

Idade e Distúrbios Psicológicos. Variáveis Associadas à Disfunção Sexual no Período Pós-Infarto

Age and Psychologic Disorders. Variables Associated to Post-Infarction Sexual Dysfunction

Luciano Janussi Vacanti¹, Bruno Caramelli²

¹Instituto do Coração (InCor-DF) Fundação Zerbini e ²Instituto do Coração (InCor) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP

Objetivo

As informações sobre a disfunção sexual (DS) após o infarto do miocárdio (IM) são esparsas, principalmente em nosso meio e em relação aos seus preditores. Avaliamos pacientes de ambos os sexos, com vida sexual ativa e sem disfunção sexual prévia ao IM, para estudar a incidência de DS após o IM, e identificar as possíveis variáveis associadas às mesmas.

Métodos

Estudamos consecutivamente 43 pacientes, utilizando questionários estruturados para diagnóstico das DS e dos distúrbios psicológicos (DP). Analisamos a influência dos fatores de risco clássicos para aterosclerose, dos DP e do uso de medicamentos na ocorrência de DS até o sexto mês após o IM.

Resultados

Após o IM, 91% dos pacientes reiniciaram a atividade sexual. Vinte e seis pacientes (60%) apresentaram disfunção sexual até o 6º mês da alta hospitalar (9 com ejaculação precoce, 15 com disfunção erétil e 20 com desejo sexual hipoativo). Os pacientes com DP apresentaram disfunção sexual em maior frequência que aqueles sem DP (100%x47%, $p=0,001$). O grupo com disfunção sexual era significativamente mais velho que o grupo sem disfunção sexual: $53\pm 8,9$ anos versus $47\pm 8,7$ anos ($p=0,04$).

Conclusão

Os pacientes apresentaram significativa redução da frequência da atividade sexual e elevada incidência de DS após o infarto agudo do miocárdio. A presença de DP e a idade mais elevada estiveram associadas à maior incidência de DS após o infarto.

Palavras-chave

disfunção sexual, infarto agudo do miocárdio, distúrbios psicológicos, envelhecimento

Objective

Data on sexual dysfunction (SD) after myocardial infarction (MI) are sketchy, especially in our community and in regard to predictors. Both males and females, with active sexual life and no sexual dysfunction prior to MI were evaluated in order to investigate SD incidence after MI, as well as to identify the possible variables associated.

Methods

Forty-three patients were studied consecutively, through structured questionnaires for SD and psychological disorders (PD) diagnosis. The interference of classic risk factors was analysed for atherosclerosis, for PD and for the use of medications when SD was present up to month 6 after MI.

Results

After MI, 91% of patients resumed sexual activity. Twenty-six patients (60%) reported sexual dysfunction up to month 6 from hospital discharge (9 with precocious ejaculation (PE), 15 with erectile dysfunction (ED), and 20 with hypoactive sexual desire disorder (HSDD). PD patients reported sexual dysfunction at higher frequency as compared to those who did not report PD (100%x47%, $p=0.001$). The sexual dysfunction group was significantly older than the group not reporting sexual dysfunction: 53 ± 8.9 years of age versus 47 ± 8.7 years of age ($p=0.04$).

Conclusion

Patients reported significant reduction of sexual activity frequency and high incidence of SD after acute myocardial infarction (AMI). PD and older age were shown to be associated to higher incidence of post-infarction SD.

Key words

sexual dysfunction, acute myocardial infarction (AMI), psychological disorders, ageing

Correspondência: Luciano Janussi Vacanti - SQSW, 304 - BL. E 501 - 70673-405 - Cruzeiro - DF
E-mail: lvacanti@cardiol.br
Enviado em 10/12/2003 - Aceito em 21/01/2005



