

A Disfunção Erétil na Pessoa com Doença Coronária
Implicações Orgânicas, Afetivas e Relacionais

MARIA SALOMÉ DE JESUS COELHO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Maria Anjos Coelho Rodrigues Dixe, professora
Coordenadora, IPL

Co-Orientador: Professor Doutor Lino Gonçalves, Diretor do Serviço de Cardiologia,
CHUC-HG

Coimbra, outubro de 2016

Agradecimentos

Ao Centro de Ensaios Clínicos e respetivo Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) por ter viabilizado a realização do estudo.

À Prof.^a Doutora Maria Anjos Dixe pela colaboração e disponibilidade manifestada em todos os momentos de orientação académica da tese.

Ao Prof. Doutor Lino Gonçalves, Diretor do Serviço de Cardiologia CHUC-HG e ao Dr. Marco Costa, coordenador da UNIC da mesma Instituição, pela colaboração e interesse genuíno demonstrado.

Aos meus colegas Nuno, Filipe, Paula, Ilídio e Jorge, pela indispensável colaboração na recolha dos dados.

Ao Enf.^o Manuel Pina e colegas da Cardiologia B e UCIC e aos colegas dos hospitais referenciadores, pela preciosa colaboração na recolha dos dados.

Um agradecimento especial a todos aqueles homens que surpreendentemente participaram de uma forma honesta e contribuíram para a realização do estudo.

E a um nível mais pessoal...

Aos meus queridos pais, pelo amor e carinho incondicionais, pela base sólida e segura, pelo encorajamento constante e pelos valores com que me educaram.

Ao Nasc, o meu companheiro, pelo apoio e compreensão que me deste e por seres a pessoa que és.

Resumo

A sexualidade humana é uma área vital que se encontra comprometida em milhares de homens mundialmente por meio da disfunção erétil (DE). Esta pode ser de origem vascular (80%), considerado um marcador preditivo das doenças cardiovasculares, em particular da doença coronária (DC). Por outro lado, fatores psicológicos, como o afeto, são determinantes causas e consequências comuns a ambas as problemáticas influenciando silenciosamente a qualidade de vida e relacional dos indivíduos.

O grande objetivo deste trabalho prendeu-se com a exploração das valorizações dos indivíduos com DE e DC, a associação entre a DE e os fatores orgânicos e afetivos, bem como, a sensibilização dos profissionais de saúde para atuarem proativamente nesta importante questão.

Este estudo envolveu 104 homens com doença coronária, em que 51% apresentaram DE, através de um questionário onde constavam uma pergunta de *screening*, aplicação do IIEF-5 e da PANAS-VRP, bem como a consulta do processo clínico.

Os dados mostraram que existem fatores orgânicos, psicológicos e relacionais capazes de interagir e se relacionarem mutuamente no desenvolvimento e na manutenção da DE associada à DC. O conjunto dos dados apresentados oferece uma perspectiva integrada e encoraja a utilização de uma abordagem terapêutica multidisciplinar no tratamento desta disfunção, onde o aconselhamento e a terapia sexual são determinantes e atualmente ainda insuficientes.

Palavras-chave: Disfunção Erétil, Doença Coronária, Afetos, Aconselhamento e Terapia Sexual.

Abstract

As sexuality is vital for humankind and erectile dysfunction (ED) affects many men worldwide, we wanted to find out more about this problem. It is well accepted that coronary disease is related to 80% of erectile dysfunction cases, as a predictor marker. On the other hand, psychologic factors as positive and negative affection and depression may interfere with this men's quality of life and intimate relationships.

The main objectives of this study were to understand the beliefs of men with ED and coronary disease, to find the relationship between risk cardiovascular and affective factors, as well as to draw the attention to health care providers to this issue in need.

Participants were 104 patients with coronary disease who did angioplasty, in which we found 51% of ED evaluated by a complete questionnaire, using IIEF-5 e PANAS scales and clinical process.

Data shows that cardiovascular, psychological and relational factors interact each other on ED evolution and maintenance. This inclusive perspective leads to the need of a multidisciplinary intervention in which sexual counseling and therapy play an important role and are, actually, not enough.

Keywords: Erectile Dysfunction, Coronary Disease, Affection, Sexual Counseling and Therapy

Índice

Introdução	1
Metodologia	13
Conceptualização do Estudo e Objetivos	13
Hipóteses	13
População e Amostra	14
Instrumentos	15
Procedimentos Formais e Éticos	17
Análise Estatística	17
Resultados	19
Discussão e Conclusões	26
Referências Bibliográficas	35
Anexo 1 – Características Diferenciais da DE Psicogénica Vs. Orgânica	
Anexo 2 – Fases da Avaliação e Diagnóstico da DE	
Anexo 3 – ‘Top 10 Things to Know’ do Consensus AHA e ESC	
Apêndices	

Introdução

A dissertação “A Disfunção Erétil na Pessoa com Doença Coronária: Implicações Orgânicas, Afetivas e Relacionais”, integrada no mestrado de Psicologia Clínica do ISMT, emergiu da necessidade de abordagem deste delicado tema, muitas vezes, descurado nos serviços de saúde públicos portugueses, nomeadamente nos hospitais, onde existem escassas respostas, terapêuticas e de aconselhamento, psicológicas para os indivíduos que experimentam eventos coronários. Por outro lado, os estudos que abordem os afetos na disfunção erétil (DE) e até mesmo na DC são igualmente poucos.

Os principais objetivos deste trabalho prendem-se com a exploração das perceções e valorizações dos indivíduos com DE e DC, a associação entre a DE e os fatores afetivos e a sensibilização dos profissionais de saúde para esta íntima questão.

A sexualidade humana é uma área vital, extremamente complexa, e de importância fundamental na saúde e qualidade de vida (QDV). Para além do seu envolvimento básico na continuação da espécie, a saúde sexual associa-se ao prazer e aos afetos (Mendes e Santos, 2014). Desta forma, qualquer perturbação da função sexual pode tornar-se bastante constrangedora, exercendo um impacto negativo na autoestima, na QDV e nas relações interpessoais dos sujeitos afetados (NIH, 1993). Mendes e Santos (2014) referem ainda que distúrbios na função sexual masculina são bastante comuns e aumentam com a idade, sendo bastante frequente a Disfunção Erétil.

O *National Institutes of Health* (NIH, 1993) definiu, primeiramente, DE como uma “incapacidade persistente em ter ou manter uma ereção peniana que permita uma relação sexual satisfatória”, definição que é ainda a mais utilizada atualmente. A recente atualização diagnóstica, introduzida pelo DSM-5 (APA, 2014), resumidamente, considera a DE como uma incapacidade repetida de atingir ou manter ereções durante atividades sexuais com o parceiro (Critério A) na maioria das situações (em 75% do tempo), durante um período mínimo de 6 meses (Critério B), podendo causar mal-estar ligeiro, grave ou moderado no indivíduo.

A DE pode ser classificada como predominantemente orgânica (vasculogénica, hormonal e neurogénica), predominantemente psicogénica ou mista, como refere Vlachopoulos, Jackson, Stefanadis e Montorsi, (2013). Levine (2003) defende que apenas uma minoria dos casos são puramente orgânicos ou puramente psicogénicos, apresentando a maioria dos casos uma patologia mista. Estes últimos tendem a ser usualmente diagnosticados na meia-idade, os psicogénicos correspondem a idades mais jovens, enquanto que os orgânicos constam da população mais idosa. Outros autores acrescentam que a DE também é iatrogénica, isto é, está relacionada com a ingestão de determinadas substâncias ou medicamentos, como o álcool, alguns anti-hipertensores, antidepressivos ou esteroides (Wagner e Saenz de Tejada *in* Mendes e Santos, 2014).

Mendes e Santos (2014) afirmam que 20% das DE têm uma etiologia orgânica, 20% têm uma etiologia psicológica, enquanto 60% terão uma etiologia mista, antevendo que o manejo terapêutico da DE implica necessariamente uma abordagem integral que contemple os fatores orgânicos e biopsicossociais.

Devido à relação da DE vasculogénica com a DC, é importante distinguir os indivíduos que possuam DE predominantemente vascular, daqueles com DE predominantemente psicogénica ou DE orgânica não vasculogénica (Vlachopoulos et al., 2013). As características diferenciais da DE psicogénica e orgânica apresentam-se em anexo (Anexo 1) e prendem-se, respetivamente, com o início ser súbito ou gradual, a progressão ser intermitente ou constante, entre outras (Persu et al. *in* Vlachopoulos et al., 2013). A coexistência de DC, idade avançada, a presença de FRC e de doenças metabólicas aumentam a possibilidade da etiologia da DE ser vascular (Vlachopoulos et al., 2013).

Globalmente, a DE é comum em mais de 40% de indivíduos (Vlachopoulos et al., 2013; Perdigão, Rabaçal e Gil, 2008), e afeta, em algum grau, cerca de 52% de homens entre os 40 e os 70 anos de idade, como é referido em vários estudos (Banner e Anderson, 2007 e Steinke et al., 2013), Hood e Kirby (2004); para Byrne, Doherty, Murphy, McGee e Jaarsma (2013) aumentando de frequência com a idade. Também a APA (2014) indica

valores aproximados dos acima referidos (40 a 50% dos homens com mais de 60 anos podem ter problemas significativos com as ereções). A depressão tem sido a variável psicológica mais fortemente associada à DE, chegando a relacionar-se em cerca de 90% (Mendes e Santos, 2014).

Em Portugal, de acordo com um estudo de Galvão-Teles e colaboradores, a prevalência total da DE foi de 48,1%. Ficou também demonstrado que a prevalência e a severidade da DE aumenta com a idade (Galvão-Teles, Carreira, Alarcão, Sociol, Aragüés, Lopes e Costa, 2008). Outra investigação importante, o Episex-PT, colocou a prevalência global de um qualquer tipo de DE, incluindo a ligeira, em 13% (cerca de 459.000); havendo necessidade de intervenção terapêutica em 5,8% (cerca de 204.000) de indivíduos afetados (Vendeira, P., Pereira, N. M., Tomada, N., LaFuente de Carvalho, 2011).

Embora a prevalência da disfunção erétil seja elevada, verifica-se que cerca de 70% dos homens nesta condição não são tratados (Kubin et al., 2003) nem procuram ajuda especializada (Wagner e Saenz de Tejada, 1998 in Mendes e Santos, 2013). Hood e Kirby (2004) reforçam esta ideia referindo que há um atraso de mais de 2 anos, desde o aparecimento dos primeiros sintomas até ao estabelecimento do diagnóstico.

