-economicamente ativos e informavam tempo de diagnóstico entre seis a 10 anos. Grande parcela fazia uso de drogas anti-hipertensiva entre um a cinco anos. Ao estudar interrupção do tratamento, as mulheres eram as menos aderentes. Ao analisar os hábitos saudáveis de vida os *hábitos desejáveis* compreenderam a redução na ingestão de sal, redução de peso, prática de exercícios físicos e lazer e *hábitos não desejáveis*, o consumo de cigarro de papel ou de palha e o consumo de bebidas alcoólicas, sendo que as mulheres informavam mais os hábitos saudáveis do que os homens. Já, 55,7% do total dos hipertensos informavam ter apresentado alterações na sua vida proveniente do diagnóstico de hipertensão arterial. Quanto à avaliação da existência de alterações sexuais não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0.3871$). Entretanto, aquelas mais frequentes entre os homens eram a disfunção erétil, seguida pela inibição do desejo, e as mulheres informavam mais a inibição do desejo, seguida pela frigidez. Dentre as diferentes variáveis estudadas mostraram significância estatística apenas as associações: alteração sexual versus situação ocupacional e alteração sexual versus existência de atividade de lazer. Conclui-se, ao longo do estudo, que os hipertensos mostram características semelhantes aos doentes do país e apresentam alterações na sexualidade advinda da própria doença ou do envelhecimento. Depreende-se que os indivíduos que não possuem lazer e não trabalham, por se manterem ociosos, podem estar mais afetados pelas doenças, interferindo na saúde sexual.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial, Adulto, Fatores de risco, Sexualidade.

ABSTRACT

The Arterial Hypertension is characterized as one of the principal problems of public health of the contemporary world for your magnitude, risk and difficulties in your control. The arterial hypertension can influence the sexuality in way direct or indirect. This study of the descriptive type had as objectives to identify, among bearers of arterial hypertension, of both sexes, the profile partner-epidemiological and clinical, and the frequency and the types of the present sexual alterations in that population. The study was accomplished at the clinic of cardiology of the Academicos Hospital Oswaldo Cruz (HUOC), considered reference in cardiology in Recife – PE 114 adults they were studied being, 39 men and 75 women, bearers of arterial hypertension in treatment ambulatory, of May to July of 2004. The data were obtained by direct interview accomplished by the researcher. The data demonstrate the age it varied from 24 to 65 years (52, 19 year-old average) Great portion (80, 7%) of the hypertensions they were married. With relationship to the education 64, 9% informed first degree. Most professed to be Catholic, with per capita income varying from R\$ 37, 14 to R\$ 1.300,00. Larger proportion of the hypertensions was classified as non-economically assets and they informed time of diagnosis among six to 10 years. Great portion made use of drugs anti-hypertensive among one to five years. When studying interruption of the treatment, the women were the least adherent ones. When analyzing the healthy habits of life the desirable habits they understood the reduction in the ingestion of salt, weight reduction, practice of physical exercises and leisure and habits didn't want the consumption of paper cigarette or of straw and the consumption of drunk alcoholic, and the women informed more the healthy habits than the men. Already, 55, 7% of the total of the hypertensions informed to have presented alterations in you're originating from life the diagnosis of arterial hypertension. With relationship to the evaluation of the existence of sexual alterations was not observed it differentiates significant statistically among the sexes ($p = 0.3871$). The more frequent sexual alterations among the men were the erectile dysfunctions, followed for the inhibition of the desire, and the women informed the inhibition of the desire, followed for the frigidity. Among the different studied variables they showed statistically significant, just to associations they will be alteration sexual versus occupational situation and alteration sexual versus existence of leisure activity. It is concluded along the study that the hypertensions characteristics are shown similar to the patients of the country and they present alterations in the sexuality result of the own disease or of the aging. It is inferred that the individuals that don't possess leisure and they don't work, for if they maintain idle, they can be more affected by the diseases, interfering in the sexual health.

Word-key: Arterial hypertension, Adult, Risk factors, Sexuality.

LISTA DE QUADRO E TABELAS

- TABELA 1-** Distribuição dos hipertensos, segundo o sexo e a categorização sócio-demográfica, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 36
- TABELA 2-** Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tipo de ocupação* atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 46
- TABELA 3-** Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tempo* de diagnóstico da hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 49
- TABELA 4-** Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tempo* de tratamento da hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 51
- TABELA 5-** Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e interrupção do tratamento farmacológico para hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 53
- TABELA 6-** Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tipo de anti-hipertensivo utilizado, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 58
- TABELA 7-** Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e hábitos, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 62

- TABELA 8-** Distribuição dos 114 hipertensos, segundo sexo e alterações na vida pessoal resultantes da hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitários Oswaldo Cruz. Recife, 2004 69
- QUADRO** Descrição das categorias e falas sobre as mudanças que ocorreram na vida dos hipertensos, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitários Oswaldo Cruz, após a descoberta da hipertensão arterial. Recife, 2004 71
- TABELA 9-** Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e presença de alteração sexual, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 75
- TABELA 10-** Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tipo de disfunção sexual, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 77
- TABELA 11-** Distribuição dos hipertensos, segundo alteração sexual e situação ocupacionais, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitários Oswaldo Cruz .Recife, 2004 82
- TABELA 12-** Distribuição dos hipertensos, segundo alteração sexual e lazer, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004 84

LISTA DE ABREVIATURAS

CIUO – Classificação Internacional das Ocupações da Organização Internacional do trabalho

FENSG – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças

HA – Hipertensão arterial.

HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC– Índice de massa corporal

INCOR- Instituto do Coração em São Paulo

PA - Pressão arterial

PAD – Pressão arterial diastólica.

PAS – Pressão arterial sistólica.

SPSS.-.Statical Package for the Social Sciences

UPE – Universidade de Pernambuco

MS – Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Sexualidade	15
1.2	Disfunção sexual	16
1.3	Inquietações da pesquisadora para desenvolver a presente investigação	22
2	OBJETIVOS	25
3	METODOLOGIA	27
3.1	Tipo de estudo	27
3.2	Local do estudo	27
3.3	Participantes	27
3.4	Procedimentos para a pesquisa	30
3.5	Coleta de dados	32
3.6	Análise dos dados	32
3.7	Considerações éticas sobre a pesquisa	33
4	DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
4.1	Caracterização sociodemográfica	36
4.2	Características clínicas	49
4.3	Hábitos de vida	60
4.4	Percepções de alterações de padrões na vida cotidiana decorrente da HA	69
4.5	Frequência e tipos de alterações sexuais	74
4.6	Associações entre variáveis	82
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
6	REFERÊNCIAS	91
7	APÊNDICES	106
7.1	Formulário para Entrevista	107
7.2	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
7.3	Distribuição das Ocupações	111
8	ANEXO	112
8.1	Parecer do comitê de Ética em Pesquisa do HUOC - UPE	112

Hipertensão Arterial:
aspectos da sexualidade,
socioepidemiológicos e clínicos



INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Define-se Hipertensão Arterial (HA) como o aumento da pressão arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg ou mais e de pressão arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg ou mais em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, tendo sido esses valores encontrados em pelo menos duas aferições, realizadas na mesma ocasião e em momentos próximos (BRASIL, 2001; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

A HA tem sido mais freqüente entre adultos no mundo industrializado, sobretudo nos grandes centros urbanos. No Brasil, a prevalência da hipertensão arterial tem sido estimada, na população urbana adulta, em de 22,3% a 43,9% (OLIVEIRA JR,1991; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002), embora outros pesquisadores relatem que não há boa representatividade em nível nacional e sobre a prevalência da HA, devido principalmente à diversidade social existente no País. (MOLINA; CUNHA; HERKENHOFF et al, 2003)

Constitui-se hoje, um dos principais problemas de saúde pública do mundo contemporâneo pela sua magnitude, pelo risco e pelas dificuldades no seu controle (OLIVEIRA JR,1991; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002; MOLINA; CUNHA; HERKENHOFF et al, 2003). Sua gravidade depende de atributos biológicos e demográficos das populações, do estilo de vida, do ambiente físico, psicossocial e das características da organização dos serviços de saúde e respectivas interações entre estes vários elementos (LESSA, 1998).

O tratamento efetivo da HA pode reduzir suas complicações, colocando o grupo de hipertensos praticamente no mesmo nível de risco da população geral (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1998), e, com isso apresentando um impacto positivo quanto à morbi-mortalidade destes pacientes (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Diversos mecanismos são enumerados para explicar a elevação da pressão arterial (PA), sobretudo o endurecimento da parede dos vasos com perda da sua elasticidade. O aumento de peso e da ingestão de sódio, o sedentarismo, o tabagismo, o uso de bebidas alcoólicas, os distúrbios lipídios e a diabetes têm algumas repercussões nestas alterações (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1998; MOLINA; CUNHA; HERKENHOFF et al, 2003; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; FIRMO; LIMA-COSTA; UCHÔA, 2004).

Existem várias razões para explicar que a hipertensão não é uma doença simples com causa única em todos os indivíduos afetados. A multiplicidade de fatores que determinam a gênese da hipertensão arterial primária compreende aspectos vasculares, humorais, renais, neurais e genéticos (NOBRE; LIMA; MOURA JR.,1998; JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1998; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002; LIMA; BUCHER; LIMA, 2004;).

Estima-se que 30-40% da variação da pressão arterial (PA) em uma população se devam a fatores genéticos. Entretanto, a causa do aumento de pressão arterial na maioria dos pacientes permanece desconhecida. Acredita-se que essa síndrome seja, na realidade, quantitativa, complexa e poligênica. E que as influências ambientais, como estresse, ingestão de sal, cálcio, magnésio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo, além de as questões socioculturais exercerem influência, ampliando em torno de 7% a manifestação da doença (KRIEGER, s/d; NOBRE; LIMA; MOURA JR.,1998; JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1998; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002; LIMA; BUCHER; LIMA, 2004;)

Associadas aos fatores anteriormente citados, acrescentam-se outras situações, tais como baixo nível de escolaridade, renda familiar reduzida e ocupações com alto nível de estresse estão relacionados ao aumento da PA (JARDIM; SOUSA e MONEGO;1998).

Neste aspecto, a prevenção e o tratamento da HA representam os maiores desafios para a saúde pública. O *Joint National Committee* (1997) destaca os seguintes aspectos: prevenir a elevação da pressão arterial com a idade; diminuir a prevalência da HA; melhorar e aumentar a consciência sobre a existência da HA e sua detecção; promover o controle da HA; reduzir os riscos cardiovasculares; melhorar o reconhecimento quanto à importância da detecção da pressão arterial normal alta; reduzir as variações da hipertensão arterial quanto a fatores étnicos, socioeconômicos e regionais; melhorar as oportunidades de tratamento, e, finalmente, aumentar os programas comunitários, incluindo assim suas atividades de prevenção e atendimento a um número maior de portadores de HA.

Outra situação que emerge no contexto da assistência desses pacientes está relacionada à sexualidade, cujos estudos são escassos. A complexidade que envolve essa temática aliada à ausência desse assunto durante a formação acadêmica, provavelmente dificulta o diálogo dos profissionais com o paciente.

A HA pode influenciar a sexualidade de maneira direta ou indireta. Influi diretamente quando o fluxo sanguíneo dos órgãos genitais fica prejudicado em consequência das alterações mecânicas e estruturais das artérias que irrigam estes órgãos;

assim o coito ou qualquer outra manifestação de sexualidade se torna difícil ou mesmo impossível. Indiretamente, as conseqüências podem advir do tratamento ou dos aspectos emocionais ligados à doença (VITIELLO, 1998).

1.1. Sexualidade

A sexualidade é apresentada de muitas formas, dependendo das percepções de cada um. Várias são as tentativas de conceituá-la. As definições podem ser limitadas ou multifacetadas em seu conteúdo, entretanto, tem em comum o reconhecimento de que a sexualidade é uma qualidade e uma parte intrínseca do ser humano. Numa concepção mais abrangente, a sexualidade inclui os componentes biológicos, assim como os socioculturais, os psicológicos e os éticos do comportamento sexual.

A sexualidade é um elemento básico da personalidade que determina no indivíduo um modo particular e individual de ser, manifestar, comunicar, sentir, expressar e viver o amor. É um componente importante do ser humano, que está em contínua mutação, sobretudo no que se refere aos papéis afetivo-sexuais. A sexualidade possui três componentes: biológicos, caracterizados pela diferenciação de sexos e caracteres sexuais; sociais, identificados pelos papéis sociais de gênero e papel afetivo-sexual; psicológicos, representados pela identidade sexual: genital, de gênero e orientação afetivo-sexual (COSTA, 1994).

A sexualidade do adulto é entendida como decorrente de um processo de desenvolvimento ordenado a partir de diversos aspectos, desde o biológico, atravessando o aprendizado cultural, até as representações mentais que estão perpassadas por conflitos referentes à situação edípica (PARISOTTO, 2003), sendo o apogeu da sexualidade humana (VITIELLO, 1994)

A Organização Mundial de Saúde (1975) define Saúde Sexual como: “a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira que sejam positivamente enriquecedores e que potenciem a personalidade, a comunicação e o amor, divulgando, ainda que o conceito de sexualidade sadia inclui dois aspectos básicos: a aptidão para desfrutar da atividade sexual e reprodutiva e para regulá-la de acordo com a Ética pessoal e social; e a ausência de distúrbios orgânicos, de enfermidades e deficiências que perturbem a atividade sexual e reprodutiva”.

A sexualidade sofre interferência da idade, do estado conjugal, do sistema de valores pessoais, do conhecimento sexual, dos recursos culturais, sociais, econômicos e geográficos, da saúde física e emocional. Engloba como o indivíduo se sente sobre si

mesmo e como interage com os outros. A expressão sexual não se limita à relação sexual, completa-se com a proximidade e o toque, bem como com outras maneiras de comunicação verbal e não verbal (CARPENITO, 2002).

Para uma melhor compreensão descrevem-se a seguir os diferentes aspectos que permeiam a resposta sexual.

1.2. Disfunção sexual

No que diz respeito ao componente orgânico do exercício da sexualidade, a norma fisiológica é que, em presença de certos estímulos considerados eficientes (visão, tato, olfato ou mesmo imaginação), homens e mulheres entram num ciclo de modificações orgânicas que se convencionou chamar de “Ciclo de Resposta Sexual”. Desse modo, é “normal” que homens e mulheres se excitam, tendo ereções ou lubrificações vaginais, como também é normal, que atingindo um certo grau de excitação, sobrevenha o orgasmo. O “anormal” é o não cumprimento desse ciclo, que se convencionou chamar de “disfunção sexual” (VITIELLO, 1998; VIEIRA, 2001; SILVA, 2003;). Essa, por sua vez, pode ser classificada como disfunção sexual primária, quando originária de alterações orgânicas, e disfunção sexual secundária, se proveniente de mudanças comportamentais (SILVA, 2000).

As alterações na saúde sexual ocorrem como resultado de complexas interações entre a pessoa e o ambiente. As disfunções sexuais, sejam elas femininas ou masculinas, são condutas aprendidas e resultantes de uma combinação de fatores psicossociais, culturais e orgânicos que acabam por intervir na resposta sexual do indivíduo, bloqueando-a total ou parcialmente (CAVALCANTI, 1997; ABDO, 2000; VIEIRA, 2001).

Na literatura, os tipos de disfunções sexuais encontradas são: *masculinas*: inibição do desejo sexual, disfunção erétil, inibição do orgasmo ou anorgasmia, ejaculação precoce, dispareunia e fobia sexual. As *femininas* são: inibição do desejo sexual, inibição da excitação ou frigidez, vaginismo, inibição do orgasmo ou anorgasmia, dispareunia, fobia sexual e falta de prazer (LIEF, 1984; COSTA, 1998; BRICARELLO, 2000; BARROS, 2000).

A **inibição do desejo sexual** é a condição em que a motivação para o sexo é baixa e o impulso sexual é tão frágil que o mecanismo de ereção fica comprometido no homem. Na mulher, o mecanismo de resposta de lubrificação e intumescimento da excitação sexual até o término do ato sexual fica comprometido (LIEF, 1984; COSTA,

1998; BRICARELLO, 2000; SILVA, 2003). A falta do desejo feminino é um dos fatores que impedem o atingir da qualidade de uma vida sexual satisfatória.

Considerando os aspectos multifatoriais da resposta sexual humana, a perda do desejo sexual resulta de fatores orgânicos, socioculturais e psicológicos. Nesse sentido, o desejo ou impulso sexual é visto como frequência ou intensidade da participação da pessoa no jogo da sexualidade. Dessa forma, esses dependem das modificações orgânicas e psíquicas que podem interferir nos aspectos da resposta sexual, decorrente do funcionamento dos centros nervosos.

Doenças e drogas medicamentosas podem alterar de forma marcante os momentos da atividade sexual. Determinadas drogas apresentam influência de aspecto notadamente negativo.

A redução do desejo sexual pode ser decorrente de fatores como depressão, tensão e fadiga, da atividade sexual insatisfatória, fraca motivação, dificuldade de relacionamento devido às técnicas sexuais utilizadas e, ainda, relações sexuais não ligadas a sensações prazerosas (MUNJACK, 1984; KAPLAN, 1999).

Agentes farmacológicos comumente usados para hipertensão podem diminuir o desejo sexual, a saber: hidroclorotiazida, clortalidona, reserpina, metildopa, esprironolactona, clonidina, guanetidina, inderol, atenol, timodol, nifedipina, verapamil (KAPLAN, 1999).

A disfunção erétil ou inibição da excitação sexual masculina é definida como a incapacidade do homem de obter e/ou manter uma ereção suficiente, que permita uma relação sexual satisfatória. Essa alteração prejudica a qualidade de vida dos pacientes, principalmente após os 50 anos de idade (LIEF, 1984; COSTA, 1998; BARROS, 2000; PIERRI, 1999; PINHEIRO, s/d; COELHO, 2001; PIERRI, 1999).

Milhões de homens passam por esse problema. As estatísticas mostram uma incidência de 5% nos homens aos 40 anos e até 25% aos 65 anos. Quase todos aqueles que são sexualmente ativos já experimentaram um episódio de impotência pelo menos uma vez na vida (PIERRI, 1999).

Sabe-se que a capacidade erétil diminui com a idade, tendo maior prevalência em idosos; mas isso não quer dizer que todos os idosos sejam impotentes ou que não possam curar seus problemas de impotência.

No momento em que o homem tem uma patologia que leva a disfunção erétil, quase sempre a esta patologia se soma o fator emocional que contribui para agravá-la ainda

mais. Deste modo, a disfunção erétil pode ser de origem psicológica, orgânica ou mista. Entre os fatores orgânicos cita-se a hipertensão arterial como uma das causas.

Na HA, o mais importante fator orgânico envolvido nessa disfunção é o comprometimento do fluxo sanguíneo do pênis desencadeado por deposição de gordura nas paredes das artérias penianas alterando a elasticidade dos vasos sanguíneos e válvulas que participam do processo de ereção peniana (COELHO, 2001; BALLONE, 2003).

Assim, a hipertensão arterial apresenta importantes relações com a disfunção erétil e é a co-morbidade mais comum em portadores dessa incapacidade, aumentando sua incidência e prevalência.

A partir do conceito de que a hipertensão arterial aumenta a prevalência da disfunção erétil, estudos demonstraram esta relação, atribuindo que a disfunção erétil ocorre em pacientes hipertensos e que o grau desse comprometimento é mais grave nesses pacientes quando comparados com a população geral (COELHO, 2001).

Estima-se que cerca de 25% dos problemas de ereção estejam relacionados ao uso de medicamentos. Os anti-hipertensivos estão entre as medicações que mais frequentemente provocam a disfunção erétil (PIERRI, 1999).

Entretanto, a literatura mostra controvérsias quanto a esta colocação, pois conforme Coelho (2001) estudos mostram que a disfunção erétil é mais grave no grupo de hipertensos. Em relação aos efeitos colaterais das drogas anti-hipertensivas, causando ou agravando a disfunção erétil, a literatura atual não revela diferenças significativa entre os vários tipos de fármacos, sugerindo que a doença vascular sistêmica contribui mais significativamente para a disfunção erétil do que os efeitos adversos da terapêutica anti-hipertensiva.

Considera-se que **anorgasmia** é uma disfunção sexual mais freqüente entre as mulheres, na qual o indivíduo encontra dificuldades para atingir o orgasmo, apesar de ter interesse sexual e todas as respostas satisfatórias para realizar o ato sexual. É a incapacidade de se alcançar a percepção das sensações de prazer. A inibição do orgasmo no homem é manifestada por um retardo ou ausência da fase de emissão ou da fase de ejaculação, ou mais comumente de ambos, após uma fase de excitação sexual adequada e dificuldade do homem em ejacular durante o ato sexual (PINHEIRO, s/d; LIEF, 1984; COSTA, 1998; VIEIRA, 2001; SILVA, 2003).

Ela pode ser classificada como primária: o indivíduo jamais teve orgasmo nem em uma relação sexual nem através da masturbação. Secundária: quando, apesar de já ter vivido períodos em que atingia o orgasmo, deixou de consegui-lo. Existem inúmeros

fatores que concorrem para este tipo de dificuldade. Dentre estes fatores geradores, destacam-se os aspectos psicológicos, como falta de intimidade com o próprio corpo e com o parceiro, excesso de contenção, provocado por uma estrutura de valores que supervaloriza a sexualidade e desempenho sexual; dificuldade de estar inteira, tranqüila e a vontade no contato com o outro no momento da relação sexual, educação sexual castradora, fatores religiosos, tabus, crendices, violência sexual, medo de engravidar, experiências obstétricas traumáticas, envelhecimento, dificuldades do cotidiano, baixa auto-estima, auto-exigência exacerbada, ansiedade excessiva com o desempenho, insegurança, estresse, depressão (PINHEIRO, s/d).

A **ejaculação precoce** é a disfunção sexual mais freqüente no mundo. Estatísticas relatam que 40 a 50% dos homens sexualmente ativos sofrem desse problema. É uma disfunção na qual o homem ejacula antes de satisfazer a parceira ou a si próprio. Pode ser, também, definida como uma ejaculação persistente ou recorrente com mínimo estímulo sexual antes, durante ou logo após a penetração e antes de a pessoa o desejar. A ejaculação que ocorre antes de ou durante 1-2 minutos após a penetração vaginal sugere fortemente tratar-se de ejaculação precoce. O estado de ejaculação precoce poder ser referido como uma atividade sexual que existe, porém muito insatisfatória (BALLONE, 2002).

A ejaculação precoce pode ser desencadeada por causas orgânicas e psicológicas. Entre as causas puramente orgânicas, temos os casos resultantes de cirurgia pélvica, prostatectomia radical ou até hipogonadismo, enquanto causas puramente psicológicas podem surgir quando o homem (inconscientemente) ejacula rapidamente devido a uma sensação de vergonha ou culpa sobre a sexualidade ou devido à hostilidade de sua parceira (BALLONE, 2002).