O estudo da sexualidade, bem como o diagnóstico e o tratamento de seus transtornos, vem sendo realizado pela Psiquiatria há décadas. Sendo assim, por que nós, cardiologistas, devemos nos importar com este tema? A princípio, porque a atividade sexual é um importante componente da qualidade de vida, está relacionada à longevidade¹ e é uma prática frequente². Ademais, muitos preditores da disfunção erétil, como: idade, diabetes, hipertensão, dislipidemia, ansiedade e depressão, também são fatores de risco para a doença coronariana^{3,4}. Conseqüentemente, não é incomum a alta prevalência de disfunção sexual na ocasião do diagnóstico do infarto agudo do miocárdio (IAM)^{5,6} e a elevada incidência de distúrbios sexuais após o evento coronariano, a qual varia de 24% a 89% dos casos, dependendo da população estudada⁷⁻¹⁷. A despeito disto, os médicos habitualmente não comentam este assunto com seus pacientes^{7,18} e, quando o fazem, as informações geralmente são superficiais e restritivas¹⁶. Talvez isto ocorra pelo receio dos riscos da atividade sexual, apesar das informações sobre a sua segurança¹⁹⁻²⁴, ou pelo tabu que envolve o tema. Ademais, as informações disponíveis na literatura sobre os preditores da disfunção sexual no período pós-infarto são esparsas, especialmente naqueles pacientes sem distúrbios prévios ao evento coronariano. Também não é de nosso conhecimento alguma publicação em nossa população abordando este tema. Portanto, nossos objetivos foram: estudar a incidência de alterações no comportamento sexual após o IAM e identificar as possíveis variáveis associadas à disfunção sexual, em pacientes livres de disfunção previamente ao evento coronariano.

Métodos

Foram incluídos no protocolo do estudo, os pacientes de ambos os sexos, de 18 a 75 anos de idade, internados com critérios definidos para IAM²⁵ sem disfunção sexual prévia, desde que não fossem enquadrados em nenhum dos critérios de exclusões: disfunção sexual prévia, não consentimento do paciente, infarto prévio, insuficiência cardíaca grau funcional III e IV, angina refratária, episódios documentados de taquicardia ventricular sustentada e fármacos com possibilidade de originar disfunção sexual: espirolactona, antidepressivos, neurolépticos, clonidina, alfa metildopa, reserpina, digital, diuréticos tiazídicos e hidralazina.

O paciente recebia informações padronizadas sobre o reinício da atividade sexual, antes da alta hospitalar²⁶, era informado sobre a pesquisa e assinava o termo de consentimento, se concordasse. Ele retornava no sexto mês após o IAM, quando respondia a dois questionários. O questionário sobre o comportamento sexual era realizado com total privacidade e individualmente, sempre após um primeiro contato e com o mesmo médico, com o intuito de reduzir o constrangimento e inibição relacionados ao assunto^{27,28}. O *Self Report Questionary* (SRQ) (tab. I) elaborado pela Organização Mundial de Saúde para avaliação de saúde mental na comunidade, foi validado em diversos países, inclusive em nossa população, por Mari e cols., como seleção para doenças como ansiedade e depressão, com bons índices de sensibilidade e especificidade^{29,30}. Composto por vinte quesitos com duas possibilidades de respostas: sim ou não. As respostas afirmativas tinham pontuação 1, individualmente, com um escore total possível de 20 pontos. A pontuação

Tabela I - Self Report Questionary (SRQ)

Perguntas	
1.	Tem dores de cabeça freqüentes?
2.	Tem falta de apetite?
3.	Dorme mal?
4.	Assusta-se com facilidade?
5.	Tem tremores na mão?
6.	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?
7.	Tem má digestão?
8.	Tem dificuldade de pensar com clareza?
9.	Tem se sentido triste ultimamente?
10.	Tem chorado mais que o de costume?
11.	Tem dificuldades para realizar suas atividades diárias com satisfação?
12.	Tem dificuldades para tomar decisões?
13.	Tem dificuldades no serviço?
14.	É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?
15.	Tem perdido o interesse pelas coisas?
16.	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos?
17.	Tem tido a idéia de acabar com a vida?
18.	Sente-se cansado (a) o tempo todo?
19.	Tem sensações desagradáveis no estômago?
20.	Você se cansa com facilidade?

maior ou igual a sete indicava a presença de distúrbios psicológicos, como ansiedade e/ou depressão. Utilizamos para o estabelecimento do diagnóstico de disfunções sexuais, a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais, elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana³¹, conforme as respostas obtidas no questionário do comportamento sexual.