Muitos estudos têm demonstrado a alta prevalência de DE em homens com doença coronária conhecida e também com doença coronária oculta, constituindo um fator de risco independente para o aparecimento de DC. A DE precede a DC, enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a doença arterial periférica durante um período médio de 3 meses (Vlachopoulos et al., 2013). A DE vasculogénica (presente em cerca de 80% dos casos) e a DC comungam etiologia e progressão biopatológica através da (dis)função endotelial (Kloner, 2008) associada a fatores de risco cardiovasculares (FRC) comuns como a diabetes (Batty et al., 2010; Hotelling et al., 2012; Turek, King, Hastings, Keenan e Sun, 2013; Skeldon, Detsky, Goldenberg e Law, 2015), o IMC, o colesterol, o tabagismo (Chaudhary et al., 2016; Tanik et al., 2013) e outros fatores nocivos como inflamação ou infeção e de deficiência de androgénio (Vlachopoulos et al., 2013). Por outro lado, o exercício físico e a tolerância cardiorrespiratória são protetores e podem

mesmo melhorar o nível de DE em doentes com DC (Chaudhary et al., 2016; Kalka et al., 2013; Rosen et al., 2009).

O primeiro grande estudo, o “*Massachusetts Male Aging Study*” (MMAS de Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane e McKinlay, 1994), que encontrou 52% de homens com algum grau de DE, associa a DE às doenças cardiovasculares em 39%, à diabetes em 28%, e à hipertensão arterial em 15%; sendo também apontados outros fatores de risco cardiovascular (FRC), como o tabagismo. Em relação aos medicamentos, verificou-se que a prevalência de DE completa era maior nos homens que tomavam antidiabéticos orais, em 26%, anti-hipertensores, em 14%, vasodilatadores, em 36%, e medicação cardíaca, em 28%. O MMAS mostrou uma prevalência de DE em 58% de doentes coronários, 65% de doentes com acidentes vasculares cerebrais (AVC), 73% de doentes com doença arterial periférica e 80% em doentes com insuficiência cardíaca severa. Em homens com DC, HTA e tabagismo existe um risco de aumento de DE severa. Uma grande probabilidade de DE surge associada a certos medicamentos, a níveis altos de ansiedade e depressão.

Kloner, Mullin, Shook, Matthews, Mayeda, Burstein, e Padma-Nathan (2003) demonstraram uma prevalência de DE elevada (75%) em homens com DC estável e crónica, sem que a maioria tenha dado conhecimento dessa disfunção ao seu cardiologista.

Min et al. (2006) encontrou 54% de indivíduos com DE referenciados para realização de cintigrafia miocárdica de perfusão (CMP), que apresentavam DC e a função sistólica global (FSG) mais severa do que os indivíduos sem DE. Numa revisão de resultados de testes de isquemia de stress, fatores de risco e angiografias coronárias em 50 homens entre os 40-60 anos, com DE mas sem DC conhecida, a prevalência de DE foi de 56% em doentes coronários cuja prova de esforço (PE) deu resultado positivo (Rodriguez, Dashti e Schwarz, 2005). Dos 20 doentes que fizeram angiografia, 6 apresentaram doença da artéria descendente anterior (DA) ou doença de 3 vasos, 7 apresentaram doença de 2 vasos e 7 doença de apenas um. Concluiu-se que a DE pode

ser um marcador precoce de doença cardiovascular, sendo aplicado o termo de “*The Penile Stress Test*”.

O estudo COBRA de Montorsi et al. (2006), com doentes coronários, encontrou uma prevalência de 42-57% para os que possuíam DE, precedendo em 2-3 anos a ocorrência de um evento cardiovascular agudo. Nestes casos, está incluída uma percentagem significativa de 67% de doentes com angina pectoris e doença de múltiplos vasos que é comparativamente superior à percentagem de 22% encontrada em doentes com EAM recente e doença de um vaso. Estes resultados levam-nos a concluir que quanto mais grave é a DC, mais severo é o quadro de DE (e não tanto a prevalência), (Shanker, Phanikrishna e Reddy, 2013), resultados corroborados também pelo estudo semelhante de Hamur et al. (2015) com DC confirmada após realização de angiografia.

O estudo de Byrne et al. (2013) refere a existência de 26% de homens com DE concomitante com DC, nos quais o problema sexual precedeu o evento coronário, segundo os dados recolhidos por questionário. Um quarto dos entrevistados referiu que o sexo se deteriorou para eles a partir do evento e mais de metade admitiu constituir um sério problema. No mesmo estudo, foi possível estabelecer relações significativas entre DE e a ansiedade e a depressão.

Outros estudos, da mesma forma, mostram evidência na relação entre a DE e a DC silenciosa, podendo ser mesmo preditora da DC subclínica ou um marcador precoce da DC (Inman et al., 2009; Araújo et al. 2010; Jackson e Padley, 2008), a DE é conhecida também como a ‘angina peniana’ (Rodriguez et al., 2005). A ‘angina peniana pode explicar-se através de dois motivos biologicamente conhecidos: o calibre arterial e a disfunção endotelial. A DE vasculogénica pode ser estrutural, pela deposição cumulativa de aterosclerose (em estadios avançados da DE); pode ser funcional, quando há disfunção endotelial (em estadios precoces da doença); ou pode ser a combinação de ambas (Vlachopoulos et al., 2013).

A hipótese do calibre arterial explica que as artérias penianas, como são de calibre menor, sofrem obstrução antes das maiores artérias coronárias (Vlachopoulos et al.,

2013), tendo as penianas cerca de um terço do diâmetro das coronárias (Hood e Kirby, 2004; Kloner, 2008).

Além dos fatores de ordem orgânica, conhece-se a importância das causas psicológicas na DE, ainda que estas sejam de mensuração mais complexa. Os estudos que suportam a influência dos fatores psicológicos, especificamente os afetos, na DE e na DC são poucos e inconsistentes. E que relacionem estas três variáveis simultaneamente, não conseguimos encontrar qualquer estudo.

As causas comumente encontradas na literatura para a DE no que respeita os fatores psicológicos, mesmo quando a causa dominante é a orgânica, referem-se à ansiedade (de performance), a tensões na relação conjugal, a algum receio infundado de reincidência do evento coronário, com manifestações no seu comportamento e desempenho sexuais (Hood e Kirby, 2004; Dean et al., 2006), ao estado civil como divorciados ou viúvos comparativamente com os casados (Galvão-Teles et al., 2008), depressão (Byrne et al., 2013; Feldman et al., 1994), determinantes temperamentais (Weisberg, Brown, Wincz, e Barlow, 2001), auto-esquemas cognitivos (Nobre, 2010). Neste último, segundo o Modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e Pinto-Gouveia, as crenças de disfunção sexual atuam como fatores predisponentes, sendo a infalibilidade sexual, a crença com maior importância, pois pode ativar esquemas cognitivos de incompetência face à vivência de experiências sexuais mal sucedidas. Esta situação gera pensamentos negativos focados na performance sexual, tendo como consequência o fracasso erétil associado à falta de pensamentos eróticos, e humor depressivo, afetos negativos (Nobre, 2010).

Quinta Gomes e Nobre (2009) verificaram que o afeto-traço positivo e o afeto-traço negativo se mostram ambos preditores significativos (positivo e negativo, respetivamente) do funcionamento sexual masculino. De acordo com Brown, Chorpita e Barlow (1998), a escassez de emoções associada à dimensão do afeto-traço positivo e a presença de emoções típicas de afeto-traço negativo podem constituir importantes fatores de risco para o desenvolvimento e manutenção da DE.

Um dos modelos de referência para a mensuração das emoções e dos afetos, bem como das suas implicações nas experiências afetivas dos indivíduos tem sido o Modelo Circular do Afeto (Watson, Clark e Tellegen, 1988). Este modelo postula que a estrutura afetiva é constituída pelas dimensões 'afeto positivo' e 'afeto negativo', avaliadas por intermédio de uma escala - *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), (Watson et al., 1988). Afigura-se, por isso, uma abordagem teórica propícia para analisar as implicações afetivas na disfunção erétil.

Por outro lado, existem consequências psicológicas e emocionais para os indivíduos que experimentam DE. O estudo CHARMS realizado por Byrne et al. (2013) evidencia os níveis elevados de depressão e ansiedade experimentados pelos indivíduos com DE, quando comparados com os que não possuem essa disfunção. O impacto psicológico da DE pode refletir-se na sua relação conjugal, na vontade de falar sobre o seu problema, nos sentimentos culpa, raiva, depressão e frustração, baixa autoestima nos indivíduos com DE (Shabsight et al., 2010; Ab Rahman, Nabilla e Wah, 2011; Huri, Sanusi, Razack e Mark, 2016). Muitos homens, especialmente os mais velhos, têm uma conceção falsa sobre a normalidade da deterioração da função sexual com o envelhecimento, deixando-a por tratar (Safarinejad e Hosseini, 2014).

Da mesma forma, os afetos positivos e negativos têm sido relacionados com a DC. O afeto positivo é definido por Davidson, Mostofsky e Whang (2010) como sendo a experimentação de emoções prazerosas como a alegria, a felicidade, a excitação, o entusiasmo e o contentamento. Estes sentimentos podem ser transitórios, mas normalmente são estáveis, particularmente na idade adulta. O afeto positivo está associado ao aumento da sobrevida, melhora a função imunológica e diminui o risco de desenvolvimento de diabetes e HTA. Por outro lado, o afeto negativo engloba emoções negativas, como a hostilidade, a raiva e a depressão, associadas a um risco de incidência mais elevado da DC. O interessante, de acordo com os mesmos autores, é que o afeto positivo é independente do negativo, uma vez que um indivíduo geralmente feliz pode ocasionalmente sentir-se ansioso, zangado ou deprimido.

Desde há muitos anos que o afeto positivo tem sido considerado como um fator protetor da doença coronária. No estudo encetado pelos mesmos autores, níveis elevados de afeto positivo constituem-se como fator protetor da doença, protelando em 10 anos a sua incidência; por isso, sugerem que as estratégias preventivas desta patologia devem ser dirigidas não só a reduzir os sintomas depressivos, mas também a estimular o afeto positivo. Outro estudo mostrou que o afeto positivo é protetor contra a recorrência de eventos major em doentes com stents coronários (Denollet et al., 2007).

Por sua vez, os estados de afeto negativo, como a depressão, estão associados a mortalidade prematura e aumento do risco de eventos coronários, diabetes tipo 2 e a incapacidade (Lipovetzky et al., 2007; Steptoe, Wardle e Marmot, 2005). Um dos estudos de referência neste âmbito, o Whitehall II (Steptoe et al., 2005), mostrou que os participantes com valores mais altos de afeto negativo tiveram maior incidência de eventos coronários. Por outro lado, o mesmo estudo permitiu verificar que, no caso de evento cardiovascular, a recuperação é mais rápida em indivíduos que expressam emoções positivas.