Define-se **dispareunia** como uma recorrente e persistente dor genital associada ao coito. Ocorre tanto em mulheres como em homens, e pode ser atribuída a fatores orgânicos e/ou psicogênicos. Para ABDO (2000), quando os fatores orgânicos não estão presentes, a dispareunia pode ser entendida como causa ou manutenção de uma inibição relacionada à realização e manifestação da sexualidade feminina. Em alguns casos, fatores emocionais podem ser importantes (LIEF, 1984; COSTA, 1998; ROMANO et al.,1998; BRICARELLO et al., 2000; SILVA, 2003).

A **fobia sexual** refere-se a fortes sentimentos negativos, que ocasionam medo ou ansiedade, suficientes para que seja evitada a atividade sexual (BRICARELLO et al., 2000).

Descreve-se como a **inibição da excitação sexual feminina ou frigidez** a incapacidade parcial ou total de conseguir ou manter a resposta de lubrificação e intumescimento à excitação sexual até o término do ato sexual (LIEF, 1984; COSTA, 1998; SILVA, 2003).

Já o **vaginismo** é um distúrbio da sexualidade feminina muito raro que pode até impedir completamente uma relação sexual. É uma síndrome psicofisiológica cuja característica fundamental é a contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada, prevista ou imaginada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou speculo. A contração pode variar desde leve, induzindo alguma tensão e desconforto, até severa, impedindo completamente a penetração. Em alguns casos, essa contração é tão severa que produz dor (PINHEIRO, s/d).

A mulher pode, mesmo apresentando vaginismo, manter sem prejuízo suas demais respostas sexuais, como desejo, prazer e capacidade orgásmica, desde que não seja tentada ou prevista a penetração.

O vaginismo surge com mais frequência em mulheres jovens, mulheres com atitudes negativas com relação ao sexo e naquelas com uma história de abuso ou traumas sexuais. Mas, pode ter início em qualquer tempo da vida da mulher.

Embora sejam escassos os estudos sobre drogas anti-hipertensivas e sexualidade feminina, bem como os mecanismos pelos quais as eventuais alterações se manifestam, há descrições de que a incidência de disfunção sexual ocorre, sem apresentar taxas de ocorrência ou prevalência (OLIVEIRA JR, 1991),

A hipertensão é um fator que condiciona negativamente a resposta sexual feminina durante a fase de excitação, por que níveis elevados de pressão arterial não só danificam a parede interior do clitóris e da vagina, mas também interferem na liberação local de neurotransmissores que participam da fase de excitação do ato sexual (BECHARA, 2004).

Os fatores relacionados com as alterações sexuais são os psicológicos, os fisiológicos e os adjuvantes.

Dentre os fatores psicológicos, encontram-se mitos relacionados à sexualidade os quais podem ser capazes de comprometer a atividade sexual. Exemplo: um portador de hipertensão arterial deve-se abster da atividade sexual em decorrência da possibilidade de vir a desenvolver um acidente vascular cerebral; a excitação e o orgasmo podem precipitar

aumento da pressão arterial, levando ao risco iminente de morte (CARVALHO et al, 2001).

Em se tratando de fatores fisiológicos, a HA está associada a alterações não só na função, mas também nas propriedades mecânicas e estruturais de grandes e pequenas artérias. Essas alterações podem ser observadas nas células endoteliais, células musculares lisas, matriz extracelular, até mesmo na camada adventícia. Em artérias de grande calibre, geralmente se observa hipertrofia com aumento da rigidez de componentes do meio extracelular, enquanto que em artérias de resistência as células de músculo liso se rearranjam diminuindo o lúmen arteriolar. Desta forma, afeta a irrigação sanguínea dos órgãos diretamente ligados ao desempenho sexual desencadeando disfunção sexual (CARVALHO et al, 2001).

Já, os fatores adjuvantes estão relacionados a um grupo de doenças que, com frequência, podem estar presentes no hipertenso e que funcionam, eventualmente, como agravantes e/ou como responsáveis direto pela disfunção sexual. Entre as de maior destaque, pode-se indicar o diabetes mellitus, a insuficiência renal e as vasculopatias. Depressão e ansiedade também são capazes, evidentemente, de reduzir a libido.

Destaque-se que outros fatores estão relacionados à hipertensão e à sexualidade, como o tabagismo que influencia negativamente a função sexual, provavelmente pela ação deletéria sobre as artérias penianas, seja obstruindo-as, seja dificultando o seu relaxamento. Também, cita-se o consumo de álcool que, em pequena quantidade, pode aumentar a libido e diminuir as inibições sexuais. Em grandes quantidades, prejudica os reflexos neurais envolvidos na ereção e na ejaculação. Tem sido descrito que o uso crônico do álcool causa nos homens esterilidade, disfunção erétil em torno de 40%, e 5 a 10% ejaculação retardada ou inibida. Há descrições que 30 a 40% das mulheres que consomem bebida alcoólica relatam dificuldades em se tornar sexualmente excitadas e 15% apresentam redução na frequência e/ou intensidade do orgasmo (VITIELLO, 1994).

Neste íterim, deve-se observar que o uso associado de outras drogas pode aumentar os efeitos negativos dos anti-hipertensivos sobre a sexualidade ou até, em alguns casos, ser o responsável direto pela disfunção (OLIVEIRA JR, 1991; OLIVEIRA JR, 1998).

Os mecanismos, prováveis, pelos quais esses anti-hipertensivos podem provocar disfunção sexual, estão diretamente ligados à depressão do sistema nervoso central; à elevação dos níveis de prolactina do plasma; à ação anticolinérgica; ao bloqueio dos receptores betaadrenérgicos, como também, ao bloqueio dos receptores alfaadrenérgicos.

Apresentam-se a seguir os principais medicamentos utilizados na terapêutica da hipertensão arterial que podem comprometer o desempenho sexual (OLIVEIRA JR., 1998; KAPLAN, 1999; ; PIERRI, 1999; BATISTA, 2001;BALLONE, 2003).

Grupo de anti-hipertensivo	Efeito na sexualidade
Diurético: especialmente quando utilizados em doses elevadas	Pode causar decréscimo da libido, disfunção erétil, dificuldade em ejacular e diminuição na lubrificação vaginal.
Beta-bloqueador	Pode produzir disfunção erétil e redução da libido.
Vasodilatador	Causa disfunção erétil
Alfa-bloqueador	Pode prejudicar a ejaculação.

Para restabelecer a normalidade da função sexual basta a diminuição ou mesmo a mudança de medicação, uma vez que os efeitos adversos dos anti-hipertensivos são, sempre, reversíveis (OLIVEIRA, 1991).

1.3- Inquietações da pesquisadora para desenvolver a presente investigação

A motivação para o estudo emergiu da vivência da pesquisadora como docente do curso de graduação, na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), na Universidade de Pernambuco (UPE), durante o desenvolvimento da disciplina Estágio Curricular I, onde acompanhava alunos de graduação na consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial.

Durante esta atividade, detecta-se ausência da investigação das questões referentes à sexualidade como um item necessário para abordagem holística dos pacientes, associado ao despreparo dos alunos para investigá-la.

A autora reconhece que conversar ou inquirir junto aos pacientes a respeito da sexualidade é tarefa complexa devido, entre inúmeros motivos, ao constrangimento, despreparo, preconceito, tabu entre os diversos profissionais que atendem a essa população. Também, pela carência de conhecimento específico nessa área durante a formação acadêmica.

Entretanto, pela facilidade de questionar ou abordar esse aspecto, a pesquisadora notava que os pacientes, ao serem inquiridos durante os atendimentos, aos

poucos relatavam toda a trama que envolvia suas vidas, inclusive os aspectos referentes à sua sexualidade. Em muitas ocasiões, retornavam e, mesmo sem questioná-los sobre a vida sexual, espontaneamente relatavam fatos ou situações que vinham acontecendo.

Concomitante a essas situações, como supervisora de estágio e em ocasiões na presença de alunos, via-se claramente a falta de habilidade em questionar a esse respeito. Todavia, em todas as ocasiões possíveis, discutia-se amplamente a necessidade de se investigar e abordar a sexualidade de qualquer indivíduo que necessitasse de cuidados em todos os níveis de assistência.

Acredita-se que o enfermeiro deve ter consciência de que faz parte de suas atribuições a assistência integral ao indivíduo. E essa integralidade inclui a dimensão sexual, considerando que a sexualidade é inerente ao indivíduo, estando presente em qualquer momento da sua vida, em todo o seu processo de nascer, viver e morrer, seja no âmbito profissional ou pessoal, estando doente ou são.

Assim, buscando suporte teórico para corroborar com a assistência e o ensino prático a pesquisadora observou carência de publicações sobre o tema, o que gerou interesse em investigar essa questão.

Os principais questionamentos foram:

Quais as características peculiares entre os pacientes portadores de HA atendidos no ambulatório?

Como se manifesta a sexualidade de clientes com HA?

Existe alteração da sexualidade presente nessa clientela?

Qual o perfil socioepidemiológico e clínico de um grupo de clientes com HA?

Quais as relações presentes entre as diferentes características na clientela atendida?

Hipertensão Arterial:
aspectos da sexualidade,
socioepidemiológicos e clínicos



OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Identificar em portadores de hipertensão arterial, de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da cidade de Recife:

- Aspectos da sexualidade;
- O perfil socioepidemiológico e clínico.

Hipertensão Arterial:
aspectos da sexualidade,
socioepidemiológicos e clínicos



METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo que, no entendimento de Polit; Hungler (1995) possui como principal objetivo retratar, de forma precisa as características e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos. Tem como propósito observar, descrever e explicar aspectos de uma situação quando pouco se conhece. Na opinião de Gil (2002), este tipo de pesquisa tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, servindo para proporcionar uma nova visão do problema.

3.2- Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), considerado referência em Cardiologia no Estado de Pernambuco e Região Nordeste, localizado na cidade do Recife-PE. Essa instituição está sob a responsabilidade da Universidade de Pernambuco (UPE). Proporciona atendimento assistencial ambulatorial e hospitalar para promoção, prevenção, tratamento e recuperação, de natureza cirúrgica e clínica em diversas especialidades tais como: oncologia, doenças infecto-contagiosas, clínica médica, clínica cirúrgica, neurologia, pediatria, entre outras.

O Ambulatório de Cardiologia do HUOC atende gratuitamente quaisquer pacientes portadores de doenças cardiovasculares clínicos ou cirúrgicos de qualquer faixa etária, de ambos os sexos, que procuram espontaneamente o serviço ou são encaminhados por outras especialidades da própria instituição ou, ainda, por outros serviços médicos do próprio Estado ou vizinhos. O atendimento ambulatorial é oferecido de segunda a sexta-feira, no período da manhã e da tarde, por vários médicos, enfermeiras e assistentes sociais. Outros profissionais participam do atendimento, desde que encaminhados por qualquer membro da equipe.

3.3. Participantes

A população foi constituída por 114 indivíduos, sendo 39 homens e 75 mulheres, portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial na instituição escolhida como *locus* do estudo.

O tamanho amostral (n=114) considera-se satisfatório, pois, em se tratando de população menor de 200 indivíduos, não há exigência de se utilizar cálculo para inferir amostra populacional (TRIOLA, 2002). Entretanto, buscando uniformizar a população estudada, tornando o grupo mais homogêneo e diminuindo a possibilidade de coexistência de outros fatores que poderiam afetar as variáveis e também para que estas variáveis fossem melhor exploradas entre os indivíduos com hipertensão, foram definidos critérios de inclusão e exclusão, a saber:

Critérios de inclusão:

- ❖ Indivíduos de ambos os sexos com idade entre 18 e 65 anos

A escolha dessa faixa etária se deu pelas seguintes razões. (1) a participação de indivíduos menor de 18 anos implica no consentimento do responsável para participação do estudo, devido à pesquisa conter itens que a autorização prévia de um responsável poderia alterar o quesito, propôs se estudar aqueles com idade superior, (2) outro fato trata-se de que a literatura não relata incidência de alterações sexuais nesta faixa etária

Quanto à escolha do limite da idade entre aqueles de 65 anos, tratou-se de evitar o viés das possíveis alterações relacionadas ao comprometimento sexual resultante do próprio envelhecimento fisiológico. Há relatos que os indivíduos começam a exibir uma significativa mudança nas funções sexuais após os 68 anos de idade (PARISOTTO, 2003).

- ❖ Diagnóstico médico de HA há pelo menos um ano.

No presente estudo, outra variável escolhida para avaliação foram as alterações sexuais. Em função disto, tratando-se de HA já instalada, considera-se o intervalo de diagnóstico de um ano um período em que, provavelmente, o indivíduo tenha vivenciado possíveis alterações sexuais.

- ❖ Informar ter vida sexual ativa

Esta informação corrobora com o critério acima, pois ao referirem vida sexual ativa, independente das formas de relação existentes, haverá

melhor condição de se detectar a existência ou não de interferências de ordem sexual na vigência do diagnóstico de HA entre os pacientes

❖ Aceitação voluntária para participar do estudo

Em detrimento a Resolução 196/96, é um fator indispensável para pesquisa que envolve seres humanos.

Critérios de exclusão:

❖ Existência concomitante de doenças crônicas não transmissíveis de natureza não-cardiovascular, tais como: diabetes, doenças reumáticas não-infecciosas, pulmonares, neoplasias, renais, hepáticas e neurológicas.

Estas enfermidades funcionam, eventualmente, como agravantes e/ou como responsáveis diretos por diversas alterações orgânicas. Assim, excluindo-se indivíduos com outras patologias, evitam-se possíveis vies no conjunto de dados;

❖ Vigência de tratamento psiquiátrico ou desordem mental

A dependência química do tratamento psiquiátrico pode interferir nas respostas à pesquisa, bem como na vigência de drogas específicas, alterar o *status* cognitivo e comportamental. A desordem mental, também poderá interferir na fidedignidade das respostas.

❖ Gravidez.

Esta situação é potencialmente geradora de alterações na presença de HA, tornando-a mais complexa. Também, outros conflitos podem comprometer o equilíbrio emocional da mulher determinado por fatores hormonais.

Os critérios de inclusão e de exclusão foram investigados pela pesquisadora diretamente com os portadores de HA ou, quando necessário, em consulta direta ao prontuário hospitalar.

De posse do conhecimento dos critérios do estudo, a pesquisadora realizou a seleção dos pacientes baseada em amostra do tipo não-probabilística de conveniência. Considera-se que a amostragem de conveniência consiste no uso das pessoas mais prontamente acessíveis como sujeitos de pesquisa num estudo, sendo que o pesquisador tenha de se preocupar somente em obter um número suficiente de sujeitos de pesquisa que cumprem os mesmos critérios (LOBIONDO-WOOD, 2001).

3.4 - Procedimentos para a pesquisa

Serão descritos, a seguir, os procedimentos adotados para a realização da pesquisa, tanto no que se refere à elaboração do instrumento de coleta de dados, sua testagem, reformulação e o uso definitivo do mesmo.

3.4.1-Procedimento de elaboração de instrumentos de coleta de dados

Inicialmente, proveniente de exaustivas leituras em periódicos, livros textos, além de entrevistas com especialistas e profissionais com larga experiência na área de Cardiologia, como: enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais, associado à vivência da pesquisadora no atendimento à população específica, foi elaborado um roteiro de coleta de dados, denominado Formulário Pré-teste, cujas perguntas na sua maioria eram questões abertas*.

Por contemplar na presente pesquisa, um objetivo que se propunha a investigar questões subjetivas sobre sexualidade, e por não se ter apreciado, na literatura, questões que envolviam este quesito, não se sabia ao certo como se investigar. Diante da dúvida, foram elaboradas questões inicialmente abertas para se observar as respostas possíveis, contextualizando a sexualidade entre os portadores de hipertensão.

Partindo-se das sugestões propostas por LoBiondo-Wood (2001) segundo as quais, quando não se tem idéia ou apenas uma idéia limitada do que a pessoa que responderá dirá ou que se quer responder nas palavras dela, uma maneira de coletar os dados é com pergunta aberta, pois, diante dessa situação, cria-se a oportunidade e dá-se liberdade de o sujeito responder livremente a um questionamento, tratando-se assim de questão livre.

Foi construído um primeiro formulário pré-teste de entrevista que continha várias perguntas abertas e, também fechadas. A seguir, procedeu-se à aplicação dos formulários a uma amostra populacional, cujos critérios de elegibilidade foram semelhantes aos propostos na presente investigação.

Este primeiro roteiro de coleta de dados (Formulário pré-teste) foi aplicado a 32 pacientes, com o objetivo de ser reestruturado para o estudo definitivo, cujo conjunto de variáveis deveria posteriormente ser analisado quantitativamente.

*Questões abertas: trata-se da possibilidade ilimitada de respostas provenientes de uma pergunta. LoBiondo-Wood enfatiza que questões abertas são usadas quando o pesquisador quer que os sujeitos da pesquisa respondam com suas próprias palavras ou quando o pesquisador não sabe todas as respostas alternativas possíveis.

De posse de um número considerado suficiente (n= 32), o primeiro roteiro (formulário pré-teste) de coleta de dados foi reformulado de maneira que um número maior de perguntas fossem fechadas, facilitando, desta forma a análise global do conjunto das variáveis que se pretendia avaliar, aplicando-se testes estatísticos.

O conjunto de respostas obtidas nas entrevistas, utilizando-se o formulário inicial, possibilitou a fixação de respostas fechadas, gerando o formulário definitivo considerado próprio para aplicação em um número mais amplo de participantes, facilitando a análise do conjunto de dados.

LoBiondo-Wood (2001-p.180) reforça a metodologia aqui utilizada, informando que um formulário com questionamento cujas respostas são fixas ou estruturadas são melhores usadas, pois, as respostas pré-fixadas têm a vantagem de simplificar a tarefa de análise do pesquisador.

A fase de construção de um instrumento definitivo no presente estudo foi considerada como um pré-teste. De modo, que os dados obtidos através do formulário pré-teste não fará parte do conjunto e análise dos dados da presente pesquisa. Entretanto, os dados obtidos constituirão um artigo científico, baseado em estudo exploratório de análise qualitativa.

Formulário (Definitivo)

O roteiro para coleta de dados, denominado Formulário (Apêndice I), foi elaborado com questões predominantemente fechadas e algumas abertas dividido em três partes. A primeira parte buscava informações acerca das condições sociodemográficas, a saber: idade, sexo, situação civil, escolaridade, religião, situação ocupacional, atividade profissional, renda familiar.

A segunda parte buscava os seguintes dados:

- a) condições prévias de risco relacionadas à hipertensão arterial, como tabagismo e uso de bebida alcoólica;
- b) condições relacionadas à doença e ao tratamento, como o tempo do diagnóstico e do tratamento, e medicamentos anti-hipertensivos em uso;
- c) condições adotadas na vigência do tratamento: história de redução do sal, do peso, atividade física e de laser;
- d) informações de mudanças relacionadas a HA.

A terceira parte do formulário investigava os dados sobre sexualidade, como a presença de alteração sexual, tipos de alterações sentidas na vida sexual.

Após o término da entrevista, era dada a oportunidade de o paciente relatar outras situações ou fazer perguntas à pesquisadora, bem como todas as situações pertinentes ao tratamento e seguimento do paciente no serviço.

3.5 Coleta de dados

Os dados foram obtidos através da técnica de entrevista, que é um método em que uma pessoa faz perguntas a outra, podendo ser conduzidas pessoalmente ou por telefone (POLIT ; HUNGLER, 1995).

Para Mazzotti; Gewandsznajder (1998), a entrevista permite tratar de temas complexos, explorando-os em profundidade. Tem a vantagem de permitir um diálogo mais profundo e rico, captando não apenas as respostas aos questionamentos, mas também os sentimentos dos sujeitos pesquisados (SABINO, 1978).

As entrevistas foram realizadas no horário da manhã e da tarde de segunda a sexta-feira durante os meses de maio a julho de 2004; foram aplicadas pela própria pesquisadora, individualmente, em consultório, após o atendimento médico. Ainda, na sala de espera a pesquisadora se apresentava aos pacientes e relatava sua pretensão, assim, aqueles que voluntariamente quisessem participar, após a consulta médica, se dirigiam à sala indicada para a entrevista.

Para a aplicação do formulário, a pesquisadora novamente se identificava, explicava o objetivo da entrevista, assegurava-lhes o sigilo das informações a que iriam ter acesso e a liberdade de escolha em participar ou não do estudo, sem prejuízo da continuidade de atendimentos oferecidos pelo serviço. Terminado o preenchimento do Formulário, a pesquisadora colocava-se à disposição para fornecimento de informações a respeito do tema que o hipertenso desejasse, bem como reforçava a necessidade do seu acompanhamento sistemático ao serviço.

3.6. Análise dos dados

Para o tratamento dos dados, inicialmente os formulários foram enumerados de 01 a 114, e todas as variáveis foram codificadas e inseridas em um banco de dados eletrônico, utilizando-se o software Epi Info 6.4. Assim, procedeu-se à análise estatística utilizando-se o programa Statal Package for the Social Sciences – SPSS versão 11.0.

Os dados foram analisados descritivamente, apresentados em valores numéricos absolutos e relativos, e, para verificar se existia associação entre as diversas variáveis, utilizou-se teste estatístico: o teste exato de Fisher ou teste do qui-quadrado com 95% de confiança. Levam-se em consideração os valores de p inferiores a 0,05 como significantes,

entre 0,05 e 0,10 como (significância) limítrofes e superiores a 0,10 como não significantes (apontando tendências).

Para interpretar as questões abertas, utilizou-se a análise de conteúdo, proposta por Bardin (BARDIN, 1977). As respostas foram redigidas literalmente pela pesquisadora no formulário, e os passos seguidos nessa etapa de análise de conteúdo foram:

- 1) Todas as informações referentes às perguntas foram retiradas das respostas, de modo a obter indicadores sobre a hipertensão arterial e a sexualidade dos indivíduos;
- 2) Todas as respostas (falas) foram reunidas, a fim de que se pudesse proceder a uma classificação, segundo características comuns ou feixes de relação, dando origem a categorias;
- 3) A partir das categorias, procedeu-se à análise quantitativa dos dados, discutidos à luz da literatura científica relacionada ao tema.

3.7. Considerações éticas sobre a pesquisa

Inicialmente, a pesquisadora formalizou junto à direção geral da instituição a intenção de estudar no ambulatório os hipertensos, cuja aprovação verbal foi imediata. Com a autorização verbal, foi construído o projeto de pesquisa e encaminhado para apreciação e autorização da mesma. Assim, de posse da autorização do diretor da instituição, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisa só teve início depois da aprovação e autorização do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Anexo I), procurando atender aos aspectos recomendados na Resolução 196/96, que normaliza a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Para todos os pacientes foi claro que a participação era voluntária, que não receberiam gratificação em participar, também lhes eram informados os possíveis riscos que poderiam advir ao responder aos quesitos da entrevistas.