A análise estatística foi realizada através do teste de Wilcoxon para avaliar a freqüência da atividade sexual antes e após o IAM³². Esta análise foi feita inicialmente para toda a amostra, a fim de verificarmos se houve redução da freqüência de intercurso sexual. O teste de Mann-Whitney foi empregado com a finalidade de estudar a freqüência da atividade sexual do grupo com e sem disfunção, antes e após o IAM e, para as variáveis avaliadas³². Por sua vez, o teste do qui-quadrado para estudar a diferença da freqüência das variáveis categóricas entre os grupos com e sem disfunção sexual. Quando foram observadas as restrições de COCHRAN, o teste aplicado foi o exato de Fisher³². Em todos os testes, foi fixado em 0.05 ou 5% ($\alpha \leq 0,05$) o nível de rejeição da hipótese de nulidade, assinalando-se com um asterisco os valores significantes.

Resultados

Avaliamos 116 casos de IAM, 81 do sexo masculino (69,8%). Destes, um total de setenta e três pacientes (62,9%) evoluíram com intercorrências ou outras razões que impediram sua inclusão no estudo (tab. II). Foram inicialmente incluídos 43 pacientes no protocolo, 6 (14%) do sexo feminino e 37(86%) do sexo masculino. Os pacientes reiniciaram sua vida sexual $20,5 \pm 15$ dias após o evento e quatro deles (9,3%) não retomaram a atividade sexual ao final de seis meses. Os pacientes apresentaram uma redução de oito para cinco intercursos sexuais ao mês, após o IAM ($p < 0,001$).

Vinte e seis pacientes (60,5%) apresentaram disfunção sexual até o 6º mês da alta hospitalar. Dos 37 pacientes do sexo masculino, 23 (62,2%) apresentaram os seguintes diagnósticos: 17 (45,9%) - desejo sexual hipoativo, 15 (40,5%) - disfunção erétil e 9 (24,3%) - ejaculação precoce, sendo que em 14 pacientes

obtivemos mais de um diagnóstico. Das 6 mulheres incluídas no protocolo, 3 (50%) apresentaram disfunção sexual. Três com distúrbio do desejo sexual hipotativo e destas, duas tiveram distúrbio de excitação sexual e anorgasmia.

Os grupos com e sem disfunção eram semelhantes em relação à frequência e à qualidade da atividade sexual antes do infarto e também quanto às variáveis clínicas estudadas (tab. III). Não observamos diferença, estatisticamente significativa, quanto à presença do medo de complicações cardiovasculares durante o coito, prevalência dos fatores de risco para aterosclerose e quanto ao tratamento empregado entre os grupos com e sem disfunção sexual (tab. IV).

Todos os onze pacientes (100%) com escore de SRQ maior ou igual a sete, indicando a presença de distúrbios psicológicos, apresentaram disfunção sexual ao final do estudo. Entre os 32 pacientes com índices menores que sete, quinze (46,9%) também apresentavam distúrbio sexual. Portanto, os pacientes com escore maior ou igual a sete apresentaram mais disfunção sexual que aqueles indivíduos com pontuação inferior a sete ($p=0,001$).

O grupo com disfunção sexual era significativamente mais velho que o grupo sem disfunção sexual: $53 \pm 8,9$ anos versus $47 \pm 8,7$ anos ($p=0,04$).

Tabela II - Razões de exclusão no estudo

Razão	Homens número (%)	Mulheres número (%)
Idade maior ou igual a 75 anos	12 (27,3)	11 (37,9)
Sem consentimento	6 (13,6)	0
Óbito	4 (9,1)	4 (13,8)
Residência noutro Estado	1 (2,3)	0
IAM prévio	1 (2,3)	0
Sem relacionamento sexual	4 (9,1)	12 (41,4)
Disfunção sexual prévia	13 (29,5)	2 (6,9)
Sem retorno	3 (6,8)	0
Sub-total	44 (100)	29 (100)
Total	73	

Tabela III - Características basais clínicas entre os grupos com e sem disfunção sexual, após o IAM

