

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATHÁLIA CRISTINA PEREIRA DA COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS OU HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Belo Horizonte

2019

NATHÁLIA CRISTINA PEREIRA DA COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS OU HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde, prevenção e controle de agravos.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas

Belo Horizonte

2019

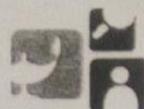
C837r Costa, Nathália Cristina Pereira da.
Representações sobre sexualidade de pessoas com Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial Sistêmica [manuscrito]. / Nathália Cristina Pereira da Costa. -- Belo Horizonte: 2019.
159f.: il.
Orientador (a): Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Diabetes Mellitus. 2. Hipertensão. 3. Sexualidade. 4. Comportamento Sexual. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Integralidade em Saúde. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WM 620

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
- tel: 3409-9836 | 3409-9889
caixa postal: 1556 | colograd@enf.ufmg.br


enfermagem
pós-graduação - UFMG

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

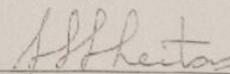
ATA DE NÚMERO 585 (QUINHENTOS E OITENTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA NATHÁLIA CRISTINA PEREIRA DA COSTA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 15 (quinze) dias do mês de janeiro de dois mil e dezenove, às 13:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação- 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS OU HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.*", da aluna *Nathália Cristina Pereira da Costa*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria Imaculada de Fátima Freitas (orientadora), Alain Giami (participou da sessão por meio de skype) e Deborah Carvalho Malta, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

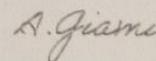
APROVADA;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de janeiro de 2019.

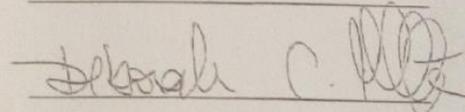
Profª. Drª. Maria Imaculada de Fátima Freitas
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



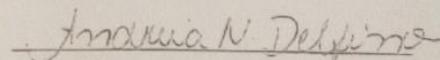
Prof. Dr. Alain Giami
(Institut National de la Sante et la Rech)



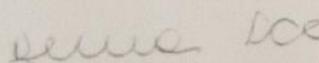
Profª. Drª. Deborah Carvalho Malta
(EEUFMG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPO
Em 04/02/19


Profª. Dra. Kênia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos usuários do sistema de saúde único brasileiro, em especial àqueles que compartilharam suas histórias com relação à sexualidade, para esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Maria Imaculada de Fátima Freitas, Peninha, por me orientar neste processo e pelos ensinamentos, discussões, carinho, companhia, empatia, sintonia e papos. Por compartilhar seus conhecimentos sobre saúde coletiva, rigor ético e metodológico na condução da pesquisa qualitativa. Pela possibilidade de ter uma relação que transcende o meio acadêmico e ser mais que uma brilhante orientadora, mas também uma grande amiga que aceitou embarcar na loucura e desafio desses últimos meses, me apoiando e acreditando no meu sucesso.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, por ter sido a minha casa desde a graduação, me moldando como profissional e, agora na Pós-Graduação, como pesquisadora. Aos profissionais e professores, pelos ensinamentos, convivência e conhecimentos adquiridos.

À CAPES, pelo apoio financeiro, e à PBH, pela autorização para a realização da coleta de dados. Às equipes dos centros de saúdes São Paulo e Jardim Leblon, pelo apoio e auxílio durante a coleta de dados.

Aos pesquisadores do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC) pelo suporte e troca de experiências. Em especial ao Marco, grande companheiro de estágio docente, e à Hercília, companheira de disciplinas da Pós-Graduação, com quem aprendi muito e que se disponibilizou a ler meus resultados, com grande competência e carinho. Obrigada por estarem sempre disponíveis em me ajudar nessa jornada!

À Ariana, bolsista de Iniciação Científica, pelo suporte, colaboração e ajuda com a transcrição das entrevistas.

Aos colegas da Pós-Graduação pelos momentos de descontração, parceria, compartilhamentos de vivências e angústias.

À Alexandra Elbakyan, responsável pela Plataforma Sci-Hub, que possibilita acesso gratuito aos artigos científicos, proporcionando a propagação do conhecimento para todos (as).

À Flávia Latini e Gustavo Velásquez, pelos conselhos, ensinamentos, apoio, carinho e companheirismo ao longo de todos esses anos, desde que eram “somente” meus queridos mestres.