As entrevistas foram realizadas após o atendimento médico, deixando-se claro aqui, que em nenhum momento havia obrigatoriedade da participação dos pacientes à pesquisa. Todos os que responderam as entrevistas dirigiam-se voluntariamente ao consultório (sala individual) em que a entrevistadora permanecia, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II).

Hipertensão Arterial:
aspectos da sexualidade,
socioepidemiológicos e clínicos



**DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS
RESULTADOS**

4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo, os dados obtidos serão apresentados em cinco subitens, devido às inúmeras variáveis estudadas, com o propósito de facilitar a compreensão do leitor, bem como discutir com mais propriedade os diferentes aspectos estudados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Na Tabela 1 estão apresentados os dados relacionados à categorização sociodemográfica dos 114 pacientes, sendo 39 homens e 75 mulheres portadores de hipertensão arterial atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz na cidade de Recife-Pe.

Tabela 1 - Distribuição dos hipertensos, segundo o sexo e a categorização sócio-demográfica, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Categorização sócio-demográfica	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa Etária* (anos)						
≤ 29	1	2,6	2	2,6	3	2,6
30-39	-	-	5	6,7	5	4,4
40-49	12	30,8	20	26,7	32	28,1
50-59	16	41	31	41,3	47	41,2
60-65	10	25,6	17	22,7	27	23,7
Situação civil						
Solteiro	2	5,1	10	13,3	12	10,5
Casado	36	92,3	56	74,7	92	80,7
Outros**	1	2,6	9	12,0	10	8,8
Escolaridade***						
Sem alfabetização	1	2,6	8	10,7	9	7,9
Fundamental	28	71,7	46	61,3	74	64,9
Médio	7	18,0	19	25,3	16	22,8
Superior	3	7,7	2	2,7	5	4,4
Religião						
Católica	21	53,8	37	49,3	58	50,9
Evangélica	15	38,5	35	46,7	50	43,8
Espírita	1	2,6	3	4,0	4	3,5
Outra	2	5,1	-	-	2	1,8
Renda per capita (em Reais) ****						
≤ 260,00	32	82,0	65	86,7	97	85,0
261,00 – 650,00	7	18,0	9	12	16	14,1
≥ 651,00	-	-	1	1,3	1	0,9
TOTAL	39	100	75	100	114	100

* Valores: Média = 52,19; Mediana = 52,00 e Moda = 52;00 ; ** Outros: viúvos, separados e divorciados; *** A classificação em 1º, 2º e 3º graus inclui os indivíduos que completaram, ou não, os respectivos graus; **** Salário mínimo da época igual a R\$ 260,00. Valor mínimo da renda *per capita*= R\$ 37,14; renda máxima R\$ 1.300,00. Média= R\$ 187,76; Mediana= R\$ 130,00 e Moda= R\$ 130,00.

Faixa etária e sexo

Nos últimos 50 anos, a população brasileira ampliou-se de 51,8 milhões para 167,5 milhões, crescendo a uma taxa geométrica média da ordem de 2,3% ao ano, tendo atingido o seu ápice entre 1960 e 1970, quando o crescimento demográfico nacional subiu para 3,4% ao ano (BRASIL, 2003).

No Brasil, nas últimas décadas nota-se uma redução na taxa de crescimento populacional. Paralelo a isso, destaca-se redução do nível da fecundidade, repercutindo em mudanças na distribuição etária da população. A participação relativa do grupo etário jovem, menor de 15 anos, declinou de 41,8%, em 1950, para 28,6%, em 2000 e, em contraposição, a fração da população adulta, entre 15 e 64 anos, ampliou de 55,7 para 66,0%, já a população com idade superior a 65 anos, passou de 2,4% em 1950, para 5,4%, em 2000. Informam que, daqui a 26 anos 40% da população estará no grupo de 30 e 60 anos (BRASIL, 2003).

Em virtude dessa mudança no padrão etário, tem-se observado elevado número de doenças características de faixas etárias mais velhas, principalmente as doenças cardiovasculares, incluindo a HA.

No presente estudo, a faixa etária entre homens e mulheres portadores de HA variou de 24 a 65 anos, com média de 52,19 anos. Os valores da mediana e da moda foram 52 anos.

Ao se estudarem as percentagens entre os indivíduos por sexo, observa-se semelhança nas diferentes faixas etárias. Desta forma, nota-se que a clientela da presente investigação é constituída, predominantemente, por indivíduos na faixa etária de 50-59 anos (41,2%). Estes dados são semelhantes aos achados de estudo desenvolvido por Castro (2003), na Unidade Clínica de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP, o qual encontrou, entre 136 hipertensos, que 49% possuíam idade entre 40 a 59 anos.

Chaves e Cade (2004), estudando mulheres de 24 a 72 anos, na cidade de São Paulo em 2004, cujo objetivo era avaliar os efeitos da ansiedade sobre a HA, encontraram maior percentagem de mulheres (69,24%) com idades entre 44 e 63 anos. Essa ampla faixa etária escolhida pelas pesquisadoras citadas mostram resultados semelhantes aos obtidos na presente investigação, cujas percentagens maiores se deram entre 40 a 59 anos, considerando-se dois intervalos categorizados (40-59 anos).

Já Molina; Cunha; Herkenhoff et al (2003), na Capital do Espírito Santo em ampla investigação dos moradores da cidade sobre HA, cujas idades variavam de 25 a 64 anos, observaram que a média de idade era de 45 anos em ambos os sexos.

No Ceará, Sabry; Sampaio e Silva (2002), com objetivo de avaliar a prevalência de hipertensão e de obesidade, em funcionário de uma instituição de ensino superior na capital, no final da década de 90, encontraram prevalência maior de hipertensão no sexo masculino do que no feminino (40,1% versus 11,3%), e a concentração dos casos de hipertensão arterial localizava-se na faixa etária de 40 a 49 anos (38,2%) em ambos os sexos. Entretanto, os autores acima citados descrevem que havia prevalência da doença à medida que aumentava a idade dos sujeitos, à exceção da faixa etária de 20 a 29 anos, que indicava uma das mais altas taxas de prevalência no sexo masculino.

Chor (1998), estudando funcionários de ambos os sexos de um banco estatal brasileiro, na cidade do Rio de Janeiro, observou índices superiores a 50% nos indivíduos com idades entre 40 e 44 anos, já entre aqueles acima de 45 anos, estes índice foi de 77,4%, cifras superiores às pesquisas aqui apresentadas.

Os dados da presente casuística mostram que a população de indivíduos maiores de 60 anos foi 27 (23,7%) do total da amostra, sendo maior do que os valores de idosos em estudo realizado em São Paulo, que confirma alta prevalência de HA aferida nessa população, considerando que atualmente cerca de 8% da população esteja na faixa etária dos 60 anos ou mais, estima-se que 5% desta população é composta por idosos hipertensos na cidade de São Paulo (RAMOS; MIRANDA, 1999).

Em relação à associação da idade com a doença HA, a literatura reporta que o envelhecimento aumenta a prevalência da hipertensão arterial, além de associar também a outros aspectos, como aqueles ligados à sexualidade em ambos os sexos (RAMOS et al, 1992).

Ao se considerarem diferenças entre os sexos, Kaplan (1990) expõe que as mulheres suportam essa doença mais satisfatoriamente do que os homens, uma vez que a morbidade e a mortalidade são mais elevadas em homens, em qualquer nível de hipertensão. São necessárias pressões altas para que tal doença se manifeste nas mulheres.

As investigações aqui mencionadas nas diversas regiões do País mostram que a hipertensão ocorre em ambos os sexos e com maior prevalência em idades superiores a 40 anos, além de apontar que os indivíduos de ambos os sexos também são acometidos pela doença.

Os pesquisadores dos diversos estudos apresentados mostram a preocupação quanto à relação HA entre os indivíduos com idades mais avançadas e sugerem, com isso, para as possibilidades de implantação ou implementação de políticas públicas voltadas aos idosos, relacionadas à promoção da saúde direcionada aos diversos aspectos relacionadas à HA, priorizando as orientações quanto à alimentação balanceada, atividades físicas sistemáticas, adesão ao tratamento medicamentoso, manejo de estresse, enfim a busca por hábitos mais saudáveis desde o início da vida.

Situação Civil

Os brasileiros se casam cada vez menos e mais tarde. A idade média dos homens ao casar aumentou de 26,9 anos, em 1990, para 29,3 anos, em 2000. Entre as mulheres, a idade média foi de 23,5 anos, em 1990, aumentando para 25,7 anos em 2000. E, outro dado relacionado à situação conjugal mostra que, em 2000, os casamentos duravam em média, 10,5 anos, enquanto que na década de 90 era de 9,5 anos (BRASIL, 2003). Diante dos dados divulgados, depreende-se que nas duas últimas décadas houve mudança na situação conjugal da população brasileira.

A situação civil descrita na Tabela 1 mostra que 92 (80,7%) dos hipertensos informavam ser casado. Grande parcela dos homens, 36 (92,3%) apresentava-se casados, seguidos por dois (5,1%) solteiros e um (2,6%) informava outra situação civil. Quanto às mulheres, 56 (74,7%) eram casadas, 10 (13,3%) solteiras e nove (12%) apresentavam outra situação conjugal. Entretanto, como se verifica, homens e mulheres apresentam o mesmo modelo relacionado à situação civil, ou seja: casados, seguidos pelos solteiros e por outras situações.

Estudo realizado por Castro (2003) demonstra a mesma situação civil entre hipertensos da presente casuística, onde os solteiros eram a minoria (16,2%), já os casados eram 62,5%, e as demais porcentagens estavam em outras situações conjugais.

E, Chaves e Cade (2004) observaram entre mulheres que as casadas eram a maioria (52,5%) na população estudada. Já, no presente estudo, as mulheres casadas somavam 74,7%, índices superiores aos apresentados pelos autores acima.

Poucos estudos investigam a relação da situação conjugal em indivíduos com HA, entretanto, durante a assistência prestada pela pesquisadora ao longo do tempo a estes pacientes, nota-se que a presença de um outro indivíduo próximo é situação fundamental para se ter auto-estima elevada, melhores condições de aceitação da doença, melhores chances de se ter um tratamento realizado corretamente, entre outras situações.

Pesquisa contribui e reforça este aspecto: Chor (1998), estudando ampla população sobre índices de hipertensão arterial, entre os quais apresentavam nível cultural e intelectual diferenciado, cita que os solteiros aderem menos ao tratamento instituído. Já, naqueles hipertensos de ambos os sexos nas demais situações civis (casados, separados e viúvos) as chances são duas vezes maior de estarem seguindo o tratamento rigorosamente.

Escolaridade

Segundo dados preliminares do Censo 2000, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de um terço da população (31,4%) com mais de dez anos de idade é considerada analfabeta ou analfabeta funcional (não completou a quarta série do ensino fundamental). Portanto, a população brasileira continua registrando níveis baixos de escolaridade, embora, ao longo das últimas décadas os indicadores tenham apontado uma melhora significativa da apresentação de anos escolares entre os brasileiros (CUCOLO, 2002).

Na década de 70, 35% dos homens e igual proporção das mulheres não tinham nenhuma instrução ou tinham cursado menos de um ano escolar. Em 2002, cerca de 12% dos homens e das mulheres brasileiras apresentavam nível de escolaridade elementar (MULHERES BRASILEIRAS, EDUCAÇÃO E TRABALHO, s/d).

Depreende-se que, mesmo com um quadro educacional ainda insatisfatório, houve aumentos significativos nos níveis de escolaridade mais elevados. A porcentagem de pessoas que completaram 15 anos de estudo, o que indica formação em nível superior, aumentou de 3,6% para 4,1% da população (CUCOLO, 2002).

No presente estudo, a escolaridade foi avaliada de acordo com a informação fornecida pelos hipertensos no momento da entrevista. Perguntava-se ao pesquisado até quando ele tinha estudado. Como a maioria informava a série, nomenclatura usual no período de suas formações, optou-se, para facilitar o processo de análise e comparação com a literatura, categorizar os dados referentes à escolaridade como: primeiro, segundo ou terceiro graus, independente de serem completos ou não. Também foi atribuída a designação *sem alfabetização* para aqueles que não informaram contato com sistemas de ensino e não conseguiam soletrar palavras ou letras de uma frase. Assim, os resultados obtidos, na presente investigação demonstram que os indivíduos informaram desde a ausência de instrução até o terceiro grau (Tabela 1)

O primeiro grau foi alcançado por 74 (64,9%) da amostra de hipertensos, seguida por 16 (22,8%) de segundo grau e nove (7,9%) sem alfabetização, e ainda cinco

(4,4%) de terceiro grau. No sexo masculino, estes números foram, respectivamente, 28 (71,7%), sete (18,0%), um (2,6%) e três (7,7%).

Para o sexo feminino, a situação de escolaridade mostra-se diferente: houve predomínio da escolaridade de primeiro grau, com 46 (61,3%) hipertensas, seguidas por 19 (25,3%), que informavam o segundo grau, já oito (10,7%) relatam falta de alfabetização e, finalmente, duas (2,7%) referiam o terceiro grau.

Ao se analisar a escolaridade entre os sexos, são interpretados duas peculiaridades entre os pacientes. Observa-se que o sexo feminino tem maior proporção de “*sem alfabetização*” (10,7% versus 2,6%). Já, entre aqueles que informam o segundo grau, são as mulheres que indicam essa situação (25,35 versus 18,0%).

Sugere-se ao comparar a escolaridade relatada por homens e mulheres que entre eles uma proporção maior de mulheres teve acesso a escolas. Já, uma proporção de homens chegou ao ensino universitário maior do que as mulheres. Considerando a faixa etária de maior predominância ter sido a de 50-59 anos, provavelmente, esses dados dão conta de que a mulher pesquisada teve acesso limitado à escola, provavelmente devido ao trabalho doméstico e à maternidade precoce.

Diferentes estudos conduzidos na cidade e no interior de São Paulo e estado vizinho divulgam a situação de escolaridade semelhante aos dados aqui apresentados. Cita-se o estudo realizado por Simão et al (2002), junto a 123 trabalhadores de uma destilaria no interior de São Paulo, a pesquisa desenvolvida por Simonetti, Batista e Carvalho (2002), num Hospital-escola governamental e de grande porte da cidade de São Paulo, e ainda, Péres (2003), estudando atitudes e crenças de portadores de HA, no qual a maioria eram mulheres observou que 84% dos sujeitos informavam não terem ultrapassado o ensino básico; Reis e Glashan (2001) na cidade de Campo Grande-MS entre 83 hipertensos, observaram que o nível de instrução predominante entre os hipertensos foi o 1º grau.

Divulga-se que o grau de instrução é uma variável que está relacionada à compreensão do indivíduo acerca do que é uma doença crônica não-transmissível, os fatores de risco que contribuem para sua instalação e do significado atribuído às orientações sobre alimentação, hábitos de vida e seus efeitos sobre a saúde (BRASIL, 1993).

Assim, alguns autores referem que, quanto maior o grau de instrução do indivíduo, maior será o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Já, Freitas et al (2001) citam que os indivíduos com baixo grau educativo apresentam menos informação

de como prevenir as doenças, e isso faz com que tenham o nível de adesão ao tratamento medicamentoso diminuído.

Estudo desenvolvido por Kyngas e Lahdenpera (1999) evidencia que os hipertensos com maior nível de escolaridade têm melhor adesão ao tratamento não-medicamentoso, demonstrado por intermédio do peso corporal, enquanto 46% dos hipertensos com formação de 3º grau estavam dentro da faixa do peso normal, apenas 24% dos indivíduos com nível educacional mais baixo estavam dentro dos padrões do peso preconizado. Esses dados revelam que os indivíduos com maior escolaridade têm maior propensão de aderir às práticas físicas.

Neste aspecto, Chor (1998) estudando um quadro seletivo de funcionários de um banco estatal cuja escolaridade menor verificada era a equivalente ao 2º grau, descreve que a escolaridade dos hipertensos estava fortemente associada ao tratamento e, por sua vez, aqueles que tinham grau superior completo ou incompleto apresentavam chance cerca de seis vezes maior de se tratar do que os que não chegaram a ingressar na universidade.

Ainda, relacionado ao grau de instrução, estudo divulga que há uma tendência na queda da média da PA à medida que o grau de educação aumenta. Os autores argumentam que pode haver uma influência de outros fatores de risco com a ocupação e, principalmente, fatores de ordem social (SIMONETTI; BATISTA e CARVALHO, 2002)

Diversos estudos, nas diversas regiões do País e entre os diversos segmentos da sociedade, sugerem que a HA atinge o indivíduo independente do grau de escolaridade, entretanto a condução de segmentos e de adesão aos tratamentos varia de acordo com a escolaridade e outras variáveis de cada indivíduo.

Religiosidade

A religiosidade tem sido definida como uma busca e atitude dinâmica de procura do ser humano ao sentido fundamental de sua existência, onde está a raiz da vida humana na sua totalidade (LEITE; PRAÇA, 1995).

A busca pela religiosidade intensificada é uma ação que tem sido observada quando o indivíduo se depara com uma doença e busca na espiritualidade alívio para suas ansiedades, uma verdadeira *terapêutica religiosa*, que funciona como medicina mágica, atuando de forma complementar a medicina tradicional.

De acordo com os dados apresentados pela Tabela 1, 58 (50,9%) dos hipertensos pertencem à religião Católica, acompanhada pela religião Evangélica, com 50

(43,8%), religião Espírita, em quatro (3,5%), e dois (1,8%) pacientes pesquisados citaram outra religião. Analisando-se os sexos constata-se que todos professaram algum tipo de busca por algo superior, indicando uma religião ou uma crença religiosa.

Os dados deste estudo demonstraram maior prevalência de HA entre os católicos, metade dos hipertensos. Infere-se que isto teria como uma das justificativas o fato de os católicos geralmente, não possuírem hábitos de vida tão rigorosos e saudáveis como é preconizado nas outras religiões, ou melhor, possuem hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e, às vezes são tabagistas, o que é restritamente desaconselhado nas outras religiões.

Nomura; Prudêncio e Koblmann (1995) referem que os evangélicos procuram viver em condições de vida mais saudáveis, são indivíduos com baixo risco a desenvolver HA. Divulga-se que os membros religiosos e participantes têm uma vida psicossocial mais saudável e apresentam mais saúde, pois os ritos religiosos com o público ou mesmo os ritos privados produzem uma maior relação com as pessoas, o que leva a uma diminuição da ansiedade, da tensão, da agressividade. Estas pessoas ficam menos tempo sozinhas e apresentam uma maior interação com o seu meio e com a sua gente. Portanto, nesse caso específico a religião de certa forma pode sugerir efeito protetor para a hipertensão arterial.

Quanto à sexualidade, a religião também pode exercer forte influência. A sexualidade, principalmente nas sociedades ocidentais, ganhou forte influência do pensamento religioso judaico-cristão. A vivência da sexualidade adquiriu, nessa ação classificatória, um cunho conflitante, sendo apreciada ora como sagrada, ora como profana. Alguns rituais foram aceitos como fórmulas mágicas para redimir os sentimentos de culpa advindos da forma de pensá-la como profana. Dentre estes, pode ser encontrado a cerimônia do casamento como um ritual de passagem, no qual são adotadas as adaptações de papéis sociais e, conseqüentemente, o reconhecimento do direito ao exercer a sexualidade, como forma de perpetuação da espécie (CAVALCANTI, 1998a).

Os cristãos copiaram o mesmo padrão repressor da sexualidade deixado pelos judeus. Assim, como se percebe, nossas raízes culturais estão impregnadas de uma visão desvirtuada da sexualidade, onde o exercício da repressão é conduta habitual, ao menos para as mulheres, quando não também para os homens (VITIELLO, 1998).

Haja vista que a sexualidade incorpora um componente psicossocial sobrepondo-se ao biológico, pode-se relacionar a religião com a sexualidade dos hipertensos. No entanto, o que chama a atenção na presente casuística é que não houve associação (dados não apresentados) entre religião, principalmente a católica, e presença

de alterações sexuais, em ambos os sexos. Não se tem explicação aparente para este resultado; pode-se crer que houve progresso na maneira de se encarar a sexualidade, desfazendo concepções errôneas a seu respeito e permitindo às pessoas perceberem a sua sexualidade, sem culpa, fundamentada numa abordagem natural e positiva.

Renda per capita

O Brasil, nos últimos anos, vem apresentando, excepcionalmente, uma enorme desigualdade na distribuição de renda, com elevados níveis de pobreza. Um país desigual, exposto ao desafio histórico de enfrentar uma herança de injustiça social que exclui parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000).

Os cidadãos com menores condições de sobrevivência compartilham um número maior de mazelas advindas das péssimas condições de moradia, de saneamento e de saúde, influenciando no aumento exponencial de doenças.

A Tabela 1 também mostra a distribuição da renda *per capita* obtida entre os 114 hipertensos. Ressalta-se que, para este quesito foi considerado o salário mínimo na época equivalente a R\$ 260,00 (duzentos e sessenta reais). A renda *per capita* variou de R\$ 37,14 a R\$ 1.300,00. A média *per capita* era de R\$ 187,76, a mediana e a moda eram de R\$ 130,00, cujos índices foram menores do que a média, depreende-se que os pacientes conviviam com baixo poder aquisitivo.

Os dados também indicam que, em relação ao total dos entrevistados, 97 (85%) possui renda *per capita* inferior a um salário mínimo. Portanto, possuem valor inferior a R\$ 480,00, renda estimada pelo IBGE para o padrão ideal de consumo das famílias brasileiras (BARROS; HENRIQUES e MENDONÇA, 2000).

Nesta perspectiva, diversos autores citam que a dificuldade financeira conduz os indivíduos a ter menores chances de aquisição de medicamentos essenciais ao tratamento, bem como menores chances de uma alimentação mais saudável, além da dificuldade de acesso às consultas periódicas (FIRMO; LIMA-COSTA; UCHOA, 2004).

Lima, Bucher e Lima (2004) reforçam essa situação em que o fator econômico era uma situação que impedia a liberdade para escolher alimentos mais adequados entre hipertensos, conduzindo a hábitos não-saudáveis, interferindo indiretamente nos valores pressóricos.

Ademais, Costa e Klein (1985) e Rouquayrol et al (1987) enfatizam que pode existir relação entre classe social e hipertensão arterial, tendo episódio maior entre os

grupos economicamente menos privilegiados cuja concentração de bens materiais é menor, havendo com isso uma repressão na vida social influenciando nos valores da pressão arterial.

