

Atividade sexual em portadores de angina estável

EDUARDO NAGIB GAUI

Chefe do Serviço de Cardiologia do Hospital Miguel Couto e Coordenador do Centro de Estudos do Prontocor

A angina estável é definida por sintomatologia anginosa típica já presente há várias semanas sem evidência de piora significativa¹. O sintoma angina do peito tem como causa o sofrimento isquêmico do miocárdio conseqüente à diferença entre a oferta e a demanda de oxigênio provocada pela presença de doença arterial coronariana obstrutiva, na grande maioria dos casos. Os sintomas são previsíveis e provocados por esforço ou por forte emoção e prontamente aliviam com repouso ou com o uso de nitrato sub-lingual. Outras causas podem independentemente provocar ou exacerbar a angina causada por doença arterial coronariana, incluindo-se aí a doença valvular aórtica, hipertrofia ventricular esquerda, hipertensão arterial (sem controle adequado), anemia e fibrilação atrial com ritmo ventricular acelerado. Estas entidades nosológicas devem ser sempre consideradas na discussão do diagnóstico da angina do peito, porém o foco deste artigo é a angina

estável no cenário da doença coronariana obstrutiva.

Pacientes portadores de doença arterial coronariana obstrutiva estão sob risco de, em um dado momento, desenvolver ruptura de placa aterosclerótica, o que pode precipitar instabilização da condição clínica definida como “estável”, levando-os a situações de agudização do tipo angina instável, infarto agudo do miocárdio ou morte súbita. Dada a relação da isquemia com o esforço ou forte emoção, fica clara a importância de se estratificar risco do paciente com angina estável e sua relação com a vida cotidiana, aí incluída uma vida sexual normal.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Entre pessoas de meia idade, a angina é duas vezes mais freqüente nos homens do que nas mulheres. A prevalência aumenta com a idade: de 2 a 5% nos

homens e 0,5 a 1% nas mulheres, entre 45 e 54 anos de idade para 11 a 20% nos homens e 10 a 14% nas mulheres, de 65 a 74 anos de idade. Após os 75 anos de idade, 1 em cada 3 homens e mulheres tem evidência de doença arterial coronariana e muitos tem angina de esforço.²

Em países onde a doença arterial coronariana (DAC) é prevalente, a angina é estimada afetar 30.000 a 40.000 pessoas por milhão. No Reino Unido 320.000 pessoas por ano se apresentam ao médico com angina do peito a cada ano.^{3,4}

A disfunção erétil (ED) afeta o mesmo grupo etário da angina e sua presença pode ser considerada como mais um fator de risco para presença de DAC. Encontra-se algum grau de ED em 52% dos homens, entre 40 e 70 anos de idade.⁵ A prevalência aumenta com a idade, alcançando 70% naqueles que se aproximam dos 70 anos de idade. AED é mais comum na presença de diabetes, doença cardíaca e hipertensão, e a DAC é do mesmo modo mais comum na presença de ED, diabetes, e hipertensão. Portanto a DAC e a ED têm em comum vários fatores de risco, o que significa que pacientes com angina poderão vir a desenvolver ED e pacientes com ED são portadores de um ou mais fatores de risco para DAC.

A angina estável é, portanto, comum e incide na população que poderia ser sexualmente ativa, mas que poderá estar limitada por ED.

Os pacientes com angina estável têm um prognóstico relativamente bom quando são submetidos a tratamento clínico adequado, associado ou não à angioplastia ou cirurgia de revascularização miocárdica, quando bem indicados.⁶ A taxa anual de mortalidade é de 2 a 3%, e a de infarto não fatal também é de 2 a 3%. Nesta população há subgrupos de mais alto risco que podem ser identificados por exames não invasivos, mas este risco se refere à evolução de longo prazo e ao prognóstico.

O risco de eventos provocados por esforço físico tende a ser reduzido por uma otimização do tratamento clínico com betabloqueadores, terapia de redução dos lípides séricos e aspirina. Em adição ou como alternativo, o limiar de dor com esforço físico pode ser aumentado com antagonistas de cálcio e/ou nitratos orais.⁷ Nunca é demais ressaltar que medidas dietéticas com o objetivo de controle do peso, dos níveis de glicemia e dos lípidos, abandono do hábito tabágico e a manutenção de uma atividade física regular otimizam sobremaneira a terapêutica anti-isquêmica.

FISIOLOGIA

A resposta cardiovascular ao esforço do ato sexual e o risco de um evento cardíaco agudo relacionado à atividade sexual é importante do ponto de vista clínico, especialmente agora que o tratamento farmacológico efetivo da disfunção erétil tem permitido a homens e mulheres mais idosos praticar sexo novamente ou com mais freqüência.