À minha mãe, Maria José, pelo amor, incentivo, por ser exemplo de mulher guerreira e batalhadora na qual me inspiro diariamente, e por cuidar de mim em todos os momentos. Te amo!

Ao meu irmão, Carlos Augusto, por ser sempre muito companheiro e compreensivo.

Aos meus irmãos, tios (as), primos (as), em especial a mamãe Marcinha e tia Lourdes, pela admiração, amor, carinho e torcida, que, de longe ou perto, sempre estiveram comigo ao longo deste e de todos os outros períodos da minha vida.

Ao Guto, pelo apoio durante todo o processo, com seu carinho e tranquilidade, pelo suporte emocional e por ser meu refúgio nos momentos difíceis. Que sempre incentivou e valorizou os meus objetivos de vida, exaltando a minha capacidade e determinação. Obrigada por me transbordar com amor, carinho, ensinamentos e boa conversa!

Aos meus amigos e a família “Amigo Nudes” pela troca de energia, experiências, sorrisos, conselhos, conversas, encontros (seja pessoalmente ou virtualmente). Obrigada pelos momentos gastronômicos, etílicos e bem humorados, e por compreenderem minha ausência em ocasiões especiais, sobretudo nessa reta final. À Mari, pela ajuda com as correções e leitura deste trabalho, por me ajudar em momentos de frustração e por ser uma companheira para a vida. A parceria e descontração de vocês foram essenciais para que eu pudesse concluir meu trabalho!

À DEUS que conduziu tão perfeitamente minha vida, colocando no meu caminho todas essas pessoas maravilhosas citadas, entre outras, além de situações que nunca planejei ou acreditei que viveria. E por ter me dado ferramentas para que eu conseguisse me tornar uma pessoa forte e determinada na busca pelo conhecimento.

Minha mais sincera gratidão!

“Se o sexo trás consigo tantos perigos, foi por ter estado durante muito tempo reduzido ao silêncio” (Michel Foucault).

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uns dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, sendo a principal causa de morbimortalidade mundial e no Brasil. Entre as DCNT destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que possuem um conjunto de fatores de risco responsáveis pela magnitude das mortes e por fração substancial da carga de doenças na população brasileira. Estas doenças, além de alterarem a fisiologia corporal causando disfunções físicas, afetam e são afetadas por condições psicológicas e sociais, que interferem direta e indiretamente na sexualidade da pessoa que vive com a DCNT. As interferências se devem tanto a aspectos da própria doença e do tratamento, como a aspectos subjetivos que incluem, por exemplo, a imagem corporal, o amor próprio e o autocuidado, que são, muitas vezes, negligenciados. O objetivo desse estudo foi compreender os modos de pensar a sexualidade pelas pessoas com HAS ou DM. Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, a partir das proposições de Alain Giami. Foram realizadas entrevistas individuais abertas e em profundidade com 25 usuários de serviços de atenção primária à saúde do município de Belo Horizonte. A Análise Estrutural de Narração foi utilizada para desvelar o conteúdo dos dados com o auxílio do *Software* MAXQDA12. Os resultados finais foram organizados em duas categorias: 1) Representações do sujeito sobre sexualidade; 2) Abordagem da saúde sexual no processo de cuidados nos serviços de saúde segundo os usuários. Não houve diferenças entre os discursos das pessoas com DM e HAS, e sim entre os discursos masculinos e femininos, mostrando a influência das normas sociais de gênero no modo de viver a sexualidade dessas pessoas. Os participantes do estudo, de modo geral, entendem que sexualidade é sinônimo de ato sexual. Algumas mulheres também relacionaram a sexualidade com imagem corporal e autoestima, e houve associação com afeto e amorosidade. As representações sobre relação sexual foram sempre positivas para os homens, inclusive para aqueles com disfunção sexual (DS) ou sem vida sexual ativa. Os homens descobriram sua sexualidade por meio da masturbação, no final da infância e início da adolescência, e, pouco depois, tiveram a primeira relação sexual. As mulheres, por sua vez, iniciaram a vida sexual mais tarde que os homens, geralmente no casamento ou pouco antes dele, tendo, portanto, menos experiências e menor número de parceiros. Nem todas as mulheres tiveram representações positivas relacionadas à sexualidade; a atividade sexual não foi considerada central em suas vidas, e foi frequentemente representada como obrigação em relação ao parceiro. A masturbação feminina é um tabu e, geralmente, não é praticada pelas mulheres, por acreditarem que precisam do companheiro para viver sua sexualidade. Os entrevistados, ao serem questionados sobre a existência de alterações na sexualidade após o adoecimento por diabetes ou HAS, relataram, inicialmente, não ter percebido nenhuma alteração. Porém, ao aprofundar o assunto, informavam situações e sinais e sintomas de disfunções sexuais, com os quais conviviam como se fizessem parte do ciclo natural da sexualidade. As disfunções mais relatadas pelas mulheres foram: diminuição da libido, diminuição ou perda da lubrificação e disfunção orgástica. Pelos homens foram: diminuição da frequência sexual e disfunção erétil. A idade, menopausa e problemas relacionados à vida, tais como violência, condições econômicas e criação familiar, foram relatados como principais fatores destas disfunções. A abordagem da saúde sexual no processo de