A investigação aponta para dois mecanismos que podem mediar teoricamente a relação entre estados afetivos e a saúde física (Steptoe et al., 2005). O primeiro consiste no bem-estar positivo que por si potencia hábitos e estilos de vida saudáveis. O segundo traduz o processo de estimulação dos sistemas biológicos pelos fatores psicossociais que, por intermédio da ativação do SNC, gera respostas autónomas, neuroendócrinas, inflamatórias e imunológicas.

A este respeito, o estudo mostra uma relação entre a diminuição da produção de cortisol (hormona associada ao stress, à depressão e a patologias como a obesidade abdominal, diabetes tipo 2, HTA, condições imunológicas) e o aumento do afeto positivo. (Steptoe et al., 2005).

No mesmo estudo, valores elevados (cerca de 12 vezes mais) de fibrinogénio plasmático corresponderam aos indivíduos que experimentavam níveis de felicidade mais baixa em relação ao grupo de felicidade mais alta, sendo a felicidade entendida

como afeto (negativo versus positivo). O fibrinogénio plasmático é um marcador inflamatório e preditor de futura DC, devido ao aumento da viscosidade sanguínea, infiltração na parede endotelial, estimulação da proliferação celular aterogénica e agregação plaquetar.

Contraditoriamente, num estudo recente de Bahremand, Alikhani, Zakiei, Janjani e Aghaei, (2015), foi encontrada relação significativa entre o afeto positivo e os indivíduos saudáveis em comparação com os que apresentavam DC, não se tendo verificado o mesmo para o afeto negativo nos indivíduos com DC.

A avaliação da natureza e extensão da falha erétil é de fundamental importância para uma intervenção terapêutica efetiva.

Apesar de alguns indivíduos possuírem pouco conhecimento em relação à DE, ela deve ser suspeitada e avaliada nos indivíduos com FRC (Shabsigh et al., 2010). Quando o indivíduo tem DC conhecida, as recomendações do Princeton III Consensus (Nehra et al., 2012) para a abordagem da DE, seguem um algoritmo que se inicia pela *screening* e depois a confirmação da presença de DE.

Existe uma diversidade de modalidades terapêuticas disponíveis, que vão desde a terapia sexual, psicoterapia e aconselhamento, até à cirurgia, dispositivos de vácuo e à panóplia de farmacoterapia específica existente.

Um diagnóstico adequado deve ancorar-se numa abordagem multidisciplinar que considere de forma integrada os fatores orgânicos e os psicológicos. Sempre que possível e recomendado, a parceira deve participar na entrevista clínica (Mendes e Santos, 2014). A Avaliação Diagnóstica (Anexo 2) deve contemplar três parâmetros fundamentais: (1) a Entrevista Clínica; (2) o Estudo Global da Função Erétil e (3) o Estudo Específico das Componentes da Ereção.

Os mesmos autores referem que a anamnese, com a história médica e sexual, deve ser cuidadosamente explorada, investigando a presença de medicação concomitante, consumo de álcool e tabaco, bem como a existência de fatores de risco da DE (psicológicos, vasculares, anatómicos ou traumáticos, endócrinos e neurológicos). Os

questionários devem ser parte integrante da história sexual, sendo o *International Index of Erectile Function* (IIEF-5) o mais utilizado a nível mundial (Vlachopoulos et al., 2013).

A Avaliação Psicológica deve recolher a história sexual do doente, com os seus aspetos educacionais e socioculturais, considerando sempre a possibilidade de existirem distúrbios psicopatológicos associados e o contexto psicoafetivo onde se situa o indivíduo com a disfunção. Toda esta informação deve ser colhida pela entrevista clínica, complementada com questionários, testes ou escalas de avaliação psicológicas.

A avaliação psicosexual pode revelar problemas psicológicos bem definidos e instalados ou conflitos relacionais que podem ser tratados com sucesso através da terapia sexual (Mendes e Santos, 2014).

Após o diagnóstico de angina pectoris ou EAM estima-se que cerca de 25% dos doentes retomam o nível anterior de atividade sexual, 25% não retomam qualquer atividade sexual e 50% reduzem a sua atividade sexual (Perdigão et al., 2008). Assim, como referem Hood e Kirby (2004), na presença de problemas de funcionamento sexual, como a DE, a degradação da sexualidade afetará ainda mais a QDV do doente. Cerca de 50% dos homens tornam-se menos confiantes, quase 25% sentem-se pouco atrativos e aproximadamente 80% reportam dificuldades relacionais. A este nível, é referido que embora algumas companheiras compreendam a condição do doente com DE, cerca de dois terços revelam sentimentos negativos face à mesma (Hood e Kirby, 2004).

A maioria dos doentes tem dúvidas e preocupações quanto à sua saúde sexual. Segundo Rosman, Cahill, McCammon e Sears (2014), 61% dos doentes desejam discutir assuntos da sua saúde sexual com a equipa médica, mas apenas 15% o fizeram. Mostram também dificuldade em falar com os seus parceiros sobre assuntos relacionados com sexo e intimidade, bem como iniciar relacionamentos depois de um evento cardíaco.

Pesquisas recentes reforçam a necessidade dos profissionais de saúde se tornarem mais ativamente envolvidos no aconselhamento sexual. A *American Heart Association*

(AHA) e a *European Society of Cardiology* (ESC) elaboraram um *Consensus Document*, com recomendações e *guidelines* para os profissionais de saúde em matéria de aconselhamento sexual para indivíduos com doença cardiovascular e seus parceiros (Steinke et al., 2013). No Anexo 3, constam as “*Top 10 Things to Know*”, do referido documento. O *Consensus Document* reitera a importância do aconselhamento ao doente que sofreu um evento cardíaco agudo para um recomeço progressivo e ajustado da sua atividade sexual. Neste sentido, o aconselhamento sexual constitui uma componente importante dos serviços de reabilitação cardíaca (Byrne et al., 2013). Com efeito, abordar, por exemplo, quando é seguro recomeçar a sua atividade sexual, pode prevenir problemas e reduzir níveis de inatividade sexual nesta população.

Por outro lado, a terapia ou psicoterapia sexual deverá ser recomendada para todos os doentes com DE, independentemente da etiologia. Esta abordagem é cada vez mais utilizada em conjunto com a terapia farmacológica (Wagner e Saenz de Tejada in Mendes e Santos, 2014). Numa pesquisa, Banner e Anderson (2007), conseguiram provar a eficácia da combinação da terapia sexual com citrato de sildenafil (Viagra) em comparação com o uso isolado deste fármaco na DE psicogénica. Mendes e Santos (2014) acrescentam que toda a intervenção psicoterapêutica comportamental deve ser dirigida, não só aos casos de DE psicogénica, mas também às situações em que existe um comprometimento orgânico, tendo como objetivos fomentar a comunicação entre o casal (Mendes e Santos, 2014), combater a insegurança masculina, reduzir a ansiedade de desempenho, aumentar o conhecimento sobre a DE (Huri et al., 2016) e estimular o desejo sexual (Cavalcanti & Cavalcanti in Mendes e Santos, 2014).

O modelo cognitivo-comportamental tem ganho relevância e as suas técnicas têm-se mostrado eficazes face a outras no que respeita à terapia sexual (Cordioli, 2008). Mendes e Santos (2014) indicam técnicas como a psicoeducação (esclarecimento dos mecanismos da ereção e da sua psicofisiopatologia, da sexualidade em geral e das diversas possibilidades terapêuticas), o treino de competências assertivas (nos pacientes que tenham dificuldades em encetar as suas relações e onde existam bloqueios funcionais), a dessensibilização sistemática e relaxamento (para reduzir a ansiedade de desempenho). Nobre (2006) acrescenta estratégias como a identificação

dos pensamentos automáticos negativos e das distorções cognitivas, a reestruturação cognitiva, a avaliação das vantagens e desvantagens, a análise da evidência, o questionamento socrático, a técnica do ponto-contraponto, distração e refocagem da atenção, entre outras.

Apesar das variações existentes nas técnicas cognitivo-comportamentais, segundo Cordioli (2008), a meta comum reside na redução da ansiedade do indivíduo, através da ressignificação da sexualidade do casal, focando-o em estímulos eróticos (técnica dos focos sensoriais) em detrimento das expectativas de desempenho. O casal é convidado a relembrar o namoro, passando a dar importância a cada fase da atividade sexual, sem existir obrigatoriedade de ereção. Reforçando esta ideia, Rosman et al. (2014) defendem que o recomeço da atividade sexual deve ser progressivo, passando pela criação de um ambiente romântico entre o casal, em que a expressão de afeto e a proximidade emocional sejam os aspectos dominantes na satisfação da relação.

A cura da DE não é apenas restabelecer a função erétil, mas o indivíduo estar em harmonia consigo mesmo e com o outro (Mendes e Santos, 2014).

Metodologia

Conceptualização do Estudo e Objetivos

O presente estudo apresenta-se como quantitativo transversal, do tipo correlacional, uma vez que visa descrever e relacionar as variáveis DE, DC e afetos, bem como as suas especificidades. O tipo de amostragem é não probabilística acidental porque foram incluídos os indivíduos que aparecessem e realizassem angioplastia coronária percutânea (PTCA) no laboratório de hemodinâmica do Hospital Geral (CHUC, EPE) com idade igual ou inferior a 70 anos, entre Dezembro de 2015 e Agosto de 2016.

Os principais objetivos deste estudo estão descritos de seguida.

1. Determinar a presença e a severidade de DE em homens com DC;
2. Relacionar a DE com a idade, número de fatores de risco, autoperceção da depressão, importância da sexualidade, importância da comunicação com a companheira, afetividade positiva e negativa, gravidade da DC, FSG, IMC, fatores de risco cardiovasculares e tipo de medicação;
3. Reconhecer a DE como marcador precoce da DC;
4. Averiguar valorizações e preocupações dos homens com DE e DC;
5. Conhecer as interferências da DE na relação dos homens com sua companheira;
6. Conhecer a receptividade dos indivíduos para participar num programa de intervenção na área da DE.

Hipóteses

Um dos objetivos deste estudo é relacionar a DE com a DC e os fatores afetivos. Nesse sentido, elaborámos duas hipóteses complexas:

H1: Existe uma correlação significativa entre a severidade da DE e idade, número de fatores de risco, autopercepção da depressão, importância da sexualidade, importância da comunicação com a companheira, afetividade positiva e negativa, número de vasos angioplastados, FSG e IMC em indivíduos com DC.

H2: Existem diferenças significativas entre os fatores de risco e a toma de medicação com a severidade de DE em indivíduos com DC.

População e Amostra

A população alvo é constituída por cerca de 300 indivíduos (homens) que fizeram angioplastia coronária, no Laboratório de Hemodinâmica do CHUC-HG, com idade igual ou inferior a 70 anos, limite utilizado em estudos importantes deste âmbito (Feldman et al., 1994; Montorsi et al., 2006; Jackson e Padley, 2008; Araújo et al., 2010).

