Vanessa Mendonça Lima

Atividade sexual dos pacientes submetidos à cirurgia de
valvopatia

Dissertação apresentada na Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Fisiopatologia
Experimental

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Bellkiss Wilma
Romano

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lima, Vanessa Mendonça

Atividade sexual dos pacientes submetidos à cirurgia de valvopatia / Vanessa Mendonça Lima. -- São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental.

Orientadora: Bellkiss Wilma Romano.

Descritores: 1.Comportamento sexual/psicologia 2.Cardiopatas 3.Doenças das valvas cardíacas

USP/FM/SBD-217/09

*Aos pacientes portadores
de valvopatia*

Agradecimentos

Agradeço a Deus por sempre iluminar meus caminhos.

À minha mãe, Terezinha, e toda a minha família por sempre me apoiarem e torcerem por mim em todas as etapas da minha vida acadêmica.

Ao meu esposo, Paulo, por acompanhar essa caminhada, me estimulando e dando a confiança necessária para a realização dessa dissertação.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Bellkiss Wilma Romano, pela simpatia mútua, pelos ensinamentos e por me dar a grande oportunidade de desenvolver minhas habilidades de psicóloga.

Ao Dr. Teles e equipe, pela receptividade ao abrir as portas do Hospital Cirurgia para a realização dessa pesquisa.

Aos pacientes que participaram dessa pesquisa por compartilharem algumas de suas vivências mais íntimas com a finalidade de me proporcionar um olhar científico sobre a atividade sexual.

Às minhas amigas, que mesmo não citando os nomes sabem o carinho e a torcida que temos uma pela outra.

*"A sexualidade humana
sempre dissimula em si
outras coisas além dela
mesma"*

Maurice Godelier

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentações de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Resumo	
Summary	
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Revisão da Literatura	14
1.2 Objetivos	19
2 MÉTODOS	20
2.1 Dificuldades encontradas	21
2.2 Instrumentos	22
2.3 Análise dos dados	28
3 RESULTADOS	30
3.1 Questionário Dirigido	31
3.1.1 Frequência da atividade sexual	32
3.1.2 Satisfação da atividade sexual	34
3.1.3 Situações que interferem no desempenho sexual	39
3.1.4 Situações que favorecem o desempenho sexual	40
3.1.5 Medos	41
3.1.6 Relevância da atividade sexual	43
3.1.7 Atividade sexual e cardiopatia	44
3.2 Teste de Apercepção Temática (TAT)	44
3.2.1 Sexo	46
3.2.2 Faixa etária	48
3.2.3 Necessidades	49
3.2.4 Pressões	51
3.2.5 Desfechos	53
3.2.6 Temas	54
4 DISCUSSÃO	57
4.1 Considerações finais	65

5 CONCLUSÕES	66
6 ANEXOS	68
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais temáticas das Pranchas do TAT	27
Quadro 2 – Categorias para determinar o sexo do herói	46
Quadro 3 – Tipos de desfechos	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da Amostra (Grupo Pacientes e Grupo Controle)	30
Tabela 2 – Sexos dos heróis	47
Tabela 3 – Faixa etária dos heróis	48
Tabela 4 – Necessidades surgidas no grupo de pacientes e controle	50
Tabela 5 – Pressões surgidas no grupo de pacientes e controle	52
Tabela 6 – Desfechos nas histórias contadas pelos grupos de pacientes e controle	54
Tabela 7 – Temas surgidos no grupo de pacientes e controle	55

Resumo

LIMA VM. Atividade sexual dos pacientes submetidos à cirurgia de valvopatia [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 85p.

O objetivo desse trabalho foi investigar a atividade sexual dos pacientes submetidos à cirurgia de valvopatia e compreender as repercussões emocionais desses dois eventos. Para sua realização foram convidados funcionários e pacientes dos hospitais Instituto do Coração, localizado na cidade de São Paulo e Cirurgia em Aracaju no Estado de Sergipe. A amostra da pesquisa foi composta por 35 sujeitos portadores de valvopatia de ambos os sexos, entre 20 e 45 anos, que tinham sido submetidos apenas a uma cirurgia de correção dessa enfermidade, alfabetizados e que não tinham apresentado disfunção sexual antes da cirurgia. Foi também realizado um grupo controle com 35 funcionários pertencentes aos hospitais citados e que até o momento da realização da pesquisa não eram portadores de doenças crônicas. Os participantes responderam perguntas sobre atividade sexual e também criaram quatro histórias, a partir da apresentação das imagens contidas nas Pranchas (4, 10, 13HF, 16) do Teste de Apercepção Temática (TAT). Os resultados da pesquisa apontaram, na comparação entre os grupos, para uma presença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), no grupo de pacientes, da ansiedade como interferência negativa para o desempenho sexual e de medos como não ser aceito e não ter excitação pelo parceiro, além de não satisfazer sexualmente o parceiro. Este grupo também afirmou que houve mudanças nos seus relacionamentos familiares, sociais e amorosos após a cirurgia. O TAT apontou para uma maior intensidade das necessidades emocionais de planejar e manter uma atividade sexual, apoio e afiliação no grupo de pacientes. Sugere-se que, em estudos posteriores, inclua-se o parceiro na amostra a ser pesquisada, uma vez que suas respostas podem complementar os achados do estudo e também se inclua as entrevistas em outros momentos como o pré-cirúrgico, o que contribuirá para uma melhor interpretação na análise da situação-problema.

Descritores: comportamento sexual/psicologia; cardiopatias; doença das valvas cardíacas

Summary

LIMA VM. Sexual activity of Patients Submitted to the Surgery of Valvopathy [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2009. 85p.

The objective of this study was to investigate the sexual activity of patients submitted to the surgery of valvopathy and understand the emotional repercussions of these two events. For its realization were invited hospital staff and patients from the hospitals Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, and Hospital Cirurgia in Aracaju, both located in Brazil. The research sample consisted of 35 citizens of both gender who are affected by a valvopathy, between 20 and 45 years, that had been submitted only to a one surgery of correction of this disease, literate and that they have not presented some sexual dysfunction before the surgery. It also held a control group with 35 employees belonging to the hospitals cited and that until the completion of the research were not carriers of chronic diseases. The participants had answered questions about sexual activity and also created four stories from the presentation of the images contained in plates 4, 10, 13HF and 16 of the Thematic Apperception Test (TAT). The research results had pointed, in the comparison between groups, a statistically significant ($p < 0.05$) presence, in the group of patients, of the anxiety as a negative interference for the sexual performance, and the presence of sexual fears such as not be accepted by the partner, not be excited about the partner, and not sexually satisfy your partner. This group also affirmed that it had changes in its familiar, social and love relationships after the surgery. The TAT pointed a greater intensity of emotional needs to plan and maintain a sexual activity, support and membership in the group of patients. It is suggested that in further studies the partner should be included in the sample to be investigated, since their responses can complement the findings of the study and also includes interviews at other times as the pre-surgical, which must contribute to a better interpretation and analysis of the situation-problem.

Descriptors: sexual behavior/psychology; heart diseases; heart valve diseases

1 INTRODUÇÃO

O desejo pela investigação mais profunda sobre o tema atividade sexual e pacientes submetidos à cirurgia de valvopatia foi despertado a partir da prática dos atendimentos psicológicos da autora no decorrer do curso de Aprimoramento em Psicologia Clínica Aplicada a Cardiologia realizado no Serviço de Psicologia do Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Ainda no curso de Aprimoramento foi realizada uma pesquisa intitulada “Sexualidade dos Pacientes Submetidos à Cirurgia de Válvula”¹. Percebeu-se nesse trabalho uma diminuição da atividade sexual, ao se comparar o antes e o depois da cirurgia, associada às necessidades emocionais de afiliação, altruísmo, apoio e compreensão. Além disso, medo da morte, incômodo pelo barulho da válvula mecânica e questões como o envelhecimento e relacionamento afetivo com o cônjuge foram algumas das vivências negativas experimentadas pelos pacientes, sendo estes alguns possíveis motivos para a diminuição da atividade sexual.

Nesta ocasião a amostra foi composta por 20 pacientes, com uma aplicação de um questionário dirigido e com aplicação de quatro pranchas do TAT. A idade média dos entrevistados foi de 50 anos.

Diante desse início, a pesquisa atual visou o aprimoramento da investigação sobre o assunto com a ampliação da amostra e o adição de um grupo controle.

A seguir, no item 1.1, serão apresentados alguns trabalhos relevantes de uma revisão da literatura sobre o tema e no item 1.2 o objetivo do presente estudo.

No capítulo 2 intitulado “Métodos”, são apresentadas as características dos grupos estudados, as estratégias metodológicas para a coleta de dados, e os critérios de inclusão e exclusão da amostra utilizada. No item 2.1 são apresentadas algumas dificuldades encontradas no decorrer do processo desse estudo e, no item 2.2 são descritos os instrumentos utilizados. Ao final desse capítulo, no item 2.3, apresenta-se como foram feitas as análises quantitativa e qualitativa do questionário dirigido e do TAT.

Os principais resultados são apresentados no capítulo 3, os quais são discutidos no capítulo 4. Também neste capítulo, no item 4.1, são apresentadas as Considerações Finais, nas quais são sugeridas novas investigações sobre o tema a partir de questões que surgiram ao longo da realização desse estudo.

Por fim, no capítulo 5, é apresentada a Conclusão do presente estudo.

1.1 Revisão da Literatura

O debate sobre sexualidade tem aumentado bastante nos últimos três séculos, embora durante muito tempo este tema tenha sido uma ciência feita de esquivas, uma vez que ele se referia às suas aberrações, perversões, extravagâncias excepcionais etc. Entretanto, “...o simples fato de se ter pretendido falar dele do ponto de vista purificado e neutro da ciência já é, em si mesmo, significativo.”².

O estudo da sexualidade foi iniciado por Sigmund Freud no século XX, que afirmava que ela estava presente no indivíduo desde o início da vida^{3,4}. Em 1937, Alfred C. Kinsey iniciou pesquisas sobre o comportamento sexual dos norte-americanos dando origem a publicações revolucionárias para a época sobre a conduta sexual do homem e da mulher^{5, 6}.

No Brasil, por volta do ano 2000, Carmita Abdo dá início ao Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro, através de um questionário aplicado a 2.835 sujeitos. Em 2002 e 2003, Abdo amplia o questionário e entrevista 7.103 brasileiros das cinco regiões do país. Essas pesquisas tinham como objetivo apresentar os principais hábitos e disfunções sexuais dessa população, propiciando o surgimento do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB)^{3,7,8}. Ainda baseado nessa amostra da população brasileira, em 2007, Scavino⁹ observou que um percentual elevado de sujeitos não responderam ao item que investigava a Aids e, a partir dessa observação, deu início a uma investigação sobre o perfil dessa população para identificar os fatores de risco associados a Aids.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002, através de um processo consultivo com especialistas internacionais, desenvolveu algumas definições técnicas acerca de termos como sexo, sexualidade e saúde sexual. O termo sexo seria as características biológicas que definem os seres humanos enquanto masculino e feminino. No uso comum em vários idiomas, este termo é usado frequentemente para significar "atividade sexual", mas para propósitos técnicos no contexto de discussões sobre sexualidade e saúde sexual, a definição acima é a preferida^{10, 11}.

Já o termo sexualidade seria definido como um aspecto central do ser humano ao longo de sua vida e que abrangeria sexo, identidade de gênero e papéis, orientação

sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade seria experimentada e expressada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Enquanto sexualidade poderia incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressadas. Além disso, a sexualidade seria influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais^{10, 11}.

No que se refere ao termo saúde sexual, este poderia ser definido como um estado de bem estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; isto não significa meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requereria uma abordagem positiva e respeitosa diante dos relacionamentos sexuais e da sexualidade, assim como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres da coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual fosse alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas deveriam ser respeitados, protegidos e plenamente atendidos^{10, 11}.

Também se pode pensar em sexualidade considerada saudável ou mesmo “normal” através do conceito de disfunção sexual dado pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-IV)¹² que a define como uma perturbação no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal.

É importante observar também que a sexualidade está estritamente relacionada com a época e cultura, difere entre as pessoas e também sofre influências biológicas, sociais e psicológicas^{13,14}.