Diante das diversas citações apresentadas, acredita-se que os escassos recursos financeiros entre os hipertensos podem contribuir negativamente nos valores da pressão arterial.

Atividade Ocupacional

A Tabela 2 mostra o tipo das atividades ocupacionais informadas pelos hipertensos do presente estudo. As ocupações foram classificadas de acordo com adaptação da Classificação Internacional das Ocupações da Organização Internacional do Trabalho-CIUO (CIUO, 1988), e a nomenclatura utilizada é definida como *Tipo de Ocupações*.

Tabela 2. Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tipo de ocupação* atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Tipo de ocupação	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inativo	17	43,5	39	52,0	56	49,1
Profissional científico e intelectual	1	2,6	-	-	1	0,9
Técnico e profissional de nível médio	1	2,6	6	8,0	7	6,1
Empregado de escritório	1	2,6	1	1,3	2	1,8
Prestador de serviço e vendedor do comércio	8	20,5	9	12,0	17	14,9
Operário e artesão de artes mecânicas e de outros ofícios	6	15,3	8	10,7	14	12,3
Trabalhador não-qualificado	4	10,3	12	16,0	16	14,0
Forças Armadas	1	2,6	-	-	1	0,9
Total	39	100	75	100	114	100

*Adaptação da Classificação Internacional das Ocupações da Organização Internacional do Trabalho (CIUO, 1988).

Na maior parte das vezes, o trabalho da vida contemporânea se transforma em uma rotina, quando o indivíduo necessita exercer horários, realizar tarefas com destreza e precisão, instituir vínculos de caráter prático entre os colegas para que a produção do grupo seja competente e com qualidade. Alcançar as metas e os objetivos escolhidos pelo estabelecimento ao qual está inserido, servir-se dos equipamentos oferecidos em seu setor

de trabalho com segurança para si e para os outros, sejam esses colegas de trabalho ou os consumidores finais desses serviços e produtos.

Independente do tipo de ocupação, há relatos que certos tipos de ocupações podem proporcionar o surgimento de doenças psicossomáticas tais como a HA. Portanto, o trabalho, quando exercido sob pressão psicológica ou física e/ou com grandes cargas, aumenta os riscos de incidência de doenças (CASTRO, 2003).

Neste estudo, considerou-se como ocupação a profissão, o cargo ou a função desempenhada pelos hipertensos na ocasião da entrevista. Os resultados referentes às ocupações, às quais os indivíduos desta pesquisa se ocupavam, foram construídos pela aplicação de uma adaptação da Classificação Internacional das Ocupações da Organização Internacional do Trabalho, o que admitiu a formação de categorias com maior semelhança entre as ocupações. O apêndice III exibe a distribuição das ocupações nas respectivas categorias.

De acordo com a Tabela 2, dentre aqueles pacientes inclusos na população não-economicamente ativa, para os quais se empregou a denominação “*Inativo*”, encontrou-se: 17 (43,5%) homens e 39 (52,0%) mulheres, que eram desempregados ou aposentados.

Na condição de profissional científico e intelectual, encontrou-se um (2,6%) homem. Nas ocupações técnica e profissional de nível médio, foram encontrados um (2,6%) homem e seis (8,0%) mulheres. Entre os que se dedicavam às ocupações do tipo empregado de escritório, existia um (2,6%) homem e uma (1,3%) mulher.

No item prestador de serviço e vendedor do comércio, foram identificados oito (20,5%) homens e nove (12,0%) mulheres. Nas ocupações referentes a operário e artesão de artes mecânicas e de outros ofícios, encontraram-se seis (15,3%) homens e oito (10,7%) mulheres. Entre as ocupações referentes ao trabalhador não-qualificado, quatro (10,3%) homens e 12 (16,0%) mulheres informavam essa situação. Na condição de ocupação referente às Forças Armadas, encontrou-se um (2,6%) homem.

Na categoria de trabalhador não-qualificado, como vendedor ambulante, empregada doméstica, porteiro, faxineiro e motorista, encontram-se 14,0 % do total dos pacientes, sendo que as mulheres tiveram maior representatividade nessa categoria.

Os dados referidos acima estão de acordo com os resultados do estudo realizado, em Volta Redonda/RJ, por Klein e Araújo (1985), em que foi constatada, entre os profissionais técnico-científicos e administrativos, a prevalência da HA de 2,9%, ao

passo que, em trabalhadores do setor de prestação de serviço, foi de 16%. Portanto, nesse estudo e no estudo de Klein e Araújo (1985), os índices mais baixos de pressão arterial estavam entre indivíduos socialmente mais privilegiados. Logo, depreende-se que a maior frequência das taxas de HA foram observadas entre os trabalhadores não-especializados, que ganham menores salários, dos setores secundário e terciário da economia.

Simonetti; Batista e Carvalho (2002) e Mac Fadden e Ribeiro (1998) estudando homens e mulheres hipertensos atendidos em diferentes serviços universitários públicos do interior de São Paulo observaram que a maioria das mulheres hipertensas informavam como ocupação o serviço doméstico, semelhante ao presente estudo, provavelmente essa semelhança dos dados ocupacionais se devam das características em comum dos serviços, ou seja, hospitais públicos universitários, onde grande parte da clientela sem oportunidades de acesso ao serviços conveniados procura por atendimentos nestes centros.

A HA é reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular. Existe crença de que a HA teria maior prevalência nas classes socioeconômicas elevadas em consequência da sobrevivência mais extensa e, principalmente, da urbanização (PORTO; ARAÚJO; KLUTHCOUSKI, 1998; PESSUTO, 1999).

Todavia, diante das citações anteriormente referidas e diante dos dados da presente casuística, foi o oposto, ou seja, a prevalência de HA é maior nos estratos socioeconômicos mais baixos, como os inativos. Provavelmente, em decorrência de a maioria dos estudos terem sido realizados em serviços públicos que abrigam um grande contingente da população das diferentes cidades, com baixo poder aquisitivo, cuja oportunidade de tratamento se dá nestes centros universitários.

Por fim, uma última questão a ser observada é a necessidade da avaliação de outros aspectos do mundo do trabalho, sobretudo aqueles relacionados à organização do trabalho que são potencialmente estressores e que podem estar associados com maior episódio de hipertensão, sobretudo aquelas atividades ocupacionais caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixos controle das situações (SOUZA; CARVALHO; FERNANDES, 2001).

4.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

No presente estudo foram consideradas características clínicas as seguintes situações: tempo de diagnóstico da hipertensão arterial, tempo de tratamento e drogas anti-hipertensivas utilizadas.

4.2.1. Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial

A pesquisadora procurou saber dos pacientes quando tinham tomado conhecimento de alterações nos valores de sua PA. Salienta-se que houve vários pacientes que, mesmo sabendo do seu diagnóstico, só procuraram por tratamento e seguimento médico em períodos posteriores. Muitos dos quais só buscaram por tratamento na presença de sintomas mais severos.

Na Tabela 3 estão demonstrados os resultados obtidos em relação ao tempo de diagnóstico da hipertensão arterial. Para a obtenção destes dados, foram consideradas apenas as informações fornecidas pelo sujeito do estudo durante a entrevista, não sendo consultado o prontuário hospitalar/ambulatorial.

Tabela 3 - Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tempo de diagnóstico da hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial* (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 – 5	14	35,8	28	37,3	42	36,8
6 – 10	19	48,7	24	32,0	43	37,7
11 – 15	4	10,3	8	10,7	13	11,3
16 – 20	0	0	8	10,7	9	7,9
> 20	2	5,2	7	9,3	7	6,3
Total	39	100	75	100	114	100

* Média= 9,05; Mediana= 7,00; Moda= 10

Os dados apresentados na Tabela acima mostram que o tempo médio de diagnóstico entre os hipertensos foi de 9,05 anos, mediana de sete anos e moda de 10 anos.

Assim, grande parcela, 43 (37,7%) hipertensos, possui diagnóstico entre seis a 10 anos, existindo, inclusive, sete (6,3%) indivíduos com mais de 20 anos de diagnóstico.

Depreende-se que os indivíduos da presente casuística convivem a um período considerado tempo suficiente para adaptar-se às novas condições de saúde-doença e, durante esse percurso quando adequadamente orientados, motivado às mudanças de hábitos mais saudáveis, poderão conviver com a hipertensão de forma satisfatória.

Noblat; Lopes e Lopes (2004) observaram em um grupo de 622 hipertensos moradores de Salvador-BA que o tempo de diagnóstico variou de menos de um ano a mais de dez anos. Esses autores sugerem que os hipertensos convivem plenamente com seu diagnóstico, provavelmente em decorrência das mudanças de hábitos mais saudáveis e uso de recomendações terapêuticas adequadas.

O conhecimento do diagnóstico, para muitos indivíduos, serve para mudar alguns hábitos a fim de conviver bem com a hipertensão. Entretanto, se não houver mudanças associados ao uso inadequado de drogas, nesse período os indivíduos podem estar expostos a agressões crônicas, deixando-os mais vulneráveis a doenças das artérias coronárias como infarto do miocárdio e morte súbita, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e aneurisma dissecante da aorta (OATES, 1996; CARVALHO, et al, 2001).

Divulga-se que o conhecimento do diagnóstico de HA tem influência sobre o estado emocional do indivíduo, haja vista que doentes sabidamente hipertensos e sob tratamento referem menor bem-estar psicológico do que aqueles indivíduos que não estão sob tratamento e desconhecem apresentar a doença (NOMURA; PRUDÊNCIO; KOBLMANN; 1995).

4.2.2. Tempo de tratamento

Para se discutir tempo de tratamento considera-se necessário que inicialmente se discutam alguns aspectos referentes ao tratamento anti-hipertensivo. Este tem como propósito a diminuição da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do indivíduo portador de hipertensão arterial, proveniente dos altos valores pressóricos e de fatores agravantes. Ele é compreendido por medidas não-medicamentosas isoladas ou associadas a fármacos anti-hipertensivos. A terapêutica farmacológica da HA deverá ser iniciada sempre com a instituição prévia ou concomitante das medidas não-farmacológicas para controle dos níveis pressóricos alterados (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

A decisão terapêutica deve ser adotada fundamentada em princípios estabelecidos, valorizando-se simultaneamente os níveis tensionais e as características clínicas dos hipertensos a serem tratados. A HA como uma alteração essencialmente hemodinâmica, deverá ganhar uma abordagem terapêutica que se proponha a trazer uma correção destes estados circulatórios inadequados, melhorando a qualidade de vida, além dos níveis pressóricos, corrigindo os distúrbios circulatórios e melhorando o prognóstico dos seus portadores.

Tabela 4 - Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tempo de tratamento da hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Tempo de tratamento da hipertensão arterial (anos)*	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 – 5	18	46,1	34	45,3	52	45,6
6 – 10	17	43,6	23	30,6	40	35,0
11 – 15	3	7,7	10	13,4	13	11,4
16 – 20	-	-	6	8,0	6	5,3
> 20	1	2,6	2	2,7	3	2,7
Total	39	100	75	100	114	100

* Média= 7,40; Mediana= 6,00; Moda= apresenta mais de uma.

Pela tabela acima, nota-se que uma grande parcela dos hipertensos 52 (45,6%) faziam uso de drogas anti-hipertensivas entre um a cinco anos. E estavam expostos aos efeitos do tratamento farmacológico anti-hipertensivo por um tempo médio de 7,4 anos, período considerado amplo. Desta forma se beneficiam da ação do tratamento que é baixar a PA e de até normalizá-la, mas por outro lado sofrem, há um tempo longo, com os efeitos colaterais, os quais podem causar transtornos importantes que levam ao abandono da terapia, como, por exemplo, a libido pode ficar diminuída em ambos os sexos. Alguns anti-hipertensivos causam disfunção erétil e problemas ejaculatórios em até 50% dos homens. Outros efeitos podem ser verificados como o efeito dos diuréticos elevando o colesterol plasmático; o efeito dos betabloqueadores baixando as lipoproteínas de alta densidade,

HDL; o efeito hiperuricemiante dos tiazídicos; ou ainda a tosse seca que pode ser causada por inibidores da enzima conversora (OATES, 1996).

Também, há de se notar que a exposição prolongada à terapêutica anti-hipertensiva representa o ponto de partida para a redução tanto dos níveis pressóricos como da qualidade de vida. Dentre os fatores limitantes à melhor qualidade de vida, observa-se a disfunção sexual, que apresenta alta prevalência na população de hipertensos (BATISTA, 2001). A frequência de comprometimento da qualidade de vida quase sempre explica a baixa adesão dos hipertensos ao tratamento e o baixo percentual de êxito no controle dos níveis pressóricos e, também, a preocupação maior com os reflexos nocivos da terapêutica sobre a sua vida.

Chor (1998), estudando indivíduos de ambos os sexos com diferenciado padrão social, os quais dispunham de assistência à saúde privada, além de amplo acesso às informações em saúde, observou que estas situações não foram suficientes para garantir a adesão ao tratamento, nem tampouco a adoção de hábitos saudáveis.

Têm sido relatados na literatura, outros aspectos que dificultam o tratamento, como a problemática de convencer o paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente, especialmente quando implica na mudança de hábitos prazerosos ou ainda na obrigação de usar medicamentos para sempre (CHOR, 1998).

Todavia, as diferentes leituras nos conduzem a refletir que os aspectos sociais e os fatores pessoais podem conduzir os indivíduos a interferir no tempo e na adesão ao tratamento. Estudos adicionais podem ser realizados a fim de se determinar esses fatores, os quais poderão contribuir nas orientações mais seguras, vislumbrando adesão ao tratamento na totalidade dos pacientes.

Interrupção do tratamento

A adesão ao tratamento é definida por Araújo (2002) como tomada de decisão de adotar, ou não, as sugestões do plano terapêutico, considerando-se a autonomia do hipertenso. Para Simonetti, Batista e Carvalho (2002), a falta de adesão ao tratamento constitui-se em um dos maiores problemas no controle da HA.

No presente estudo, a pesquisadora, por ter um convívio com o atendimento a estes pacientes, e entender que a melhor maneira de se obterem respostas esperadas sobre a interrupção ou a adesão ao tratamento, seria perguntando diretamente aos indivíduos hipertensos se em algum momento interrompia o tratamento farmacológico instituído pelo médico. A tabela a seguir mostra essas respostas.

Tabela 5 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e interrupção do tratamento farmacológico para hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Interrupção do tratamento farmacológico anti-hipertensivo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	28	71,8	49	65,3	77	67,5
Sim	11	28,2	26	34,7	37	32,5
Total	39	100	75	100	114	100

Quanto às respostas expostas na Tabela acima, em relação à interrupção do tratamento farmacológico anti-hipertensivo, observou-se que 28 (71,8%) entrevistados do sexo masculino aderiram ao tratamento farmacológico enquanto 11 (28,2%) não. Em relação às mulheres, 49 (65,3%) referiram que faziam uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos, enquanto 26 (34,7%) não utilizavam corretamente as drogas anti-hipertensivas.

Comparando-se os dois gêneros, constata-se que os homens mostram-se mais aderentes ao tratamento medicamentoso que as mulheres. Já, em diferentes épocas, estudos divulgam que as mulheres interromperam menos o tratamento instituído do que o sexo oposto. Fonseca (1995) em Salvador-BA observou que 90,2% das mulheres eram aderentes, enquanto que, entre os homens, o percentual de adesão era de 9,8%. Na mesma cidade do estudo anterior, aproximadamente dez anos depois, estudo conduzido por Noblat, Lopes e Lopes (2004) demonstrou novamente que as mulheres apresentavam maior frequência no uso de anti-hipertensivo do que os homens. Os autores salientam que as mulheres são mais conscientes nos cuidados da saúde e, por isso, apresenta maior aderência ao tratamento do que os homens. Entretanto, não se sabe referir as possíveis causas para o comportamento feminino apresentado na pesquisa em questão, onde as mulheres indicavam interromper mais o tratamento do que os homens.

Mion Jr, Pierin e Guimarães (2001), em inquérito nacional com médicos cujo objetivo era identificar a opinião desses profissionais sobre o tratamento dos pacientes, observou que a maioria dos médicos indicava haver maior adesão ao tratamento farmacológico do que ao não-farmacológico entre os seus pacientes, entretanto não se

definia o sexo. Depreende-se que, mesmo o profissional de saúde ao prescrever o tratamento, tem noção do não cumprimento ao tratamento medicamentoso adotado entre os hipertensos.

Desta forma, avalia-se que o uso da terapia é uma necessidade de autocuidado, ou seja, o hipertenso deveria compreender que o sucesso da sua evolução clínica depende, não apenas do profissional de saúde, mas, principalmente, do investimento pessoal.

O maior percentual dos hipertensos deste estudo seguem o tratamento farmacológico. Assim, contribuem, através de sua participação ativa, para o sucesso da terapêutica adicionando as oportunidades de incorporar em seu dia-a-dia o controle dos níveis pressóricos que, por sua vez, resulta em diminuição na incidência ou demora na ocorrência de complicações e, por conseguinte, no progresso da qualidade de vida do indivíduo portador de hipertensão arterial (ARAÚJO, 2002).

Uma vez que houve a ocorrência de interrupção no tratamento anti-hipertensivo, procurou-se saber quais as justificativas, razões ou motivos para tal conduta. Essas respostas foram analisadas qualitativamente, independente do sexo. Por ter encontrado uma diversidade de respostas, as mesmas foram categorizadas, baseando-se nas falas agrupando-se em categorias aquelas com significados semelhantes. As categorias elaboradas foram: Falta de compromisso com a terapêutica; Escassos recursos financeiros e Déficit de conhecimento sobre a doença

Falta de compromisso com a terapêutica

Pelas falas, que justificavam a interrupção do tratamento entre alguns hipertensos, observa-se falta de compromisso com a terapêutica prescrita. Julga-se que estes pacientes não compartilhavam a responsabilidade com sua terapêutica farmacológica, sendo isso admitido através de algumas justificativas, tidas pela pesquisadora como “banais”. A seguir alguns depoimentos que retratam essa situação:

... não gosto de usar remédios; ... por esquecimento... ; ... deixo de tomar remédio quando preciso sair de casa porque ao tomar o remédio faço muito xixi; ... para descansar do uso de remédios de pressão; ... paro os anti-hipertensivos quando vou para uma “farra” e quero usar bebida alcoólica.

Foram várias as razões atribuídas para justificar a interrupção da terapêutica sugerindo falta de compromisso individual, provavelmente em decorrência da carência de

motivação pessoal para o tratamento e o desconhecimento da doença e a importância da terapêutica.

Lima (2004) refere que o uso de álcool também foi relatado pelos hipertensos em estudo realizado no Estado do Ceará. Aponta que a ingestão de bebida alcoólica foi prática adotada entre 33% dos hipertensos, com diferentes graus de satisfação em usá-la. O álcool, embora seja uma droga legal, ou seja, sua produção e consumo não são clandestinos, ele provoca danos ao indivíduo e principalmente interfere na ação de diversos medicamentos, inclusive, os anti-hipertensivos.

Nas falas que apontam o consumo de álcool como motivo para o abandono ou interrupções no uso da medicação anti-hipertensiva, denotaram a crença de que álcool e remédio não devem ser misturados, influenciando, assim, na regularidade do uso da medicação anti-hipertensiva, bem como no seu total abandono.

Araújo (2002) destaca a importância da participação ativa do portador de hipertensão arterial para o alcance dos objetivos da terapêutica anti-hipertensiva, ou seja: controle da PA, melhoria da qualidade de vida, prevenção de complicações e, com isso, a diminuição da morbimortalidade.

Escassos recursos financeiros:

As questões referentes aos escassos recursos financeiros, ou seja, falta de dinheiro para adquirir os remédios, situação que entre as falas dos pacientes procuravam justificar a interrupção do tratamento. Essa situação pode ser observada nos seguintes depoimentos:

... deixo de tomar os remédios por problemas financeiros; ... muitas vezes deixo de tomar os remédios para pressão porque falta dinheiro.

Guerra-Riccio (2001) observou justificativas semelhantes pelas quais os pacientes indicavam como uma das situações da consequência para a interrupção do tratamento farmacológico a dificuldade no orçamento familiar. E, Firmo, Lima-Costa e Uchôa (2004) destacam que a dificuldade financeira também é um fator impeditivo do acesso do paciente ao serviço de saúde, devido o deslocamento da sua residência para o serviço. Esse autor encontrou a maioria dos pacientes apontando dificuldades à aquisição de medicamentos.

Castro e Car (1999) observaram que 50% dos sujeitos estudados mencionaram dificuldade financeira para obter os medicamentos. Estas informações tornam-se fortalecidas e sugerem que o custo da medicação interfere na adesão ao tratamento.

A situação financeira precária tem influenciado em diversas situações para a promoção da saúde entre hipertensos, inclusive impedindo que o indivíduo faça escolhas alternativas para se ter uma alimentação balanceada desejável ao hipertenso, não só para a aquisição de drogas anti-hipertensivas. Entretanto, Chor (1998) estudando indivíduos com um padrão de vida considerado bom, atendidos em serviço privado, também observou presença da interrupção e ausência de tratamento entre homens e mulheres. Daí, depreende-se que independente da situação financeira a não adesão ao tratamento é um fato.

A disponibilidade de assistência à saúde e o acesso, a serviços públicos e privados não foram suficientes para causar e manter mudanças de hábitos e atitudes relacionados à saúde nos estudos acima mencionados quanto ao uso sistemático dos anti-hipertensivos. Também, destaca-se que um fator que pode colaborar na interrupção do tratamento esteja relacionado aos serviços públicos, os quais apresentam déficit de medicamentos necessários ao tratamento para hipertensão, bem como não descontinuidade na dispensação contínua das drogas.

Déficit de conhecimento sobre a doença

Outra categoria relacionada à interrupção do tratamento trata-se do déficit de conhecimento sobre a doença como mais uma das causas para a suspensão do tratamento. As seguintes falas retratam esta situação:

... paro o tratamento para descansar do uso de remédios de pressão; ... interrompo o tratamento porque considero que tomo excesso de remédios; ... não acho necessário usar remédios para a pressão alta; ... deixo de tomar os remédios porque não estou sentindo mais nada; ... para não viciar com esses remédios de pressão; ... porque a minha pressão é emocional, não preciso tomar remédios direto.

Durante as entrevistas, embora não fosse interesse principal, a pesquisadora observava que as informações que eram reveladas ao longo das entrevistas, pelos pacientes, sobre HA, em geral, eram parciais, superficiais, muitas vezes o conhecimento popular prevalecia interferindo no tratamento instituído.

Percebe-se que os pacientes que não apresentam sintomas mais severos da doença, deixam de usar as drogas anti-hipertensivas, equivocando-se e interrompendo o tratamento.