O número da amostra seria de pelo menos 169 indivíduos nas mesmas condições para um nível de confiança de 95% e um erro de 5%. Esse número ideal não foi atingido no período de tempo preconizado, tendo sido entregues/ aplicados 132 questionários e devolvidos apenas 104. Podemos apontar um espectro de razões onde se incluem a recusa dos doentes em participar no estudo, a exclusão de alguns deles por não reunirem critérios de estabilidade hemodinâmica, por apresentarem défices sensoriais ou por serem enviados para cirurgia e a dificuldade em estabelecer pontos de contacto com os hospitais referenciadores (Guarda, Castelo Branco e Covilhã) onde se perderam alguns questionários.

Destes 104 respondidos, 53 (51%) afirmaram que tinham dificuldades em manter a ereção (Quadro 1) através de uma primeira questão “sim/não” de *screening*, em que apenas os que se posicionaram no “sim”, responderiam o resto do questionário, onde se inclui o IIEF-5. Por isso, salvaguardamos que os “não”, não foram comprovados pela aplicação do IIEF-5, o que pode resultar na perda de alguns indivíduos que teriam valores compatíveis com o diagnóstico de DE.

Destes 53 indivíduos, foram ainda retirados três da amostra: um por ter sido sujeito a prostatectomia e outros dois por já se encontrarem a tomar medicação para a DE. Apesar da DE ter sido confirmada em todos pelo IIEF-5, sabíamos, pela recolha de dados através do processo clínico, que a etiologia da disfunção de um caso não era vascular e que os outros dois já estavam a ser tratados pelo que as suas perceções e valores estariam provavelmente enviesados. Desta forma, ficámos com 50 participantes finais.

Instrumentos

O Instrumento utilizado na Recolha de Dados (Apêndice A) utilizado foi constituído por um questionário de auto-resposta integrando várias questões e duas escalas, a *Positive and Negative Affect Schedule* – versão reduzida portuguesa (PANAS-VRP) e o IIEF-5, bem como pela consulta do Processo Clínico do doente.

O questionário com itens quantitativos e qualitativos pretende conhecer variáveis sociodemográficas, valorações quanto à manutenção da atividade sexual após a realização de angioplastia, interesse no conhecimento da DE e da DC por parte dos profissionais de saúde, valorações acerca da importância da comunicação com a companheira e da sexualidade, a autoperceção da existência de problemas do funcionamento sexual (particularmente da ereção) e há quanto tempo (meses), forma de progressão das dificuldades (no sentido de diferenciar a origem da DE), preocupações em relação ao seu funcionamento sexual e consequências na relação com a sua companheira, assim como se os indivíduos já procuraram ou não ajuda para as suas dificuldades na ereção.

As variáveis clínicas, os fatores de risco cardiovascular, medicação, testes de isquemia miocárdica, FSG e o resultado da angioplastia coronária serão obtidos através da consulta do processo clínico por forma a relacionar estas variáveis clínicas com os dados do questionário.

O IIEF-5 foi desenvolvido para diagnosticar a presença e a severidade da DE (Rosen, Cappelleri, Smith, Lipsky, e Pena, 1999) através de apenas 5 itens e validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Santos (2007). Esta versão reduzida surgiu da necessidade de criar um instrumento simples, para os pacientes e para os profissionais, para diagnosticar a DE em contexto clínico (Rosen et al., 1999). O IIEF-5 adequa-se à definição de DE do NIH e tem-se mostrado um excelente teste de diagnóstico, válido mundialmente para os diferentes tipos de DE (orgânica, psicogénica e mista). O somatório dos itens pode ir de 5 a 25 pontos, sendo a DE classificada em ausência (de 22 a 25), ligeira (de 17 a 21), ligeira a moderada (de 12 a 16), moderada (de 8 a 11) e severa (de 5 a 7) (Rosen et al., 1999). A versão portuguesa do IIEF-5 mostra propriedades métricas e estruturais adequadas (ex. alfa de Cronbach de 0,91) e os resultados são equivalentes (Pais Ribeiro e Santos, 2007).

Por sua vez, a PANAS-VRP, versão reduzida portuguesa (Galinha, Pereira e Esteves, 2014), é constituída por 10 itens, subdivididos em duas sub-escalas com 5 itens cada, que visam medir o Afeto Positivo (AP) e o Afeto Negativo (AN), sendo estes definidos como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos. A dimensão AP reflete emoções prazerosas e de bem-estar subjetivo do indivíduo, tais como este se tem sentido interessado, entusiasmado, inspirado, ativo e determinado, enquanto que a dimensão AN significa desprazer e mal-estar subjetivo, podendo o indivíduo sentir-se ansioso, assustado, medroso, culpado e atormentado. Dependendo do quadro temporal de referência (“neste momento”, “durante o último mês”, “no último ano” e “em geral”), o questionário pode medir o afeto-estado (humor) ou o afeto-traço dos indivíduos (Galinha et al., 2014). Neste caso, optámos pela referência temporal de um ano, uma vez que os efeitos dos fatores psicológicos na DE e na DC não são imediatos. A pontuação total varia entre 5 e 25 para cada dimensão, correspondendo a valores mais altos da subescala AP um grau maior de afetividade positiva e a valores mais altos da subescala NA um grau maior de afetividade negativa. Segundo os autores da PANAS-VRP, a escala permite medir o AP e o NA de uma forma mais parcimoniosa do que a versão integral, sendo adequada para estudos

com muitas variáveis e em populações que têm limitações de tempo ou de capacidade de resposta.

Às emoções presentes na PANAS-VRP, acrescentámos a autoperceção do indivíduo como deprimido, por nos parecer pertinente incluir uma variável psicológica presente noutros estudos deste âmbito e mais frequentemente associada à DE e à DC.

Optámos por utilizar versões reduzidas das escalas originais por apresentarem menos itens, podendo ser respondidas de uma forma menos exaustiva, uma vez que são abordadas questões íntimas e pessoais num contexto, por si só, difícil no pós angioplastia coronária. E, claro, porque apresentam boas propriedades métricas, estão validadas para a população portuguesa e bem adaptadas ao léxico português.

Procedimentos Formais e Éticos

Antes de iniciar o estudo, passámos pelo processo determinante de obter autorização do CHUC-EPE, tendo sido o projeto apresentado à respetiva Comissão de ética e Conselho de Administração, viabilizado como CHUC 066 15, em 12 de Novembro de 2015.

Durante a colheita de dados, os indivíduos foram selecionados e abordados, após a realização da angioplastia. Foi-lhes explicado o contexto e os objetivos do estudo e garantido o anonimato da sua participação, tendo para o efeito que assinar o Consentimento Informado (Apêndice B).

Análise Estatística

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Os dados colhidos foram tratados com frequências absolutas, frequências relativas, medidas de tendência central e de

dispersão. Pelos resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov Shapiro-Wilk verificamos que a variável DE apresenta distribuição normal (Gráfico 1 e Tabela 1) pelo que utilizámos os testes paramétricos r de Pearson e t de Student.

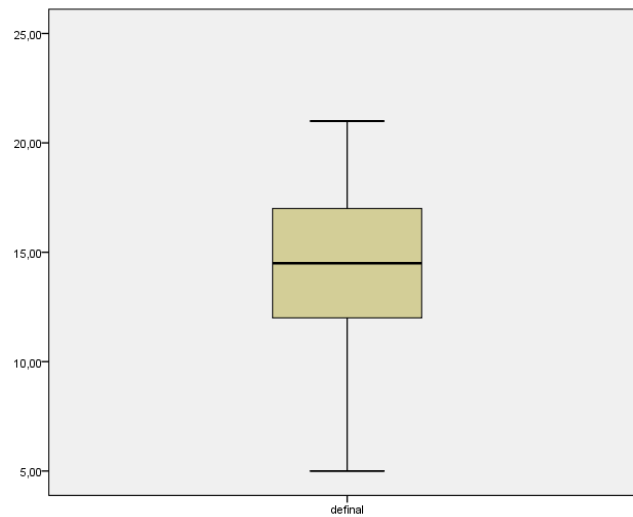


Gráfico 1. Caixa de Bigodes (*Box Plot*) da variável Disfunção Erétil (DE)

Tabela 1

Testes de Normalidade da variável disfunção erétil

Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
,091	50	,200*	,970	50	,237

Resultados

As características sociodemográficas e emocionais da amostra são descritas na Tabela 2. Participaram 50 utentes com uma média de idades de 60 ± 7 anos, maioritariamente casados (98%), tendo apenas uma parceira sexual 88%. Relativamente ao IMC verificámos que a amostra é em média obesa ($27,831 \pm 3,838$).

Obtivemos uma taxa de resposta ao instrumento do PANAS (positivo e negativo) inferior a 50% dos indivíduos, sendo que os respondentes, em média, têm uma ligeira afetividade positiva (idêntica à mediana) e afetividade negativa (valor ligeiramente inferior à mediana).

Em média, os 27 indivíduos que responderam ao indicador dos níveis de depressão, autopercecionaram-se como “Um Pouco” deprimidos ($2,112 \pm 1,016$).

Numa escala de 0 a 10, os participantes afirmaram que a comunicação com a companheira é em média 6 ($6,067 \pm 2,666$), valor mais baixo do que o dado ao grau de importância da sexualidade, 8 ($7,957 \pm 2,105$).

Tabela 2

Características sociodemográficas e emocionais

		Nº	%	Mm	Mx	Med	DP
Idade		50	100	44,00	70,00	60,460	7,092
IMC		50	100	19,26	37,02	27,831	3,838
Situação conjugal	Casado	49	98,0				
	Divorciado	1	2,0				
Nº parceiras atuais	Apenas uma	44	88,0				
	Mais do que uma	4	8,0				
	Nenhuma	2	4,0				
PANAS positivo		22		6,00	21,00	15,046	4,146
PANAS negativo		21		6,00	47,00	11,905	8,549
Deprimido		27		1,00	4,00	2,112	1,016
Comunicação com companheira		45		0,00	10,00	6,067	2,666
Importância da sexualidade		47		2,00	10,00	7,957	2,105

Notas: IMC – Índice de Massa Corporal; PANAS – Positive And Negative Affect Schedule

Por sua vez, as características da função sexual da amostra expressam-se na Tabela 3. Encontrámos 43 (86%) indivíduos que pensam em voltar a ter relações sexuais como antes da PTCA e apenas 7 (14%) dizem que não. Algumas expressões escritas como “não quero correr riscos”, “já não consigo por ser diabético”, “penso que o tempo sexual já acabou”, “problemas de circulação antigos”, “devido ao enfarte nunca mais fui o mesmo”, “diminuição do desejo após a primeira [PTCA]”, “diminuição da função eretal devido ao excesso de medicação”, justificam essa preterição. A maioria da amostra, 42 (85,7%), gostaria que os profissionais de saúde os abordassem acerca do seu funcionamento sexual, enquanto 7 (14,3), não o aprovam.