	Com disfunção (26 pacientes)	Sem disfunção (17 pacientes)	(p)
Variável	Número (%)	Número (%)	(p)
IAM anterior	9 (34,6)	4 (23,5)	0,5
IAM lateral	3 (11,5)	1 (5,9)	1
IAM inferior	14 (53,8)	12 (70,6)	0,3
IAM com supra-desnível do segmento ST	21 (80,8)	16 (94,1)	0,3
IAM sem supra-desnível do segmento ST	5 (19,2)	1 (5,9)	0,4
Trombolítico	11 (42,3)	7 (41,2)	1
Stent intra-coronário	12 (46,1)	8 (47,1)	1
Revascularização miocárdica	3 (11,5)	2 (11,8)	1
ICC CF II (NYHA)*	6 (23,1)	1 (5,9)	0,3
Presença de sintomas durante o coito	6 (23,1)	2 (11,8)	0,4
Qualidade da atividade sexual: regular, boa ou excelente, antes do IAM	23 (88,5)	17 (100)	0,2
Média de coitos (por mês), antes do IAM**	$8 \pm 3,4$	$8 \pm 7,2$	0,4

* Classe funcional para insuficiência cardíaca congestiva segundo a classificação da New York Heart Association; ** Análise obtida pelo teste de Mann-Whitney.

Tabela IV - Variáveis analisadas entre os grupos com e sem disfunção sexual, após o IAM

	Com disfunção	Sem disfunção	(p)
Variável	Número (%)	Número (%)	(p)
Diabetes	6 (23,1)	0 (0)	0,07
Dislipidemia	20 (76,9)	11 (64,7)	1
Tabagismo	14 (53,8)	14 (82,3)	0,1
Hipertensão arterial sistêmica	13 (50)	4 (23,5)	0,1
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina	15 (57,7)	7 (41,2)	1
Beta-bloqueadores	18 (69,2)	17 (82,3)	0,5
Estatinas	13 (50)	6 (35,3)	0,4
Clopidogrel	3 (11,5)	0 (0)	0,3
Ticlopidina	2 (7,7)	3 (17,6)	0,4
Furosemida	1 (3,8)	1 (5,9)	1
Medo de complicações cardíológicas	14 (53,8)	10 (58,8)	1

Discussão

Há mais de 40 anos a literatura tem demonstrado o impacto negativo do IAM na atividade sexual³³. Até aonde conhecemos, este é o primeiro estudo que demonstra este impacto desfavorável do IAM na função sexual de pacientes brasileiros. Embora tenham reiniciado a vida sexual no primeiro mês após o evento, houve uma redução de 40% da frequência de intercursos sexuais, quando comparada ao período pré-infarto e observamos que 9% dos pacientes não reassumiram a atividade sexual. A literatura descreve que o reinício da atividade sexual ocorre, em média, entre 36 a 90 dias, após a alta hospitalar^{7,9}, 5% a 35% dos pacientes não a reasumem³⁴⁻³⁶, 35% a 70% reduzem significativamente a frequência do coito, e entre 25 a 39% relatam redução da satisfação com a atividade sexual^{10,37-38}. No entanto, ainda não estão bem definidas na literatura as variáveis associadas à disfunção sexual pós-infarto, em pacientes sem disfunção prévia. No presente estudo, pudemos identificar a idade e os distúrbios psicológicos (ansiedade e/ou depressão) como variáveis associadas à disfunção sexual após o IAM.

Hellerstain e Friedman também demonstraram que a atividade sexual diminui com a idade e ainda mais após o IAM¹². De forma semelhante aos homens, nas mulheres o desejo sexual também diminui com a idade³⁹. Papadopoulos e cols. relataram que a idade da paciente, bem como a frequência de atividade sexual prévia ao IAM pareciam estar relacionados ao reinício da mesma⁷. Drory e cols. observaram que a idade estava inversamente relacionada à frequência e à satisfação da atividade sexual, com maior relevância que qualquer variável médica ou psicológica estudada³⁴. Considerando estes aspectos, talvez a idade seja um facilitador e precipitador das desordens sexuais, pela forma de valorizar a atividade sexual, por sua interação com outros fatores, como comorbidades e aspectos psicológicos, e pela própria redução da erotização com a idade⁴⁰.