cuidados nos serviços de saúde é quase inexistente, segundo os entrevistados, pois os profissionais não incluem informações sobre a vida sexual dos usuários como rotina do serviço. Quando o fazem, é de maneira pontual, superficial e tímida, ignorando a integralidade do cuidado. Os entrevistados, em sua maioria, consideram a abordagem da saúde sexual necessária e positiva, para melhorar suas vidas e como forma de prevenção de doenças e agravos. Os resultados apontam, portanto, que há uma negação da sexualidade e de sua problemática, tanto pelas pessoas que têm HAS e DM quanto pelos profissionais de saúde da atenção básica. Ao não abordarem a sexualidade, pelo eixo da saúde sexual, os profissionais mantêm o tabu sobre ela e negam a integralidade da atenção à saúde, sendo necessário adotar medidas que busquem a melhoria da formação dos profissionais, bem como a inserção do tema na rotina das ações nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Hipertensão. Sexualidade. Comportamento Sexual. Atenção Primária à Saúde. Integralidade em Saúde. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Non-communicable diseases (NCD) are some of the greatest healthy public issues. NCD are the main reason morbidity and mortality in the world and in Brazil. Among NCDs, can be highlighted Systemic Hypertension (SH) and Diabetes Mellitus (DM). SH and DM have a group of risk factors responsible for a large number of dies and for a substantial fraction of Brazilian population diseases. These diseases, besides changing corporal physiology and causing physical dysfunctions, affect and are affected by psychological and social conditions. That condition interferes directly and indirectly with the sexuality of people who has NCD. The interferences are originate by both diseases aspects and subjective aspects (such as corporal image, self-love and self-care), these aspects some times are neglected. The objective of this study was understand the ways of thinking of the people who has SH or DM about sexuality. It is a qualitative research based on Social Representations Theory, based on Alain Giami propositions. Deep and open interviews were made with 25 people that uses the Belo Horizonte primary health care services. The Structural Analysis of Narrative was processed with the software MAXQDA12 and used to expose the data content. Final results were organized in two categories: 1) Representations of the subject about its sexuality; 2) Approach to sexual health in the health care process. There weren't differences between the speeches of people with DM and SH. But there were differences between the discourses of male and female, showing the social norms influence in the sexuality people lifeway. In general study participants understand that sexuality is equal to sexual act. Some women related sexuality with corporal image and self-esteem, some participants related with affect and amorousness. The representation of sexual relations were always positive for men, included those who had sexual dysfunction or without an active sexual life. Men discover their sexuality through masturbation, between the end of childhood and start of adolescence, and shortly thereafter they use to have their first sexual relation. In the other hand, women uses to start their sexual life latter than men, generally when they get married or shortly before. In this way, they have less sexual experiences and partners than men. Not all women had positive representations about sexuality. Sexual life wasn't central in their lives, and, frequently, their sexual lives were understood as obligation with their sexual partner. Female masturbation is also a taboo and usually it isn't practiced by women, they believe that they need a partner to have their sexuality. When interviewees were asked about having sexuality alterations, they related not perceived any alterations. However, deepening into the subject, they informed sexual dysfunctions situations, signals and symptoms, in which they were living as a simple part of the sexuality natural cycle. The most reported dysfunctions by women were: libido reduction, lubrication reduction or loss, and orgasmic dysfunction. The most reported by men were: reduction of the sexual frequency and erectile dysfunction. Age, menopause, and problems related to life (as violence, economic conditions and family care), were reported as the mainly factors to begin those dysfunctions. There is almost no approach about sexual health in the process of health care services. According to interviewees, health professionals don't put information about their sexual life in the users' health forms. When they do, it is in a punctual way, superficially and timidly, ignoring the care integrality. Most of the interviewees consider necessary and positive the approach to sexual health. It can help them improve their lives and prevent diseases and injuries. Results show that exist a sexuality denial and its consequences, both by people who has SH or DH

and by health professionals of basic health care. Not approaching to sexuality, health professionals keep taboo about it and deny integral health care. It is necessary to adopt measures that improve professional qualification and inserts the theme in health services actions routine.