Alguns autores¹⁵ referem que uma das vias para o surgimento de uma dificuldade sexual seria o medo, sentimento este que ocorre principalmente após cirurgias. Além disso, a atividade sexual é um ponto importante para a qualidade de vida^{13, 16, 17}, assumindo o mesmo papel, por exemplo, que retornar ao trabalho ou às atividades físicas depois de um evento cirúrgico¹⁴. Neste sentido, a doença cardíaca é vista como muito grave pelos leigos, muitas vezes encarada como um risco à vida,¹⁸ isso porque o órgão coração é carregado de simbologia, assim como Romano¹⁹ pontua: ele é *“um órgão que durante milênios tem sido considerado o centro das emoções, fonte do amor e mesmo centro do intelecto.”* Ainda, de acordo com Favarato *et al*²⁰

A doença atinge o indivíduo globalmente, afetando-o em nível afetivo-emocional, intelectual e social; além disso, é uma manifestação ameaçadora e que gera medo, ansiedade e insegurança. Assinala para o indivíduo sua vulnerabilidade, confrontando-o com sua finitude e gerando sentimentos de impotência.

Quando um paciente é acometido por uma doença cardíaca de ordem valvar ele é submetido a dois tipos de tratamento que pode ser clínico ou cirúrgico, sendo este último realizado por plastias ou trocas de válvulas que podem ser substituídas por próteses biológicas ou metálicas. Essas próteses têm uma durabilidade indefinida, portanto o paciente portador desse tipo de cardiopatia terá um diferencial em relação a outras cardiopatias que é a probabilidade de ser submetido a várias cirurgias ao longo da vida, motivo este causador de ansiedade, angústia, baixa auto-estima e até mesmo persecutoriedade²¹.

Outra particularidade da valvopatia é o fato de geralmente ser descoberta quando o paciente ainda é adulto jovem, ou seja, ele passa a conviver com uma doença crônica que poderá levá-lo a várias limitações devido à evolução da própria

doença e à necessidade de ser submetido frequentemente a cirurgias, hospitalizações e controles de medicamentos e da sintomatologia²².

Sentimentos específicos da cardiopatia somados aos decorrentes do próprio adoecer são generalizados para a área sexual¹³. Além disso, conflitos emocionais e estresse interferem negativamente nas fases do ciclo sexual, sendo que as dificuldades masculinas estão mais relacionadas a problemas físicos e nas mulheres mais voltados a problemas de natureza emocional e de relacionamento interpessoal²³.

É importante observar que, após uma cirurgia cardíaca, os pacientes já podem retornar à atividade sexual em torno de oito semanas. Entretanto, aspectos emocionais e/ou crenças podem surgir nesse momento, influenciando negativamente este retorno, tais como: medo de passar mal, medo de prejudicar a região torácica, perda ou diminuição da libido, medo do aparecimento ou persistência dos sintomas, dentre outros¹⁷.

Dessa forma, identifica-se, na literatura brasileira e internacional, algumas pesquisas que analisam a atividade sexual dos pacientes portadores de uma doença cardíaca, envolvendo, mais especificamente, pacientes que sofreram infarto, foram submetidos à cirurgia de Revascularização do Miocárdio ou Transplante Cardíaco. Em geral, essas pesquisas mostram as principais crenças e dificuldades dos pacientes relacionada ao retorno à atividade sexual e possíveis disfunções sexuais após a cirurgia^{24,25,26}. Entretanto, pouco tem sido publicado sobre a atividade sexual em pacientes portadores de doenças crônicas no coração²⁷ mais especificamente as valvopatias.

No Brasil, estudo realizado com mulheres valvopatas apontou que 88% não falaram sobre a sexualidade com seus médicos, por motivos de inibição, por achar

que o médico não poderia ajudar e/ou por não sentir necessidade¹⁴. Outro estudo, realizado na Espanha, apresentou a falsa crença mais freqüente dos pacientes em relação à sexualidade: que a atividade sexual para pacientes portadores de uma doença cardíaca é bastante perigosa para sua saúde. A partir dessa crença foi encontrada uma redução do desejo por parte das mulheres pesquisadas e o medo dos homens em não serem capazes de responder sexualmente²⁴.

Diante desses estudos, já podem ser encontrados na literatura alguns trabalhos que citam a necessidade de aconselhamento sexual dentro dos hospitais para pacientes portadores de cardiopatia. Esse aconselhamento visaria contribuir para uma melhor reabilitação sexual e evitar problemas vinculados à inadequada informação, o que permitiria aumentar a satisfação e a qualidade de vida dos pacientes^{25, 28}.

Como afirma Abdo⁸ *“a informação sexual é um instrumento da maior relevância para a qualidade de vida, muitos conceitos errôneos, impressões/percepções falsas, conclusões precipitadas, tudo isso pode ser prevenido com respostas diretas...”* .

Dessa forma, revela-se a importância da realização do presente estudo sobre a atividade sexual dos pacientes submetidos à cirurgia de valvopatia.

1. 2 Objetivo

O objetivo desse trabalho é investigar a atividade sexual dos pacientes submetidos à cirurgia de correção de valvopatia e compreender as repercussões emocionais desses dois eventos.

2 MÉTODOS

Para a realização dessa pesquisa, aprovada pela Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq), foram convidados funcionários e pacientes dos hospitais Instituto do Coração, localizado na cidade de São Paulo - SP, e Cirurgia, em Aracaju no Estado de Sergipe. A amostra foi composta por 35 sujeitos portadores de valvopatia de ambos os sexos, que tivessem sido submetidos apenas a uma cirurgia de correção dessa enfermidade, alfabetizados (considerando alfabetizados aqueles que sabem ler), o que permitiria um melhor entendimento do questionário, e que não tivessem apresentado alguma disfunção sexual antes da cirurgia.

Para essa pesquisa, a faixa etária escolhida incluiu sujeitos com idade entre 20 e 45 anos. A escolha dessa faixa etária foi feita considerando-se o estágio de desenvolvimento humano dessas pessoas, já que a maioria das pesquisas sobre o tema apresenta uma amostra preponderantemente de idosos, o que pode ser considerado um viés de pesquisa, uma vez que uma redução da atividade sexual é normalmente esperada para essas pessoas²⁹.

Também foi realizado um grupo controle com funcionários dos mesmos hospitais onde foi realizada a pesquisa com os pacientes valvopatas. Participaram desse grupo 35 sujeitos de ambos os sexos, alfabetizados, que até o momento da pesquisa não eram portadores de doenças crônicas, e de mesma faixa etária do grupo de pacientes valvopatas.

O convite para o paciente participar da pesquisa foi efetuado via telefone pelo pesquisador executante e, quando aceito, foi agendada uma data, de preferência no mesmo dia e local em que ele tinha consulta com o médico, o que facilitaria o acesso ao paciente. Também foram combinadas a hora e a sala na qual ele deveria encontrar o pesquisador. A entrevista foi realizada em um único encontro no qual o paciente também recebia a explicação sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o consentimento para a realização da entrevista, o participante assinava o Termo para, logo após, ser aplicado um questionário dirigido e quatro pranchas do Teste de Apercepção Temática (TAT).

Por sua vez, o participante do grupo controle foi convidado pessoalmente pelo pesquisador executante no próprio hospital em que aquele trabalhava. Quando aceito, eram combinados data, hora e local. Também foi em um único encontro no qual o participante recebeu explicações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinou o mesmo para, logo após, ser aplicado um questionário dirigido destinado a esse grupo e as mesmas quatro pranchas do TAT que foram aplicadas aos pacientes.

2.1 Dificuldades Encontradas

A pesquisa realizada apresentou algumas dificuldades referentes ao recrutamento de pacientes e de sujeitos para a composição da amostra.

O recrutamento dos pacientes foi feito através do telefone, por meio da consulta de lista fornecida pelo setor de Informações Médicas Hospitalares (Same), a qual apresentava dados como nome e telefone dos pacientes, e data e horário das consultas agendadas no ambulatório do Instituto do Coração (InCor HC FMUSP).

Tentou-se contato por telefone com 573 pacientes. Dentre estes, 340 apresentavam inconsistência em relação ao número do telefone como: não residia mais na mesma casa; telefone desligado ou fora de serviço; não atendimento; telefone ocupado; ou número de telefone incompleto.

Outras dificuldades encontradas foram relacionadas à idade e ao número de cirurgias de valvopatia às quais esses pacientes tinham sido submetidos, uma vez que segundo o Same não haveria como disponibilizar previamente este tipo de informação na lista de pacientes. Desta forma, no momento do recrutamento, foram identificados 104 pacientes com idade superior a 45 anos e 63 pacientes submetidos a mais de uma cirurgia de valvopatia, o que os excluía da amostra da pesquisa.

Além disso, durante o recrutamento, nove pacientes que constavam da lista inicial já haviam falecido, oito pacientes já haviam sido submetidos a outros procedimentos como Marcapasso e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio ou acometidos por um Acidente Vascular Cerebral, ou ainda, possuíam diagnóstico de depressão e síndrome do pânico. Outros dois pacientes estavam internados no momento do recrutamento e dois tinham sido submetidos à cirurgia de valvopatia há menos de um ano. Todas essas características citadas excluía esses pacientes da amostra de pesquisa.

Finalmente, dos 573 pacientes que faziam parte da lista potencial de candidatos a compor a amostra, 45 foram convidados para participar da pesquisa.

Desses 45 pacientes, embora todos se enquadrassem nos critérios da pesquisa, oito não aceitaram participar e 12 desistiram ou faltaram no dia da realização da entrevista. Assim, apesar das inúmeras dificuldades durante a etapa de recrutamento, foram entrevistados 25 pacientes, o que corresponde à meta proposta de amostra de pesquisa de pacientes do Instituto do Coração.

Por sua vez, o recrutamento de sujeitos para o grupo controle apresentou dificuldades relacionadas, principalmente, à restrição de horário das entrevistas, uma vez que os funcionários poderiam ser entrevistados somente em seu horário de almoço. Esses horários eram das 11 às 12 horas, para um grupo, e das 12 às 13 horas para outro grupo de funcionários.

A etapa de recrutamento para a amostra de pacientes do Hospital Cirurgia em Aracaju-SE também apresentou dificuldades. A lista fornecida pelo Hospital Cirurgia permitia delimitar com maior precisão os pacientes para a pesquisa, uma vez que informações como o ano em que o paciente foi submetido à cirurgia, a idade do paciente, endereço e telefone estavam disponíveis. Entretanto, é importante ressaltar que a lista apresentava-se incompleta, já que muitos pacientes não possuíam endereço e telefone para contato.

Após a primeira triagem, tentou-se contato com 53 pacientes. Dentre estes, 36 apresentavam inconsistência em relação ao número do telefone como: não residia mais na mesma casa; telefone desligado ou fora de serviço; não atendimento; telefone ocupado; ou número de telefone incompleto.

Outras dificuldades encontradas foram: três pacientes não aceitaram participar da pesquisa; dois tinham sido submetidos a mais de uma cirurgia; e dois

faltaram no dia da realização da entrevista. Dessa forma, 10 pacientes foram entrevistados, representando 40% da amostra pretendida.

Por sua vez, o recrutamento de sujeitos para o grupo controle neste hospital também apresentou dificuldades relacionadas, principalmente, à faixa etária desse grupo, uma vez que a maioria tinha mais de 45 anos. Outra restrição foi com relação ao horário das entrevistas, uma vez que os funcionários só puderam ser entrevistados após o seu horário de serviço, fazendo com que muitos não aceitassem participar da pesquisa.

2.2 Instrumentos

1 – Inicialmente, para participar desta pesquisa, os sujeitos foram informados sobre os objetivos e os procedimentos necessários para a realização deste estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I).

2 – Questionário dirigido destinado a pacientes submetidos à cirurgia de valvopatia, elaborado junto ao Serviço de Psicologia do Instituto do Coração (InCor) pela pesquisadora responsável baseado no modelo do questionário Estudo de Vida Sexual do Brasileiro (EVSB)⁸ para a coleta de dados pessoais e familiares, histórico da cirurgia de valvopatia, percepção e vivência de relacionamentos afetivos e

questões referentes à atividade sexual do paciente em períodos pré e pós cirúrgico (Anexo II).

3 – Questionário dirigido destinado ao grupo controle baseado também no questionário do EVSB, para a coleta de dados pessoais e familiares, percepção e vivência de relacionamentos afetivos e questões referentes à atividade sexual com a finalidade de comparação com o grupo de pacientes submetidos à cirurgia de valvopatia (Anexo III).