Pessuto (1999) considera fundamental que o hipertenso possua conhecimento sobre o que de fato está acontecendo com ele, pois, sem orientação sobre a enfermidade, seus riscos e possíveis complicações e como se cuidar corretamente, pode comprometer a participação desse indivíduo no tratamento.

4.2.3. Drogas anti-hipertensivas

A finalidade fundamental da terapêutica anti-hipertensiva é prevenir a morbimortalidade associada à HA. Como a PA é o produto do débito cardíaco pela resistência vascular periférica, ela pode ser reduzida pelas ações das drogas agindo na resistência periférica e/ou no débito cardíaco.

Uma vez que esta terapêutica pode interferir na sexualidade do indivíduo, aqui serão enfatizados os principais efeitos colaterais que podem influenciar suas vivências.

As drogas anti-hipertensivas podem ser classificadas de acordo com seus locais ou mecanismos de ação (OATES,1996; NOBRE, LIMA, MOURA JR.,1998; OLIVEIRA, PORTO,1998; ROCHA,1998; BRANCO, NAGHETTINE, SALGADO, 1998; OLIVEIRA JR., 1991; BATISTA, 2001, DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002;). Os diferentes autores aqui destacados sugerem as classificações abaixo descritas, procurando, dentre elas informar os efeitos colaterais relacionadas a sexualidade.

Os *Diuréticos* são o grupo de medicamentos mais adequado para hipertensão arterial em negros, obesos e idosos. Reconhece-se que os diuréticos de todas as classes induzem distúrbios na esfera sexual, como diminuição da libido, dificuldade em começar e manter a ereção e problema em ejacular. Entretanto, o baixo preço do tratamento é um fator de caráter prático para o uso freqüente dos diuréticos.

Os *Bloqueadores Betaadrenérgicos* são anti-hipertensivos preferenciais para indivíduos jovens, atuando, diminuindo o débito cardíaco, a secreção de renina, readaptando os barorreceptores e reduzindo as catecolaminas nas sinapses nervosas. Seus efeitos adversos vão desde broncoespasmo, bradicardia, até a disfunção sexual.

Quanto aos *Antagonistas dos canais de cálcio*, diversas pesquisas mostram que não resultam alterações na sexualidade. Enquanto que os *Inibidores da enzima conversora da angiotensina* estão aconselhados na hipertensão agregada ao diabetes e à insuficiência cardíaca. Os efeitos colaterais são tosse seca, reversível após interrupção, angioedema e hipercalcemia. Vários estudos têm mostrado efeito neutro dessa classe de hipotensor na esfera sexual.

Os *Antagonistas dos receptores AT₁ da angiotensina II* são agentes que promovem o relaxamento do músculo liso, promovendo vasodilatação, aumento da excreção renal de sal e de água, redução do volume plasmático e redução da hipertrofia celular. Efeitos adversos: hipotensão, hiperpotassemia e função renal reduzida.

Quanto aos *bloqueadores Alfa-adrenérgicos* são fármacos que ocasionam vasodilatação pelo bloqueio seletivo dos receptores α_1 -adrenérgicos, podendo prejudicar ejaculação, enquanto os vasodilatadores podem desenvolver disfunção erétil.

O presente estudo procurou identificar os principais medicamentos utilizados entre os hipertensos para posteriormente correlacionar com as possíveis alterações sexuais indicadas entre eles. Assim, a Tabela a seguir apresenta os tipos de anti-hipertensivos utilizados entre homens e mulheres hipertensos.

Tabela 6 - Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tipo de anti-hipertensivo utilizado, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Anti-hipertensivo utilizado	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alfa-adrenérgico	-	-	1	1,4	1	0,9
Antagonista do canal de cálcio	2	5,1	2	2,7	4	3,5
Betabloqueador	4	10,3	9	12,0	13	11,4
Diurético	2	5,1	6	7,9	8	7,0
Inibidor da Enzima Conversora Angiotensina II	8	20,5	10	13,3	18	15,8
Terapêutica anti-hipertensiva combinada*	23	59,0	47	62,7	70	61,4
Total	39	100	75	100	114	100

* Utilização simultânea de mais de um tipo de anti-hipertensivo.

Dentre os indivíduos do sexo masculino, verificou-se que nenhum utilizou anti-hipertensivo do tipo alfa-adrenérgico, dois (5,1%) indivíduos referiram usar antagonista do canal de cálcio, quatro (10,3%) mencionavam empregar betabloqueador, dois (5,1%) utilizavam diurético, oito (20,5%) faziam uso de inibidor da enzima conversora angiotensina II e 23 (59%) empregavam associação, ou seja, faziam uso simultaneamente de dois ou mais tipos de anti-hipertensivos.

Para as mulheres, uma (1,4%) referiu utilizar alfa-adrenérgico, duas (2,7%) mencionaram empregar antagonista do canal de cálcio, nove (12%) citaram usar beta-bloqueador, seis (7,9%) utilizavam diuréticos, 10 (13,3%) faziam uso de inibidor da enzima conversora angiotensina II e 47 (62,7%) utilizavam associação, ou seja, usavam concomitantemente dois ou mais tipos de anti-hipertensivos.

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) mencionam que qualquer tipo de droga anti-hipertensiva, exceto os vasodilatadores de ação direta, pode ser empregado no controle da pressão arterial como monoterapia inicial, principalmente para hipertensos em estágio I (leve). Todavia, somente em 40 a 50% das ocorrências a monoterapia produz resultado satisfatório.

Para portadores de hipertensão arterial em estágio II e III e perante a necessidade de controlar rigidamente os valores pressóricos, existe intensa tendência para a introdução de terapêutica combinada de anti-hipertensivos.

Os resultados do presente estudo mostram uma forte tendência de utilização da terapêutica medicamentosa combinada, isto é, maior quantidade de indivíduos, 70 (61,4%) utilizam uso simultâneo de mais de um tipo de medicamento anti-hipertensivo. Isto é observado tanto nos homens 23 (59%) quanto nas mulheres, nestas de forma mais prevalente 47 (62,7%). Este fato, por sua vez, pode indicar maior exposição dos indivíduos deste estudo aos efeitos colaterais das drogas anti-hipertensivas.

4.3. HÁBITOS DE VIDA

A boa saúde é influenciada pelo estilo de vida, e este afeta diretamente a sua qualidade. Tem sido apontado que a qualidade de vida é saber manter o equilíbrio no dia-a-dia, procurando sempre melhorar o processo de interiorização de hábitos saudáveis, aumentando a capacidade de enfrentar pressões e vivendo mais conscientemente e harmonicamente com o meio ambiente, com as pessoas e com ele próprio (SILVA; MARCHI, 1997).

A definição de fator de risco surgiu da Teoria da Multicausalidade das Doenças, que se associa à maior probabilidade de desenvolvimento de uma enfermidade. Desta forma, as medidas preventivas estão sujeitas ao reconhecimento dos fatores de risco, sendo necessário determinar a importância de cada um e as associações entre eles (PORTO, 1998).

Os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados em dois grupos: aqueles não-susceptíveis à modificação e/ou eliminação, ditos não modificáveis e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou medicamentos. No grupo dos fatores de risco não-modificáveis há a hereditariedade, a idade, a raça e o sexo. Dentre os modificáveis encontram-se: HA, tabagismo, dislipidemias, hipertrigliceridemia, obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais hormonais e estresse (SILVA; MARCHI, 1997; CARVALHO, 1988; NOBLAT; LOPES; LOPES, 2004).

Os fatores de risco habitual, como aumento do colesterol, sexo, fator genético, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, diabetes, obesidade, sedentarismo, esclarecem no máximo 50% das doenças cardiovasculares. A outra metade ainda não é conhecida ou mal explicada (CARVALHO, 1988; SILVA; MARCHI, 1997; NOBLAT; LOPES; LOPES, 2004).

Considerando que a presença de um ou mais fatores de risco implica em maior chance de desenvolver a doença, embora a ausência desse fator não exclua tal possibilidade, a redução da morbidade e da mortalidade por hipertensão arterial deve estar direcionada na promoção de atitudes que visem mudanças de comportamento da população com o propósito de intervir nos fatores de risco modificáveis (SIMÃO et al, 2002).

Sendo a HA uma enfermidade multifatorial, para preveni-la e tratá-la é necessário a introdução de mudanças de hábitos de vida, pois é inegável o impacto e a

influência que o comportamento e o estilo de vida têm no desenvolvimento e na evolução da hipertensão.

O indivíduo portador de HA necessita estar vigilante para as causas multifatoriais, procurando amenizá-las, quando não for possível eliminá-las, para garantir sua saúde mental e física, pois o aumento da PA é um sinal do organismo em relação a uma ameaça à integridade do indivíduo, seja ela física ou psicológica, sendo uma correlação distinta e variável em cada indivíduo (CASTRO, 2003).

Estilo de vida e fatores de riscos não são precisamente a mesma coisa, mas possuem muitos aspectos em comum. Os vários componentes do estilo de vida de uma pessoa podem interferir nas suas condições de saúde. Vale destacar que estes elementos trazem significados distintos em consonância com o nível econômico e a condição cultural de cada um, individualmente, ou de acordo com grupos populacionais ao qual o indivíduo pertença (PORTO, 1998).

Nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) encontram-se como recomendações a introdução de modificações no estilo de vida do hipertenso, que possibilitam uma melhora do seu quadro geral de saúde. Portanto, o hipertenso deverá realizar um controle alimentar, objetivando diminuir a ingestão de sal, evitar sedentarismo, praticar exercícios físicos regularmente, evitar estresse, obesidade, fumo e álcool.

No presente estudo, para uma melhor análise dos fatores de risco a que estavam expostos os entrevistados, foi feita uma investigação sobre os hábitos de vida dos hipertensos, e para analisá-los foram divididos em: *hábitos desejáveis* compreendendo redução na ingestão de sal, redução de peso, prática de exercícios físicos e lazer e em *hábitos não desejáveis* que compreendeu o consumo de cigarro de papel ou de palha e o consumo de bebidas alcoólicas. Os dados referentes a estas duas categorias estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e hábitos, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Hábitos	Masculino		Feminino		Total	
	N= 39		N= 75		N= 114	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HÁBITOS DESEJÁVEIS						
Redução na ingestão de sal						
Não	10	25,6	16	21,3	26	22,8
Sim	29	74,4	59	78,7	88	77,2
Redução de peso						
Não	17	43,6	42	56,0	59	51,8
Sim	22	56,4	33	44,0	55	48,2
Atividade física regular						
Não	21	53,8	44	58,7	65	57,0
Sim	18	46,2	31	41,3	49	43,0
Lazer						
Não	20	51,3	40	53,3	60	52,6
Sim	19	48,7	35	46,7	54	47,4
HÁBITOS NÃO-DESEJÁVEIS						
Consumo de cigarro de papel ou de palha						
Não	35	89,7	71	94,7	106	93,0
Sim	4	10,3	4	5,3	8	7,0
Consumo de bebidas alcoólicas						
Não	32	82,1	61	81,3	93	81,6
Sim	7	17,9	14	18,7	21	18,4
Total	39	100	75	100	114	100

Neste estudo, o **consumo de sal** foi analisado através do questionamento direto aos hipertensos do estudo, como era acrescentado o sal aos seus alimentos durante o preparo ou diretamente nas refeições. Perguntava-se se a quantidade adicionada era muita, moderada, pouca ou nenhuma.

A avaliação dietética de sódio é muito difícil, uma vez que seu consumo diário muda substancialmente e pode subestimar a quantidade de sódio ingerida, pois não leva em consideração as diferenças interpessoais na adição de sal (ESPELAND et al, 2001). Além disso, outra dificuldade encontrada para a verificação da avaliação dietética é a tabela de composição de alimentos utilizada, que pode modificar muito de um país para outro e não observar preparações regionais e os produtos industrializados produzidos internamente.

A maior parte das pesquisas que visa agregar o consumo de sódio à hipertensão arterial utiliza a excreção urinária de sódio de 24h como marcador diário, levando-se em consideração que mais de 95% do sódio são eliminados na urina (MOLINA et al, 2003). No entanto, esses pesquisadores verificaram que o consumo de sal e a relação de Na/K estiveram associados positivamente com o aumento dos níveis pressóricos.

De acordo com a Tabela 7, a redução do sal nos hábitos alimentares foi alcançada em 88 (77,27%) de todos os pacientes, sendo 29 (74,4%) homens e 59 (78,7%) mulheres.

A prática referente à redução do sal nos hábitos alimentares é importante para o controle da hipertensão e redução da morbimortalidade cardiovascular. A correlação entre consumo de sódio e níveis da pressão arterial sistólica é bastante clara, comprovada em animais de experimentação, pesquisas populacionais e em estudos de grupos de hipertensos e normotensos (MONEGO; JARDIM, 1998).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) informam que os indivíduos que consomem alimentos com diminuído teor de sal apresentam menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade. Entretanto, observa-se que a adição de sal é uma situação usual entre os hipertensos. Lima; Bucher e Lima (2004), ao inquirirem um grupo de hipertensos, observaram que o uso do sal de cozinha é uma prática predominante entre os sujeitos estudados, além de relatarem que se sentem mal (48%) e muito mal (19%) ao deixarem de consumir sal nos alimentos, provavelmente por terem sido acostumados ao uso excessivo no preparo da alimentação. Peres, Magna e Viana (2003), investigando práticas alimentares entre hipertensos, observaram que 70% das respostas dos pacientes informavam consumo de sal nos alimentos.

Pesquisadores são enfáticos e reforçam que a ingestão de sal está fortemente associada com o nível socioeconômico da população e pode parcialmente explicar a alta prevalência de hipertensão nas classes mais baixas do País. (MOLINA et al 2003). Entretanto, Chor (1998), em pesquisa com indivíduos hipertensos com padrão de vida diferenciado encontrou que 1/3 deles não obedecia às orientações nem mesmo aderiu a hábitos mais desejáveis durante o tratamento da HA.

Mudanças de hábitos em direção a atitudes mais saudáveis, como medida preventiva para a redução das complicações advindas do consumo inadequado de alimentos, são uma situação que exige esforços do paciente e permanente orientação dos profissionais que o assistem.

Quanto à **redução de peso**, tem sido veiculado na mídia e divulgado na literatura científica que a obesidade vem alcançando dimensões epidêmicas nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento com costumes ocidentais. No Brasil, a prevalência de obesidade, está em torno de 8% para os homens e de 12,4 para as mulheres. Quando se soma obesidade com sobrepeso, esse número eleva-se para 38,5% e 39%, respectivamente (CONSOLIM-COLOMBO; ATALA, 2004).

Os malefícios da obesidade são claramente conhecidos. O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão arterial. Calcula-se que 20% a 30% da prevalência de hipertensão arterial seja resultante da associação com obesidade, e a redução de peso corporal reduz os níveis de pressão arterial. (SIMÃO, et al, 2002; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Neste estudo, a redução de peso foi investigada através do questionamento se eles tinham sob controle seu peso corporal e se haviam perdido peso, quando necessário nos últimos meses. Os dados dispostos na Tabela 7 mostram que 59 (51,8%) dos hipertensos não se preocupam em reduzir o peso corporal, sendo que a maioria era homens. Os dados obtidos apontaram que os hipertensos não despertaram ainda para a importância do controle da obesidade, um importante fator de risco para a hipertensão arterial.

O estudo divulgado por Chor (1998) mostra por parte dos indivíduos uma preocupação com o peso, haja vista que a prática de dieta para emagrecer estava presente em 36%, enquanto que nos normotensos este percentual chega a 19,7%.

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) alertam que a redução do peso corporal é fundamental para se obter a normalização dos níveis tensionais, chegando-se a sugerir um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² como meta ideal, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir

redução da pressão arterial. E, o exercício físico ajuda na redução de peso e também atenua a frequência cardíaca, diminuindo a resistência periférica e provoca aumento da ação da insulina (SIMÃO et al, 2002).

Em se tratando de **atividades físicas**, neste estudo, investigou-se o desenvolvimento de atividade física regular ou a prática de exercícios físicos com duração de 30 a 45 minutos no mínimo três vezes por semana.

O risco relativo para o desenvolvimento de hipertensão entre os indivíduos sedentários é de 30% a 50%. A realização de atividade física regular, pelo menos 30 minutos por dia, tem sido associada à redução da pressão arterial sistólica de aproximadamente 4mmHg a 9mmHg e pode retardar o aparecimento da hipertensão (CONSOLIM-COLOMBO; ATALA, 2004).

A prática de exercícios físicos não surgiu como um hábito freqüente entre os sujeitos que participaram da pesquisa. Do total da amostra, 65 (57%) indivíduos não praticavam atividade física. Esta realidade não mudou quando se observou o sexo isoladamente, pois 53,8% dos homens não informavam a prática de atividade física. Entre as mulheres 58,7% não realizavam atividade física regular.

Esta prática dos hipertensos da presente pesquisa encontra-se divergente dos resultados obtidos no estudo divulgado por Peres; Magna e Viana (2003), no qual observaram que 80% de um grupo de hipertensos implementaram a atividade física no dia-a-dia.

Recentemente ficou demonstrado que um estilo saudável de vida em grande parte se dá em virtude da prática regular de exercícios físicos, e é importante para a saúde, porque ativa a circulação sanguínea através do movimento, melhorando o funcionamento cardiovascular, auxiliando na redução do peso corporal, além de proporcionar o relaxamento, diminuindo o estresse (LIMA; BUCHER; LIMA, 2004). Acrescenta-se que a atividade física constitui um importante tratamento no combate à obesidade, além de favorecer um relaxamento natural, devido a liberação de endomorfina ou mesmo por um convívio social mais amplo (CARVALHO, 1998).

Diante destes fatos, proporcionar oportunidades para que os hipertensos participem de atividades físicas grupais ou individualmente deveria ser meta da equipe de saúde que os assistem, bem como deveria fazer parte do processo educativo durante os atendimentos nas unidades de saúde na busca por mudanças de hábitos favoráveis para se viver com mais saúde.

Associado às questões das atividades físicas, outro aspecto bastante divulgado é o **lazer**, que proporciona ao indivíduo subsídios para alcance do equilíbrio emocional e harmonia. E assim, superar situações diferentes, ou repetitivas no seu dia-a-dia que podem facilitar a instalação do estresse.

No presente estudo foram considerados como lazer tempo disponível ao descanso, atividades físicas ou intelectuais executadas pelo indivíduo que proporciona prazer, satisfação, enfim que ofereça uma contribuição para a sua saúde mental como ler, pintar, participar de atividades sociais ou de grupo. Em relação à existência de atividades de lazer, nota-se que 54 (47,4%) do total de sujeitos relataram algum tipo dessas atividades; 19 (48,7%) pacientes do sexo masculino referiam a prática de lazer, e 35 (46,7%) das mulheres também referiam essa prática.

Outros estudos mostram índices semelhantes. A prática de lazer variou de 45,5% a 39,0 %, independentes de sexo e das faixas etárias entre hipertensos de uma capital brasileira da região sudeste (CHOR, 1998). Já, Favarato (2000), no Instituto do Coração em São Paulo (INCOR), estudando mulheres coronariopatas observou que a metade delas informava atividade de lazer exercitada freqüentemente.

Os estudos acima demonstram índices baixos de atividades de lazer entre hipertensos de diferentes regiões do País. A ausência de lazer na existência do homem pode comprometer sua qualidade de vida, uma vez que o lazer é importante para a manutenção do equilíbrio emocional do indivíduo. Portanto, para que o hipertenso consiga manter o controle da pressão arterial, ele deve estar motivado para buscar melhor qualidade de vida. E para isso, são necessárias modificações no estilo de vida adicionando-se no seu cotidiano a prática de lazer.

O homem, para usufruir boa saúde, necessita estar bem física e psicologicamente, e também implantado harmonicamente com seu meio. É preciso que ele se considere e seja livre de pressões de qualquer etiologia, seja esta física ou psicológica e que utilize sua razão com liberdade.

Outros fatores considerados indesejados como o **hábito de fumar** e de **ingerir bebida alcoólica** foram uma situação avaliada entre os hipertensos do presente estudo.

Considerou-se **tabagismo** o hábito de fumar cigarro de papel ou de palha independente de sua quantidade diária. O tabaco é considerado droga lícita; mais que isso, conta com um emprego de publicidade que instiga o consumo, apesar de ser acusado por tantos agravos à saúde.

O costume de fumar é habitual na sociedade brasileira. Informações do Ministério da Saúde (MS) assinalam que mais da metade dos homens e cerca de 33% das mulheres adultas fumam. Os indivíduos com escassos recursos financeiros, tidos como carentes e aqueles com menores níveis de educação fumam mais que os de classes socio-econômica e de nível educacional mais alto (BRASIL, 1993).

O tabagismo é uma entre várias práticas que podem elevar a pressão arterial e comprometer a sexualidade dos hipertensos. Dos 114 sujeitos entrevistados, 106 (93%) não referiam esse hábito. Somente quatro (10,3%) homens e quatro (5,3%) mulheres referiam fumar. Depreende-se que as mulheres apresentaram uma atitude mais positiva quanto ao tabagismo que os homens, protegendo-se deste vício.

Os principais componentes do cigarro que se associam ao aumento da morbimortalidade por cardiopatias sistêmicas são a nicotina e o monóxido de carbono. A nicotina desencadeia alterações hemodinâmicas, abrangendo acréscimo da frequência cardíaca por liberação de adrenalina e de noradrenalina (sistema nervoso simpático), produzindo aumento do débito cardíaco, do trabalho do coração e do consumo de oxigênio. Origina também vasoconstrição periférica que resulta em aumento da pressão arterial sistólica e diastólica e da contratilidade do miocárdio, diminuindo o período de contração isométrica (NETO; RASSI; LABBADIA, 1998).

Depreende-se desta discussão que o tabagismo resulta inúmeros comprometimentos vasculares, desta forma desencadeando prejuízo no fluxo sanguíneo de todos os órgãos, inclusive nos órgãos genitais e, conseqüentemente, a sexualidade pode ser comprometida por mais esse fator além da HA. Entretanto, neste estudo ao ser realizada associação entre tabagismo e alterações sexuais não foi observada significância (dados não apresentado). Talvez, não houve resultado significativo em decorrência de contar com número pequeno da amostra, somente oito (7,0%) hipertensos referiam ser fumantes.

Quanto ao **consumo de bebida alcoólica**, foi questionado aos hipertensos se eles ingeriam bebidas que possuem em sua composição álcool, independe da quantidade e da frequência.

Na Tabela 7 observa-se que a maioria dos participantes 93 (81,6%) não possui como hábito o uso de bebidas alcoólicas. Os resultados mostram que 32 (82,1%) hipertensos do sexo masculino referiam não consumir bebidas alcoólicas e sete (17,9%), sim. Entre as mulheres, 61 (81,3%) afirmavam não ingerir qualquer tipo de bebidas alcoólicas e somente 14 (18,7%) tinham esta prática como rotina. Observa-se porcentagem semelhante de homens e mulheres hipertensos informando uso de bebidas alcoólicas.