No paciente com angina estável, a dor é provocada quando a demanda de oxigênio supera a oferta e isso usualmente ocorre ao se atingir um determinado duplo produto, dependente, portanto, da freqüência cardíaca e da pressão arterial sistólica.

Durante a relação sexual, a freqüência cardíaca e a pressão sanguínea aumentam da mesma forma que em qualquer outra atividade física; a questão é se o grau de aumento é excessivo ou potencialmente perigoso. Além do mais, precisamos saber se a terapia antianginosa convencional designada para reduzir a dor no esforço pode ter o mesmo efeito benéfico durante a relação sexual.

Os primeiros estudos clássicos feitos por Masters e Johnson (publicado em 1966)⁸ avaliaram a freqüência cardíaca e a pressão arterial em indivíduos jovens e em laboratório e os níveis atingidos por ambos aproximaram-se do nível máximo de exercício daquela população; posteriormente Hellerstein e Friedman⁹, utilizando o sistema Holter, em 1970, demonstraram apenas aumentos moderados de freqüência cardíaca, estudando homens portadores de doença arterial coronariana no conforto e segurança de seus lares e com habituais. Nemeç e colaboradores¹⁰ encontraram também aumentos moderados na freqüência cardíaca e na pressão arterial em voluntários normais. Usando monitores ambulatoriais de freqüência cardíaca, em 14 pacientes portadores de angina estável, Jackson¹¹ relatou freqüências cardíacas de $124 \pm 7,2$ batimentos por minuto (bpm), durante as atividades diárias, e $122,2 \pm 7,1$ bpm, durante a relação sexual. O uso de betabloqueadores reduziu as freqüências para $83,1 \pm 6$ bpm e $82,0 \pm 2,8$ bpm, respectivamente, e aboliu os sintomas de angina em 19 (65%) de 35 pacientes com angina estável que referiram dor em algumas ocasiões, durante a atividade sexual. Em pacientes com doença arterial coronariana, Drory¹² documentou somente um aumento modesto da FC durante a atividade sexual, após interrupção da terapêutica médica (118 ± 21 bpm) comparado com 113 ± 18 bpm durante atividades diárias. Houve, entretanto, variações muito grandes (81-185 bpm durante o sexo e 70 -

155 bpm em outras ocasiões), mas isso pode ter refletido variadas respostas do sistema nervoso simpático secundário à cessação da terapêutica com medicamentos. Estudos em pacientes pós IAM têm identificado FC e PA na mesma ordem de valores do que os estudos com angina estável.¹³

Em ambiente de laboratório, homens sadios com suas parceiras habituais tiveram FC de pico, em média em torno de 110 bpm com a mulher por cima, e 127 bpm com o homem por cima, durante o ato sexual, os equivalentes metabólicos foram calculados em 2,5 e 3,3 equivalentes metabólicos (METS), respectivamente.¹⁴ É bom ressaltar que muitos destes estudos e cálculos foram realizados na ausência de terapia anti-anginosa, tornando difícil estabelecer padrões relacionados a METS. Durante o ato sexual, a FC máxima obtida em média foi de 120-130 bpm com uma PA se elevando em 160-180 mmHg, na ausência de terapêutica anti-anginosa.¹⁵ Este pico teve a duração de somente 3-5 minutos de uma relação sexual, que durou em média 15 minutos. Na presença de ótima terapia anti-anginosa, estima-se que se alcance um consumo de oxigênio em torno de 3 METS, podendo-se usar, para comparação a fim de orientação, o equivalente a certas atividades diárias como andar 1,5 Km em 20 minutos (3 METS) ou subir 2 lances de escadas na velocidade de 20 degraus em 10 segundos (3 METS).

Larson e colaboradores¹⁶ demonstraram uma resposta de frequência cardíaca discreta de 115 ± 7 bpm durante a atividade sexual e 118 ± 6 bpm, durante o teste de subir escadas, para pacientes com doença arterial coronariana. A pressão arterial sistólica subiu a 164 ± 7 mmHg subindo escadas e 144 ± 6 mmHg no orgasmo, novamente uma resposta discreta.

A maior parte dos trabalhos encontrados na literatura foi realizado com voluntários normais, pós-IAM, pacientes com angina e pacientes fazendo uso ou não de medicação anti-anginosa, tornando difícil produzir recomendações para a atividade sexual dos pacientes com angina estável. Além disso muitos estudos são anteriores a diversos estudos que, posteriormente, mostraram benefícios inequívocos de diversas terapias anti-anginosas mais eficazes e particularmente as que objetivam a estabilização das placas ateroscleróticas. A elevação modesta da FC e PA na ausência de terapia anti-anginosa, que sem dúvida são favoravelmente modificados por esta terapia na redução global de risco, leva o estresse cardíaco durante o ato sexual a níveis comparados ao de outras atividades do cotidiano das pessoas.