Os questionários diferem-se. O instrumento destinado a pacientes submetidos à cirurgia de valvopatia, além de possuir todas as questões do questionário destinado ao grupo controle, apresenta também questões referentes à atividade sexual nos períodos pré e pós-cirúrgico com o objetivo de investigar, nesses períodos, a frequência e o nível de satisfação dessa atividade.

4 – Teste de Apercepção Temática (TAT), desenvolvido por Murray³⁰, é uma técnica projetiva na qual o examinador deve apresentar ao sujeito uma série de pranchas para que ele conte uma história sobre cada uma com a finalidade de favorecer a projeção do mundo interno do sujeito.

Segundo Murray³⁰,

As histórias obtidas com frequência revelam componentes importantes da personalidade, que são decorrentes de suas tendências psicológicas: a primeira delas é a tendência das pessoas para interpretar uma situação humana ambígua

baseando-se em suas experiências passadas e em seus anseios presentes; a segunda é a inclinação das pessoas que escrevem histórias para agir de igual maneira: utilizar o acervo de suas experiências e expressar seus sentimentos e necessidades conscientes e inconscientes.

O material do teste consiste ao todo em 31 pranchas, entretanto, para o objetivo dessa pesquisa foram utilizadas apenas quatro (4, 10, 13 HF, 16) e destinadas a ambos os sexos³⁰. Para Anastasi³¹ é comum utilizar conjuntos reduzidos de pranchas, especialmente selecionadas e que raramente se apresenta mais de 10 figuras a uma só pessoa. Outras pesquisas^{32,33} com o objetivo de investigar sobre a gravidez também fizeram uso do TAT reduzido.

Quanto à técnica de aplicação, foram utilizadas as instruções especificadas pela Forma B do Manual de Murray de 2005. As Pranchas utilizadas também fazem parte desse manual³⁰.

Foi solicitado aos participantes da pesquisa que contassem histórias sobre cada uma das pranchas apresentada, incluindo o relato de início, meio e fim, além de considerar o que os personagens estavam sentindo e pensando. As Pranchas foram entregues na mão de todos participantes da pesquisa na posição original.

Alguns inquéritos foram necessários quando o sujeito omitia algum detalhe fundamental, como as circunstâncias que antecederiam a história ou mesmo o seu desfecho.

Segundo Murray³⁰, a descrição da Prancha 4 representa uma mulher que está agarrando os ombros de um homem cujo corpo e cuja face estão virados como se ele estivesse tentando escapar dela. A Prancha 10 mostra a cabeça de uma jovem mulher apoiada num ombro de um homem. A Prancha 13 HF apresenta um homem jovem que está de pé com a cabeça inclinada escondida no braço. Atrás dele está a figura de

uma mulher deitada na cama. Finalmente, a Prancha 16 que está totalmente em branco. Para melhor observação das Pranchas, ver *anexos IV a VII*.

No *quadro 1*, pode-se observar as principais temáticas tratadas nas pranchas que foram utilizadas para a presente pesquisa.

Quadro 1 – Principais temáticas das Pranchas do TAT

Prancha Utilizada	Temáticas
4	Refere-se a histórias de conflitos nas relações heterossexuais e também aqueles relacionados ao controle versus impulso. Podem sugerir dificuldades na vida matrimonial.
10	Evoca conflitos no casal e atitude frente à separação e também favorece a projeção de relações heterossexuais satisfatórias.
13HF	Evoca temas sexuais, principalmente atitudes frente às relações heterossexuais e à sexualidade associada à agressividade.
16	Refere-se às necessidades mais prementes do indivíduo.

5 – Por fim, foi utilizado o aparelho eletrônico de gravador de voz durante a realização das entrevistas e aplicação das pranchas, visando maior fidedignidade na análise dos dados.

2.3 Análise dos dados

Esta pesquisa pode ser caracterizada como exploratória, pois trata de um tema sobre o qual não se tem muita informação, sendo o principal objetivo da pesquisa justamente entender melhor o fenômeno³⁴. A pesquisa também pode ser considerada como empírica, já que buscou tecer conclusões a partir da coleta e análise de dados e informações obtidas através da realização de entrevistas que incluíram a aplicação de um questionário e de um teste psicológico. Para a análise dos resultados, foram utilizados métodos quantitativos, como a aplicação de testes estatísticos que buscaram comparar os resultados dos dois grupos de sujeitos da pesquisa, e qualitativos, como a análise das histórias baseadas nas Pranchas do TAT e que foram contadas pelos sujeitos dos grupos.

Para analisar os resultados dessa pesquisa foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), através do qual foi possível realizar o teste T para comparação das médias dos dois grupos. O teste T é aplicado quando os tamanhos de amostra são pequenos e é indicado para determinar se as médias de duas amostras são distintas. Neste caso, o teste foi empregado em duas amostras não pareadas e caso o nível de significância (*P-value*) calculado ficasse abaixo do valor de 0,05, então seria rejeitada a hipótese nula de que os grupos não diferem. Também foi feita a análise do Teste Qui-quadrado para observar a independência entre os resultados dos grupos. Para este teste, caso o nível de significância (*P-value*) calculado ficasse abaixo do valor de 0,05, seria rejeitada a hipótese nula de que os resultados das variáveis entre os grupos são independentes³⁵.

Para a análise do conteúdo das histórias geradas a partir das pranchas do TAT, foram avaliados faixa etária, sexo (gênero), pressões, necessidades, desfechos e temas segundo o manual do TAT de Murray³⁰ e por dados do TAT na Cultura Brasileira³⁶.

As pressões são os determinantes do meio externo que podem facilitar ou impedir a satisfação da necessidade do indivíduo. Além disso, representa a forma como o sujeito vê ou interpreta seu meio. Por sua vez, as necessidades são geradoras de um estado de tensão que conduzirá à ação no sentido de chegar à satisfação, o que reduzirá a tensão inicial, ou seja, restabelecerá o equilíbrio. Elas são sentidas como força do desejo, intenções, tendências, esforços etc. A interação entre uma necessidade do herói ou protagonista da história e uma pressão ambiental juntamente com o desfecho constitui um tema. O tema ainda indica o enredo, motivação, e o principal aspecto dramático da história^{30, 36}.

3 RESULTADOS

Como dito anteriormente, a amostra desta pesquisa foi composta por 35 pacientes (GPac) submetidos à cirurgia de valvopatia e 35 sujeitos para o grupo controle (GC).

Os resultados tanto do grupo de pacientes quanto do grupo controle dos hospitais estudados foram unidos porque não houve diferenças estatisticamente significantes entre eles.

De modo geral, a amostra estudada foi predominantemente formada por pessoas do sexo feminino, acima dos 30 anos, que se encontravam casado ou amasiado, de religião católica e com escolaridade de no máximo ensino médio completo, como mostra a *tabela 1*.

Tabela 1 – Características da Amostra (Grupo Pacientes e Grupo Controle)

Característica	Grupo Pacientes	Grupo Controle
Sexo	28,6% homens, 71,4% mulheres	40% homens, 60% mulheres
Idade	54,3% na faixa etária entre 40 a 45 anos	40% na faixa etária entre 30 a 39 anos
Estado Civil	28,6% casados, 28,6% amasiados	37,1% casados, 20% amasiados
Parceiro	77,1% possuem parceiro	85,7% possuem parceiro
Religião	62,9% católicos	65,7% católicos
Escolaridade	54,3% com ensino fundamental incompleto; 25,7% ensino médio completo	31,4% com ensino fundamental incompleto; 42,9% ensino médio completo

A maioria dos pacientes (80%) tinham sido submetidos à cirurgia de Valvopatia há no máximo 5 anos. Além disso, 69% não apresentaram nenhum tipo de complicação após a cirurgia e também não receberam nenhum diagnóstico psiquiátrico nem antes (97%) e nem depois (86%) da cirurgia. Houve mudanças nos relacionamentos familiares e sociais (54%) após a cirurgia e quase metade dos sujeitos considerou mudanças nos relacionamentos amorosos (46%). A maioria dos pacientes (60%) afirmou que não houve mudanças e 37% sentiram mudanças no interesse na atividade sexual após a cirurgia.

Em relação à obtenção de informações sobre atividade sexual durante a vida, 63% do grupo de pacientes afirmaram nunca terem recebido informações a respeito e 37% referiram ter tido dificuldades na fase em que iniciou essa atividade. Já no grupo controle a maioria (54%) afirmou já ter tido informações sobre a atividade sexual ao longo da vida e 31% apresentou dificuldades na fase em que iniciou a atividade.

O teste qui-quadrado ($p=0,113$) apontou uma importante diferença entre os grupos, mostrando que o grupo de pacientes recebeu consideravelmente menos informações sobre a atividade sexual ao longo da vida que o grupo controle.

3.1 Questionário dirigido

3.1.1 Frequência da atividade sexual

A frequência da atividade sexual dos pacientes foi investigada nos períodos do aparecimento da doença, durante o período crítico da doença (geralmente quando antecede a cirurgia e se está debilitado fisicamente), imediatamente após a cirurgia e no período atual, ou seja, à época da entrevista. Já a do grupo controle foi investigada apenas no período atual, também à época da entrevista, uma vez que eles não são portadores de doença crônica e, portanto, não foram submetidos a nenhuma cirurgia.

Pode-se observar no *gráfico 1* que a maioria (37%) dos pacientes referiu ter a frequência de até uma vez por semana de atividade sexual no período do aparecimento da doença, seguida de mais de quatro vezes por semana (31%) e por último 29% referiu ter tido essa frequência de duas a três vezes por semana.

No momento crítico que antecede a cirurgia a grande maioria (66%) referiu manter a frequência de até uma vez por semana, seguido 23% dos pacientes de duas a três vezes por semana e apenas 8,5% mantinham acima de quatro vezes por semana. Logo após a cirurgia a grande maioria (74%) continuou mantendo a frequência de até uma vez por semana. Apenas 14% mantiveram de duas a três vezes e 8,5% mantiveram essa frequência acima de quatro vezes por semana.

No período atual, 43% mantinham de duas a três vezes por semana, 31% até uma vez e 23% acima de quatro vezes por semana.

Gráfico 1 – Frequência da atividade sexual do grupo de pacientes do período do descobrimento da doença até o atual.

Individualmente, sem considerar o período crítico e logo após a cirurgia, 46% dos pacientes reduziram a atividade sexual, 37% aumentou e 17% manteve a frequência da atividade sexual após a cirurgia. As mulheres (44%) experienciaram um aumento maior da frequência da atividade sexual após a cirurgia em relação aos homens (20%).

Já o grupo controle, no período atual, apresentou que a maioria (43%) mantinha até uma vez por semana a atividade sexual; 37% de duas a três vezes por semana e apenas 17% mantinham acima de quatro a frequência da atividade sexual por semana, como pode ser observado no *gráfico 2*.

A comparação, entre os grupos, das frequências semanais de atividade sexual no período atual também pode ser observado no *gráfico 2*.

Gráfico 2 – Frequência da atividade sexual, no período atual, dos grupos de pacientes e controle.

3.1.2 Satisfação da atividade sexual

Os graus de satisfação com relação à frequência e ao desempenho da atividade sexual dos pacientes também foram investigados nos períodos do aparecimento da doença, durante o período crítico da doença, imediatamente após a cirurgia e no período atual, e no grupo controle somente foram investigados os graus de satisfação no período atual pelo mesmo motivo da frequência da atividade sexual.

No que tange à satisfação em relação à frequência da atividade sexual, para o grupo de pacientes no momento do aparecimento da doença, 54% disseram estar satisfeitos e 31% insatisfeitos. No período que antecede a cirurgia, ou seja, no período crítico, 43% estava satisfeito, 29% estava insatisfeito e 23% estava indiferente com a frequência que mantinha nesse período.

Já no período imediatamente após a cirurgia, 49% dos pacientes estava satisfeito, 23% insatisfeito, 23% indiferente com a frequência da atividade sexual. No período da entrevista definido como atual, em que já havia transcorrido no mínimo um ano desde a cirurgia, 60% se consideraram satisfeitos e 34% insatisfeitos com relação à frequência da atividade sexual. Esses dados podem ser observados no gráfico 3.

Gráfico 3 – Satisfação em relação à frequência da atividade sexual do período do aparecimento da doença até o atual no grupo de pacientes

No que tange à satisfação da atividade sexual em relação ao desempenho, para o grupo de pacientes, no momento do aparecimento da doença 51% referiram satisfação e 20% referiram insatisfação nesse período. No período que antecede a cirurgia, ou seja, o período crítico, 31% estava satisfeito, 17% insatisfeito e 14% indiferente com relação ao desempenho sexual.