A ansiedade pode reduzir o foco erótico e, conseqüentemente, diminuir o estímulo psicogênico. Dessa forma, interferindo no ciclo sexual normal, prejudicando a ereção masculina e a lubrificação feminina. Além disso, através de sinais cerebrais, pode também inibir a ativação parassimpática ou exacerbar a resposta simpática, influenciando no ciclo normal de ambos os sexos⁴¹. O medo de complicações cardíacas, tanto do paciente quanto de sua companheira, causam ansiedade, raiva e até mesmo regressão^{42,43}. Tais



sentimentos não são apenas freqüentes, mas podem prolongar-se até que uma intervenção apropriada seja realizada. Mayou e cols. observaram que mais de 70% dos pacientes tinham sintomas de tensão e ansiedade nas fases precoces e que podiam perdurar por até um ano após o IAM⁴⁴. O medo do fracasso no sexo relaciona-se diretamente com a ansiedade. Do ponto de vista da psicodinâmica, isto se explica pelo medo repetido de rejeição - que se renova a cada enfrentamento sexual. Desviando a atenção do prazer erótico, o indivíduo impede-se de desfrutar do ato sexual, tornando-se expectador de seu desempenho e sem entrega⁴⁰. O medo das conseqüências cardiológicas de ser sexualmente ativo, bem como a ansiedade a respeito de sua capacidade de continuar sexualmente atraente e funcional podem levar a uma "performance" ansiosa, que é uma das causas primárias de dificuldades sexuais em ambos os sexos⁴⁵. Um importante fator psicológico adicional é a ocorrência freqüente de depressão, a qual, mesmo na ausência de cardiopatia, é uma importante causa de disfunção sexual⁴⁶. Indivíduos com depressão apresentam hiperatividade do sistema nervoso autônomo e diminuição do estímulo psicogênico, o que resulta na diminuição do desejo. Todos os pacientes que obtiveram escore igual ou superior a sete no SRQ, o que era indicativo de ansiedade e/ou depressão, apresentaram disfunção sexual.

Os clássicos fatores de risco para aterosclerose coronariana estão relacionados a maior prevalência de disfunção erétil³. Entretanto, tais variáveis não se correlacionaram com maior incidência de disfunção sexual no nosso estudo. Possivelmente, porque os pacientes com estes fatores, que já apresentavam disfunção sexual, foram inicialmente excluídos do protocolo. Além disso, seis meses é um período muito curto para que as lesões vasculares e neurogênicas responsáveis pela disfunção erétil possam se manifestar clinicamente.

Não observamos diferença estatisticamente significativa quanto ao emprego de fármacos, inclusive os beta-bloqueadores, entre os pacientes com e sem disfunção sexual. A despeito da controvérsia do assunto, principalmente devido a conceitos prévios e expe-

riências pessoais, nossos achados estão respaldados por um grande estudo duplo-cego, randomizado e controlado por placebo, que demonstrou que o beta-bloqueador apresenta a mesma incidência de disfunção erétil que o placebo, após quatro anos de acompanhamento⁴⁸. Recentemente, demonstrou-se que a incidência de disfunção erétil, em pacientes coronarianos em uso de atenolol, aumenta conforme o nível de conhecimento do tratamento e da possibilidade de efeitos colaterais. Neste estudo randomizado, a incidência de disfunção erétil foi de 3% entre aqueles que desconheciam o nome do fármaco, 16% entre os que sabiam estar sob uso de atenolol e 31% do entre os pacientes que também foram informados sobre a possibilidade de efeito colateral (disfunção erétil) ($p < 0,001$)⁴⁹. Posteriormente, a melhora da disfunção erétil neste grupo foi semelhante naqueles tratados randomicamente com sildenafil ou placebo. Desta forma, excluindo a associação com o uso do beta-bloqueador e denotando um provável componente psicológico da disfunção erétil.

Tivemos uma pequena casuística no sexo feminino, provavelmente por representarem a minoria na amostra (30%) e pelo maior número de exclusões: pela idade maior que 75 anos (37,9%), por estarem sexualmente inativas (41,4%) e pelo óbito mais freqüente (13,8%). Ou seja, somente 17% da amostra feminina pôde ser incluída no protocolo. De forma semelhante, a literatura revela que a doença coronariana geralmente atinge a mulher numa faixa etária maior que o homem, resultando numa doença de maior morbimortalidade⁵⁰. Elas são a minoria nos estudos envolvendo pacientes com infarto, correspondendo a um terço da amostra⁵¹, 79% estão sexualmente inativas³⁷ e 50% das mulheres apresentam transtorno da excitação sexual feminina, já antes do IAM⁵².