AVALIAÇÃO DE RISCO

O paciente com angina estável bem medicado, em geral, tem baixo risco para eventos cardíacos.¹ Os mais sintomáticos e com maior restrições ao esforço devem ser submetidos a uma avaliação cardiológica mais completa e, dependendo da avaliação, ser advertido a respeito do nível de esforço que potencialmente possa induzir isquemia miocárdica e um destes pode ser o ato sexual. O paciente com angina estável, com boa tolerância ao esforço e com história de uso infrequente de nitrato sublingual, não possui alto risco a curto prazo, mas deve ser avaliado quanto ao risco tardio, com exames provocativos não invasivos, como, por exemplo, teste ergométrico.

Muller e colaboradores¹⁷ examinaram os riscos relativos de infarto do miocárdio não fatal provocado por atividade sexual em pessoas de uma população geral e em pacientes com diagnóstico prévio de doença arterial coronariana. Naqueles com diagnóstico prévio de DAC (n = 858) e sexualmente ativos, a angina estava presente em 186 (22%). Entre estes pacientes o risco relativo da atividade sexual provocar IAM foi de 2,1% (95% CI, 0,8 – 5,8) e foi similar naqueles que não tinham angina (2,6, 95 CI, 1,7 - 3,9). Aceita-se que a atividade sexual possa provocar IAM, porém o risco absoluto é muito baixo. Clinicamente pacientes de baixo risco em vida rotineira normal tem um risco para evento cardíaco de 1 por 1 milhão por hora. Isto é duplicado durante a atividade sexual para 2 chances por milhão, por um período de 2 horas. Pacientes portadores de doença coronariana não selecionados e pós-IAM têm 10 vezes mais risco, embora isto signifique somente 20 chances por milhão. Portanto o risco para os pacientes com angina estável é baixo e pode ser mais reduzido ainda se estes forem submetidos a um programa de exercícios físicos e levados a modificações importantes de fatores de risco.^{13, 18}

DISFUNÇÃO ERÉTIL E ANGINA ESTÁVEL

Esta associação comum aumenta com a idade.⁵ O risco global da atividade sexual é baixo, o que significa que a restauração da atividade sexual não representa um acréscimo de risco. A disfunção erétil pode ser induzida por drogas. As drogas cardiovasculares que mais comumente causam ED são os diuréticos tiazídicos e os betabloqueadores.

O citrato de sildenafil está sendo largamente usado e é efetivo na melhora da ereção.¹⁹ O sildenafil é bem tolerado e tem se mostrado seguro e eficaz na população geral e também naqueles que são portadores de doença coronariana.²⁰ Hemodinamicamente ele age como um nitrato, sem efeito significativo na frequência cardíaca

e na pressão arterial.²¹ Entretanto, se usado concomitantemente a nitratos, em qualquer das suas formas de administração, uma marcada e potencialmente perigosa hipotensão pode ocorrer. Os nitratos são apenas agentes antianginosos, não tendo efeito prognóstico benéfico comprovado, portanto terapias alternativas podem ser utilizadas. É importante aconselhar o paciente a evitar o uso de nitratos, especialmente o nitrato sublingual, se a dor ocorrer durante o ato sexual e este tiver feito uso de sildenafil.

Os pacientes portadores de angina estável revascularizados por angioplastia ou cirurgia e que estão agora assintomáticos não apresentam risco adicional para eventos cardíacos, durante a atividade sexual.²²

Se persistir alguma dúvida quanto à segurança da atividade sexual, deve-se encaminhar o paciente para teste ergométrico a fim de se avaliar o limiar isquêmico e a capacidade aeróbica. O parceiro sexual que mantém-se preocupado pode ser convidado a assistir o teste, a fim de que se assegure ao casal o quão segura pode ser sua relação sexual.

CONCLUSÃO

Nosso objetivo principal neste trabalho esteve voltado para a avaliação dos riscos da atividade sexual em pacientes com angina estável. Os resultados das avaliações de PA e FC aplicam-se tanto em homens como em mulheres. Não há informação disponível para homossexuais, porém relações homossexuais, a princípio, não deverão ter orientações diferentes. A relação sexual não leva à elevação exagerada da frequência cardíaca ou dos níveis de pressão arterial e é "interpretada" pelo coração como uma das muitas formas de atividade que podem se dar no período das 24 horas do dia.

O esforço físico e o estresse podem levar a eventos cardíacos agudos, tendo como mecanismo a rotura da placa aterosclerótica, porém a relação sexual neste contexto representa um risco pequeno como causa imediata de infarto do miocárdio ou morte súbita.