Já no período imediatamente após a cirurgia, com relação ao desempenho sexual, 17% estava satisfeito, 14% insatisfeito e 14% indiferente. No período da entrevista definido como atual, em relação ao desempenho sexual, 57% consideraram-se satisfeitos e 17% insatisfeitos. Todos esses dados podem ser observados no gráfico 4.

Gráfico 4 – Satisfação com o desempenho sexual do período do aparecimento da doença até o atual no grupo de pacientes

Assim, os resultados indicaram diferenças em relação à satisfação com a frequência e com o desempenho da atividade sexual entre os períodos para o grupo dos pacientes, e indica uma elevação da satisfação após a cirurgia.

No grupo controle, a satisfação relacionada à frequência atual apresentou 49% de satisfeitos e 34% de insatisfeitos e, conforme é apresentado no *gráfico 5*, o grupo de pacientes apresentou-se mais satisfeito. Com relação ao desempenho sexual, 68% consideraram-se satisfeitos e apenas 11% insatisfeitos. Dessa forma, observa-se que houve uma pequena diferença entre os dois grupos em relação à satisfação no que tange ao desempenho sexual, sendo ligeiramente maior no grupo controle, o que pode ser observado no *gráfico 6*.

Gráfico 5 – Satisfação da frequência da atividade sexual no período atual dos grupos de pacientes e controle

Gráfico 6 – Satisfação com o desempenho sexual no período atual nos grupos pacientes e controle

Individualmente, desconsiderando o período crítico e logo após a cirurgia, 37% dos pacientes mantiveram a satisfação com relação à frequência da atividade sexual após a cirurgia, 34% aumentaram e 29% reduziram. Já com relação ao desempenho sexual 43% dos pacientes mantiveram a mesma satisfação depois da cirurgia, 31% aumentaram e 26% reduziram.

Ainda no grupo de pacientes, a percepção de redução da satisfação em relação à frequência da atividade sexual foi mais presente nos homens (50%), enquanto que a maioria das mulheres apresentaram um aumento dessa satisfação (40%) ou mesmo a mantiveram (40%). O mesmo fenômeno ocorreu com relação à satisfação com o desempenho sexual, já que a maioria dos homens (50%) apresentaram redução na satisfação com o desempenho sexual e 30% mantiveram essa satisfação; enquanto

que 48% das mulheres mantiveram e 36% aumentaram a satisfação em relação ao desempenho sexual após a cirurgia.

3.1.3 Situações que interferem no desempenho sexual

As principais situações que interferiram negativamente no desempenho sexual dos pacientes foram: cansaço e excesso de trabalho (80%); ansiedade (71%); pouco tempo para a atividade sexual e pressa (69%); atividade sexual com programação e falta de espontaneidade (63%) e falta de atração pelo parceiro (57%). Já para o grupo controle as situações que mais interferiram foram: pouco tempo para atividade sexual e pressa (74%); cansaço e excesso de trabalho (66%); e falta de atração pelo parceiro (63%). As situações que apresentaram resultados mais relevantes para o teste T e o Qui-quadrado foram a ansiedade ($p=0,026$) e a atividade sexual com programação ($p=0,143$), o que apontou para uma maior presença destas interferências negativas no grupo de pacientes, conforme pode ser observado no *gráfico 7*.

Gráfico 7 – Situações negativas que interferem no desempenho sexual do grupo de pacientes e controle

3.1.4 Situações que favorecem o desempenho sexual

As principais situações que favoreceram para o bom desempenho sexual dos pacientes e do grupo controle foram semelhantes: tempo suficiente e tranquilidade; intimidade com parceiro; ambiente apropriado; atração física pelo parceiro; interesse do parceiro e relacionamento com compromisso; como pode ser visto no gráfico 8.

Gráfico 8 – Situações que favorecem no desempenho sexual do grupo de pacientes e controle.

3.1.5 Medos

Diversos medos permeiam a atividade sexual tanto dos pacientes quanto do grupo controle, sendo que a maioria dos pacientes (71%) afirmou que tais medos não ocorriam devido aos efeitos colaterais da medicação que estavam fazendo uso à época da entrevista, já 20% atribuiu os medos a esses efeitos dos medicamentos e apenas 3% não sabiam responder. Os medicamentos referidos pelos pacientes aos quais estavam fazendo uso à época da entrevista foram: Varfarina sódica, Captopril, Propanolol, Risperidona, Amytril e Hidroclorotiazida.

Os medos como contrair uma doença sexualmente transmissível (89%); não satisfazer sexualmente o parceiro (83%); não ser aceito pelo parceiro (80%); não ter excitação pelo parceiro (74%); terminar a atividade sexual muito rápido (63%) e não ter orgasmo (51%) foram os mais citados pelos pacientes.

Alguns desses medos citados pelos pacientes também foram apontados pela maioria dos sujeitos do grupo controle como: contrair uma doença sexualmente transmissível (91%); terminar a atividade sexual muito rápido (63%); não satisfazer sexualmente o parceiro (60%); e não ser aceito pelo parceiro (57%), conforme pode ser observado no *gráfico 9*.

Novamente, o teste T e o qui-quadrado apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos nas situações: não ser aceito ($p=0,023$), não satisfazer sexualmente ($p=0,018$) e não ter excitação pelo parceiro ($p=0,017$), indicando uma maior interferência negativa dessas situações no grupo dos pacientes.

Gráfico 9 – Medos relacionados a atividade sexual no grupo de pacientes e controle

3.1.6 Relevância da atividade sexual

No que se refere ao grau de relevância da atividade sexual, tanto no grupo de pacientes (47%) quanto no grupo controle (51%), uma parcela considerável dos sujeitos considerou-a importantíssima e prioritária para a harmonia do casal, como pode ser constatado no *gráfico 10*.

Gráfico 10 – Relevância da atividade sexual nos grupos de pacientes e controle

3.1.7 Atividade sexual e Cardiopatia

No grupo de pacientes, 46% dos participantes afirmaram que a combinação de sexo e cardiopatia é negativa, 29% responderam que uma não interferia na outra e 20% acreditam que a combinação é positiva. No grupo controle, a porcentagem de pessoas que entendem essa relação como negativa subiu para 63%, enquanto que 20% acreditam que tanto pode interferir como não e apenas 14% referiram como uma combinação positiva. Assim, observa-se que no grupo controle um maior número de sujeitos considera essa combinação como negativa. Além disso, neste mesmo grupo, 20% entendem a combinação sexo e cardiopatia como incerta, o que não ocorre no grupo de pacientes.

3.2 Teste de Apercepção Temática (TAT)

As Pranchas 4, 10, 13HF e 16 do TAT foram aplicadas aos dois grupos de sujeitos da pesquisa, respeitando a sequência acima, o que totalizaria 280 histórias, sendo 140 para cada grupo. Porém, nem todos os sujeitos conseguiram contar histórias em todas as pranchas. No grupo de pacientes, 18% das histórias não foram contadas, já no grupo controle esse número foi de 15%.

Como pode ser observado no *gráfico 11*, na Prancha 16 houve um percentual importante de histórias que não foram contadas. No grupo de pacientes esse valor foi

de 29%, enquanto que no grupo controle esse valor aumentou consideravelmente para 51%. Dessa forma, nessa prancha optou-se por analisar os resultados baseados na exclusão das histórias não contadas, ou seja, utilizando-se apenas os valores percentuais de respostas válidas.

Gráfico 11 – Frequência das histórias não contadas nas Pranchas pelos grupos de pacientes e controle

Em todas as histórias foram analisadas faixa etária e sexo dos personagens principais (heróis), e as categorias necessidade, pressão, desfecho e tema. Ressalta-se que os critérios utilizados na análise do conteúdo das histórias foram apresentados na seção *Análise dos Dados*.

3.2.1 Sexo

O sexo do personagem principal da história (herói), ou seja, se é feminino ou masculino, foi analisado segundo as categorias descritas no *quadro 2*.

Quadro 2 – Categorias para determinar o sexo do herói

Categoria	Condições para determinar o sexo do herói
Mesmo sexo	É dado ao herói o mesmo sexo do entrevistado
Sexo oposto	É dado ao herói o sexo oposto do entrevistado
Sexo indeterminado	Quando o entrevistado não consegue distinguir o sexo do herói

Na Prancha 4, os pacientes e os sujeitos do grupo controle referiram em grande maioria que os heróis possuíam o mesmo sexo que eles próprios (71% e 80% respectivamente), seguidos de sexo oposto ao deles com 11% e 14% respectivamente. Apenas 3% do grupo controle não conseguiu distinguir o sexo do herói.

Na Prancha 10, o grupo de pacientes ficou distribuído em 34% do sexo oposto e 34% de sexo indeterminado. Já no grupo controle a maioria 54% ofereceu o mesmo sexo para o herói.

Na Prancha 13HF, 49% dos pacientes ofereceu o mesmo sexo para os heróis e 37% do sexo oposto, já no grupo controle essa porcentagem aumentou para 63% para o mesmo sexo e 37% para o sexo oposto.

Por fim, na Prancha 16, 56% possuía o mesmo sexo e 40% sexo indeterminado no grupo de pacientes, enquanto que no grupo controle 76% possuía o mesmo sexo.

Esses resultados podem ser melhor visualizados na *tabela 2*.

Tabela 2 – Sexos dos heróis

Prancha	Mesmo sexo		Sexo oposto		Sexo indeterminado	
	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC
4	71%	80%	11%	14%	—	3%
10	17%	54%	34%	14%	34%	26%
13HF	49%	63%	37%	37%	3%	—
16	56%	76%	12%	12%	40%	12%

De forma geral, o grupo controle teve uma ligeira maior facilidade em relação ao grupo de pacientes para se identificar com os personagens principais das pranchas, já o grupo de pacientes apresentaram um pouco de dificuldade em dar o mesmo sexo para o herói apenas na Prancha 10.

3.2.2 Faixa etária

As faixas etárias para os heróis das histórias foram analisadas através das categorias de criança, adulto, idoso ou indefinido.

Através da *tabela 3* pode-se observar que tanto nas histórias do grupo de pacientes quanto nas do grupo controle tiveram uma predominância de heróis na faixa etária de adultos, o que indica que tanto o grupo de pacientes quanto o controle conseguiram se identificar com os heróis das Pranchas.

Tabela 3 – Faixa etária dos heróis

Prancha	Criança		Adulto		Idoso		Indefinido	
	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC
4	–	–	83%	94%	–	–	–	3%
10	9%	3%	66%	80%	9%	3%	3%	9%
13HF	–	–	89%	100%	–	–	–	–
16	–	–	92%	94%	–	–	8%	6%

3.2.3 Necessidades

A análise das necessidades, que significa uma força que durante certo tempo dirige e organiza a percepção e a ação para transformar uma situação insatisfeita existente, foi analisada, conforme Silva³⁶, nas seguintes categorias: humilhação, realização, afiliação, agressão, autonomia, contra-reação, defesa, deferência, domínio, exibição, autodefesa física e psíquica, altruísmo, ordem, entretenimento, rejeição, sensibilidade, sexo (planejar e manter uma atividade sexual), apoio, e compreensão.

Na Prancha 4, as necessidades mais apontadas no conteúdo das histórias dos pacientes foram: apoio (23%) e sexo (20%). Já no grupo controle as mais apontadas foram: defesa (26%) e apoio (23%).

As necessidades mais significativas no conteúdo das histórias dos pacientes para a Prancha 10 foram: sexo (34%) e apoio (26%). No grupo controle as principais necessidades foram as mesmas, com intensidade diferente: apoio (43%) e sexo (29%).

Sexo (26%) e humilhação (14%) foram as principais necessidades referidas nas histórias do grupo de pacientes na Prancha 13HF. Sexo (31%) e altruísmo (23%) foram as mais referidas no grupo controle.

Na Prancha 16, no conteúdo das histórias contadas pelos pacientes, necessidades como sexo (32%) e apoio (20%) foram as mais relevantes. No grupo controle também foram apresentadas as necessidades apoio (29%) acrescidas de afiliação (23%). Todas as necessidades estão descritas na *tabela 4*.