Diante dos inúmeros prejuízos desencadeados pelo uso do consumo de bebidas alcoólicas para a hipertensão arterial e a sexualidade, fez-se, nesta casuística, o teste de correlação entre as variáveis consumo de bebida alcoólica e alterações da sexualidade, entretanto não mostrou significativo. Provavelmente, pelo fato de se ter número pequeno de hipertensos que utilizavam bebidas alcoólicas.

O álcool quando empregado moderadamente pode excitar a libido, o desejo ou o interesse sexual, mas é capaz de acarretar alterações patológicas no sistema nervoso periférico e hepático (síntese de hormônios) e de diminuir a responsividade sexual, nos casos de uso abusivo ou crônico (GALINDO, 2000).

Um aspecto relevante é que o álcool é uma droga legal, ou seja, sua produção não é clandestina, e sua propaganda aparece livremente na mídia;. ao mesmo tempo em que a bebida alcoólica estabelece tantos males, ela também é acolhida socialmente (LIMA; BUCHER; LIMA, 2004).

O álcool tem efeitos bem comprovados sobre a pressão arterial. O uso excessivo tem efeito hipertensivo, pode ser o fator responsável por cerca de 5% a 10% dos casos de hipertensão, embora seja reversível após uma semana de abstinência (AMODEO; LIMA, 1996 e VIEIRA; TRAJMEN; BRANCO, 1998).

4.4. PERCEPÇÕES DE ALTERAÇÕES DE PADRÕES NA VIDA COTIDIANA DECORRENTE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Há descrições que o indivíduo hipertenso possui limitações impostas pela condição de cronicidade da doença, que, na maioria das vezes, leva a mudanças permanentes, muitas vezes de difícil aceitação, e que produzem sentimentos de tristeza, raiva, agressividade, hostilidade (REIS; GLASHAN, 2001). Estas alterações conduzem os indivíduos a se depararem com novas responsabilidades e problemas de ordem social, econômica e pessoal, muitas vezes de complexo enfrentamento.

As alterações impostas no estilo de vida dos hipertensos podem ser graduais ou cumulativas, mas não ocorrem no mesmo momento. A enfermagem inserida no espaço de saúde, contribui com orientações de forma contínua em nível ambulatorial ou hospitalar ajudando-os a organizar suas necessidades para manter um melhor controle de doença.

Na presente pesquisa, foram inqueridos 114 hipertensos a respeito da existência de modificações ou alterações no seu dia-a-dia a partir do diagnóstico de hipertensão arterial.

Tabela 8 - Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e alterações na vida pessoal resultantes da hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitários Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Alterações na vida pessoal resultante da hipertensão arterial	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não	19	48,7	32	42,7	51	44,7
Sim	20	51,3	43	57,3	63	55,7
Total	39	100	75	100	114	100

*Foi utilizado o teste Exato de Fisher, $p = 0.5575$.

Conforme a tabela acima, 63 (55,7%) indivíduos afirmaram ter apresentado alterações na sua vida provenientes do diagnóstico de HA. As alterações foram citadas por 20 (51,3%) pacientes do sexo masculino e 43 (57,3%) do sexo feminino. Não existe

diferença entre os sexos ($p = 0.5575$) quando se trata de alterações na vida pessoal em decorrência da HA.

Os dados da literatura afirmam que a experiência de um problema de saúde crônico como a hipertensão arterial provoca mudanças na vida do indivíduo, podendo desencadear comprometimentos na auto-estima, no papel social e no relacionamento familiar e exige a ativação de mecanismos de adaptação ao novo estilo de vida, tanto para o paciente, quanto para sua família (CASTRO, 2003). Entretanto, no presente estudo não foi possível observar essa afirmação estatisticamente, provavelmente por ter estudado separadamente os sexos em função das alterações cotidianas.

Quando se estuda o nível percentual, observa-se a existência de alterações no dia-a-dia após a descoberta da hipertensão arterial. Diante disso, procurou-se identificar quais foram estas alterações. Com o propósito de analisar esses fatos, foram organizadas as respostas (falas) em categorias.

As categorias apresentam-se no quadro e foram assim divididas: Alterações emocionais; Comprometimento sexual; Desconforto físico e complicações e Comprometimento socioeconômico e Alterações nos hábitos do cotidiano.

QUADRO Descrição das categorias e falas sobre as mudanças que ocorreram na vida dos hipertensos, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitários Oswaldo Cruz, após a descoberta da hipertensão arterial. Recife, 2004.

Categorias	Mudanças ocorridas após a descoberta da Hipertensão Arterial *
Alterações emocionais	<i>... muito agitado; ... mais nervoso; A vida ficou mais triste;...quando tenho raiva a pressão sobe; ... medo de ter um derrame;... muito chorosa, não consigo andar direito;... medo de fazer as coisas... morrer;... mais alegre;</i>
Comprometimento sexual	<i>... comprometimento na relação sexual; ...sem desejo para a vida sexual; ... impotência; ...mudei sexualmente...</i>
Desconforto físico e complicação	<i>... debilitada,... dores de cabeça; ... fadiga e falta de paciência; ... vieram outros problemas como AVC; ...sente-se mal, às vezes, com batimento cardíaco forte e agonia; ... às vezes ... momentos de desorientação; ... sem ânimo para nada; ...não posso fazer as coisas, pois sinto tontura; desconforto para dormir.</i>
Comprometimento sócio-econômico	<i>...deixei de trabalhar; deixei de fazer atividades domésticas; ... só fico em casa; ... deixei de tirar a carteira de motorista; ... a dor de cabeça e cansaço prejudica o rendimento do trabalho.</i>
Alterações nos hábitos do cotidiano	<i>Não posso comer tudo, tive de modificar os hábitos alimentares; ... deixei de beber; ... deixei de fazer muito do que tinha vontade; ... tive que fazer exercícios físicos;...estou com restrições de fazer atividades que exigem muito esforço.</i>

* Um ou mais paciente podem ter referido situação ou fala semelhante.

Categorizaram-se como **alterações emocionais** as falas que referiam alguma modificação quanto ao aspecto temperamental e psíquico. Grande parte delas foi enquadrada apenas nesta categoria. Observa-se que houve referência quanto à existência de irritabilidade, agitação, nervosismo, tristeza, raiva, medo, impaciência e “sentir-se trancada”. Contrário do que se esperava, houve um paciente que referiu estar mais feliz após o diagnóstico. Para essa fala específica, observou-se durante a entrevista, que esse indivíduo informava que as novas atitudes e práticas impostas diante do diagnóstico o levaram a melhorar a sua vida, com a instituição de exercícios, caminhadas e manutenção de hábitos alimentares mais saudáveis.

Estas alterações apresentadas pelas falas dos hipertensos corroboram com os achados de uma pesquisa apresentada por Van der Ploeg e col. apud Nomura; Prudêncio; Koblmann Jr.(1995) os quais realizaram estudo controle com hipertensos e indivíduos saudáveis e observaram que aqueles apresentaram maiores índices na ansiedade, demonstraram ser mais facilmente irritáveis quando comparados aos indivíduos do grupo controle (NOMURA; PRUDÊNCIO; KOBLMANN JR.,1995).

Alguns indivíduos informavam que existiu **comprometimento sexual** após o diagnóstico de hipertensão. As falas a seguir justificam essa categoria:

...não tenho mais vida sexual, apresento comprometimento na relação sexual; ... sem desejo para vida sexual; ... impotência;mudei sexualmente... .

Em se tratando da sexualidade, ainda existe um tabu que não se pode desconsiderar. Uma vez acometido pela hipertensão, surgem medos e inseguranças em diversos aspectos da vida do indivíduo, mas especialmente no sexual. Surgem dúvidas relativas ao esforço extra-estabelecido do coração no momento do coito e a quase confiança de que o coração doente não agüentará tal esforço, podendo levá-lo à morte. Nestes casos, as condições psicológicas do hipertenso e a própria depressão cardiovascular inibem a libido (OLIVEIRA JR, 1998).

Quanto à categoria estabelecida como **desconforto físico e complicação**, destacam-se algumas falas dos indivíduos:

Fiquei com esquecimento; debilitada, cansada; sentia-se mal, às vezes, com batimento cardíaco forte e agonia; às vezes sinto momentos de desorientação... .

Miranda e Porto (1998), divulgam que uma pessoa ao ser acometida por uma enfermidade, passa a vivê-la com toda a sua personalidade, e não apenas no órgão afetado. Há uma relação de continência e cumplicidade entre doença e doente. Podendo desencadear ganhos secundários, que podem ser conscientes ou inconscientes.

Portanto, todos os sintomas dos hipertensos devem ser considerados pelos profissionais que cuidam destes indivíduos através de ação e atitude a fim de conseguir aliviar suas diversas formas de somatização, acalmar as apreensões que fragilizam o “ser” como um todo, fazendo com que a qualidade de vida deles seja atingida.

O **aspecto socioeconômico** também foi uma queixa freqüente relatada pelos hipertensos. Os depoimentos a seguir retratam essa situação:

... Deixei de trabalhar; Deixei de fazer atividades domésticas; Agora só fica em casa; Não posso andar e passear.

Foi observado que as dificuldades econômicas levaram alguns hipertensos a suspenderem suas atividades profissionais. Este dado confere com os resultados de estudo realizado por Porto (1985) que a doença de Chagas e a hipertensão arterial eram responsáveis pelo afastamento de 38,7% de homens no trabalho.

Vale destacar que, se considerar o binômio doença/profissão, os casos de hipertensão não-complicada e moderada, passíveis de controle terapêutico, não incapacitam os indivíduos para as atividades profissionais, exceto os casos de hipertensão arterial grave ou complicada (PORTO et al, 1998).

Referente aos **hábitos do cotidiano**, alguns indivíduos afirmaram:

*Não se pode comer de tudo... tive que modificar os hábitos alimentares;
Deixei de beber...*

Em relação às mudanças citadas reconhece-se que mudar um estilo de vida, bem como um hábito alimentar, como por exemplo, eliminar ou diminuir o sal, pode levar ao isolamento social em função de os hipertensos deixarem de ir a festas e a reuniões para evitar ingerir alimentos inadequados. Assim, a condição crônica de saúde pode levá-los a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer, como: beber, fumar e comer e ainda perdas financeiras e na capacidade física. Essas perdas são um agravante no momento de mudar um hábito ou um estilo de vida.

Portanto, a equipe de saúde deve propor uma terapêutica ajustada com a realidade individual de cada hipertenso e eficaz em longo prazo, permitindo a participação e a cooperação do mesmo, o qual convive com a cronicidade e tem dificuldade em alterar seu estilo de vida.

A terapêutica, incluindo as modificações no estilo de vida relacionadas ao ambiente, hábitos pessoais e organização da atenção à saúde, além de proporcionar em alívio dos sintomas, traduzem-se em melhoria da qualidade de vida do hipertenso (REIS; GLASHAN, 2001).

4.5. FREQUÊNCIA E TIPOS DE ALTERAÇÕES SEXUAIS

Os escassos estudos apresentados na literatura científica sobre sexualidade e hipertensão, além do interesse despertado enquanto enfermeira para o assunto motivaram a inserção desta variável na presente investigação. Assim, os resultados aqui apresentados poderão despertar interesse em outros pesquisadores, bem como subsidiar futuras pesquisas.

Neste estudo, a compreensão da sexualidade extrapola a visão de genitalidade e vai além da compreensão dos componentes biopsicossociais que atuam sobre o corpo. A sexualidade é uma expressão única e genuinamente humana, portanto, comum a todas as pessoas.

Farias e Silva (2000) relatam que, sendo o homem um ser presente na história, possuidor de um corpo, sexo e sexualidade, as informações sobre este tema devem ser conduzidas entre as pessoas, isto porque a sociedade encontra-se em busca de novos paradigmas. Corrobora-se com o ponto de vista dos autores acima referidos. E para tanto, buscou-se investigar a sexualidade do hipertenso. Entre os vários aspectos aqui pesquisados, procurou-se saber se os indivíduos da pesquisa apresentavam alguma alteração sexual.

Alterações sexuais

A avaliação da existência de alterações sexuais baseou-se nas respostas dadas pelos entrevistados mediante o questionamento: *Apresenta alguma alteração na sua vida sexual?* Em caso positivo, descrevia-se essa alteração.

Aqui se denominou disfunção sexual todo problema que interfira na resposta da expressão sexual humana a estímulos eróticos, seja ele de origem psicológica, biológica ou social. Pois, considera-se que a disfunção sexual apresenta-se como um mau funcionamento da psiconeurofisiologia em forma de distúrbios no desejo, na ereção, na ejaculação e no orgasmo. O comprometimento de uma destas fases prejudica toda a relação. As perguntas que investigaram essa situação foram questões mistas: fechada, quanto ao questionamento da presença ou não de alteração sexual, e aberta, quanto à descrição do tipo de disfunção sexual. A definição do tipo de alteração sexual ficou sob a responsabilidade do apontamento da pesquisadora, a qual subsidiava - se nas descrições referidas junto ao formulário da pesquisa.

A tabela 9 apresenta os dados da presença ou não de alterações sexuais.

Tabela 9 - Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e presença de alterações sexuais, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004

Alteração sexual	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não	9	23,1	24	32,0	33	28,9
Sim	30	76,9	51	68,0	81	71,1
Total	39	100	75	100	114	100

*Foi utilizado o teste Exato de Fisher, $p = 0.3871$.

Com relação às respostas apresentadas na Tabela 9 em relação à presença de alterações sexuais em hipertensos, nota-se que 33 (28,9%) indivíduos nunca se depararam com essas disfunções. Entretanto, grande parcela de hipertensos 81 (71,1%) informa alterações sexuais.

Analisando-se quanto ao sexo, observa-se que 30 (76,9%) indivíduos do sexo masculino referiram ter alterações sexuais. Entre as mulheres, a prevalência de alterações sexuais foi informada por 51 (68%) delas. Não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0.3871$)

Os dados desta pesquisa encontram-se inferiores aos divulgados por Macedo (2003), quando informam que 54% das mulheres brasileiras, hipertensas ou não, sofrem de algum tipo de problema sexual, entretanto, apenas 18% destas procuram especialistas. Estudos informam que a procura por tratamento, ou mesmo aqueles que revelam os problemas referentes à sexualidade aos profissionais que os atendem é uma porcentagem baixa (MACEDO, 2003).

Estudo realizado por pesquisadores do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas em São Paulo mostra que a sexualidade feminina continua um grande mistério até mesmo para os profissionais teoricamente preparados para cuidar da saúde sexual das mulheres. Os problemas sexuais femininos possuem um leque de razões muito maior do que os masculinos. Além de distúrbios que comprometem a circulação sanguínea dos

órgãos genitais, elas estão sujeitas a desequilíbrios hormonais que comprometem a libido. Soma-se às causas biológicas barreiras sociopsicológicas que se transubstanciam o desejo (MACEDO, 2003).

As informações deste estudo se referente ao sexo masculino confirmam observação feita por Giddens (1993), quando relata que a sexualidade masculina tende a expressar mais inquietação do que a feminina porque os homens separam a sua atividade sexual das outras atividades da vida.

Embora naturais ou biológicas, as diferenças sexuais não estão garantidas. Dependem de uma boa administração dos fatores internos e externos que podem intervir no processo. As influências do meio e da cultura, podem ser responsáveis pela boa finalização do percurso ou pela perversão dos caminhos traçados pela natureza (ROHDEN, 2003). Assim, a consolidação da diferença sexual e a forma de viver a sexualidade dependem de um processo no qual a ordem da cultura tem um papel fundamental. Entretanto, considerando-se as influências do meio e da cultura, estas variáveis não foram pesquisadas.

Os resultados aqui observados conduzem a inúmeras inquietações, destacando-se dentre elas: os pacientes são verdadeiros ao relatarem suas alterações sexuais? As mulheres apresentam menor percentagem de disfunção sexual, ou os homens informam mais? Estas perguntas poderão ser esclarecidas diante de estudos mais aprofundados que investiguem os diferentes contextos sociais que vivem estes pacientes, além de relacionar as diferentes idades associadas às questões hormonais, aqui não investigadas.

Após a identificação de um percentual significativo de hipertensos com disfunções sexuais, procurou-se identificar quais eram estas alterações, perguntando-se diretamente ao paciente que informava apresentar alteração: *Qual tipo de disfunção sexual tem apresentado?* Era dada a oportunidade aos pacientes para responderem espontaneamente a pergunta sem a interferência da pesquisadora. Entretanto, para ser mais fácil de consolidar as respostas, no formulário de entrevista, as diversas possibilidades de respostas estavam organizados em itens, os quais se apresentam com os respectivos conceitos.

Disfunção sexual

Para Dias (1999), a disfunção sexual é concebida por bloqueios que, de qualquer maneira, interferem na resposta sexual. Os inúmeros fatores que colaboram para a disfunção sexual podem ser categorizados como: *socioculturais*, aqueles ligados à família,

à religião, à revolução sexual, aos tabus e às credences sexuais. *Comportamentais*, experiências de vida negativas/destrutivas e relações de ensino inadequadas.

Os fatores socioculturais são os responsáveis pela educação e pela transmissão de regras e normas do meio em que a pessoa está inserida. Com base nestes fatores, são aprendidos os papéis que deverão ser desempenhados pela sociedade.

As disfunções, devido a fatores físicas ou psicológicos, podem resultar em sofrimento. Por exemplo, um indivíduo com distúrbios sexuais pode sofrer de ansiedade ou de frustração sexual relacionada a esses distúrbios, a qual, por sua vez, pode levar à insônia, condição que pode constituir a queixa apresentada ao clínico geral (DISTÚRBOS SEXUAIS, 2004).

A Tabela 10 apresenta os diferentes aspectos da disfunção sexual entre os portadores de HA.

Tabela 10 - Distribuição dos hipertensos, segundo sexo e tipo de disfunção sexual, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Tipo de disfunção sexual	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inibição do desejo	9	23,1	20	26,7	29	25,4
Disfunção erétil ou inibição da excitação	11	28,2	-	-	11	9,6
Frigidez ou inibição da excitação	-	-	19	25,3	19	16,6
Inibição do orgasmo	3	7,6	2	2,7	5	4,4
Ejaculação precoce	2	5,1	0	0	2	1,8
Dispareunia	1	2,6	2	2,7	3	2,6
Fobia sexual	-	-	2	2,7	2	1,8
Múltipla*	4	10,4	6	7,9	10	8,9
Não apresentou disfunção	9	23,1	24	32,0	33	28,9
Total	39	100	75	100	114	100

Múltipla*: presença de mais de uma disfunção.

Por terem alguns indivíduos referido, simultaneamente, mais de um tipo de alteração sexual, neste caso considerou-se como disfunção múltipla. Observando a tabela

10, dentre os entrevistados do sexo masculino, verifica-se a disfunção erétil (n=11; 28,2%) como a situação que mais acontecia, seguida pela inibição do desejo (n=9; 23,1%). Entre as mulheres, a situação mais informada era a inibição do desejo (n= 20; 26,7%), seguida pela frigidez ou inibição da excitação (n=9; 25,3%).

Analisando-se os resultados, percebe-se que a disfunção de maior prevalência foi representada por inibição do desejo em 29 (25,4%). Para Ballone (2004), o desejo sexual é um fenômeno subjetivo e comportamental, extremamente complexo. A expressão “desejo sexual” envolve toda inclinação humana para o comportamento sexual e tem início tanto na cultura, através da motivação sexual, como na pessoa, através do estímulo sexual.

A **inibição do desejo sexual** é a condição em que há diminuição ou ausência total de fantasias e de desejo de ter atividade sexual (DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS, 2003). Observa-se que esta disfunção esteve presente tanto no homem como na mulher.

A **inibição do orgasmo** ou **anorgasmia** é a falta de orgasmo de maneira recorrente e persistente depois de uma fase de excitação normal, produzida por uma estimulação adequada em intensidade e duração. É um distúrbio que afeta principalmente as mulheres (ROMERO, 2004). Entre os 114 hipertensos do estudo a inibição do orgasmo esteve presente em cinco (4,4%) destes. Três (7,6%) homens e duas (2,7%) mulheres referiram anorgasmia.

Os resultados desta casuística sugerem que esta alteração sexual foi maior entre os homens. Já, diferentes autores indicam ser ela maior entre as mulheres (PINHEIRO, s/d; LIEF, 1984; COSTA, 1998; ROMERO, 2004). Provavelmente, os dados aqui observados tenham sofrido alterações em virtude de serem pacientes com HA, e parte das mulheres já vivenciavam a menopausa, fase em que há diminuição da libido, além da possibilidade da influência hormonal. Outra limitação para discussão mais aprofundada das questões de sexualidade foi a ausência de perguntas avaliando a reposição hormonal entre elas.

Os dados também mostraram que 10 (8,9%) dos 114 hipertensos apresentaram **disfunção múltipla**, ou seja, mais de uma alteração sexual. Observa-se que tanto no sexo masculino quanto no feminino ocorreu disfunção múltipla (10,4% e 7,9%, respectivamente).

Os números ainda indicam que três (2,6%) dos pesquisados apresentaram a **dispareunia**. Dispareunia é denominada dor genital associada ao ato sexual (DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS, 2003). Apesar de a frequência desta alteração ter sido baixa, também se avalia significativa a sua identificação: um (2,6%) no sexo

masculino e dois (2,7%) no feminino. Silva (2003), numa pesquisa realizada, no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia do Estado de São Paulo, com uma amostra constituída por 62 pacientes coronariopatas clínicos, mostra que a frequência de dispareunia apareceu em 36% das mulheres e em 18,9% dos homens. Portanto, nesta casuística os hipertensos apresentaram menor incidência do que os indivíduos da pesquisa de Silva (2003).

A dispareunia acontece tanto em mulheres como em homens, e pode ser atribuída a uma enfermidade local ou em determinados episódios. Nenhuma origem evidente é detectada, podendo ser avaliados fatores emocionais como causa determinante (MORAES, 1998). No presente estudo esta disfunção foi observada em ambos os sexos, entretanto, aqui não foram analisadas as possíveis causas da dispareunia.

A **fobia sexual** é caracterizada por evitação ativa de ter sexo com parceiros, com sentimentos de repulsa, ansiedade e medo (DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS, 2003). O que distingue a fobia sexual é o medo constante e irracional do sexo e o desejo compulsivo de fugir das experiências e dos sentimentos referentes ao sexo. Há relatos de que os indivíduos podem experimentar sensações normais de desejo, fantasiar e se excitar até o orgasmo com masturbação, mas o toque do parceiro é insuportável (MOREIRA, 1993).