Os 50 indivíduos (100%) identificados como DE com a pergunta de *screening* inicial das dificuldades na função sexual foram confirmados com a aplicação do IIEF-5. Destes, em termos de gravidade da DE, encontrámos 4 (8%) severa, 8 (16%) moderada, 24 (48%) ligeira a moderada e 14 (28%) ligeira. O tempo médio de início da disfunção sexual é 34,5 meses e o médio de DC prévia é 20 meses, pelo que referenciamos 38 (76%) casos de DE como marcador precoce da DC. A forma de início da DE foi maioritariamente progressiva em 40 (81,6%). Por último, percebemos que 38 (80,9%) dos homens gostariam de participar num programa de intervenção na área da DE pelo que 9 (19,1%) recusam.

Tabela 3

Características da função sexual da amostra e interesse para participar em programas de intervenção

		Nº	%	Mm	Mx	Mn	DP
Relações sexuais como antes da PTCA	sim	43	86				
	não	7	14				
Gostaria que os profissionais abordassem sobre o funcionamento sexual	sim	42	85,7				
	não	7	14,3				
Tempo dessas dificuldades		45	90	3,00	144,00	34,578	32,268
DC prévia à DE		50	100	,00	156,00	20,000	43,931
Marcador precoce da DE	sim	38	76				
	não	12	24				

Nota: PTCA - Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty; IIEF-5 - International Index of Erectile Function

Tabela 3

Características da função sexual da amostra e interesse para participar em programas de intervenção (continuação)

		Nº	%	Mm	Mx	Mn	DP
Forma de início	Súbito	9	18,4				
	Progressivo	40	81,6				
Grupo DE (IIEF-5)		50	100	5,00	21,00	14,280	3,907
Gravidade DE (IIEF-5)	5-7 Severa	4	8,0				
	8-11 Moderada	8	16,0	1,00	4,00	2,960	,879
	12-16 Ligeira a moderada	24	48,0				
	17-21 Ligeira	14	28,0				
Participação programa de intervenção	Sim	38	80,9				
	Não	9	19,1				

Associadas à disfunção sexual fomos à procura de crenças sobre a sua interferência na relação conjugal (Tabela 4) e sobre o seu tratamento (Tabela 5).

Dos 46 responsivos, 26 (56,5%) refere não interferir. Dos restantes 20 (43,5%), as frases mais assinaladas isoladas ou conjuntamente com outras foram: a falta de afeto entre o casal (11), a falta de comunicação com a companheira (9), as discussões entre o casal (5) e o medo que a companheira se afaste (4), por fim o divórcio (2).

Tabela 4

Interferência da DE na relação conjugal

		Nº	%
Interferência da DE na relação conjugal	Discussões entre o casal	4	8,7
	Falta de afeto entre o casal	2	4,3
	Divórcio	2	4,3
	Falta de comunicação com a companheira	0	0
	Medo que companheira se afaste	2	4,3
	Não interfere	26	56,5
	Falta de afeto entre o casal + Falta de comunicação com a companheira	7	15,2
	Falta de afeto entre o casal + Medo que a companheira se afaste	1	2,2
	Falta de comunicação com a companheira + Medo que a companheira se afaste	1	2,2
	Discussões entre o casal + Falta de afeto entre o casal + Falta de comunicação com a companheira	1	2,2

No que respeita a procura de tratamento (Tabela 5), dos 50 indivíduos, obtivemos sobreposição de opções de respostas do 'sim procurou' (30) e do 'não procurou' (34). Dos que procuraram tratamento e/ou aconselhamento sobre as alterações no seu funcionamento sexual, no total, 17 foi com o médico e apenas um terapia sexual. Por outro lado, os participantes que não procuraram tratamento, concomitantemente com os que procuraram, 26 acham que os medicamentos (ex. viagra) prejudicam o coração e 12 sentem pudor em perguntar. Através da sobreposição de respostas, pudemos constatar que 5 dos homens que procuraram aconselhamento médico acham simultaneamente que os medicamentos (ex. viagra) prejudicam o coração.

Tabela 5

Procura e razões da procura ou não de tratamento da DE

		Nº	%
Procurou tratamento	Aconselhamento médico	16	55,2
	Terapia Sexual	1	3,4
	Companheira	5	17,2
	Amigo(a)s	3	10,3
	Medicação sem receita	3	10,3
	Aconselhamento médico + Amigo(a)s	1	3,4
Não procurou tratamento	A sexualidade não é importante	2	5,9
	Sente pudor em perguntar	6	17,6
	Acha que os medicamentos (ex. viagra) prejudicam o coração	18	52,9
	Acha que os profissionais não vão valorizar	0	0
	Acha que os medicamentos (ex. viagra) prejudicam o coração + Acha que os profissionais não vão valorizar	1	2,9
	Sente pudor em perguntar + Acha que os medicamentos (ex. viagra) prejudicam o coração	5	14,7
	Sente pudor em perguntar + Acha que os medicamentos (ex. viagra) prejudicam o coração + Acha que os profissionais não vão valorizar	1	2,9
	A sexualidade não é importante + Acha que os medicamentos (ex. viagra) prejudicam o coração	1	2,9

No que concerne às características da DC apresentadas na Tabela 6, 25 (61%), dos participantes eram eletivos por indicação de teste de isquemia positivo, maioritariamente por PE, 14 (58,3%). No entanto, encontrámos 16 (39%) em contexto de EAM, 8 com supra ST (STEMI) e 8 sem supra de ST (NSTEMI). Dos 50 participantes incluídos, 25 (50%) realizaram PTCA de um vaso, 19 (38%) de dois vasos, 6 (12%) de

três ou mais vasos, sendo as artérias mais afetadas a DA e a CD em 31 (62%) e em 25 (50%) dos casos (Apêndice C), respectivamente. Relativamente à FSG, a maioria dos homens apresenta boa 36 (81,8%).

Tabela 6

Características da DC

		Nº	%	Mm	Mx	Mn	DP
Teste de Isquemia Positivo		25	61				
Tipo de Teste	PE	14	58,3				
	CMP	6	25				
	AngioTAC	4	16,7				
STEMI		8	19,5				
NSTEMI		8	19,5				
Nº vasos angioplastados	1,00	25	50,0				
	2,00	19	38,0	1,00	4,00	1,640	0,749
	3,00	5	10,0				
	4,00	1	2,0				
FSG	Boa Função	36	81,8				
	Depressão ligeira	6	13,6	1,00	3,00	1,227	,522
	Depressão moderada	2	4,5				

Notas: PE – Prova de Esforço; STEMI – ST Elevation Myocardial Infarction; CMP – Cintigrafia Miocárdica de Perfusão
NSTEMI – Non ST Elevation Myocardial Infarction; TAC – Tomografia Axial Computorizada; FSG – Função Sistólica Global

Os resultados relativos às hipóteses expressam-se nas tabelas 7 e 8.

Verificámos que quanto mais velhos são os indivíduos maior severidade é na DE ($p=,007$). Por outro lado, quanto maior é nº de fatores de risco menor é a severidade ($p=,005$). Constatámos também uma correlação positiva e significativa entre a PANAS positivo e a DE ($p=002$), ou seja, quanto melhor a afetividade positiva menor é a severidade da DE.

Por outro lado, não foram encontradas correlações significativas entre a DE e as restantes variáveis, tais como, a PANAS negativo ($p=,418$), a autoperceção como deprimido ($p=,224$), a comunicação com a companheira ($p=,108$), o grau de importância dado à sexualidade ($p=,781$), o número de vasos angioplastados, ou seja, a gravidade da DC ($p=,775$), a FSG ($p=,164$), bem como, o IMC ($p=,815$).

Tabela 7

Correlações entre a DE e as variáveis idade, número de fatores de risco, Auto percepção da depressão, importância da sexualidade, importância da comunicação com a companheira, afetos, número de vasos, FS e IMC

	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	-,378	,007
PANAS positivo	,633	,002
PANAS negativo	-,186	,418
Deprimido	-,242	,224
Comunicação companheira	,243	,108
Importância sexualidade	,042	,781
Nº vasos angioplastados	-,042	,775
Função Sistólica Global	,164	,288
Índice de Massa Corporal	,034	,815
Nº fatores de risco*	,394	,005

*o número de fatores de risco oscilam entre 1 e 5 sendo a média de 2,8±1,0

Da mesma forma, não foram encontradas diferenças significativas entre a DE e cada um dos fatores de risco para a doença cardiovascular com exceção da história familiar ($p=,011$) sendo que os que tem história familiar de DC apresentam em média valor mais alto da DE, ou seja, menos severidade.

Em relação à totalidade da medicação, verificámos igualmente que não existem diferenças significativas ($p=,120$), no entanto, fomos ainda à procura de diferenças entre a DE e cada medicamento (Apêndice D), em virtude da sua potencial interferência, tendo encontrado nas estatinas ($p=,008$) e nos antiagregantes plaquetares ($p=,006$) diferenças, apenas, tendencialmente significativas.

Tabela 8

Diferenças entre a DE e o tipo de factor de risco para DC e a toma de medicação

		N	Med	DP	t	p
Diabetes Mellitus tipo 1	sim	4	11,000	1,414	-1,789	0,120
	não	46	14,565	3,931		
Diabetes Mellitus tipo 2	sim	19	14,947	4,515	,944	,350
	não	31	13,871	3,499		
Hipertensão Arterial	sim	42	14,714	3,717	1,844	,071
	não	8	12,000	4,343		
Dislipidemia	sim	44	14,545	3,891	1,310	,196
	não	6	12,333	3,777		

Tabela 8*Diferenças entre a DE e o tipo de factor de risco para DC e a toma de medicação (continuação)*

		N	Med	DP	t	p
Fumador > 20 UMA	sim	8	14,625	3,420	,270	,788
	não	42	14,214	4,028		
Fumador < 20 UMA	sim	3	14,333	2,887	,024	,981
	não	47	14,276	3,988		
Ex-fumador	sim	13	15,923	3,040	1,803	,078
	não	37	13,703	4,047		
História Familiar	sim	7	17,714	2,984	2,658	,011
	não	43	13,721	3,775		
Medicação	sim	48	14,104	3,888	-1,583	,120
	não	2	18,500	,707		

Nota: UMA = nº maço/ dia x anos que fuma (ex. 20 UMA = 1 maço por dia durante 20 anos).