Tabela 4 – Necessidades surgidas no grupo de pacientes e controle

Necessidades	P4		P10		P13HF		P16	
	Gpac	GC	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC
Humilhação	–	3%	–	–	14%	6%	4%	–
Realização	–	–	–	–	–	–	4%	–
Afiliação	14%	–	11%	9%	9%	–	16%	23%
Agressão	–	–	–	–	6%	3%	–	–
Autonomia	11%	17%	–	–	6%	–	–	–
Contra-reação	–	–	–	–	3%	–	4%	6%
Defesa	6%	26%	–	3%	–	6%	–	–
Deferência	–	–	–	–	–	–	8%	6%
Domínio	–	–	–	–	–	–	–	–
Exibição	–	–	–	–	–	–	–	–
Autodefesa física e psíquica	–	–	3%	–	9%	9%	8%	6%
Altruísmo	–	–	6%	3%	3%	23%	–	6%
Ordem	3%	–	–	–	–	–	–	6%
Entretenimento	–	3%	–	–	–	3%	–	–
Rejeição	–	–	–	–	–	–	–	–
Sensibilidade	3%	6%	6%	3%	3%	–	–	–
Sexo	20%	17%	34%	29%	26%	31%	32%	–
Apoio	23%	23%	26%	43%	11%	11%	20%	29%
Compreensão	3%	3%	–	6%	–	6%	4%	18%

3.2.4 Pressões

Explicado nos métodos, as pressões são os determinantes do meio externo que podem facilitar ou impedir a satisfação da necessidade do indivíduo; além disso, representa a forma como o sujeito vê ou interpreta seu meio. Dessa forma, as categorias para a análise das pressões segundo Silva³⁶ foram: falta de apoio familiar; perigo ou infortúnio; falta ou perda; retenção de objetos; rejeição e desprezo; rival e competidor; agressão; dominância, coerção e proibição; criação e indulgência; apoio e procura de afeto; deferência, louvor e reconhecimento; afiliação e amizades; sexo (sedução homossexual e heterossexual); decepção ou traição; e inferioridade.

Na Prancha 4, o grupo de pacientes referiu mais as pressões rejeição e desprezo (26%) e desavença com companheiros (23%). Já o grupo controle também referiu mais as pressões desavença com companheiros (34%) e rejeição e desprezo (26%), apenas com prevalência diferente.

Na Prancha 10, no grupo de pacientes, 40% referiu sexo e 31%, apoio e procura de afeto. Já no grupo controle, 37% referiu apoio e procura de afeto e 26% sexo.

No que se refere à pressão no conteúdo das histórias da Prancha 13HF as mais referidas pelo grupo de pacientes foram sexo (26%) e mau trato de companheiros (14%). Já no grupo controle as principais situações de pressão foram perda ou falta de companhia/morte (26%), enfermidade de um dos pais (17%), e sexo (17%).

As principais situações defrontadas pelos pacientes na Prancha 16 foram apoio e procura de afeto (24%) e sexo (20%). No grupo controle essas situações foram mais diversificadas: apoio e procura de afeto (18%); desavença com companheiros (18%); perigo ou infortúnio (12%); falta ou perda de companhia (12%) e rejeição e desprezo (12%). Estes dados podem ser melhor observados na *tabela 5*.

Tabela 5 – Pressões surgidas no grupo de pacientes e controle

Pressões	P4		P10		P13HF		P16	
	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC	Gpac	GC
Falta de apoio familiar	–	–	–	–	–	–	4%	6%
Enfermidade de um dos pais	6%	–	6%	–	9%	17%	4%	–
Ausência de um dos pais	–	–	–	9%	–	–	–	–
Perigo ou infortúnio	3%	–	–	3%	6%	3%	–	12%
Falta ou perda de companhia	3%	–	–	–	9%	26%	8%	12%
Falta ou perda de recursos	–	–	–	–	–	–	4%	–
Retenção de objetos	–	–	–	–	–	–	–	–
Rejeição e desprezo	26%	26%	–	3%	9%	11%	8%	12%
Rival e competidor	–	–	–	–	3%	–	–	–
Agressão	–	–	–	–	–	–	–	–
Desavença com companheiros	23%	34%	6%	9%	9%	9%	4%	18%
Mau trato de companheiros	–	–	–	–	14%	9%	–	–
Dominância, coerção e proibição	–	–	–	–	–	–	–	–

Pressões	P4		P10		P13HF		P16	
	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC	Gpac	GC
Criação e indulgência	–	–	–	–	–	–	–	–
Apoio e procura de afeto	14%	9%	31%	37%	–	–	24%	18%
Deferência, louvor e reconhecimento	–	–	–	–	–	–	4%	–
Afiliação e amizades	3%	3%	3%	3%	–	–	4%	–
Sexo (sedução homossexual e heterossexual)	6%	14%	40%	26%	26%	17%	20%	–
Decepção ou traição e inferioridade	–	11%	–	6%	3%	9%	8%	–
Inferioridade física, social ou intelectual	–	–	–	–	3%	–	–	–

3.2.5 Desfechos

As definições das categorias, segundo Murray³⁰, para a análise do desfecho das histórias contadas nas Pranchas constam no *quadro 3*.

Quadro 3 – Tipos de desfechos

Categoria	Condição do desfecho da história
Positivo	Favorece o protagonista da história
Negativo	Desfavorece o protagonista da história
Final Feliz ou Placado	Minimiza o conflito evocado anteriormente e favorece o protagonista da história
Ausente	Não há desfecho na história

Nas Pranchas 4 e 13HF os desfechos foram mais negativos nos dois grupos, e nas Pranchas 10 e 16, o desfecho positivo foi o mais referido nas histórias dos dois grupos como pode ser visto na *tabela 6*, o que pode indicar que nem sempre as soluções são positivas para os conflitos evocados nas histórias .

Tabela 6 – Desfechos nas histórias contadas pelos grupos de pacientes e controle.

Prancha	Positivo		Negativo		Final feliz ou placado		Ausente	
	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC
4	31%	34%	37%	40%	9%	11%	6%	11%
10	66%	80%	6%	3%	9%	6%	6%	6%
13HF	23%	29%	46%	49%	14%	17%	6%	6%
16	60%	59%	14%	6%	6%	23,5%	6%	12%

3.2.6 Temas

A interação entre uma necessidade do herói e uma pressão ambiental juntamente com o desfecho constitui um tema. O tema ainda indica o enredo, motivação, e o principal aspecto dramático da história^{30, 36}. Esse foi o último item analisado nas histórias do TAT.

Como é apresentado na *tabela 7*, na Prancha 4 os temas que mais apareceram nas histórias do grupo de pacientes foram: conflito na continuidade da relação (20%) e conflitos no relacionamento (20%). No grupo controle, em 20% das histórias o tema foi de conflitos no relacionamento, seguido de traição (17%).

A Prancha 10 despertou mais temas positivos nos dois grupos, como atividade sexual positiva (29%) e satisfação do casal (23%) no grupo de pacientes; e relação familiar (20%) e atividade sexual positiva (20%) no grupo controle.

Os temas que mais surgiram nas histórias da Prancha 13HF do grupo dos pacientes foram insatisfação sexual física (20%) e morte do parceiro (14%). Por sua vez, no grupo controle, a morte do parceiro surgiu em 29% das histórias seguido de insatisfação sexual física em 23%.

Os principais temas nas histórias da Prancha 16 do grupo de pacientes foram: relação familiar (16%); atividade sexual positiva (16%); esperança e continuidade de vida (12%); insatisfação sexual física e relação afetiva (12%); insatisfação com a vida em geral (12%). Por sua vez, no grupo controle os principais temas foram: esperança continuidade da vida (23%) e relação familiar (23%).

Tabela 7 – Temas surgidos no grupo de pacientes e controle

Temas	P4		P10		P13HF		P16	
	Gpac	GC	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC
Apoio diante da crise ou doença	3%	6%	6%	9%	9%	17%	–	6%
Conflito na continuidade da relação	20%	14%	–	–	3%	–	8%	6%
Cumplicidade na relação	6%	–	9%	3%	–	–	–	–

Temas	P4		P10		P13HF		P16	
	Gpac	GC	GPac	GC	GPac	GC	GPac	GC
Desgaste no relacionamento	9%	11%	–	3%	6%	9%	4%	6%
Conflitos no relacionamento	20%	20%	–	–	3%	6%	–	–
Doença do herói	–	–	–	–	9%	9%	4%	–
Esperança na continuidade da vida	–	–	–	–	3%	–	12%	23%
Insatisfação sexual físico doença	–	–	–	–	9%	23%	4%	–
Insatisfação sexual física e relação afetiva	6%	–	–	6%	20%	–	12%	–
Morte do parceiro	–	–	–	–	14%	29%	4%	12%
Relação familiar	6%	–	6%	20%	–	–	16%	23%
Atividade sexual positiva	3%	3%	29%	20%	6%	–	16%	–
Reconciliação	3%	11%	6%	–	3%	–	–	6%
Satisfação do casal	6%	6%	23%	–	–	–	–	–
Insatisfação do casal	–	–	3%	–	–	–	4%	–
Traição	3%	17%	–	–	6%	6%	4%	12%
Desesperança com relação a vida	–	–	–	–	–	–	–	6%
Insatisfação com a vida em geral	–	–	–	–	–	–	12%	–
Sem tema	–	–	3%	–	–	–	–	–

4 DISCUSSÃO

Como é sabido, a valvopatia acomete principalmente pacientes adultos jovens, ou seja, o momento da vida considerada mais produtiva, de estabilidade econômico-financeira e da formação do sistema marital. O surgimento de uma doença crônica como é o caso da valvopatia levará o paciente a várias limitações e interrupções ao longo de sua vida para tratamentos e hospitalizações nos casos de crises e/ou quando forem submetidos à cirurgia. A cirurgia por sua vez busca melhorar a qualidade de vida desses pacientes, mas ela também gera sentimentos de menos valia, agressividade, ansiedade diante das hospitalizações e influências na imagem corporal²². Esses sentimentos, aliados a sintomas físicos que poderão surgir, influenciarão de forma negativa a atividade sexual do paciente. Além dos fatores físicos, outros fatores como os emocionais, econômicos e culturais devem ser levados em conta ao investigar a atividade sexual, uma vez que o baixo nível de escolaridade aumenta o risco de inibição do desejo relacionado à atividade sexual e até de disfunções sexuais³⁷. No caso da presente pesquisa, tanto o grupo de pacientes como o grupo controle apresentaram uma predominância de sujeitos do sexo feminino com idade superior a 30 anos, ou seja, adultos jovens, que estavam casados ou amasiados no momento da entrevista, e com escolaridade de no máximo ensino médio completo.

No período crítico que antecede a cirurgia e no período logo após a ela (pós-cirúrgico), os pacientes apresentaram uma redução da frequência e da satisfação com relação à frequência da atividade sexual e sobretudo da satisfação com relação ao

desempenho sexual, porém, esse fato é esperado uma vez que nesses períodos o paciente pode estar debilitado fisicamente. Além disso, costumeiramente, surgem sintomas como falta de ar, cansaço, tontura e palpitação^{38, 39}.

Já após o pós-cirúrgico imediato, ou seja, após no mínimo um ano da realização da cirurgia, é importante observar que, individualmente, 46% dos pacientes reduziram a frequência da atividade sexual, 37% aumentaram e 17% mantiveram a mesma frequência anterior, ou seja, a mesma do momento da descoberta da doença. Esses dados são equivalentes aos encontrados na literatura internacional em que a maioria dos pacientes, após um evento cardíaco, apresentam uma redução da frequência da atividade sexual. Porém, nesses estudos^{40, 41, 42}, a amostra foi composta por pacientes idosos que, além dos fatores físicos, exibem uma relação sobre a importância das seqüências de eventos ao longo da vida e de uma interiorização de modos de funcionamento que influenciam na atividade sexual do indivíduo. Ademais, as pessoas possuem um repertório de significações da interação sexual que fazem com que se comportem de uma determinada forma ou não^{43, 44}. Dessa maneira, mudanças na atividade sexual podem estar atreladas a situações de envelhecimento ou juventude, ocorrendo mudança com o passar da idade²⁵ como, por exemplo, uma redução independentemente de ter uma doença cardíaca ou ter sido submetido a alguma cirurgia.