Esta situação no presente estudo não foi relatada entre os homens, já duas mulheres (2,7%) informavam essa ocorrência. Depreende-se que as mulheres mantêm a relação sexual provavelmente como forma de “obrigação” em satisfazer o parceiro, mesmo sentindo repulsa pelo ato sexual.

A seguir, serão tratadas as disfunções sexuais peculiares ao sexo masculino: a disfunção erétil e a ejaculação precoce e, depois, aquelas mais ligadas ao sexo feminino, presentes neste estudo como: frigidez ou inibição da excitação.

A **disfunção erétil** ou **inibição da excitação sexual masculina** é interpretada como a dificuldade persistente para conseguir ou manter ereção adequada para a consumação satisfatória do coito (PINHEIRO, s/d; LIEF, 1984; COSTA, 1998; PIERRI, 1999; BARROS, 2000; COELHO, 2001).

Dos 39 hipertensos do sexo masculino que participaram deste estudo, 11 (28,2%) referiram apresentar disfunção erétil e 28 (71,8%) não referiram.

Confrontando os resultados da presente casuística com os dados de pesquisa realizada por Silva (2003) com 62 coronariopatas em que 89,2% deles referiram disfunção erétil, provavelmente estas diferenças se devam ao fato de que os coronariopatas

mostraram-se mais abertos para falar de sexualidade, e com isto foi possível diagnosticar um maior número de disfunções eréteis.

Abdo et al. (2002), estudando 2835 indivíduos de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, de sete estados brasileiros em 2000 relata que a disfunção erétil foi a alteração sexual mais corriqueira entre os homens (46,2%). A porcentagem da disfunção erétil foi maior no estudo de Abdo et al (2002) e na presente investigação.

Outra disfunção sexual relatada foi a **ejaculação precoce**, conceituada como incompetência do homem de ter domínio sobre o fluxo ejaculatório. O homem acometido de ejaculação precoce, ele atinge de imediato a excitação, podendo acontecer durante as carícias, no primeiro contato com a vagina, ou de imediato à penetração. Alguns homens ejaculam à simples visão da nudez da parceira (LIEF, 1984; COSTA, 1998; BALLONE, 2002).

A ejaculação precoce tem altíssima prevalência, afetando algo em torno de 10 a 30% dos homens em algum momento de suas vidas, sendo o problema sexual mais comum entre os homens (BALLONE, 2002; SILVA, 2003).

Situação diferente ao relato da literatura foi observado neste estudo, em que a ejaculação precoce esteve presente em pequena porcentagem de hipertensos. Somente dois homens (5,1%) referiram esta alteração sexual. Talvez isto possa ser explicado porque o homem com ejaculação precoce, frequentemente, manifesta decepção, ansiedade e sofrimento com essa situação, e, conseqüentemente, tem vergonha em procurar ajuda ou reconhecer o problema.

A seguir, apresenta-se o problema sexual observado entre as mulheres. A **inibição da excitação sexual feminina** ou **frigidez** é a única alteração sexual específica do sexo feminino que esteve presente. A inibição da excitação sexual feminina ou frigidez é a incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter a lubrificação vaginal e turgescência até o fim do ato sexual. A mulher tem pouca ou nenhuma sensação de excitação (DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS, 2003).

A inibição da excitação sexual feminina ou frigidez é a incapacidade em proporcionar, adquirir ou manter uma excitação sexual adequada. A característica essencial desse transtorno é uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais. O portador de inibição da excitação sexual feminina ou frigidez em geral não costuma tomar iniciativa para a atividade sexual ou pode engajar-se com certa relutância quando esta é iniciada pelo parceiro (BALLONE, 2003).

Não se pode ignorar, também, que a HA é um fator que condiciona negativamente a resposta sexual feminina durante a chamada fase de excitação. Níveis elevados de PA não só danificam a parede interior do clitóris e da vagina, mas também interferem na liberação local de neurotransmissores que participam da fase de excitação do ato sexual (BECHARA, 2004).

No presente estudo a inibição da excitação sexual feminina ou frigidez foi relatada por 19 (16,6%) mulheres. Essas cifras foram inferiores às aquelas apresentadas por Silva (2003) em um estudo na capital paulista onde detectou 32% de inibição da excitação sexual feminina.

Talvez a baixa porcentagem de mulheres de o presente estudo relatarem frigidez, se deva ao fato de estarem relativamente em idade mais madura, em que os níveis hormonais estão em queda.

4.6- ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Haja vista que as variáveis aqui investigadas são referidas pela literatura como sendo possuidoras de alguma influência na hipertensão arterial e/ou na sexualidade, elas foram cruzadas entre si. Todas as variáveis do estudo, como: idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, situação ocupacional, atividade profissional, renda familiar, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, interrupções no tratamento, medicamento anti-hipertensivo utilizado, redução de sal, controle de peso, realização de atividade física e de lazer foram cruzadas com a variável alteração sexual.

Para verificar se existia associação entre as diversas variáveis foram utilizados testes estatísticos (Teste exato de Fisher e/ou teste do qui-quadrado), entretanto, somente, duas associações entre as variáveis apresentaram significância. Desta forma, para o estudo apenas estas associações serão apresentadas e discutidas, a saber: Alteração sexual e situação ocupacional; Alteração sexual e existência de atividade de lazer.

Alteração sexual e situação ocupacional

Tabela 11 - Distribuição dos hipertensos, segundo alteração sexual e situação ocupacionais, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitários Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Situação ocupacional	Alteração sexual				Total	
	Não		Sim		N	%
	N	%	N	%		
Ativo	8	24,2	35	43,2	43	37,8
Aposentado	15	45,5	14	17,3	29	25,4
Desempregado	10	30,3	32	39,5	42	36,8
Total	33	100	81	100	114	100

Teste qui-quadrado apresentando $p=0,06$

Analisando-se a tabela anterior, observa-se que, entre os 43 portadores de hipertensão economicamente ativos, 35 (43,2%) relataram disfunções sexuais. Somente oito (24,2%) não apresentavam. Entre os indivíduos aposentados, 14 (17,3%) citaram deparar-se com disfunção sexual. Dentre os desempregados, 32 (39,5%) referiram alterações sexuais e apenas 10 (30,3%) não informavam essa situação. As alterações

sexuais encontravam-se presentes de forma mais predominante entre os indivíduos ativamente produtivos, seguidos pelos desempregados.

Nos tempos modernos, observam-se mudanças acentuadas na economia global. A demissão de pessoas é inevitável e, nesse processo, serão aproveitados aqueles trabalhadores que dão melhores resultados financeiros em curtíssimo prazo. Os trabalhadores ficam desnorteados, não sabem se direcionam sua preocupação para uma possível demissão, se planejam buscar uma nova ocupação no mercado, se preocupam em mostrar serviço para não serem demitidos, se buscam mais capacitação para garantir o emprego. Todos esses conflitos causam ansiedade, e associado a uma doença que necessita desprendimento e controle pode ser um fator para elevar os níveis de ansiedade, podendo interferir na sexualidade.

Associados a isso, o estresse é uma reação que leva o indivíduo a resguardar-se de efeitos prejudiciais e promove o fortalecimento para as reações de luta. Entretanto, a sobrecarga de situações geradoras de estresse ou a manutenção de certas condições e situações estressoras, como por exemplo, o desemprego ou sobrecarga de trabalho, pode conduzir o indivíduo a ter prejuízos ligados ao corpo e à mente, e esse efeito nocivo ocasiona descarga na corrente sanguínea, levando ao aparecimento de doenças ou agravamento de alguma já existente (CASTRO, 2003), e entre estas intercorrências e/ou doenças estão as disfunções sexuais, que aparecem em grande número sem causas biológicas ou fisiológicas, mas, sim, emocionais. São as chamadas perturbações psicossomáticas (SOARES, 2004).

Uma vez excluídas as causas orgânicas, a ansiedade, juntamente com a insegurança e o medo podem levar o indivíduo a apresentar disfunções sexuais (BALLONE, 2003). São estes sentimentos que se acredita estarem presentes entre os indivíduos da presente casuística, sejam eles os trabalhadores e/ou desempregados, estando de forma mais amenizada entre os aposentados, talvez por estes já possuírem garantidos, de alguma forma, a sua sobrevivência. Analisando-se sob este prisma, acredita-se que esta é uma das justificativas para a incidência de alterações sexuais detectadas na amostra deste estudo.

Alteração sexual e existência de atividade de lazer

O lazer, na opinião de Ferreira (2001), significa tempo disponível, ócio, folga, e é comumente entendido como uma atividade prazerosa e não obrigatória. Dependendo das pessoas, pode-se dirigir a uma grande variedade de expressões. Práticas não rígidas de

esportes difundidos, conjuntos musicais para dança, grupos de ginástica, que envolvam direta ou indiretamente a parte física. Existe também outra modalidade relacionada mais a aspectos intelectuais, como interpretação artística e outras representações diversas. Além dessas, existem as de caráter manual, como as inúmeras facetas de produção artesanal.

O lazer contribui diretamente para a saúde mental superando a depressão, a ansiedade, o isolamento social e o estresse e, indiretamente, para a saúde sexual como proteção/prevenção das disfunções sexuais, uma vez que ele trata os aspectos psicossociais, uma das causas das disfunções sexuais.

Nesta pesquisa, foram consideradas disfunções sexuais desordens psicossomáticas que tornam impraticável para a pessoa ter relações sexuais e/ou ter prazer durante o sexo. É difícil identifica-se causa única para qualquer disfunção sexual, mesmo que o agente deflagrador seja justificável para assegurá-la a partir de uma determinada ocasião e fazer persistir no futuro. Todas as pessoas estão sujeitas a sofrer alguma disfunção sexual, em algum momento de sua vida se levar em conta que os fatores psicossociais e/ou culturais são persistentemente desfavoráveis com relação à sexualidade humana.

Sabendo-se da importância da atividade sexual saudável na qualidade de vida do indivíduo é fundamental, sempre que possível a procura de ações que a potencializem. E esta prática representada pelo lazer mostrou-se significativa entre os pacientes estudados.

Tabela 12- Distribuição dos hipertensos, segundo alteração sexual e lazer, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, 2004.

Lazer	Alteração sexual				Total	
	Não		Sim		N	%
	N	%	N	%		
Não	12	36,4	48	59,3	60	52,6
Sim	21	63,6	33	40,7	54	47,4
Total	33	100	81	100	114	100

Prova exata de Fisher apresentando $p=0,038$

Na tabela acima observa-se que dos 114 entrevistados, 60 (52,6%) não informavam ter lazer. Destes, 48 (59,3%) apresentaram alterações sexuais e 12 (36,4%)

não as referiram. Enquanto, dos entrevistados que possuíam lazer, 21 (63,6%) não apresentaram disfunção sexual e somente 33 (40,7%) referiram alterações sexuais.

Resultados semelhantes, quanto à prática de lazer, foram observados em estudo realizado por Salles-Costa et al (2003), com 4030 funcionários técnico-administrativos de uma do Rio de Janeiro, onde a prática de atividade física de lazer se apresentou variando de discreta a moderada, apenas um terço das mulheres praticava algum tipo de atividade física de lazer, enquanto quase 40% dos homens a realizavam. A inatividade física de lazer foi altamente prevalente.

Sabendo-se que o lazer tem como objetivo proporcionar prazer, alegria e diversão, assim como bem-estar físico e mental melhorando a qualidade de vida, pode-se inferir que ele proporciona às pessoas maior capacidade de superação para o enfrentamento de aspectos relativos à função, à disfunção e a desconforto físico e emocional. Portanto, a ausência de lazer na vida dos portadores de hipertensão arterial demonstrou impacto negativo na saúde sexual, como demonstram os dados da tabela acima. Depreende-se que os indivíduos que não possuem lazer e não trabalham, por se manterem ociosos, podem estar mais afetados pelas doenças, interferindo na saúde sexual.

Hipertensão Arterial:
aspectos da sexualidade,
socioepidemiológicos e clínicos



CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

Esta pesquisa partiu da necessidade de se identificar em hipertensos atendidos no Ambulatório de um Serviço de Cardiologia da cidade de Recife: o perfil socioepidemiológico e clínico, a frequência das alterações sexuais e sua comparação entre o sexo masculino e o feminino.

Os resultados mostraram que 47 (41,2%) dos pacientes encontram-se na faixa etária de 50 a 59 anos; 92 (80,7%) informaram ser casados; o primeiro grau foi alcançado por 74 (64,9%) hipertensos; 58 (50,9%) dos indivíduos pertencem à religião Católica, 97 (85%) possuem renda *per capita* entre R\$ 37,14-260,00 e 56 (49,1%) dos pesquisados encontram-se na categoria profissional de inativo.

Pôde-se observar que, dentre os entrevistados, parcela significativa, 43 (37,7%) possuía diagnóstico de hipertensão arterial entre seis a 10 anos. Diante disso, observa-se que os hipertensos deste estudo estão expostos com intensidade a agressões crônicas expressivas das células endoteliais e, conseqüentemente mais vulneráveis a outras doenças cardiovasculares.

Outro aspecto detectado é com relação ao período de tratamento anti-hipertensivo, sendo evidenciado um tempo médio de 7,40 anos, o qual pode ser considerado prolongado. Esse tempo pode contribuir com situações de desestímulo frente ao tratamento, repercutindo em situações de abandono ou negligência, em relação ao autocuidado no controle da doença e no surgimento de alterações sexuais. De fato, os participantes justificam o não-cumprimento do tratamento por falta de compromisso ou interesse com a terapêutica, em virtude de problemas financeiros e déficit de conhecimento da própria patologia.

Os pacientes manifestaram atitudes positivas frente aos hábitos considerados indesejáveis, principalmente quando associados ao consumo de cigarro de papel ou de palha e consumo de bebidas alcoólicas, haja vista que, entre dos 114, somente 8 (7,0%) fumavam e 21 (18,4%) informaram uso de bebida alcoólica. Outra situação desejável em se tratando de hipertensão cita-se ao fato de aderir ao tratamento não-farmacológico, como a redução de sal, onde 88 (77,2%) indivíduos informaram esta prática e o controle do peso corporal estava presente em 55 (48,2%) deles. Entretanto, referiram a necessidade de maior incentivo para adquirir hábitos para realizar atividade física e lazer.

Quanto à presença de alterações sexuais, detectou-se que 33 (28,9%) indivíduos nunca se depararam com disfunções sexuais. Entretanto, uma ampla quantidade, 81 (71,1%), indicava essas alterações. Comparando-se os sexos observa-se que 76,9% dos indivíduos do sexo masculino referiram ter alterações sexuais, enquanto, entre as mulheres essa situação era informada por 68%. Estudos que contemplem um amplo aspecto de variáveis poderão ser desenvolvidos, a fim de se observar o que de fato pode interferir na sexualidade dos hipertensos.

Identificou-se também que o profissional que atua com esse tipo de clientela reconhece a sexualidade como uma necessidade humana básica, mas esta necessidade não se apresenta integralmente focalizada na assistência. O profissional de enfermagem deve falar mais sobre a sexualidade humana e sentir-se mais confortável para indagar junto aos pacientes situações consideradas mais “constrangedoras”, as quais, muitas vezes, entre os pacientes, são geradoras de frustrações, incertezas e dúvidas. A sexualidade não deve ser um problema, e, sim, fonte de prazer e realização. Um profissional habilitado pode ajudar o hipertenso a ter acesso às informações necessárias para autocuidado e poder decidir quanto aos hábitos e às atitudes necessárias para contribuir com uma melhor qualidade de vida.

Considera-se que os resultados deste estudo foram válidos, constatando-se a prevalência das seguintes alterações sexuais: inibição do desejo em 29 (25,4%) entrevistados, disfunção erétil ou inibição da excitação em 11 (9,6%) entrevistados, frigidez ou inibição da excitação em 19 (16,6%) entrevistados, inibição do orgasmo em 5 (4,4%) entrevistados, ejaculação precoce em 2 (1,8%) entrevistados, dispareunia em 3 (2,6%) entrevistados, fobia sexual em 2 (1,8%) entrevistados e múltipla* em 10 (8,9%) entrevistados.

Esta pesquisa traz aspectos inéditos junto aos hipertensos, permitindo que haja um maior aprofundamento e desenvolvimento de outras pesquisas nessa área. A sexualidade é dinâmica e necessita do empenho de pesquisadores das diversas áreas do conhecimento, principalmente da enfermagem.

Ampliar a pesquisa nesta área de conhecimento, enfocando a sexualidade do indivíduo hipertenso, favorecerá o desenvolvimento técnico do ensino, da pesquisa e da assistência. As investigações poderão levar, cada vez mais, a uma melhor qualidade da assistência e compreensão do paciente como um ser que vive, sente e pensa e se inter-relaciona, visando primordialmente ao desenvolvimento da sua saúde sexual do hipertenso.

Enfim, a pesquisa possibilitou conhecer melhor as características dos indivíduos atendidos em um serviço de referência estadual, bem como ampliar os conhecimentos

acerca da sexualidade do indivíduo hipertenso, de modo que o enfoque não se deteve à doença, mas, sim ao ser humano holístico que necessita de uma assistência integral articulando seus sentimentos e reações ao lidar em seu cotidiano com uma patologia crônica, que pode vir a comprometer não só suas condições de saúde cardiovascular, como também na sua sexualidade, interferindo no seu interagir, na sua socialização e no seu modo de viver emoções.

Assim, diante das considerações aqui mencionadas, conhecer o paciente como um todo, expostos aos diversos fatores epidemiológicos, sexuais, socioculturais e de risco para as doenças cardiovasculares, oferece ao profissional de saúde subsídios para atuar de maneira global, orientando e intervindo para a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Hipertensão Arterial:
aspectos da sexualidade,
socioepidemiológicos e clínicos



REFERÊNCIAS

6. REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2.ed. São Paulo, Lemos, 2000.

ABDO, C. H. N. et al. Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. **Rev. Bras Med**, São Paulo, v. 59, n.4, p. 250-257, 2002.

ALBUQUERQUE, M.C.S. Sexualidade humana: o despedir-se de uma visão puramente mentalista através do novo paradigma da corporeidade viva. **Rev. Bras. Sex. Hum**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 45-50, jan./jun., 1995.

AMODEO, C. ; LIMA, N. K. da C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 239 – 43, 1996.

ARAÚJO, G. B. da S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo**: análise conceitual. 2002. 119f. . Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BALLONE, G.J. **Ejaculação precoce**- PsiqWeb Psiquiatria Geral. 2004. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/sexo/frigidez..html>>. Acessado em: 28 jul.2004.

_____. **Disfunção erétil**- In. PsiqWeb Psiquiatria Geral. 2003. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/sexo/eretil.html>>. Acessado em: 28 jul.2004.

_____. **Frigidez sexual**- In. PsiqWeb Psiquiatria Geral. 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/sexo/ejacul.html>>. Acessado em: 28 jul.2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Persona, 1997.

BARROS, D. Diagnóstico e tratamento da disfunção erétil (“impotência”) de origem orgânica e psicológica. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.57, n. 6, p.524-50, 2000.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA,R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 42, p.123-142, fev. 2000.

BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F.; VARELA, Z. M. de V. (Org.). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

BARROSO, M. G. T. Trabalho em equipe: uma vivência multiprofissional. In: VARELA, Z. M. V.; SILVA, R. M.; BARROSO, M. G. T. **Dimensões do cotidiano: violência doméstica, saúde da mulher e desenvolvimento no trabalho**. Fortaleza: Edições UFC, 1998. Cap.3 , p.45-50.

BATISTA, M. C. Anti-hipertensivos e disfunção sexual. **Rev. Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 4, n.2, p.64-66, 2001.

BECHARA, A. **Hipertensão afeta sexo em mulheres, revela estudo**. 2004. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/ciência/biotecnologia/interna>>. Acesso em: 29 abr. 2004.

BERTAZONE, E. do C. Sexualidade e doenças crônicas. In: GIR, E. et al (org). **Sexualidade em tema**. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2000.cap.16, p.235-245.

BRANCO, R. F. G. Y. R.; NAGHETTINE, A. V.; SALGADO, C. M. Hipertensão arterial em crianças. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 105, p. 531-39.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, n.1, p. 34-42, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle de hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus, Protocolo**. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE, 2003. **Síntese de indicadores sociais**. Disponível em: <<http://www.Ibge.gov.br/home/presidência/noticias/123042004sintese2003html.shtm>>. Acessado em: 11 out. 2004.

BRICARELLO, S. G. A. et al. Disfunção sexual feminina. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.57, n. 5, p.388-404, 2000.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 8.ed. Porto Alegre: Artmed.2002.

CARVALHO, M. H. C. et al. Hipertensão arterial: o endotélio e suas múltiplas funções. **Rev. Bras. Hipertens.**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p. 76-88, jan./mar. 2001.

CARVALHO, J. J. M. Aspectos preventivos em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p.59-67, 1988.

CARVALHO, T. de. Sedentarismo e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração:** prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 23, p. 139-141.

CASTRO, A. P. de. **Saúde mental:** manifestações de estresse no cotidiano do hipertenso. 2003. 100f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, Ribeirão Preto, v. 34, n.2, p. 145 –153, jun. 2000.

CAVALCANTI, M. S. L. **Gosto de ser mulher:** representação da sexualidade feminina em uma comunidade rural. 1998. 191f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo, 1998a.

CAVALCANTI, M. Sexualidade feminina: ontem, hoje e amanhã. **Rev. Bras. Sex. Hum**, São Paulo, v.9, p.35-43, 1998b.

CAVALCANTI, R. **Tratado clínico das inadequações sexuais.** 2.ed. São Paulo: Roca. 1997.

CAVALCANTI, R. C. Educação sexual no Brasil e na América Latina. **Rev. Bras. Sexual Humana**, São Paulo, v.4, n.2, p. 164-173, 1993.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Saúde reprodutiva e sexual:** um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: 2002.

CHAVES, E.C. ; CADE, N.V. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. **Rev. Latino-am Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.12, n.2, p-162-167. 2004.

CHAUÍ, M. **Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro: hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n.5, p.653-660, 1998.

COELHO, J. C. U.; MATIAS, J. E. F.; ZENI NETO, C. et al. Função sexual de homens submetidos a transplante hepático. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 49, n.4, p. 413-417 2003.

COELHO, O. R.; COELHO-FILHO, O. R. Relação entre hipertensão arterial sistêmica e disfunção erétil. **Rev. Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 4, n.2, p.59-60, 2001.

CONSOLIM-COLOMBO, F. M.; ATALA, M. M. Prevenção e tratamento da insuficiência cardíaca no paciente hipertenso. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n.1: jan./fev., p.55-67, 2004.

COSTA, M. Disfunção erétil. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.55, n. Especial, p. 27-31, 1998.