Discussão e Conclusões

De acordo com os objetivos propostos para este estudo e tendo por base a literatura, passamos à discussão dos dados principais.

a) Determinar a presença e a severidade da DE em homens com DC;

Do universo de 104 inquiridos, 53 (51%) afirmam que têm dificuldades na sua função sexual, quando questionados sob a forma de *screening* inicial, sendo nos mesmos confirmada a existência de DE através da aplicação do IIEF-5. Foram retirados três participantes, como referido anteriormente, mas apenas um foi excluído por etiologia não vasculogénia, ficando a amostra final constituída por 50 indivíduos pelo que podemos dizer que, neste estudo, encontramos DE em cerca de 50% dos homens até aos 70 anos. Esta percentagem insere-se no intervalo apontado por outros estudos de 26% (Byrne et al., 2013) a 75% (Kloner et al., 2003), sendo que os valores mais elevados surgem associados a uma DC estável e crónica, a maioria, no entanto, ronda os 50%, próximo dos 58% de Feldman et al. (1994), os 56% de Rodriguez et al. (2005), os 54% de Min et al. (2006) e os 42-57% de Montorsi et al. (2006), sendo estes valores concordantes com os que obtemos. Parece-nos importante salientar que alguns destes estudos são compostos por amostras significativamente maiores.

Afigura-se-nos também pertinente qualificar a disfunção sexual dos indivíduos da nossa amostra como predominantemente orgânica e vasculogénica, uma vez que a emergência da DE é maioritariamente progressiva em 40 (81,6%), facto corroborado com a coexistência de DC, bem como a presença de FRC e de doenças metabólicas aumentam a possibilidade da etiologia da DE ser vascular (Vlachopoulos et al., 2013).

Em termos de severidade da DE, observamos que em 4 indivíduos (8%) severa, em 8 (16%) moderada, em 24 (48%) ligeira a moderada e em 14 (28%) ligeira, pelo que a maioria se situa no ligeira a moderada, resultado a que não será alheio o facto de a idade definida para a amostra não ultrapassar os 70 anos.

b) Relacionar a DE com a idade, número de fatores de risco, autopercepção da depressão, importância da sexualidade, importância da comunicação com a companheira, afetividade positiva e negativa, gravidade da DC, FSG, IMC, fatores de risco cardiovasculares e tipo de medicação;

No presente estudo, verificamos que quanto mais velhos são os indivíduos maior é severidade na DE ($p=,007$), resultado concordante e transversal aos estudos dos autores encontrados. Banner e Anderson (2007), Steinke et al. (2013), Hood e Kirby (2004), Byrne et al. (2013), APA (2014) e Galvão-Teles et al. (2008) confirmam que a DE aumenta a frequência e a severidade com a idade.

Relativamente à gravidade da DC, não encontramos correlações significativas entre a DE e o número de vasos angioplastados ($p=,775$), sendo 50% em lesão única e a mesma percentagem em múltiplos vasos e a DA, a artéria mais afetada em 62%. A mesma artéria embora com DC proporcionalmente mais severa é referida por Rodriguez et al. (2005). Ou seja, o resultado deste nosso estudo não vai ao encontro dos autores Montorsi et al. (2006), Shanker et al. (2013) e Hamur et al (2015) que concluíram que quanto mais grave é a DC, mais severo é o quadro de DE. Tal se pode dever ao facto de a amostra ser constituída por 39% de indivíduos em evento cardíaco e outros em contexto de primeira angioplastia e não em doentes com DC crónica. O que é reforçado pela FSG ser maioritariamente boa, em 36 (81,8%).

No que respeita aos FRC, também não encontramos diferenças significativas entre a DE e cada um dos fatores de risco para a doença cardiovascular à exceção da história familiar ($p=,011$), verificando-se que os que têm história familiar de DC apresentam menor severidade da DE. Resultado semelhante é encontrado com os FRC conjugados, ou seja, quanto mais fatores de risco ($p=,005$), menor a severidade da DE. Este dado parece ser um contrassenso em relação à literatura que explica a DE vascular através da disfunção endotelial causada pelos FRC (Kloner, 2008; Batty et al., 2010; Hotaling et al., 2012; Tanik et al., 2013; Turek et al., 2013; Skeldon et al., 2015; Chaudhary et al., 2016). A explicação para esta aparente contradição poderá residir mais uma vez na

idade dos inquiridos, inferior ou igual a 70 anos, aspeto que neste estudo surge como fator determinante.

Colocando a análise nos fatores psicológicos, constatamos uma correlação positiva e significativa entre a PANAS positivo e a DE ($p=,002$), ou seja, quanto melhor a afetividade positiva menor é a severidade da DE. Parece-nos uma associação lógica tendo em consideração que quanto menos severa é a DE, mais emoções prazerosas os indivíduos poderão experimentar. Este resultado parece ser unânime nos estudos encontrados, comportando-se o afeto positivo como protetor quer para a DE (Brown et al., 1998), quer para a DC (Davidson et al., 2010; Denollet et al., 2007; Steptoe et al., 2005; Bahremand et al., 2015). Por outro lado, no que se refere à PANAS negativo ($p=,418$), bem como à autoperceção da depressão, verificamos que não se correlacionam significativamente com a DE e contrariam, por isso, os autores que associam as emoções negativas à DE (Brown et al., 1998) e à DC, nomeadamente a nível da PANAS negativo (Lipovetzky et al., 2007; Steptoe et al., 2005) e da depressão (Mendes e Santos, 2014; Byrne et al., 2013). Encontrámos apenas um estudo de 1998 que relaciona diretamente os afetos positivo e negativo com a DE, no entanto, os outros relacionam-na com a DC, os FRC, condições imunológicas e biomarcadores, sendo que, neste estudo, a gravidade da DC e o número de fatores de risco coronário não está relacionado com os afetos positivos ou negativos ($p>0,05$). Como o afeto positivo é independente do negativo, talvez influencie mais a escassez de emoções afeto-traço positivas do que propriamente a presença de emoções típicas de afeto-traço negativo para o desenvolvimento e manutenção da DE e/ou outras doenças. Por se tratarem de emoções difíceis de mensurar, sem sabermos se são causa ou consequência da DE ou da DC, podemos inferir que não atuam isoladamente, mas favorecem o seu aparecimento ao persistirem ao longo do tempo. Para termos dados mais concretos teríamos que utilizar indicadores mais precisos, nomeadamente através de doppler peniano e de biomarcadores como o cortisol, o fibrinogénio, proteína C reativa, microalbuminúria, testosterona, entre outros (Vlachopoulos, Ioakeimidis e Stefanadis, 2015).

Centrando-nos na medicação, verificamos igualmente que não existem diferenças significativas quer na sua totalidade ($p=,120$), quer com cada medicamento (Apêndice D). No entanto, verificamos diferenças tendencialmente significativas com as estatinas ($p=,008$) e os antiagregantes plaquetares ($p=,006$), ou seja, os indivíduos que tomam estas duas categorias de medicação apresentam valores menores de DE. Neste estudo, não encontramos diferenças nos efeitos de medicamentos que a literatura mais associa à DE, como os betabloqueantes, antihipertensores, antidepressivos (Feldman et al., 1994; Wagner e Saenz de Tejada in Mendes e Santos, 2014). A leitura que se nos afigura deste resultado é que a interferência da medicação não será também a condicionante, mas provavelmente haverá alguns indivíduos mais biologicamente suscetíveis a esse tipo de medicação do que outros. Por outro lado, em relação às estatinas, recentemente têm sido realizados estudos no sentido do seu efeito benéfico na DE (Trivedi, Wellsted, Collard e Kirby, 2014; Cai et al., 2014).

c) Reconhecer a DE como marcador precoce da DC;

No presente estudo, verificamos que em 38 (76%) indivíduos a DE teve início anterior à DC, em média, 14,5 meses, ou seja, que a DE precedeu a DC em mais de um ano, na maioria dos participantes. Este resultado vai ao encontro de todos os autores anteriormente citados, nomeadamente Montorsi et al. (2006), Jackson e Padley (2008), Inman et al. (2009), Araújo et al. (2010), Byrne et al. (2013), Vlachoupoulos et al. (2013), mostrando evidência na relação entre a DE e a DC silenciosa. Com efeito, poderá mesmo a DE ser considerada como marcador precoce da DC, bem como aceites outras denominações encontradas na literatura, tal como ‘teste de *stress* peniano’ (Rodriguez, Dashti e Schwarz, 2005) ou como um fator de risco independente (Vlachopoulos et al., 2013) ou como ‘angina peniana’ (Rodriguez et al., 2005). A nível orgânico, as explicações conhecidas para este facto aparecem ligadas à disfunção endotelial, exercida por agentes agressores do endotélio da artéria como os FRC, e/ou ao calibre arterial, através da acumulação aterosclerótica no vasos penianos de calibre inferior (Vlachopoulos et al., 2013; Hood e Kirby, 2004; Kloner, 2008).

A este respeito, podemos assim concluir que a DE poderá ser um marcador precoce de DC, constituindo-se mesmo como um fator de risco para o aparecimento da mesma, pelo que consideramos ser importante o seu tratamento atempado, não só para a satisfação na sua vida pessoal, mas também para a deteção precoce da DC.

d) Averiguar valorizações e preocupações dos homens com DE e DC;

Neste estudo, a maioria dos inquiridos 43 (86%) pensa em retomar as relações sexuais após a PTCA e os restantes justificam a desistência das mesmas pelas questões associadas à doença cardiovascular, à exceção de três participantes que referem “não querer correr riscos”, “nunca mais ter sido o mesmo devido ao enfarte” e “ter sentido diminuição do desejo sexual após a primeira PTCA”. Trata-se, nestes casos, de preocupações relacionadas com a DC e consequentemente com a sua saúde que poderá interferir na função sexual para além das questões biológicas. De facto, a bibliografia aponta-nos para uma estimativa de cerca de 25% de doentes que retomam o nível anterior de atividade sexual, 25% que não retomam qualquer atividade sexual e 50% que reduzem a sua atividade sexual após o diagnóstico de angina pectoris ou EAM (Perdigão et al., 2008). Na nossa investigação encontramos valores significativamente inferiores. Sabemos também que acrescentando a esta questão, a presença de problemas do funcionamento sexual, como a DE, poderá alojar-se uma incapacidade que afetará ainda mais a QDV do doente, até mesmo através do receio infundado de reincidência de eventos coronários (Hood e Kirby, 2004; Dean et al., 2006), ou seja, a preocupação com a saúde associada à sobrevivência sobrepõe-se à importância dada à sua sexualidade. Também, no estudo de Byrne et al. (2013), um quarto dos entrevistados afirmou que a sua vida sexual se deteriorou a partir do evento coronário.