Os resultados relacionados à frequência da atividade sexual não apresentaram comportamento similar entre os pacientes do sexo masculino e feminino, uma vez que 70% dos pacientes do sexo masculino relataram redução da frequência da atividade sexual após a cirurgia, enquanto que apenas 36% dos pacientes do sexo feminino referiram esta redução. Isso indica que os pacientes do sexo masculino

apresentaram uma maior redução da atividade sexual após a cirurgia em comparação aos pacientes do sexo feminino.

No que tange à satisfação relacionada à frequência da atividade sexual, no período após a cirurgia, 37% dos pacientes mantiveram o mesmo nível de satisfação referido para o momento da descoberta da doença, 34% aumentaram e 29% relataram uma redução deste nível. Já em relação à satisfação referente ao desempenho sexual, a maioria dos pacientes (43%) mantiveram o mesmo nível de satisfação após a cirurgia referido para o momento da descoberta da doença, 31% aumentaram e 26% relataram redução deste nível. Ao se comparar os pacientes do sexo feminino e masculino, a percepção de redução do nível de satisfação em relação à frequência da atividade sexual após a cirurgia foi mais presente no grupo dos homens (50%), enquanto que a maioria das mulheres apresentaram um aumento do nível satisfação (40%) ou o mantiveram (40%). O mesmo fenômeno ocorreu em relação ao nível de satisfação referente ao desempenho sexual, já que a maioria dos homens (50%) apresentaram redução do nível de satisfação referente ao desempenho sexual após a cirurgia, enquanto que 48% das mulheres o mantiveram e 36% relataram aumento deste nível de satisfação. Essa insatisfação leva a crer que os pacientes do sexo masculino estão tendo mais dificuldades no retorno à atividade sexual após a cirurgia, o que pode estar relacionado a problemas de ordem física e emocional. Estes resultados corroboram com várias pesquisas presentes na literatura internacional que apontam para uma redução do desempenho sexual após eventos cardíacos, especialmente para os pacientes do sexo masculino^{40, 42}.

Embora 46% do grupo dos pacientes tenha reduzido a frequência da atividade sexual após a cirurgia, grande parcela desse grupo (43%) afirmou manter uma

freqüência de atividade sexual de 2 a 3 vezes por semana, o que seria maior do que a referida pelo grupo controle, no qual 43% referiu manter a atividade sexual em uma freqüência de até uma vez por semana.

As situações que favorecem o bom desempenho sexual referidas pelos dois grupos foram semelhantes: tempo suficiente e tranquilidade; intimidade com parceiro; ambiente apropriado; atração física pelo parceiro; interesse da parceira; relacionamento com afeto e sentimento; e relacionamento com compromisso.

Por outro lado, em relação às situações que interferem negativamente no desempenho sexual e aos medos relacionados ao sexo, observa-se que estes foram mais intensos no grupo dos pacientes, mostrando-se, portanto, mais vulnerável. A ansiedade ($p=0,026$) foi apresentada como uma situação importante que interferia negativamente no desempenho sexual dos pacientes, assim como atividade sexual com programação ($p=0,143$), que também pode ser apontada como uma importante interferência negativa no desempenho sexual. É importante ressaltar que a ansiedade está muito presente na literatura acerca de estudos sobre pacientes portadores de doença cardíaca como um fator relevante que interfere negativamente no desempenho sexual desses indivíduos^{45, 46}.

O medo de contrair alguma doença sexualmente transmissível foi relevante para os dois grupos, porém, no grupo de pacientes, os medos de não satisfazer sexualmente ($p=0,018$), de não ser aceito ($p=0,023$) e de não ter excitação pelo parceiro ($p=0,017$) foram experienciados com maior intensidade e, portanto, indicam maior número de interferências negativas para este grupo. Observa-se que estes fatores interferem no relacionamento conjugal e, logo, na atividade sexual. Além disso, pode-se inferir que esses medos poderão gerar dificuldades no desempenho

sexual e poderá levar o paciente ou até mesmo seu parceiro a usar a cardiopatia como razão para não realizar a atividade sexual ¹.

Os medos, associados à manutenção do nível de satisfação referido pela maioria dos pacientes em relação à frequência e ao desempenho sexual para os períodos antes da cirurgia e o atual, podem indicar que o conceito de satisfação relacionado a essa atividade tenha sofrido mudanças após a cirurgia, uma vez que essa atividade pode não assumir a mesma importância para os dois períodos distintos.

Também, após a cirurgia, 37% do grupo de pacientes afirmou que houve mudanças no interesse sobre a atividade sexual, o que coincide com outras pesquisas que apontaram para o fato dos pacientes cardíacos referirem diminuição no interesse na atividade sexual após algum evento ou até mesmo após o diagnóstico da doença ^{40, 42}. Em relação às mudanças ocorridas nos relacionamentos familiares e sociais e amorosos, mais de 50% dos pacientes afirmaram perceber alterações relacionadas à necessidade de cuidados especiais, dependência, irritabilidade e distanciamento do parceiro por medo de uma nova ocorrência de um evento cardíaco.

Como era esperado, em todas as pranchas do TAT, a maioria dos pacientes e dos sujeitos do grupo controle conseguiram projetar suas vidas e descreveram suas próprias vivências nos personagens. Isso ficou evidenciado pelo fato da maioria dos heróis terem o mesmo sexo e faixa etária dos participantes da pesquisa; além disso, nos dois grupos, muitos conduziram suas histórias para a situação de vida pela qual passavam ⁴⁷. Porém, ao se comparar os dois grupos, observa-se que os pacientes tiveram mais dificuldades para contar histórias para as pranchas, ou seja, apresentaram maiores dificuldades para projetar suas vivências.

De modo geral, no TAT, percebeu-se que os temas das histórias foram mais negativos sobretudo no grupo de pacientes, como conflitos no relacionamento, na continuidade da relação, insatisfação sexual física juntamente com a relação afetiva, morte do parceiro e insatisfação com a vida no geral. As principais situações defrontadas pelos pacientes foram sexo, apoio e procura de afeto e as Pranchas ainda mobilizaram necessidades emocionais de sexo, apoio e afiliação¹. Assim, ao mesmo tempo que a atividade sexual é uma situação defrontada, ela também é uma necessidade para os pacientes.

No grupo controle, por sua vez, as maiores situações defrontadas foram apoio, procura de afeto e desavença com companheiros associados às necessidades emocionais de apoio e sexo.

Percebe-se que sexo é a situação defrontada mais referida no grupo de pacientes, o que indicaria ser esta uma variável importante e que nem sempre é solucionada com sucesso. Além disso, outra diferença é a intensidade com as quais as maiores necessidades emocionais são referidas, uma vez que, embora a necessidade emocional de apoio também seja referida no grupo de pacientes, esta aparece como mais relevante para o grupo controle, enquanto que nos pacientes a mais relevante é a necessidade de sexo, ou seja indicando que os pacientes apresentam maior necessidade em buscar e desfrutar da companhia de pessoas do sexo oposto ou até do mesmo sexo, além da necessidade de que alguém o proteja, estimule-o, console-o ou mesmo o perdoe¹.

No que se refere ao grau de relevância da atividade sexual, tanto no grupo de pacientes (47%) quanto no grupo controle (51%), uma parcela considerável dos sujeitos considerou-a importantíssima e prioritária para a harmonia do casal. Porém,

no que tange à combinação entre atividade sexual e cardiopatia, a maioria dos pacientes (46%) e do grupo controle (63%) a relata como sendo negativa. Algumas causas para essa relação negativa advêm do fato de acreditarem que o aumento dos batimentos cardíacos durante a atividade sexual é um tipo de arritmia, que a atividade gera cansaço, que podem ter uma parada cardíaca durante a atividade sexual ou mesmo devido a medos relacionados à cicatriz^{1, 13}. Estas podem ser consideradas como mais algumas das razões para a redução da frequência e da satisfação em relação à atividade sexual. Assim, percebe-se que alguns medos são experienciados com maior intensidade no grupo de pacientes e conseqüentemente poderão gerar problemas na atividade sexual, aspecto considerado como sendo muito importante para a harmonia do casal. Algumas pesquisas internacionais encontraram essas mesmas razões para a diminuição da atividade sexual^{48, 49}.

A idéia de que a cardiopatia e a própria cirurgia possam ser eventos que proporcionam dificuldades ao retorno à atividade sexual é corroborada por Tardiff⁵⁰, ao afirmar que é comum o surgimento de problemas sexuais em grande parte dos pacientes cardíacos. No entanto, é importante enfatizar que somente 0,6% de casos de morte súbita são atribuíveis ao intercuro sexual, considerando a morte durante a atividade sexual um evento raro⁵¹. Neste caso, deve-se ressaltar a importância de o paciente ter uma boa aderência ao tratamento^{16, 18}.

Ademais, alguns pacientes disseram abrir mão da atividade sexual como opção para ter uma vida mais longa, porém deve-se levar em conta que o ser humano é um dos poucos seres que mantêm atividade sexual espontaneamente a qualquer momento durante o ciclo da vida, uma vez que seu objetivo não é somente o da

reprodução, mas também tem a finalidade de busca de prazer e até mesmo como experiência ao longo da relação interpessoal⁵².

Por fim, no grupo de pacientes (63%) a maioria referiu não ter tido informações sobre a atividade sexual ao longo da vida, enquanto que no grupo controle a maioria (54%) apresentou ter recebido informações ($p=0,113$). Quando se analisa esses dados juntamente com os dados relacionados à maior dificuldade na fase em que iniciou a atividade sexual o grupo de pacientes apresentou mais dificuldades que o grupo controle, pode-se indicar que quanto mais informado o indivíduo esteja sobre a atividade sexual menos chances ele terá de apresentar alguma dificuldade nessa esfera. Além disso, muitos dos temores que interferem na frequência e no desempenho da atividade sexual podem ser solucionados por orientações da equipe de saúde sobre a atividade sexual. Segundo Mandras *et al*⁵³ os pacientes desejam receber informações sobre requisitos fisiológicos da atividade sexual e sobre o impacto que a doença exerce sobre seu desempenho sexual, mas eles provavelmente não sabem como perguntar e tanto os pacientes quanto a equipe de saúde são relutantes para tratar desse assunto⁵⁴. Porém, se os pacientes forem tratados adequadamente, estes podem melhorar o desempenho da atividade sexual e manterem-se ativos até a idade de 80 e 90 anos⁴⁹, melhorando assim a qualidade de vida. Logo, ressalta-se a necessidade da equipe de saúde estar preparada para discutir e dar orientações sobre o retorno da atividade sexual após a cirurgia^{49, 55}.

4.1 Considerações Finais

Uma das limitações do estudo refere-se ao pequeno tamanho da amostra (35 sujeitos em cada grupo), o que impossibilitou possíveis generalizações a partir da aplicação de métodos quantitativos. Esta limitação é justificada dada a inviabilidade de se explorar um número maior de casos com a profundidade necessária e no espaço de tempo disponível. Entretanto, o desenho exploratório desta pesquisa foi apropriado dado o pouco conhecimento que se tem sobre o tema. Assim, tais características exploratórias do estudo justificam o uso de análises qualitativas, já que a partir delas se pode apontar tendências em detrimento da expansão da amostra para fins de eventuais generalizações. Outro ponto a ser destacado foi a recusa de inúmeros sujeitos em participar da pesquisa o que pode ter gerado um viés, uma vez que não se conhecem as razões da recusa.

Sugere-se que, em estudos posteriores, inclua-se o parceiro na amostra a ser pesquisada, uma vez que suas respostas podem complementar os achados do estudo, e também se inclua as entrevistas em outros momentos como o pré-cirúrgico, o que contribuirá para uma melhor interpretação e análise da situação-problema, além de complementar a presente pesquisa.

5 CONCLUSÕES

No grupo de pacientes houve redução da frequência da atividade sexual nos períodos crítico que antecede a cirurgia, logo após a cirurgia, e atual, ou seja, de no mínimo um ano após a cirurgia. Porém, houve um ligeiro aumento em relação à satisfação com a frequência e com o desempenho sexual depois da cirurgia.

Após a cirurgia, comparado ao grupo controle, os pacientes referiram maior satisfação com relação à frequência da atividade sexual, porém menor satisfação relacionada ao desempenho sexual.

Individualmente, em relação ao período do descobrimento da doença, os pacientes mantiveram ou aumentaram a satisfação referente à frequência e ao desempenho sexual após a cirurgia. Entretanto, houve redução do nível de satisfação em relação à frequência da atividade sexual e ao desempenho sexual após a cirurgia para os homens, enquanto que as mulheres mantiveram ou aumentaram a satisfação nesse mesmo período.