Keywords: Diabetes Mellitus. Hypertension. Sexuality. Sexual Behavior. Primary Health Care. Integrality in Health Care. Nursing Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- FIGURA 1 - Modelos dos Ciclos de Respostas Sexuais25
- FIGURA 2 - Modelo Circular de Resposta Sexual Feminino26
- FIGURA 3 - Fluxograma da busca e seleção dos estudos31
- FIGURA 4 - Representações das pessoas com DM e HAS sobre sexualidade...73

QUADROS

- QUADRO 01 - Síntese dos estudos resultantes de Revisão Integrativa sobre Impacto da DM e HAS na sexualidade das pessoas, LILACS, CINAHL, PUBMED, período de 2012/2018. Belo Horizonte - Minas Gerais, 2018.....33
- QUADRO 02 - Perfil dos entrevistados. Belo Horizonte - Minas Gerais, 2018.....71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AEN	- Análise Estrutural de Narração
APA	- Associação Americana de Psicologia
APS	- Atenção Primária à Saúde
BRA	- Bloqueador do Receptor de Angiotensina
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL	- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CRS	- Ciclo de Resposta Sexual
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DE	- Disfunção Erétil
DECS	- Descritores em Ciências da Saúde
DM	- Diabetes Mellitus
DM1	- Diabetes Mellitus do tipo 1
DM2	- Diabetes Mellitus do tipo 2
DS	- Disfunção Sexual
DSF	- Disfunção Sexual Feminina
ESF	- Equipe Saúde da Família
FSFI	- Female Sexual Function Index
FSFI	- Female Sexual Function Index
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IEAC	- Inibidor de Enzima Conversora de Angiotensina
IIEF	- Internacional Index of Erectile Function
IMC	- Índice de Massa Corpórea
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	- Medical Subject Headings
NASF	- Núcleo de Apoio da Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PBH	- Prefeitura de Belo Horizonte

- PUBMED - National Library of Medicine National Institutes of Health
- RS - Representações Sociais
- SMSA – BH - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- WASH - World Association for Sexual Health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Contextualização do Problema	17
1.2. Objetivo	22
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1. Revisão Temática.....	23
2.1.1. Sexualidade.....	23
2.1.2. Saúde sexual	25
2.2. Revisão Integrativa: Impacto da DM e HAS na sexualidade das pessoas ...	32
2.2.1. Diabetes Mellitus e sexualidade	48
2.2.2. Hipertensão Arterial Sistêmica e sexualidade	58
3. PERCURSO METODOLOGICO	64
3.1. Cenário e participantes do estudo	66
3.2. Procedimento de coleta de dados	68
3.3. Tratamento e análise de dados	70
3.4. Aspectos éticos.....	71
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
4.1. Caracterização dos Sujeitos	73
4.2. Construção das categorias	76
4.3. Categoria 1: O sujeito e a sua sexualidade	77
4.3.1. Representações sobre sexualidade de homens e mulheres	78
4.3.2. Representações sobre as alterações consideradas biológicas relativas à sexualidade	86
4.3.3. Representações sobre a sexualidade nos relacionamentos afetivos	99
4.4. Categoria 2: A abordagem da saúde sexual no processo de cuidado nos serviços de saúde, segundo os usuários	107
5. CONCLUSÕES	124
REFERÊNCIAS	131
ANEXOS	146
APÊNDICES	156

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização do Problema

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uns dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, sendo a principal causa de morbimortalidade mundial e no Brasil (MALTA et al., 2016). O aumento da carga das doenças crônicas provoca elevado impacto econômico e social, devido ao alto número de mortes prematuras e à perda da qualidade de vida, com incapacidades em atividades de trabalho e de lazer do indivíduo, o que aumenta o empobrecimento e as desigualdades socioeconômicas (MALTA; SILVA, 2013; MASSIMO, 2013).