Os pacientes apresentaram significativa redução da freqüência da atividade sexual e elevada incidência de disfunção sexual após o IAM. A presença de distúrbios psicológicos e a idade mais elevada estiveram associadas à maior incidência de disfunção sexual após o infarto.

Referências

- Palmore EB. Predictors of the Longevity Difference: A 25 - Year Follow-up. *Gerontologist* 1982; 22: 513-18.
- Leigh BC, Temple MT, Frouki KF. The sexual behavior os US adults: Results from a national survey. *Am J Public Health*. 1993; 83: 1400-8.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Ageing Study. *J Urol* 1994; 151: 54-61.
- The Pooling Project Research Group: Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronay events. Final report of the pooling project. *J Chronic Dis* 1978; 31: 201-306.
- Sjögren K, Meyer ARF. Some factors influencing quality of sexual life after myocardial infarction. *Int Rehabil Med* 1983; 5: 197-201.
- Wabre AJ, Burchell RC. Male Sexual Dysfunction Associated with Coronary Heart Disease. *Arch Sex Behav* 1980; 9: 69-78.
- Papadopoulos C, Beaumont C, Shelley SI, Larrimore P. Myocardial infarction and sexual activity of female patient. *Arch Intern Med* 1983; 143: 1528-30.
- Mann S, Yates E, Raftery EB. The Effects of Myocardial Infarction on Sexual Activity. *J Cardiopulm Rehabil* 1981; 1: 187-93.
- Iboleon MAM, Almase S, Grace M, Antônio S. Sexual behavior of coronary patients - VI World Congress of Cardiac Rehabilitation - Buenos Aires, June 16-20, 1996 - Temas Livres.
- Vacanti LJ, Gonçalves IJr, Stefanini E, Herrmann JF, Carvalho ACC. Sexual Dysfunction After Acute Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol* 1998; 31(suppl): 419.
- Amsterdam EA, Amsterdam B, Lee G, De Maria AN, Mason DT. Sexual Counseling and Sexual Activity after Myocardial Infarction: Patients Attitudes and Physician. *Clin Res* 1977; 25: 861.
- Hellerstein HK, Friedman EH. Sexual activity and the postcoronary patient. *Arch Intern Med* 1970; 125: 987-99.
- Kavanagh T, Shephard RJ. Sexual activity after myocardial infarction. *CMA Journal* 1977; 116: 1250-53.
- Cappelli V, D'alonzo D, Iappelli R, Svetoni N, Manusia F, Lanzetta T. La disfunzione sessuale nell'infartuato e nel suo partner. *G Ital Cardiol* 1984; 14: 505-7.
- Bloch A, Maeder JP, Haissly JC. Sexual Problems after Myocardial Infarction. *Am Heart Journal* 1975; 90: 536-7.
- Tuttle W, Cook WLJR, Fitch E. Sexual behavior in postmyocardial infarction patients. *Am J Cardiol* 1964; 13: 140.
- Gupta MC, Singh MM, Gurnani KC, Pandey DN. Psychopathology of delayed resumption of sexual activity after myocardial infarction. *J Assoc Physicians India* 1990; 38: 545-8.
- Rerkpattanapit P, Stanek MS, Kotler MN. Sex and the Heart: What is the Role of the Cardiologist? *Eur Heart J* 2001; 22: 201-8.
- Myers A, Dewar HA. Circumstances Attending 100 Sudden Deaths from Coronary Artery Disease with coroner's necropsies. *Heart J* 1975; 37: 1133-43.
- Drory Y, Shapira I, Fisman EZ, Pines A. Myocardial Ischemia During Sexual Activity in Patients with Coronary Artery Disease. *Am J Cardiol* 1995; 75: 835-8.
- Muller JE, Mittleman MA, Maclure M, Sherwood JB, Tofler GH. Triggering Myocardial Infarction by Sexual Activity. *JAMA* 1996; 275: 1405-9.
- DeBusk R, Drory Y, Goldstein I et al. Management of Sexual Dysfunction in Patients with Cardiovascular Disease: Recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol* 2000; 86(suppl): 62F-68F.