Além disso, o grupo de pacientes afirmou que a atividade sexual com programação e, principalmente, a ansiedade são situações que interferem negativamente no desempenho sexual. Ademais, os pacientes referiram medos como não satisfazer sexualmente, de não ser aceito e não ter excitação pelo parceiro, que também interferem negativamente na frequência e na satisfação da atividade sexual após a cirurgia.

O grupo de pacientes também afirmou que houve mudanças nos seus relacionamentos familiares, sociais e amorosos e que suas razões estariam

principalmente relacionadas à necessidade de cuidados especiais, à dependência, à irritabilidade e ao distanciamento do parceiro por medo de uma nova ocorrência de evento cardíaco.

Ademais, o TAT apontou para uma maior intensidade em relação às necessidades emocionais de planejar e manter uma atividade sexual, de apoio e de procura de afeto para o grupo de pacientes. Por fim, tanto no grupo de pacientes quanto no grupo controle, uma parcela considerável de sujeitos consideraram a atividade sexual prioritária para a harmonia do casal, além de afirmar que a combinação de atividade sexual e cardiopatia é negativa.

Em vista disso, as causas para tais resultados poderiam ser amenizadas através de orientação adequada por parte da equipe de saúde, o que poderia propiciar o pleno retorno à atividade sexual e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida desses pacientes após a cirurgia de valvopatia.

6 ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Nome do Paciente:.....
 Documento de Identidade Nº. : Sexo: M ☐ F ☐
 Data de Nascimento:/...../.....
 Endereço:.....Nº:.....
 . Apto.:.....Bairro:.....
 Cidade:.....Estado:.....
 CEP:.....Telefone:(.....)

2. Responsável Legal:.....
 Natureza (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 Documento de Identidade :..... Sexo: M ☐ F ☐
 Data de Nascimento:/...../.....
 Endereço:.....Nº:.....
 .Apto.:.....Bairro:.....
 Cidade:.....Estado:.....
 CEP:.....Telefone:(.....).....

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa com pacientes submetidos à cirurgia de valvopatia, cujo título é “Atividade Sexual dos Pacientes Submetidos à Cirurgia de Valvopatia” e tem como objetivo investigar a atividade sexual dos pacientes submetidos à cirurgia de correção de valvopatia.

Caso o (a) Sr. (a) concorde em participar deste protocolo de pesquisa, deverá responder algumas perguntas sobre sexualidade e também criar quatro histórias, a partir da apresentação de algumas imagens contidas nas pranchas do Teste de Apercepção Temática. É importante ressaltar que, após análise do conteúdo, as gravações serão apagadas. O tempo de duração será de, aproximadamente, 50 minutos.

Não é esperado causar-lhe nenhum desconforto e a pesquisa não envolve riscos.

Sua participação neste estudo é voluntária, sendo assim, o (a) Sr. (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer instante e interromper a participação na pesquisa, sem que isto traga qualquer prejuízo à sua assistência no Hospital. Sua identidade, bem como as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, mas o (a) Sr. (a) terá acesso às suas informações sobre o estudo sempre que solicitado.

A pesquisadora deste protocolo é a psicóloga Vanessa Mendonça Lima (CRP 06/77571), a qual terá como responsável direta a Prof^a. Dr^a. Bellkiss Wilma Romano, que poderá ser encontrada no Serviço de Psicologia InCor HCFMUSP, localizado na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 – 2º andar – Bloco I – São Paulo/SP – CEP 05403-900.

Eu,....., declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo,.....de.....de 20.....

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura e Carimbo do Pesquisador Executante

ANEXO II

Questionário dirigido destinado a pacientes submetidos a cirurgia de valvopatia**I. Identificação**

1. Paciente: _____ 2. RGHC: _____

3. Data da aplicação: ____/____/____

4. Idade: _____ anos

5. Sexo: Masculino () Feminino ()

6. Estado civil: Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Amasiado(a) ()
Possui parceiro atualmente? Sim () Não ()7. Religião: Católica () Evangélica () Protestante () Judaica () Espírita ()
Ateu ()
Outra () Qual? _____ É praticante? Sim ()
Não ()8. Educação: Analfabeto () Ensino Fundamental - completo ()
incompleto ()
Ensino Médio - completo () incompleto () Ensino Superior - completo ()
incompleto ()9. Profissão: _____ Empregado(a) () Desempregado(a) ()
Prof. Autônomo ()
Aposentado(a) ()

10. Há quanto tempo fez a cirurgia de válvula? _____

11. Houve alguma complicação após a cirúrgica? Sim () Não ()

Qual? _____
Quanto tempo após a cirurgia? _____

12. Número de internações após a cirurgia: 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () mais de 6 ()

13. ANTES da cirurgia de válvula, você recebeu diagnóstico psiquiátrico ou tomou medicação para ansiedade, depressão, epilepsia ou outras?
Sim () Não () Qual? _____

1

4. APÓS a cirurgia de válvula, você recebeu diagnóstico psiquiátrico ou tomou medicação para ansiedade, depressão, epilepsia ou outras?
Sim () Não () Qual? _____

15. Faz uso de álcool atualmente? () vezes por semana () vezes por mês () não faz

16. Você fuma? () Sim. Números de cigarro por dia: _____ Há quanto tempo fuma? _____ anos
() Não () sou ex-fumante. Fumei dos _____ aos _____ anos de idade17. Você usa drogas (maconha, cocaína, crack, etc.)? () Não () Sim.
Quais? _____

18. Você teve relações sexuais nos últimos doze meses? () Sim () Não

19. Você teve durante sua vida algum tipo de informação sobre atividade sexual? (____) Não (____) Sim. Quem orientou? _____

20. Você teve alguma dificuldade na fase em que iniciou sua vida sexual? (____) Não (____) Sim. Qual? _____

II – Questionário

21. Notou alguma mudança em seus relacionamentos familiares, sociais, APÓS a cirurgia ?

Sim () Não () Qual? _____

22. E no seu relacionamento amoroso? Sim () Não () Qual? _____

23. Notou alguma mudança no seu interesse sexual após a cirurgia? Sim () Não () Qual? _____

24. Do aparecimento da doença, sem considerar o período crítico que antecede a cirurgia (em que se está debilitado fisicamente), com que frequência você mantinha relações sexuais?

(____) vezes por semana (____) vezes por mês () não fazia

25. Em relação a esse período, sem considerar o período crítico que antecede a cirurgia quanto a frequência com que você mantinha relações sexuais, você estava:

Muito satisfeito(a) () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito(a) () Muito insatisfeito(a) ()

26. E quanto ao seu desempenho sexual nesse mesmo período? Você estava:

Muito satisfeito(a) () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito(a) () Muito insatisfeito(a) ()

27. Durante o período crítico que antecede a cirurgia (em que se está debilitado fisicamente), com que frequência você mantinha relações sexuais?

(____) vezes por semana (____) vezes por mês () não fazia

28. Durante o período crítico que antecede a cirurgia quanto a frequência com que você mantinha relações sexuais, você estava:

Muito satisfeito(a) () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito(a) () Muito insatisfeito(a) ()

29. E quanto ao seu desempenho sexual nesse mesmo período? Você estava:

Muito satisfeito(a) () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito(a) () Muito insatisfeito(a) ()

30. Imediatamente após a cirurgia com que frequência você mantinha relações sexuais?

(____) vezes por semana (____) vezes por mês () não faz

31. Imediatamente após a cirurgia, com relação a frequência com que você mantinha relações sexuais você está:

Muito satisfeito(a) () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito(a) () Muito insatisfeito(a) ()

32. E quanto ao seu desempenho sexual nesse período? Você está:

Muito satisfeito(a) () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito(a) () Muito insatisfeito(a) ()

33. Atualmente, após a realização da cirurgia, com que frequência você tem mantido relações sexuais?

(____) vezes por semana (____) vezes por mês () não faz

34. E com relação a frequência você está:

Muito satisfeito(a) () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito(a) () Muito insatisfeito(a) ()

35. E quanto ao seu desempenho sexual? Você está:

Muito satisfeito(a) () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito(a) () Muito insatisfeito(a) ()

36. Você ou seu (sua) parceiro(a) usa preservativo (camisinha) com que frequência?

Nunca () Quase nunca () Às vezes () Quase sempre () Sempre ()

37. Assinale as situações que interferem negativamente no seu desempenho sexual:

- ☐ parceira (o) antiga (o), relacionamento acomodado
- ☐ parceira (o) recente
- ☐ parceira (o) mais experiente que você
- ☐ parceira (o) pouco experiente ou inexperiente
- ☐ cansaço, excesso de trabalho
- ☐ pouco tempo para a relação sexual, pressa
- ☐ dificuldades sexuais da (o) parceira (o)
- ☐ exigências da parceira (o)
- ☐ ansiedade
- ☐ medo de falhar
- ☐ sexo com programação, falta de espontaneidade
- ☐ falta de atração pela (o) parceira (o)
- ☐ “compromisso” no relacionamento
- ☐ atividades diárias (trabalho, trânsito, horários, filhos, etc.)
- ☐ falta de aceitação dos “outros” sobre sua “opção” sexual
- ☐ sua não-aceitação da própria “opção” sexual

38. Assinale as situações que contribuem para seu bom desempenho sexual:

- ☐ tempo suficiente, tranquilidade
- ☐ “clima”, ambiente apropriado
- ☐ atração física pela (o) parceira (o)
- ☐ intimidade com a (o) parceira (o)
- ☐ interesse da (o) parceira (o)
- ☐ relacionamento com “compromisso”
- ☐ relacionamento com afeto, sentimento
- ☐ outra. Qual?

39. Qual o grau de importância do sexo para a harmonia do casal?

- ☐ importantíssimo, prioridade
- ☐ pouco importante
- ☐ geralmente importante
- ☐ nada importante

40. Você tem algum medo em relação ao sexo?

- ☐ ficar grávida ou engravidar a parceira
- ☐ perder a ereção (ou o pênis do seu parceiro amolecer)
- ☐ não ter orgasmo
- ☐ terminar muito rápido (ou seu parceiro ejacular muito rápido)
- ☐ não satisfazer sexualmente a (o) parceira (o)
- ☐ pegar doença sexualmente transmissível (DST)
- ☐ não ser aceito pela (o) parceira (o)
- ☐ não ter excitação (“não ter tesão”) pela (o) parceira (o)
- ☐ não saber fazer alguma coisa. Exemplo: beijar, estimular o sexo da (o) parceira (o)
- ☐ outro. Qual?

41. Alguma(s) dessas situações ocorre por causa dos efeitos colaterais da medicação que você toma atualmente?

Sim () Não () Não sei () Qual (is) dela(s)?

42. O que você pensa a respeito da combinação sexo e cardiopatia?

Observações: _____

ANEXO III

Questionário destinado ao grupo controle

I. Identificação

1. Nome: _____
2. Data da aplicação: ____/____/____ 3. Idade: _____ anos
4. Sexo: Masculino () Feminino ()
5. Estado civil: Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Amasiado(a) ()
Possui parceiro atualmente? Sim () Não ()
6. Religião: Católica () Evangélica () Protestante () Judaica () Espírita () Ateu ()
Outra () Qual? _____ É praticante? Sim () Não ()
7. Educação: Analfabeto ()
Ensino Fundamental - completo () incompleto ()
Ensino Médio - completo () incompleto ()
Ensino Superior - completo () incompleto ()
8. Profissão: _____
Empregado(a) ()
Desempregado(a) ()
Prof. Autônomo ()
Aposentado(a) ()
9. Faz uso de álcool atualmente? () vezes por semana () vezes por mês () não faz
10. Você fuma? () Sim. Números de cigarro por dia: _____ Há quanto tempo fuma? _____ anos
() Não () sou ex-fumante. Fumei dos _____ aos _____ anos de idade
11. Você usa drogas (maconha, cocaína, crack, etc.)? () Não () Sim. Quais?

12. Você teve relações sexuais nos últimos doze meses? () Sim () Não
13. Você teve durante sua vida algum tipo de informação sobre atividade sexual? () Não () Sim. Quem orientou? _____
14. Você teve alguma dificuldade na fase em que iniciou sua vida sexual? () Não () Sim. Qual?