COSTA, R. P. da. **Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana**. São Paulo: Gente, 1994.

CRUZ, D. A.L.M. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. **Rev. Paul. Enferm.**, São Paulo, v.13, p.3-7, 1994.

DIAS, C.A.; MENDONÇA, E. C. S. O prazer sexual da mulher: processo ainda em evolução. **Rev. Bras. Sex. Hum.**, São Paulo, v. 10, p.165-85, 1999.

DISFUNÇÕES sexuais. In: URONEWS, 2004. Disponível em: <<http://www.uronews.org.br/distur9.htm>>. Acessado em: 3 out.2004.

DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS. In. **ABC DA SAÚDE**, 2003. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?132>>. Acessado em: 3 out.2004.

DRAAIJER, P. ; LEEUW, P. et al. Salt – sensivity testing in patients with bordeline hypertension: reproducibility and potential mechanisms. **Jr. Hum. Hypertension**, v.9, p.263-69, 1995.

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,4.,2002, São Paulo. **Anais...** Campos do Jordão: [s.n.], 2002.

ESPELAND, M. A. et al. Statistical issues in analyzing 24 – hours dietary recall and 24 – hours urine collection data for sodium and potassium intakes. **Am J Epidemiol**, v.153, p.996-1006, 2001.

FARIAS, F. L. R. de; SILVA, F. T. L.da. Conversando com mulheres sobre sexualidade. In: GIR, E. et al (org). **Sexualidade em tema**. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2000.cap.9, p.121-131.

FAVARATO, M. E. C. de S. **A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida**. 2000. 65f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

FAVARATO, M. E. C. de S.; ALDRIGHI, J.M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Rev. Ass. Med. Brasil**. São Paulo, v.47, n.4, p.339-345, 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 4.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, M. C. M. Influência das alterações da auto-estima e imagem corporal na sexualidade de pacientes queimados. In: GIR, E. et al (org). **Sexualidade em tema**. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2000.cap.18, p.259-268.

FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHÔA, E. Projeto Bambu: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1029-1040, 2004.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 6.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREITAS, O. C. et al. Prevalência da hipertensão na população urbana de Catanduva, no Estado de São Paulo. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.77, n. 1, p. 16-21, 2001.

FREUD, S. **Obras Completas**. Madrid: Nueva Madrid, 1973.

FUCHS, F. D.; MOREIRA, W. D.; RIBEIRO, J. P. Efeitos do exercício físico na prevenção e tratamento da hipertensão arterial: avaliação por ensaios clínicos randor. **Rev Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.4, nº 3, p. 1-2, 2001.

GALINDO, V. S. Sexualidade, adolescência e droga: a tríade resultante de uma sociedade desigual. In: GIR, E. et al (org). **Sexualidade em tema**. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2000. cap. 6, p.74-82.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 146-155, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Unesp, 1993.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2003. v. 8, n.3, p. 825-829.

GROMATZKY, C. Disfunção Erétil de Etiologia Orgânica: Fisiologia, Fatores Predisponentes e Aspectos Diagnósticos. In: ABDO, C.H.N. (org). **Sexualidade Humana e seus Transtornos**. 2. ed. São Paulo: Lemos; 2000. Cap. 4, p. 93-104.

GUEDES, M. do C. M.; FEHER, S. Atividade sexual do coronariopata: tabu ou falta de informações. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 37, n.5, p. 347-8, 1981.

GUERRA-RICCIO, G. M. **Adesão do paciente hipertenso ao tratamento**: influência da frequência do atendimento. 2000, 122f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

HIGHWATER, I. **Mito e sexualidade**. São Paulo: Saraiva, 1992.

HOGAN, R. M. Society, culture and sexuality. In: HOGAN, R. M. **Human sexuality**: a nursing perspective. Connecticut, Appleton-Century-Crofts, 1980. cap. 9, p. 194-215.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUSA, A. L. L.; MONEGO, E. T. Hipertensão arterial. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração**: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. cap. 87. p. 453-460.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUSA, A. L. L.; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 232-238, 1996.

JOINT NATIONAL COMMITTEE: on prevention, detection, evaluation, and treatment of blood pressure, 6, 1997. **Joint...** Bethesda: National Institutes of Health, 1997.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J; GREBB, J. A. Sexualidade humana. In: KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. Cap.5, p.102-135.

KAPLAN, N. M. **Clinical hypertension**. 50 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990.

KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

_____. **Transtornos do desejo sexual: regulação disfuncional sexual**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

KLEIN, C. H. ; ARAÚJO, J. W. G. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, p. 160-76, 1985.

KYNGAS, H.; LAHDENPERA, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 4, p. 832- 839, 1999.

KRIEGER, J. E. **Bases genéticas da hipertensão arterial**. s/d. Disponível em: <<http://www.videbulas.com.br>>. Acessado em 10/03/04.

KUSNETZOFF, J. C. **O homem sexualmente feliz: do mito à verdade científica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987. 263p.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

LIEF, H. I. Aspectos Médicos da Sexualidade. In: WYNGAARDEN, J. B., SMITH Jr., L. H.; BENNETT, J. C. **Tratado de Medicina Interna**. 16. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. v. 2, Cap.12, p. 2029-36.

LEITE, L. F.; PRAÇA, V. de B. Discípulos de Emaús: uma referência para a prática do ensino religioso. **Rev. do Centro de Educação da UFAL**, Maceió, Ago. 1995. Disponível em: <<http://www.cedu.ufal.br/Revista/Revista10/laelver.html>>. Acessado em: 27 set. 2004.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. de O. Hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, jul. / ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>. Acessado em: 22 ago. 2004.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.875-899, 2003.

MAC FADDEN, M.A.J., RIBEIRO, A.V. Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. **Rev. Ass Med. Brasil**. São Paulo.v.44, n.1, p.4-10. 1998.

MACEDO, F. Muito silêncio e pouco prazer. **Reproferty**, 2003. Disponível em: <http://www.reproferty.com.br/noticias/noticias002_20030422.htm>. Acessado em: 06 out. 2004.

MANDÚ, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. **Rev.Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.3, p.358-371, jun 2002.

MANNOCCI, J. F. **Disfunções sexuais**. São Paulo: Fundação BYK, 1995.

MARKOVITZ, J. H. et al. Fatores psicológicos como precursores da Hipertensão. **Current Hypertension Reports Brasil**, São Paulo. v. 1, n.2, p.78-87, jun.2001.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

MION JR, D.; PIERIN, A.M.G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial – respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. Assoc. Med.**, São Paulo, v. 47, n.3, p. 249-254, set 2001.

MIRANDA, L. H. S. de ; PORTO, C.C. Aspectos psicossociais das doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.5, p. 43-48.

MOLINA, M. del C. B.; CUNHA, R. de S.; HERKENHOFF, L. F. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, , v. 37, n. 6, dez. 2003. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci)>. Acesso em: 13 jun. 2004.

MONEGO, E. T. ; JARDIM, P. C. B. V. Ingestão de sódio, potássio e cálcio e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.20, p. 119-120.

MONEGO, E. T. Alimentação e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.19, p. 112-118.

MORAES, I. N. **Sexologia: sexo, sexualidade e sexualismo**. São Paulo: Lejus, 1998.

MORAES, N. A. de. Transdisciplinaridade, saúde coletiva e história. **Rev. Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.1/2, p.1102-1130, 1997.

MOREIRA, R. L. B. D. Evitação sexual fóbica associada a distúrbios de pânico: abordagem integrada. **Rev. Bras. Med**, Ribeirão Preto, v.50, n.7, p. 737-741, 1993.

MOUKARZEL, M. das G. M. **Sexualidade e deficiência: superando estigmas em busca da emancipação**. Campinas: 2003. 221p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

MUNJACK, D. J. ; OZIEL, J. **Sexologia, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

NETO, A. A. ; RASSI, R. H. ; LABBADIA, E. M. Tabagismo e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap. 22, p. 133-138.

NOBLAT, A.C.B.; LOPES, M.B.; LOPES, A.A. Race and hypertensive target-organ damage in patients from an university-affiliated outpatient care referral clinic in the city of Salvador. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v.82, n.2, p. 116-120, 2004.

NOBRE, F.; LIMA, N. K. da C. ; MOURA Jr., L. A. de. Hipertensão arterial essencial. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.88, p. 461-471.

NOMURA, P. I.; PRUDENCIO, L. A. R.; KOBLMANN Jr., O. Características do indivíduo hipertenso. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v.17, n.1. p. 13-20, 1995.

OATES, J. A. Fármacos anti-hipertensivos e a terapia farmacológica da hipertensão. In: AS BASES farmacológicas da terapêutica. 9. ed. Rio de Janeiro: MCGraw, 1996, cap.33, p. 572-92.

OLIVEIRA, J. G.; PORTO, C. C. Insuficiência cardíaca. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.37, p.191-207.

OLIVEIRA, J. S. **Conceitos modernos sobre a hipertensão arterial**. [s.l.:s.n.], 2000. Disponível em: <[http:// www. Uniclínica.com.br/materias/hipertensão003.htm](http://www.Uniclínica.com.br/materias/hipertensão003.htm)>. Acesso em: 18 jun. 2004.

OLIVEIRA JR, W.; SALAZAR, L. F.; PORTO, C. C. Diagnóstico das doenças cardiovasculares e o reconhecimento dos problemas do paciente: uma visão holística. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.3, p. 32-5.

OLIVEIRA JR, W. Hipertensão arterial e sexualidade. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 56, n.5, p.349-354, 1991.

_____. Conduita no paciente miocardiopata em situações especiais. In: SILVA, M. A. D. da. **Doenças do miocárdio**. São Paulo: Sarvier, 1995. cap. 17, p.251-278.

_____. Sexualidade e doenças do coração. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 15, p. 93-96.

OLIVEIRA, M. C. R. de. Uso de drogas (não injetáveis) por adolescentes – interferência no exercício da sexualidade e conseqüente exposição a comportamentos de risco. In: GIR, E. et al (org). **Sexualidade em tema**. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2000. cap. 5, p.65-74.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Instrucción y asistencia em cuestiones de sexualidade humana: formación de profesionales de la salud: informe**. Genebra, 1975. (Série de informes técnicos, 572).

PARISOTTO, L. G.; ALMEIDA, K. B. de; VASCONCELOS, M. C. et al. Diferenças de gênero no desenvolvimento sexual: integração dos paradigmas biológico, psicanalítico e evolucionista. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 25, suppl. 1, p. 75-87, abr. 2003.

PERES, D.S; MAGNA, J.M; VIANA, L.A. Portador de Hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p. 635-642, 2003.

PESSUTO, J. **Mecanismos de coping utilizados por indivíduos portadores de hipertensão arterial**. 1999. 330f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PIERRI, H.; ARAP, S. Anti-hipertensivos, disfunção sexual e distúrbios miccionais. **Rev Bras Hipertens**, Local, v. 6, n. 4, p. 383-7, 1999.

PINHEIRO, M.; ESTARQUE, M. **Anorgasmia**. [s.n.t.]. Disponível em: <[http:// www. Marcelomarcia.na-web.net/anorgasmia.html](http://www.Marcelomarcia.na-web.net/anorgasmia.html)>. Acesso em: 06 jul. 2004.

_____. **Impotência**. [s.n.t.]. Disponível em: <[http:// www. Marcelomarcia.na-web.net/anorgasmia.html](http://www.Marcelomarcia.na-web.net/anorgasmia.html)>. Acesso em: 06 jul. 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, C.C.; RASSI, A.; FARIA, G. H. D. C. Aspectos sócio-econômicos e médico-trabalhistas. In: CANÇADO, J. R.; CHUSTER, M. **Cardiopatia Chagásica**. Belo Horizonte: Fund. Carlos Chagas, 1985. Cap.9, p.122-135.

PORTO, C. C. **Exame clínico**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

PORTO, C. C. Fatores de risco, estilo de vida e doenças cardiovasculares. In: _____. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 17, p. 100 -107.

PORTO, C. C.; ARAÚJO, D. G. de; KLUTHCOUSKI, J. M.C. Profissão, tipos de trabalho e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 34, p. 179 -181.

PORTO, C. C. et al. Aspectos médico-trabalhistas das doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 7, p. 54 -59.

POZZAN, R. et al. Hipertensão arterial em adolescentes e adultos jovens. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 106, p. 535 -539.

RAMOS, L. R. et al. Hipertensão arterial no idoso. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, São Paulo, v.2, n. 4, p. 75-9, jul./ago.1992.

RAMOS, L. R.; MIRANDA, R. D. Impacto epidemiológico da hipertensão arterial sistólica no idoso. **Rev Bras. Hipertens**, Ribeirão Preto, v.6, n.4, p. 370-375, out./dez.1999.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. de Q. Adultos hipertensos: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.3, p. 51-57, maio 2001.

ROCHA, J. C. Hipertensão arterial em idosos. In: PORTO, C. C. . **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 107, p. 540 -43.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. 201-212, 2003.

ROMANO, B. W. et al. Sexualidade e cardiologia: um tabu a ser enfrentado. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, São Paulo, v.8, n. 5, p. 1-6, 1998.

ROMERO, A. Falta de orgasmo ou anorgasmia. **Ibrasexo**, 2004. Disponível em: <<http://www.ibrasexo.com.br/portugues/anteriores.htm>>. Acesso em: 6 out. 2004.

SABINO, C. **A metodologia de investigación**. Venezuela: El Cid, 1978.

SABRY, M.O. D.; SAMPAIO, H.A. de C.; SILVA, M.G.C. da. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no nordeste do Brasil. **Rev de Nutrição**. Campinas, v.15, n.2, p. 139-147, 2002.

SALLES-COSTA, R. et al. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1095-1105, jul-ago, 2003.

SEIXAS, A. M. R. **Sexualidade feminina: história, cultura, família – personalidade & psicodrama**. São Paulo, 1998.

SILVA, A.G.I. da. **Ensinando e cuidando com o processo diagnóstico em enfermagem**. Belém: Smith, 2001.

SILVA, E. V. **Disfunção sexual como diagnóstico de enfermagem em pacientes coronariopatas**. . 57p. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

SILVA, J. dos S. da. Dimensões físicas e psicológicas da sexualidade do lesado medular. In: GIR, E. et al (org). **Sexualidade em tema**. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2000. cap.17, p.247-256.

SILVA, M. A. D. da. Qualidade de vida e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 4, p. 36-42.

SILVA, M. A. ; MARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

SILVA, M. A. D. da. A importância da manutenção da qualidade de vida. **Revista Socesp**. v. 6, n.5, [s.d.]. Disponível em: <[http:// www.revistasocesp.com.br/6/5/531.asp](http://www.revistasocesp.com.br/6/5/531.asp)> . Acesso em: 25 set. 2004.

SIMÃO. M. et al. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.,Rio Grande do Sul, v. 4, n.2, p. 27 – 35, 2002. Disponível em: <[http:// www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)> . Acesso em: 23 jul. 2004.

SOARES, E. B. **Psicossomatismo e as fusões empresariais**. [s.l.: s.d.], 2004. Disponível em: <[http:// www.guiarh.com.br/p76.html](http://www.guiarh.com.br/p76.html)>. Acesso em: 19 out. 2004.

SUAID, H. J.; ROCHA, J. N.; MARTINS, A. C. P. et al. Abordagem pelo urologista da sexualidade no lesado raquimedular. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 17, supl.3, p. 41-43, 2002. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-86502002000900009&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-86502002000900009&Ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jul. 2004.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 7.ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos, 2002.

VIEIRA, A. F. M.; TRAJMAN, A. ; BRANCO, M. M. C. Bebidas alcoólicas e sistema cardiovascular. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.25, p.146-149.

VIEIRA, E. de S. **Identificação e validação dos diagnósticos de enfermagem “padrões de sexualidade alterados” e “disfunção sexual”**. 2001. 119f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

VITIELLO, N. Repressão sexual, sexualidade na infância, adolescência e educação sexual. In: PIATO, S. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Artes Médicas. 1997. Cap. 67, p. 567-579.

_____. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. **Rev Bras Med**, Ribeirão Preto, n. Especial, Nov.1998, v.55. Disponível em: <http://www.drcarlos.med.br/sex_historia.html>. Acesso em: 28 jul. 2004.

_____. **Reprodução e sexualidade**: um manual para educadores. São Paulo: CEICH, 1994.

WILLA, A. H. Sexual dysfunction with aging and systemic hypertension. **Am J. Cardiol.**, v. 61, p.18-23, 1988.

Hipertensão Arterial:
aspectos da sexualidade,
socioepidemiológicos e clínicos



APÊNDICES

APÊNDICE I**FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA**

Data: ___/___/___ RG hospitalar :_____ Nº da Entrevista:_____

I - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS:

1- Idade: _____

2-Sexo: 1()F; 2()M

3- Situação civil:

1()Solteiro

2() Casado

3()Outro

4- Escolaridade:

1()Nenhuma

2() 1º grau

3() 2º grau

4() 3º grau

5- Religião:

1() católica;

2() evangélica;

3() espírita;

4() outra_____

6- Situação ocupacional:

1() ativo

2() aposentado

3() desempregado

7- Atividade profissional: _____**8- Família:**

Nº de pessoas: _____ Renda familiar (em salários mínimos): _____

II - DADOS RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL**1- Riscos:**

Tabagismo:

1() não; 2() sim.

Consumo de bebidas alcoólicas:

1() não; 2() sim.

2- Tempo de diagnóstico: _____**3- Tratamento anti-hipertensivo:**

3.1- Tratamento anti-hipertensivo farmacológico

1() não 2() sim.

3.1.1-Interrupções:

1() não 2() sim. Justificativa: _____

3.2 -Tratamento não-medicamentoso:

Redução do sal: 1() não Justificativa:_____

2() sim Justificativa:_____

Redução do peso: 1() não Justificativa:_____

2() sim Justificativa:_____

Atividade física regular (no mínimo três vezes/semana):

1() não Justificativa:_____

2() sim Justificativa:_____

Lazer:

1() não Justificativa: _____

2() sim Justificativa: _____

4- Mudanças:

A hipertensão arterial alterou a sua maneira de viver?

1() não 2() sim. De que forma? _____

III-DADOS RELACIONADOS À SEXUALIDADE

1- Disfunção sexual:

Você tem vivenciado alguma alteração na sua vida sexual?

1() Não 2() Sim. Como isso se dá? _____

- () Inibição do desejo sexual: *quando a pessoa relata sentimento de diminuição ou ausência na vontade de praticar a ato sexual.*
- () Disfunção erétil ou inibição da excitação: *quando a pessoa relata incapacidade de obter ou manter ereção num tempo suficiente para um a to sexual adequada.*
- () Frigidez ou inibição da Excitação sexual feminina: *quando a mulher queixa-se de diminuição ou ausência de lubrificação e intumescimento vaginal até o término do ato sexual.*
- () Inibição do orgasmo ou Anorgasmia: *quando a pessoa relata ausência de prazer durante o ato sexual.*
- () Ejaculação precoce: *cliente refere que não consegue controlar sua ejaculação, ocorrendo antes que ele queira.*
- () Dispareunia: *dor genital persistente associada ao coito.*
- () Fobia sexual: *a pessoa refere sentimentos negativos que o levam a recusar as relações sexuais com o(a) parceiro(a), sem razão específica aparente)*
- () Vaginismo *(quando a pessoa queixa-se de dor durante a ato sexual que impossibilita a penetração devido dificuldade de abertura vaginal.*

Outros fatos ou relatos do paciente que se julga interessante: _____

Impressões da entrevistadora: _____

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO

Sou aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e estou desenvolvendo um estudo sobre as alterações da sexualidade que podem ocorrer em pessoas portadoras de hipertensão arterial que estejam sendo submetidos a tratamento medicamentoso.

Este estudo tem por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a essas pessoas, valorizando a sua sexualidade e possibilitando que o enfermeiro possa orientá-las e ajudá-las na resolução de seus problemas. Para tanto, gostaria de contar com sua colaboração permitindo que eu lhe entreviste indagando sobre sua doença e as alterações que ela possa ter trazido para sua sexualidade. A entrevista será realizada no ambulatório do hospital universitário Osvaldo Cruz.

Caso aceite colaborar garanto-lhe que, será mantido sigilo sobre sua identidade e as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para fins deste estudo. Fica assegurada a liberdade para se retirar do estudo a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo para seu tratamento. Como também, caso não queira participar não haverá alteração na assistência de enfermagem que lhe está sendo prestada neste serviço.

Atenciosamente:

Sonia Maria da Silva Garcia

Pesquisadora

Telefone para contato: 3423-6622 / 3423-5860

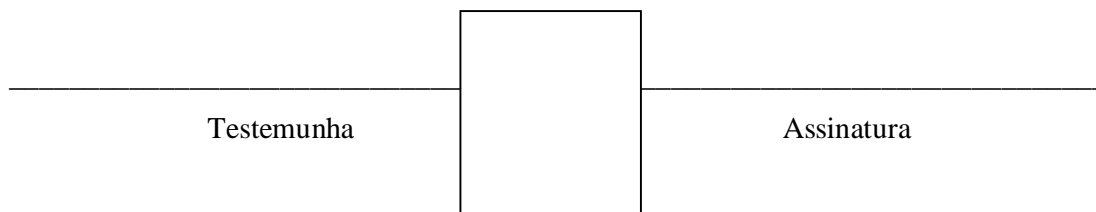
Assim, agradeço antecipadamente sua colaboração e peço que assine o presente termo, autorizando a reprodução e divulgação dos dados.

Eu _____, portador(a) do
RG _____ tendo lido e entendido as explicações acima, concordo em
participar desta pesquisa.

Recife, ____ de ____ de 2004

Testemunha

Assinatura



APÊNDICE III

Distribuição das Ocupações dos portadores de hipertensão arterial, junto a condição de Atividade, segundo a classificação Internacional das Ocupações da Organização Internacional do Trabalho (CIUO). Recife, 2004.

Ocupações	Discriminação
Inativa	Desempregado, aposentado.
Profissional científico e intelectual	Analista de sistema.
Técnico e profissional de nível médio	Professor de nível médio, babá, auxiliar de enfermagem, agente administrativo.
Empregado de escritório	Conferente de transportadora, organizador de excursões.
Trabalhador de serviço e vendedor de comércio e mercado	Vigilante, manicure, vendedor, agente lotérico, barbeiro, comerciante, comerciário.
Agricultor e trabalhador qualificado da agropecuária e pesca	Agricultor.
Operário e artesão de artes mecânicas e de outros ofícios	Pedreiro, carpinteiro, bordadeira, costureira, garçom.
Trabalhador não qualificado	Vendedor ambulante, empregada doméstica, porteiro, faxineiro, motorista.
Forças armadas	Militar

Hipertensão Arterial:
aspectos da sexualidade,
socioepidemiológicos e clínicos



ANEXO

8.ANEXO

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)