23. Strom BL. Sexual activity and cardiac risk: overview of epidemiologic research methods. *Am J Cardiol* 2000; 86 (suppl): 5F-9F.
24. Stein RA. Cardiovascular response to sexual activity. *Am J Cardiol* 2000;86 (suppl): 27F-29F.
25. Pedoe-Tunstall H, Kuulasmaa K, Amouyel P. Myocardial Infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. *Circulation* 1994; 90: 583.
26. Scalzi C, Dracup K. Sexual Counseling of Coronary Patients. *Heart & Lung* 1978; 7: 840-5.
27. Franger AL. Taking a Sexual History and Managing Common Sexual Problems. *J Reprod Med* 1988; 33: 639-43.
28. Tomlinson J Taking a sexual history. *Br Med J* 1998; 317: 1573-6.
29. World Health Organization. Division of Mental Health. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva - Switzerland. draft 1994: 1-64.
30. Mari JJ, Wilims P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ - 20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
31. Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
32. Siegel S. Estatística no Paramétrica. México: Ed Trillas, 1975: 346.
33. Weiss E, Dlin B, Rollin HR, Fischer HK, Bepler CR. Emotional factors in coronary occlusion. *Arch Intern Med* 1957; 99: 628-41.
34. Drory Y, Kravetz S, Florian V, Weingarten M. Sexual Activity after First Acute Myocardial Infarction in Middle-Aged Men: Demographic, Psychological and Medical Predictors. *Cardiology* 1998; 90: 207-11.
35. Froelicher EK, Kee LL, Newton KM, Lindsog B, Livingston M. Return to work, sexual activity and other activities after acute myocardial infarction. *Heart & Lung* 1994; 23: 423-35.
36. Green AW. Sexual activity and the postmyocardial patient. *Am Heart J* 1975; 89: 246-52.
37. Hamilton GA, Seidman RN. A Comparison of the Recovery Period for women and Men after na Acute Myocardial Infarction. *Heart & Lung* 1993; 22: 308-14.
38. Kushnir B, Fox KM, Tomlinson IW, Portal RW, Aber CP. Primary Ventricular Fibrillation and Resumption of Work. Sexual Activity, and Driving after First Acute Myocardial Infarction. *Br Med J* 1975; 4: 609-11.
39. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA* 1999; 281: 537-44.
40. Abdo CHN. Sexualidade Humana e seus Transtornos 2ª Ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
41. Rampin O, Giuliano F. Central Control of the Cardiovascular and Erection Systems: Possible Mechanisms and Interactions. *Am J Cardiol* 2000; 86: 19F-22F.
42. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *N Engl J Med* 1978; 299: 111-5.
43. Rosen JL, Bibring GL. Psychological reactions of hospitalized male patients to a heart attack. *Psychosom Med* 1966; 28: 808-20.
44. Mayou R, Williamson B, Fosten A. Outcome two months after myocardial infarction. *J Psychosom Res* 1978; 22: 439-45.
45. Friedman S. Cardiac disease, anxiety, and sexual functioning. *Am J Cardiol* 2000; 86(suppl.2A): 46-50F.
46. Tardif GS. Sexual activity after a myocardial infarction. *Arch Phys Med Rehabil* 1989; 70: 763-6.
47. Goldstein I. The mutually reinforcing triad of depressive symptoms, Cardiovascular disease, and erectile dysfunction. *Am J Cardiol* 2000; 86(suppl.2A): 41-5F.
48. Grimm RH Jr, Grandits GA, Prineas RJ et al. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS) *Hypertension* 1997; 29: 8-14.
49. Silvestri A, Galetta P, Cerquetani E et al. Report of erectile dysfunction after therapy with beta-blockers is related to patient knowledge of side effects and is reversed by placebo. *Eur Heart J* 2003; 24: 1928-32.
50. Hochman J, Mc Cabe CH, Stone PH, Becker RC, Cannon CP. Outcome and profile of women and men presenting with acute coronary syndromes. A report from TIMI III B. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30: 141-8.
51. Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes. A 26-year follow-up of the Framingham population. *Am Heart J* 1986; 111: 382-90.
52. Abramov LA. Sexual life and sexual frigidity among women developing acute myocardial infarction. *Psychosom Med* 1976; 38: 418-24.