A consciência deste problema emerge claramente nos participantes do nosso estudo, uma vez que 42 (85,7%) referem que gostariam que os profissionais de saúde os abordassem acerca do seu funcionamento sexual, mesmo os que manifestam a intenção de manter a sua atividade sexual, o que reflete a importância muito alta dada à sexualidade $8 (7,957 \pm 2,105)$, e à comunicação razoável com a companheira, 6

(6,067±2,666). Os nossos resultados vão ao encontro de Rosman et al. (2014) quando mencionam que 61% dos doentes desejam discutir assuntos da sua saúde sexual com a equipa médica, mas apenas 15% o fizeram, verificando-se que os mesmos apresentam dificuldade em falar com as suas parceiras sobre assuntos relacionados com sexo e intimidade, bem como iniciar relacionamentos após um evento cardíaco.

No que respeita à procura de tratamento, considerando a totalidade dos inquiridos no nosso estudo, verificamos que 17 (34%) já recorreram ao médico, apenas um a terapia sexual e 3 utilizaram medicação sem receita, 26 acham que os medicamentos (ex. viagra) prejudicam o coração, 12 sentem pudor em perguntar e apenas 2 acham que os profissionais não vão valorizar. Daqui podemos inferir duas notas interessantes: a primeira, que cinco dos homens que procuraram aconselhamento médico acham simultaneamente que os medicamentos (ex. viagra) prejudicam o coração; e a segunda, que os homens poderão não achar tanto que os profissionais não irão valorizar a questão, mas provavelmente sentirão maior pudor em perguntar, uma vez que recorreram ao uso de medicação sem receita. Desta forma, 64% de indivíduos não procuram ajuda especializada, dados semelhantes aos de Kubin et al. (2003), de Kloner et al. (2003) e Wagner e Saenz de Tejada, 1998 in Mendes e Santos (2013). Por outro lado, muitos homens, especialmente os mais velhos, terão uma conceção errónea sobre a normalidade da deterioração da função sexual com o envelhecimento, deixando-a por tratar (Safarinejad e Hosseini, 2014). Outros, uma minoria, não pretendem falar sobre o assunto com os profissionais nem procurar ajuda especializada. Mas se a sexualidade é tão importante para estes indivíduos, porque não quererão essa ajuda? A explicação mais provável residirá no sentimento de pudor que nos transporta para um campo cultural e social em que impera o papel da virilidade masculina. O que a nosso ver significa que caberá aos profissionais de saúde quebrar essas barreiras e assumir a iniciativa de abordar a questão do funcionamento sexual.

e) Conhecer as interferências da DE na relação dos homens com DE;

Um dos objetivos deste estudo foi tentar perceber em que medida a disfunção sexual interfere na relação a dois. Cerca de metade dos indivíduos 26 (56,5%), refere que a

DE não interfere na sua relação conjugal, o que nos leva a inferir que as suas relações não sofreram com a disfunção provavelmente por alguma resiliência. No entanto, a outra metade exprimiu falta de afeto e de comunicação entre o casal, bem como discussões e até divórcio. Interessante foi constatar que um dos participantes que aludiu a 'divórcio', se encontra nessa situação, o que nos leva a especular que existirão conjunturas relacionais decorrentes da DE que poderão conduzir ao divórcio.

Os resultados encontrados reiteram o impacto que a DE provoca nas relações conjugais, na vontade de falar sobre o problema, nos sentimentos culpa, raiva, depressão e ansiedade, frustração, baixa autoestima nos indivíduos com DE, tal como é descrito por Shabsight et al. (2010), Ab Rahman et al. (2011), Byrne et al. (2013) e Huri et al. (2016). Também, Hood e Kirby (2004) anunciam que na presença de problemas de funcionamento sexual, como a DE, cerca de 50% dos homens tornam-se menos confiantes, quase 25% sentem-se pouco atraídos e aproximadamente 80% reportam dificuldades relacionais. A este nível, é referido que embora algumas companheiras compreendam a condição do doente com DE, cerca de dois terços revelam sentimentos negativos face à mesma (Hood e Kirby, 2004).

Em função dos resultados no nosso estudo, podemos concluir que a disfunção se estende ao casal, interferindo na qualidade do relacionamento, em cerca de metade dos casos, provocando o afastamento emocional e em última instância a própria separação. E nos casos em que referiram não interferir, o que efetivamente acontecerá, compreensão da companheira ou acomodação à situação? Será que não se justificaria também, nesses casos, uma intervenção especializada que proporcionasse uma relação mais satisfatória? Pelo que vimos anteriormente acerca das preocupações com a DC, da comunicação com a companheira ser razoável e da valorização da sexualidade, parece-nos que sim.

Estamos cientes que todas estas questões qualitativas são de difícil mensuração e avaliação pelo que apenas em entrevista ao casal se conseguiriam aprofundar as verdadeiras implicações da DE na relação, no entanto, foi para nós importante, nesta etapa, conhecê-las na sua generalidade.

f) Conhecer a receptividade dos indivíduos para participar num programa de intervenção na área da DE;

A última questão deste estudo, mas não a de menor importância, desafia os indivíduos a responder se estariam ou não dispostos a participar num programa de intervenção na área da DE, verificando-se da sua parte uma adesão significativa (81%). Também foi interessante verificar resposta análoga por parte da maioria dos indivíduos (57,8%) que não apresentam DE.

O aconselhamento sexual constitui uma componente importante dos serviços de reabilitação cardíaca (Byrne et al., 2013) quer para prevenir problemas, quer para reduzir níveis de inatividade sexual nesta população. No entanto, são poucos os indivíduos com DC que têm acesso a esses serviços em Portugal, pelo que existe a necessidade de os profissionais de saúde se tornarem mais ativamente envolvidos no aconselhamento sexual (Steinke et al., 2013), o que requer que estejam também eles próprios devidamente preparados para dar resposta com eficácia a esta problemática.

De acordo com a literatura, a terapia ou psicoterapia sexual deverá ser recomendada para todos os doentes com DE, independentemente da etiologia, potenciando os resultados do tratamento médico e farmacológico isolado (Wagner e Saenz de Tejada in Mendes e Santos, 2014; Banner e Anderson, 2007). As correntes ideológicas da intervenção cognitivo-comportamental e da terapia sexual desempenham um papel relevante e convergente nesta área através da promoção da comunicação entre o casal (Mendes e Santos, 2014), da redução da ansiedade, da psicoeducação (Huri et al., 2016), da expressão do afeto e da proximidade emocional, como aspetos dominantes na satisfação da relação.

Em suma, neste estudo, onde se observam os vários fatores relacionados com a DE, é possível concluir que a idade está diretamente relacionada com a DE e que esta se constitui como um marcador precoce da DC na maioria dos casos, o que nos parece relevante.

Em relação aos outros fatores cardiovasculares, psicológicos e farmacológicos, não encontramos relações significativas, pelo que concluímos que isoladamente não serão determinantes para o desenvolvimento da DE, mas poderão interferir concomitante, dependendo das suscetibilidades de cada indivíduo, ao longo do tempo. O facto de apenas 22 indivíduos preencherem a PANAS-VRP, por não a terem compreendido ou por preferirem não falar de afetos, poderá ter limitado os resultados, levando-nos a concluir que mais facilmente responderam ao IIEF-5 do que à PANAS-VRP, ao contrário do que seria expectável.

Pensamos que estes aspetos poderão ser objeto de um estudo mais aprofundado, numa futura investigação com recurso a uma amostra maior, eventualmente utilizando biomarcadores, o que seria ideal para obter resultados mais fiáveis. Por outro lado, sabemos da dificuldade da realização de estudos subordinados a este tema, onde obtivemos uma taxa de resposta de 78,8%. As questões que tocam a intimidade de cada um, e neste caso a dos homens que participam no estudo, revestem-se de uma sensibilidade acrescida quando a temática envolve uma eventual fraqueza, numa sociedade onde impera o desejo da perfeição. E onde não existem ainda as respostas terapêuticas adequadas que permitam a confiança de quem delas necessita. Por isso, apesar das dificuldades, pensamos ter atingido os objetivos, tendo presente que a causa não nos preocupa tanto quanto a consequência na vida e no bem-estar dos indivíduos.

Como estudo piloto, acreditamos que os resultados podem ser utilizados para perceber melhor os fatores biológicos, psicológicos e relacionais associados à DE. Para além disso, este estudo também pode ajudar a determinar ações futuras, como aumentar a sensibilização quanto ao papel dos profissionais de saúde na educação e na satisfação das necessidades funcionais e psico-emocionais dos homens com DE e DC, pelo que urge construir precocemente respostas multidisciplinares, visto as atuais ainda se mostrarem insuficientes.

Referências Bibliográficas

- Ab Rahman, A. A. R., Nabilla, A. S. e Wah, Y. L. (2011). Help seeking behavior among men with erectile dysfunction. *Journal of Men's Health*, 8(1): 594-596.
- APA - American Psychiatric Association, (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, A. B., Hall, S. A., Ganz, P., Chiu, G. R., Rosen, R. C., Kupelian, V., e McKinlay, J. B. (2010). Does Erectile Dysfunction Contribute to Cardiovascular Disease Risk Prediction beyond the Framingham Risk Score? *Journal of American College of Cardiology*, 55(4): 350-356. doi:10.1016/j.jacc.2009.08.058
- Bahremand, M., Alikhani, M., Zakiei, A., Janjani, P. e Aghaei, A. (2015). Emotion Risk-Factor in Patients With Cardiac Diseases: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Positive Affect and Negative Affect (A Case-Control Study). *Global Journal of Health Science*; 8(1): 173-179. doi: 10.5539/gjhs.v8n1p173
- Banner, L. L. e Anderson, R. U. (2007). Integrated Sildenafil and Cognitive-Behavior Sex Therapy for Psychogenic Erectile Dysfunction: A Pilot Study. *Journal of Sexual Medicine*, 4: 1117-1125.
- Batty, G. D., Lib, Q., Czernichow, S., Nealb, B., Zoungasb, S., Huxleyb, R. e Chalmersb, J. (2010). Erectile dysfunction and later cardiovascular disease in men with type 2 diabetes: prospective cohort study based on the ADVANCE trial. *Journal of American College of Cardiology*, 56(23): 1908-1913. doi:10.1016/j.jacc.2010.04.067.
- Brown, T., Chorpita, B. e Barlow, D. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107; 179-192.
- Byrne, M., Doherty, S., Murphy, A. W., McGee, H. M. e Jaarsma, T. (2013). The CHARMS Study: cardiac patients' experiences of sexual problems following cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6): 558-566.