Tanto para os homens como para as mulheres os riscos são baixos, mas podem ser minimizados mais ainda com uma adequada terapia anti-isquêmica e com mudança agressiva dos fatores de risco. Participar de um programa de exercícios físicos, evitar a obesidade, moderar o uso do álcool, largar o fumo, controlar adequadamente os níveis tensionais e a glicemia são medidas que aumentam consideravelmente a

segurança de uma vida sexual ativa saudável.

O citrato de sildenafil pode ser prescrito com segurança em pacientes estáveis com disfunção erétil, desde que estes não estejam fazendo uso de nitratos em nenhuma das suas formas de administração.

A relação sexual não deve ser desestimulada na presença do diagnóstico de angina do peito, mas fazer parte do conjunto do aconselhamento médico baseado em uma avaliação funcional e do risco de eventos. Sexo faz parte de uma vida normal e os pacientes com angina estável devem ser encorajados a considerá-lo como parte normal de suas vidas. O aconselhamento impessoal é potencialmente perigoso e deve ser desencorajado. Os médicos que melhor podem orientar o paciente e seu parceiro são aqueles que conhecem as relações familiares, as circunstâncias sociais e o estado cardiovascular do paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Task force of the European Society of Cardiology. Management of stable angina pectoris. *Eur Heart J* 1997; 18:394-413.
2. Mittelmark MB, Psaty BM, Rautaharju PM, Fried LP, Borhani NO, Tracy RP, Gardin JM, O'Leary DH, for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Prevalence of cardiovascular disease among older adults: The Cardiovascular Health Study. *Am J Epidemiol* 1993; 137:311-317.
3. Ghandi NM, Lampe FC, Wood DA. Incidence, clinical characteristics and short-term prognosis of angina pectoris. *Br Heart J* 1995; 73:193-198.
4. Ghandi NM, Lampe FC, Wood DA. Incidence of stable angina pectoris. *Eur Heart J* 1992; 13:181-189.
5. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151:54-61.
6. Brunelli C, Christofani R, L'Abbate A. Long-term survival in medically treated patients with ischaemic heart disease and prognostic importance of clinical and electrocardiographic data. *Eur Heart J* 1989; 10: 292-303.
7. Jackson G. Stable angina: drugs, angioplasty or surgery? *Eur Heart J* 1997; 18(suppl B) B2-B10.
8. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Co., 1966.
9. Hellerstein HK, Friedman EH. Sexual activity and post-coronary patient. *Arch Intern Med* 1970; 125:987-999.

10. Nemec ED, Mansfield L, Kennedy JW. Heart rate and blood pressure responses during sexual activity in normal males. *Am Heart J* 1976; 92:274-277.
11. Jackson G. Sexual intercourse and angina pectoris. *Int Rehab Med* 1981; 3:35-37.
12. Drory Y, Shapira I, Fisman EZ, Pines A. Myocardial ischaemia during sexual activity in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1995; 75:835-837.
13. Stein RA. The effect of exercise training on heart rate during coitus in the post-myocardial infarction patient. *Circulation* 1977; 55:738-740.
14. Bohlen JG, Held JP, Sanderson O, Patterson RP. Heart rate, rate-pressure product, and oxygen uptake during four sexual activities. *Arch Intern Med* 1984; 144: 1745-1748.
15. Kloner RA, Jarow JP. Erectile dysfunction and sildenafil citrate and cardiologists. *Am J Cardiol* 1999; 83:576-582.
16. Larson JL, McNaughton MW, Kennedy JW, Mansfield L. Heart rate and blood pressure responses to sexual activity and stair-climbing test. *Heart Lung* 1980; 9:1025-1030.
17. Muller JE, Mittleman A, Maclure M, Sherwood JB, Tofler GH. Triggering myocardial infarction by sexual activity. *JAMA* 1996; 275:1405-1409.
18. DeBusk RF. Sexual activity triggering myocardial infarction: one less thing to worry about. *JAMA* 1996; 275:1447-1448.
19. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, Rosen RC, Steers WD, Wicker PA. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *N Engl J Med* 1998; 338:1397-1404.
20. Zusman RM, Morales A, Glasser DB, Osterloh IH. Overall cardiovascular profile of sildenafil citrate. *Am J Cardiol* 1999; 83(suppl 5A): 35C-44C.
21. Jackson G, Benjamin N, Jackson N, Allen MJ. Effects of sildenafil citrate on human haemodynamics. *Am J Cardiol* 1999; 83(suppl 5A): 13C-20C.
22. Jackson G. Erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Int J Clin Prac* 1999; 53:363-368.