II – Questionário

15. Atualmente, com que frequência você tem mantido relações sexuais?
() vezes por semana () vezes por mês () não faz

16. Assinale as situações que interferem negativamente no seu desempenho sexual:

- ☐ parceira (o) antiga (o), relacionamento acomodado
☐ parceira (o) recente
☐ parceira (o) mais experiente que você
☐ parceira (o) pouco experiente ou inexperiente
☐ cansaço, excesso de trabalho
☐ pouco tempo para a relação sexual, pressa
☐ dificuldades sexuais da (o) parceira (o)
☐ exigências da parceira (o)
☐ ansiedade
☐ medo de falhar
☐ sexo com programação, falta de espontaneidade
☐ falta de atração pela (o) parceira (o)
☐ “compromisso” no relacionamento
☐ atividades diárias (trabalho, trânsito, horários, filhos, etc.)
☐ falta de aceitação dos “outros” sobre sua “opção” sexual
☐ sua não-aceitação da própria “opção” sexual

17. Assinale as situações que contribuem para seu bom desempenho sexual:

- ☐ tempo suficiente, tranquilidade
☐ “clima”, ambiente apropriado
☐ atração física pela (o) parceira (o)
☐ intimidade com a (o) parceira (o)
☐ interesse da (o) parceira (o)
☐ relacionamento com “compromisso”
☐ relacionamento com afeto, sentimento
☐ outra. Qual?

18. Qual o grau de importância do sexo para a harmonia do casal?

- ☐ importantíssimo, prioridade ☐ pouco importante
☐ geralmente importante ☐ nada importante

19. Você considera seu desempenho sexual?

- ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ não tenho vida sexual

20. Como você se sente ao falar sobre sexo?

- ☐ envergonhada (o) ☐ nem envergonhada (o) nem à vontade ☐ à vontade

21. Você tem algum medo em relação ao sexo?

- ☐ ficar grávida ou engravidar a parceira
☐ perder a ereção (ou o pênis do seu parceiro amolecer)
☐ não ter orgasmo
☐ terminar muito rápido (ou seu parceiro ejacular muito rápido)
☐ não satisfazer sexualmente a (o) parceira (o)
☐ pegar doença sexualmente transmissível (DST)
☐ não ser aceito pela (o) parceira (o)
☐ não ter excitação (“não ter tesão”) pela (o) parceira (o)
☐ não saber fazer alguma coisa. Exemplo: beijar, estimular o sexo da (o) parceira (o)
☐ outro. Qual?

22. O que você pensa a respeito da combinação sexo e cardiopatia?

Observações:

ANEXO IV

Prancha 4

Fonte: MURRAY H A. **Teste de apercepção temática (TAT) – manual**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Anexo V

Prancha 10

Fonte: MURRAY H A. **Teste de apercepção temática (TAT) – manual**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Anexo VI

Prancha 13 HF

Fonte: MURRAY H A. **Teste de apercepção temática (TAT) – manual**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Anexo VII

Prancha 16

Fonte: MURRAY H A. **Teste de apercepção temática (TAT) – manual**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ ABUD MP, LIMA VM, WATANABE C, ROMANO BW. **Estudo da Sexualidade dos Pacientes Submetidos à Cirurgia de Válvula**. Monografia de Aprimoramento, Departamento de Psicologia, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2006.

² FOUCAULT M. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

³ ABDO CHN, OLIVEIRA Jr WM, MOREIRA ED, FITTIPALDI JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. **Rev Bras de Medicina**. 2002; (59)4: 205–257.

⁴ MABILDE LC. Três descobertas fundamentais sobre a sexualidade. In: FERRO A, FARIA CG, EIZIRIK CL, BIRKSTED-BREEN D, PERSON ES, NOGUEIRA JÁ, MABILDE LC, CARON NA, HERTKE R, MACHADO RN, LEWKOWICK S. **Psicanálise e Sexualidade: tributo ao Centenário dos Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade 1905-2005**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

⁵ VITIELLO N. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. **Ver. Bras. Med.** 1998; nov. (Edição Especial). Disponível em http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=1451&fase=imprime Acesso em: 22/11/2006.

⁶ KINSEY AC. **Conduta sexual da mulher**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1954.

⁷ ABDO CHN, MOREIRA JR ED, FITTIPALDI JAS. Estudo do comportamento sexual no Brasil – ECOS. **Rev Bras de Medicina**. 2000; 57(11):1329–1335.

⁸ ABDO CHN. **Descobrimento Sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos**. São Paulo: Summus, 2004.

⁹ SCAVINO M de T. Perfil de sujeitos da amostra que evitaram responder sobre aids no Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. **Diagn Tratamento**. 2007; 12(1):93-6.

¹⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual health document series. Defining sexual health; 2002. Disponível em <http://www.who.int/reproductive_health/prblications/sexualhealth/defining_sh.pdf> . Acesso em: 05/05/2009.

¹¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Progress in Reproductive Health Research. Sexual Health – a new focus for WHO; 2004. Disponível em <<http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf>>. Acesso em: 05/05/2009.

¹² MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS (DSM- IV). Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php>. Acesso em: 01/01/2006.

¹³ RODRIGUES Jr OM. Sexualidade: princípios para a área hospitalar. In: ISMAEL, S. M. C. **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

¹⁴ ROMANO B, HOJAIJ EM, ALEM SA, PIRES CA, FAVARATO MECS, LEONARDI AI. Sexualidade e cardiopatia: um tabu a ser enfrentado. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**. 1998; (8)5(supl A):1-8.

¹⁵ CARVALHO L, CIDADE W. Depressão, impotência e cardiopatia. **Rev SOCERJ**. 2000; (XIII)3:46-49.

¹⁶ DEBUSK R, DRORY Y, GOLDSTEIN I, JACKSON G, KAUL S, KIMMEL SE, KOSTIS JB. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton consensus panel. **The American Journal of Cardiology**. 2000; (86):175-181.

¹⁷ PALMORE EB. Predictores of the Longevity Difference: A 25-Year Follow-up. **Gerontologist**. 1982; 22(6):513-518.

¹⁸ ALBANESI FILHO FM. A doença cardíaca, a insegurança e a disfunção sexual. **Rev SOCERJ**. 2000; (XIII)3:136–142.

¹⁹ ROMANO BW. Por que considerar os aspectos psicológicos na cirurgia de revascularização do miocárdio. In: ROMANO, Bellkiss W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.

²⁰ FAVARATO MECS, ALDRIGHI JM, FAVARATO D, MANSUR A de P. Aspectos psicológicos das mulheres cardiopatas no climatério. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=964&fase=imprime>. Acesso em: 22/11/2006.

²¹ LONGO VGT. Aspectos psicológicos dos valvopatas. In: LAMOSA, Bellkiss. W. R. **Psicologia Aplicada à Cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1990.

²² ROMANO BW. **Psicologia e Cardiologia: encontros possíveis**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

²³ LAUMAN EO, PALK A, ROSEN RC. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. **Jama**. 1999; 281(6):537-44.

²⁴ FERNÁNDEZ ML, LORENZO MG, DIÉGUEZ SA. Actividad sexual em enfermos/as cardíacos/as. Um estudio empírico. **Atención Primaria**. 2000; (26)4:249-254.

²⁵ DANTAS RAS, AGUILLAR OM, BARBEIRA CBS. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2001; (9)4:26-31.

²⁶ VACANTI LJ, CARAMELLI B. Idade e Distúrbios Psicológicos. Variáveis Associadas à Disfunção Sexual no Período Pós-Infarto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2005; (85) 2:110-113.

²⁷ MANDRAS SA, UBER PA, MEHRA MR. Sexual activity and chronic heart failure. **Mayo Clin Proc**. 2007; 82(10):1203-1210.

-
- ²⁸ STEINKE E, PATTERSON-MIDGLEY P. Sexual counseling following acute myocardial infarction. **Clinical Nursing Research**. 1996; (5)4:462-466.
- ²⁹ STEIN R, HOHMANN CB. Atividade sexual e coração. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2006; (86) 1:61-67.
- ³⁰ MURRAY H A. **Teste de apercepção temática (TAT) – manual**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- ³¹ ANASTACI A. Técnicas Projetivas. In: ANASTACI, A. **Testes Psicológicos: teoria e aplicação**. São Paulo: Herder: Edusp, 1965. Cap. 20, p. 650-696: Técnicas Projetivas.
- ³² BARROS IPM de. **Características psicológicas da primeira e da segunda gravidez: o uso do DHF e do TAT na assistência pré-natal**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2004.
- ³³ HERZBERG E. **Estudos normativos do Desenho da Figura Humana (DHF) e do Teste de Apercepção Temática (TAT) em mulheres: Implicações para o atendimento a gestantes**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- ³⁴ RICHARDSON RJ, PERES JAdeS, WANDERLEY JCV, CORREIA LM, PERES MdeHdeM, colaboradores. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3a ed. São Paulo: Atlas, 2008. Cap.4, p.55-69: Roteiro de um projeto de pesquisa.
- ³⁵ ANDERSON DR, SWEENEY DJ, WILLIAMS TA. **Estatística aplicada à administração e economia**. 2a ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008. Cap.11, p.399-426: Comparações envolvendo proporções e teste de independência.
- ³⁶ SILVA EF, coordenadores. **O Teste de Apercepção Temática (TAT) na Cultura Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1984.
- ³⁷ ABDO CHN, OLIVEIRA Jr WM, MOREIRA Jr E, ABDO JA, FITTIPALDI JAS. The impact of psychosocial factors on the risk of erectile dysfunction and inhibition of sexual desire in a sample of the Brazilian population. **São Paulo Med J**. 2005; 132(1):11-14.

-
- ³⁸ BRAUNWALD E, ZIPES DP, LIBBY P. **Tratado de medicina cardiovascular**. São Paulo: Rocco, 2003.
- ³⁹ AMATO MCM. **Cardiopatias Valvares**. São Paulo: Roca, 1998.
- ⁴⁰ JAARSMA T, DRACUP K, WALDEN J, STEVENSON LW. Sexual function in patients with advanced heart failure. **Heart Lung**. 1996; 25(4):262-270.
- ⁴¹ FROELICHER E, KEE L, NEWTON K. Return to work, sexual activity and other activities after acute myocardial infarction. **Heart Lung**. 1994; 23:423-434.
- ⁴² WESTLAKE C, DRACUP K, WALDEN JA, FONAROW G. Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners. **J Heart Lung Transplant**. 1999; 18(11):1133-1138.
- ⁴³ BONZON M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro, FGV, 2004.
- ⁴⁴ OLTRAMARI LC. Sociologia da sexualidade. **Rev Bras Educ** 2005; 29:182-184.
- ⁴⁵ STEINKE EE, *et al*. Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. **Heart Lung**. 2008; (37)5:323-333.
- ⁴⁶ FRIEDMAN S. Cardiac Disease, Anxiety, and Sexual Functioning. **Am J Cardiol**. 2000; 86(suppl):46F-50F.
- ⁴⁷ CAMPOS EMP, BACH C, ALVARES M. Estados emocionais do paciente candidato a transplante de medula óssea. **Psicologia: Teoria e Prática**. 2003, 5(2):23-36.
- ⁴⁸ NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *Jama*. 1993; 270:83-90 apud THORSON AI. Sexual Activity and the cardiac patient. **The American Journal of Geriatric Cardiology**. 2003; (12)1:38-40.
- ⁴⁹ THORSON AI. Sexual Activity and the cardiac patient. **The American Journal of Geriatric Cardiology**. 2003; (12)1:38-40.

⁵⁰ TARDIFF GS. Sexual activity after a myocardial infarction. **Arch Phys Med Rehabil.** 1989. 70:763-766.

⁵¹ UENO M. The so-called coition death. **Jpn J Leg Med.** 1963; 17:330-340.

⁵² NELSON AC, SHIELDS WC. Healthy sexuality. **Editorial/Contraception.** 2005; v.71, 399-401.

⁵³ MANDRAS SA, UBER PA, MEHRA MR. Sexual activity and chronic heart failure. **Mayo Clin Proc.** 2007; 82(10):1203-1210.

⁵⁴ Kinsey Institute New Report apud THORSON AI. Sexual Activity and the cardiac patient. **The American Journal of Geriatric Cardiology.** 2003; (12)1:38-40.

⁵⁵ LUNELLI RP, RABELLO ER, STEIN R, GOLDMEIR S, MORAES MA. Atividade sexual pós-infarto do miocárdio: tabu ou desinformação? **Arq Bras Cardiol.** 2008; 90(3): 172-176.