- Cai, X., Tian, Y., Wu, T., Cao, C., Bu, S., Wang, K. (2014). The role of statins in erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Andrology*, 16, 461-466. doi: 10.4103/1008-682X.123678
- Chaudhary, R. K., Shamsi, B. H., Chen, H., Tan, T., Tang, K. e Xing, J. (2016). Risk factors for erectile dysfunction in patients with cardiovascular disease. *Journal of International Medical Research*, Vol. 44(3) 718-727.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: Abordagens Atuais* (3ª Ed.). São Paulo: Artmed Editora SA.
- Davidson, K. W., Mostofsky, E. e Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31: 1065-1070. doi:10.1093/eurheartj/ehp603
- Dean, J., De Boer, B., Graziottin, A., Hatzichristou, D., Heaton, J. e Tailor, A. (2006). Partner Satisfaction and Successful Treatment Outcomes for Men with Erectile Dysfunction. *European Urology Supplements*, 5: 779-785.
- Denollet, J., Pedersen, S., Daemen, J. De Jaegere, P., Serruys, P., Van Domburg, R. (2007). Reduced positive affect (anhedonia) predicts major clinical events following implantation of coronary-artery stents. *Journal of Internal Medicine*, 263(2); 203-211.
- European Society of Cardiology (2011). *Síndromes Coronárias Agudas sem elevação do segmento ST*. Recomendações de bolso. www.escardio.org/guidelines
- Feldman, H., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J. e McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151: 54 - 61.
- Galinha, I., Pereira, C. e Esteves, F. (2014). Versão Reduzida da Escala Portuguesa de afeto positivo e negativo - PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista Psicologia*, 28(1): 53-65.
- Galvão-Teles, A., Carreira, M., Alarcão, V., Sociol, D., Aragüés, J. M., Lopes, L. e Costa, J. G. (2008). Prevalence, Severity, and Risk Factors for Erectile Dysfunction in a Representative Sample of 3,548 Portuguese Men Aged 40 to 69 Years Attending Primary Healthcare Centers: Results of the Portuguese Erectile Dysfunction Study. *Journal of Sexual Medicine*, 5: 1317-1324. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00745.x

- Hamur, H., Duman, H., Keskin, E., Inci, S., Kucuksu, Z., Degirmenci, H. e Topal, E. (2015). The relation between erectile dysfunction and extent of coronary artery disease in the patients with stable coronary artery disease. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(11): 21295-21302.
- Hood, S. e Kirby, M. (2004). Review: Risk factor assessment of erectile dysfunction. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 4: 157-161.
- Hotaling, J. M., Waggott, D. R., Goldberg, J., Jarvik, G., Paterson, A. D., Cleary, P.A. e Hunter Wessells, H. (2012). Pilot Genome Wide Association Search Identifies Potential loci for Risk of Erectile Dysfunction in Type 1 Diabetes Using the DCCT/EDIC Study Cohort. *Journal of Urology*, 188(2): 514-520. doi:10.1016/j.juro.2012.04.001
- Huri, H. Z., Sanusi, N. D. M., Razack, A. H. A. e Mark, R. (2016). Association of psychological factors, patients' knowledge, and management among patients with erectile dysfunction. *Patient Preference and Adherence*, 10 807-823. doi: rg/10.2147/PPA.S99544
- Inman, B. A., Sauver, J., Jacobson, D. J., McGree, M. E., Nehra, A., Lieber, M. e Jacobsen, S. J. (2009). A Population-Based, Longitudinal Study of Erectile Dysfunction and Future Coronary Artery Disease. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(2): 108-113.
- Jackson, G. e Padley, S. (2008). Erectile dysfunction and silent coronary artery disease: abnormal computed tomography coronary angiogram in the presence of normal exercise ECGs. *International Journal of Clinical Practice*, 62(6):973-6. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01788.x.
- Kalka, D., Domagała, Z., Dworak, J., Womperski, K., Rusiecki, L., Marciniak, W. e Pilecki, W. (2013). Association between physical exercise and quality of erection in men with ischaemic heart disease and erectile dysfunction subjected to physical training. *Kardiologia Polska*, 71, 6: 573-580. doi: 10.5603/KP.2013.0120
- Kloner, R., Mullin, S. H., Shook, T., Matthews, R., Mayeda, G., Burstein, S. e Padma-Nathan, H. (2003). Erectile dysfunction in the cardiac patient: how common and should we treat? *Journal of Urology*, 170: S46-S50.
- Kloner, R. (2008). Review: Erectile Dysfunction as a predictor of cardiovascular disease. *International Journal of Impotence Research*, 20: 460-465.

- Levine, S. (2003). Erectile Dysfunction: Why Drug Therapy Isn't Always Enough. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 70: 241-246.
- Lipovetzky, N., Hod, H., Roth, A., Kishon, Y., Sclarovsky, S. e Green, M. S. (2007). Emotional Events and Anger at the Workplace as Triggers for a First Event of the Acute Coronary Syndrome: A Case-Crossover Study. *Israel Medical Association Journal*, 9: 310-315.
- Mendes, J. R. e Santos, A. M. (2014). *Disfunção Erétil - Compreender e Tratar*. Lisboa: Empresa do Diário do Minho, Lda.
- Min, J. K., Williams, K. A., Okwuosa, T. M., Bell, G. W., Panutich, M. S. e Ward, R. P. (2006). Prediction of Coronary Heart Disease by Erectile Dysfunction in Men Referred for Nuclear Stress Testing. *Archives of Internal Medicine*, 166:201-206.
- Montorsi, P., Ravagnani¹, P. M., Galli, S., Rotatori, F., Veglia, F., Briganti, A. e Fiorentini, C. (2006). Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of vessel involvement. The COBRA Trial. *European Heart Journal*, 27: 2632-2639.
- Nehra, A., Jackson, G., Miner, M., Billups, K. L., Burnett, A. L., e Wu, F. C. W. (2012). The Princeton III Consensus Recommendations for the Management of Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease. *Mayo Clinic Proceedings*, 87(8):766-778 doi: 10.1016/j.mayocp.2012.06.015
- NIH Consensus Conference on Impotence (1993). NIH Consensus Development Panel on Impotence. *Journal of American Medical Association*, 270: 83-90.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nobre, P. (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive-Emotional Model. *Journal of Sexual Medicine*, 7: 1429-1437
- Pais Ribeiro J. e Santos A. (2007). Metric Properties of a Portuguese Version of the Abridged 5-item Version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2): 271-274.
- Perdigão C., Rabaçal C. e Gil V. (2008). Consensos sobre Disfunção Erétil. A Disfunção Erétil e a Doença Cardiovascular. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(1): 115-126.

- Pereira, B. e Teixeira, A. (2012). Disfunção Erétil como Marcador Precoce de Doença Cardiovascular. *Fatores de Risco*, 25: 8-11.
- Quinta Gomes, A. e Nobre, P. (2009) *The role of personality dimensions, trait affect and psychopathology on male sexual dysfunction*. In *Actas 19th WAS World Congress for Sexual Health*, Goteborg, Sweden.
- Rodriguez, J., Dashti, R e Schwarz, E. (2005). Linking Erectile Dysfunction and coronary artery disease. *International Journal of Impotence Research*, 17: S12-S18.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., Smith, M. D., Lipsky, J. e Pena, B. M. (1999). Development and evaluation of an abridged 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal Impotence Research*, 11: 319-326.
- Rosen, R. C., Wing, R. R., Schneider, S., Wadden, T. A., Foster, G. D., Smith West, D. e Gendrano III, I. N. (2009). Erectile Dysfunction in Type 2 Diabetic Men: Relationship to Exercise Fitness and Cardiovascular Risk Factors in the Look AHEAD Trial. *Journal of Sexual Medicine*. 6(5): 1414-1422. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01209.x.
- Rosman, L., Cahill, J. M., McCammon, S. L. e Sears, S. F. (2014). Sexual Health Concerns in Patients with Cardiovascular Disease. *Circulation*, 129: e313-e316.
- Shabsigh, R., Kaufman, J., Magee, M., Creanga, D., Russell, D. e Budhwani, M. (2010). Lack of awareness of erectile dysfunction in many men with risk factors for erectile dysfunction. *Biomedicine Central Urology*, 10:18. doi: 1471-2490/10/18.
- Shanker, A. S. R., Phanikrishna, B. e Reddy, C. B. V. (2013). Association between erectile dysfunction and coronary artery disease and it's severity. *Indian Heart Journal*, 65: 180-186. doi: 10.1016/j.ihj.2013.02.013
- Skeldon, S. C., Detsky, A. S., Goldenberg, S. L. e Law, S. L. (2015). Erectile Dysfunction and Undiagnosed Diabetes, Hypertension, and Hypercholesterolemia. *Annals of Family Medicine*, 13(4): 331-335. doi: 10.1370/afm.1816.
- Steinke, E. E., Jaarma, T., Barnason, S. A., Byrne, M., Doherty, S., Dougherty, C. M. e Moser, D. K. (2013). Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease. A Consensus Document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *European Heart Journal*, 34: 3217-3235.

- Steptoe, Wardle e Marmot (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory processes. *PNAS*, 18: 6508-6512.
- Tanik, S., Sarikaya, S., Zengin, K., Albayrak, S., Yilmaz, Y. K. e Akyol, L. (2013). Cardiometabolic Risk Factors in Patients with Erectile Dysfunction. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-4. doi: 10.1155/2014/892091
- Trivedi, D., Wellsted, D., Collard, J. B. e Kirby, M. (2014). Simvastatin improves the sexual health-related quality of life in men aged 40 years and over with erectile dysfunction: additional data from the erectile dysfunction and statin trial. *Biomedical Central Urology*, 14:24. doi: 1471-2490/14/24
- Turek, S. J., King, G. L., Hastings, S. M., Keenan, H. A. e Sun, J. K. (2013). Sexual Dysfunction as a Marker of Cardiovascular Disease in Males with 50 or More Years of Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 36: 3222-3226. doi:10.2337/dc13-0294/-/DC1.
- Vendeira, P., Pereira, N. M., Tomada, N., LaFuente de Carvalho (2011). Estudo Episex-pt / masculino: prevalência das disfunções sexuais masculinas em Portugal. *Cadernos de Sexologia*, 4: 15-22.
- Vlachopoulos, C., Ioakeimidis, N., Stefanadis, C. (2015). Biomarkers, erectile dysfunction, and cardiovascular risk prediction: the latest of an evolving concept. *Asian Journal of Andrology* 17: 17-20; doi: 10.4103/1008-682X.143250
- Vlachopoulos, C., Jackson, G., Stefanadis, C. e Montorsi, P. (2013). Erectile Dysfunction in the Cardiovascular Patient. *European Heart Journal*, 34: 2034-2046. doi:10.1093/eurheartj/eh112.
- Watson, D., Clark, L. e Tellegen, A. (1988). Development and validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6): 1063-1070.
- Weisberg, R. B., Brown, T. A., Wincz, J. P. e Barlow, D. H. (2001). Causal Attributions and Male Sexual Arousal: the Impact of Attributions for a Bogus Erectile Difficulty on Sexual Arousal, Cognitions and Affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110: 324-334.