Entre as DCNT destacam-se as doenças do aparelho circulatório e diabetes mellitus, que possuem um conjunto de fatores de risco responsáveis pela magnitude das mortes e por fração substancial da carga de doenças na população brasileira (MALTA, 2017a, b; MASSIMO; FREITAS, 2014). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa a doença cardiovascular mais prevalente entre os brasileiros, possui condição clínica multifatorial e frequentemente está associada a outras morbidades, estando vinculada com o aumento do risco de desenvolvimento de doenças fatais e não fatais (MALTA et al., 2017a). O diabetes mellitus (DM) também teve sua prevalência aumentada em nível global, devido, principalmente, ao processo de urbanização e adoção de hábitos de vida não saudáveis, como sedentarismo e alimentação inadequada, que podem gerar alterações metabólicas (MALTA et al., 2017b).

Mesmo com elevadas taxas de mortalidade das DCNT, o avanço das tecnologias em saúde, tais como ações de promoção da saúde, diagnósticos precisos e inovações terapêuticas, possibilitou aumento na expectativa de vida de pessoas que vivem com doenças crônicas, exigindo maior investimento em todos os pontos da rede de atenção à saúde, com destaque para as ações na atenção primária (COLSON, 2016; VERSCHUREN, 2010).

A magnitude das DCNT é frequentemente abordada em pesquisas e políticas de saúde relacionadas aos fatores objetivos, como idade, sexo, atividade física, alimentação e condições genéticas. No entanto, há poucos estudos que possuem outras abordagens das condições que envolvem a promoção da saúde e prevenção de agravos, relacionados aos aspectos subjetivos, como os modos de vida,

contextos sociais e culturais, que podem ser potencialmente modificáveis (RUAS, 2016).

A maioria das doenças crônicas, além de alterar a fisiologia corporal causando disfunções físicas, afeta e são afetadas por condições psicológicas e sociais, que interferem direta e indiretamente na sexualidade da pessoa que vive com a DCNT, devido tanto a aspectos da própria doença e tratamento, como aspectos subjetivos que incluem, por exemplo, a imagem corporal, o amor próprio e o autocuidado (GONZÁLEZ; HERRERA; DÍAZ, 2013; MOLLAOĞLU; TUNCAY; FERTELLI, 2013).

A literatura mostra que problemas crônicos de saúde como diabetes (JIMÉNEZ-GARCIA et al., 2012), doenças cardiovasculares (LANGE; LEVINE, 2014), neoplasias (BURILLE; SCHWARTZ; ZILLMER, 2013; HOLLE; KANATAS; MITCHELL, 2015; MODENA et al., 2014; VIEIRA et al., 2014), úlceras crônicas (CARVALHO et al., 2013; SILVA et al., 2013), entre outras, afetam a função sexual dos indivíduos, ou seja, a normalidade esperada, pelo próprio sujeito, de viver sua sexualidade. No caso das síndromes metabólicas, hipertensão arterial e diabetes, os autores afirmam a disfunção erétil aumentada e dificuldades para o orgasmo feminino (ABDO et al., 2006, BEDONE; ABDO, 2013, JIMÉNEZ-GARCIA et al., 2012).

A sexualidade é abordada, na maioria dos estudos, com foco nas disfunções sexuais e analisadas de acordo com o enfoque biológico, sendo raras as pesquisas com abordagem sobre o contexto de vida psicossocial, considerando os aspectos individuais e culturais dos indivíduos com doenças crônicas (COIMBRA, TEIXEIRA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a sexualidade como um dos pilares da qualidade de vida e a define como um aspecto central do ser humano, em todos os ciclos da vida, e que inclui o sexo, gênero, identidades, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade pode ser vivenciada e expressa de diversas formas, por pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações (WHO, 2001).

Dificuldades para viver de forma saudável a sexualidade podem levar à perda da autoestima, diminuição da interação social e frequente estresse emocional (MOLLAOĞLU; TUNCAY; FERTELLI, 2013).

A sexualidade humana é um fenômeno complexo e, para os sujeitos em condições crônicas, sua vivência pode ser alterada devido a fatores biológicos, psicológicos e sociais desencadeado pelo surgimento da doença (GONZÁLEZ; HERRERA; DÍAZ, 2013; COLSON, 2016). O paciente quando se descobre com alguma DCNT e percebe dificuldades sexuais, inicia um processo de diversas consequências emocionais que podem ser decisivas para o enfraquecimento da sua qualidade de vida, com o desenvolvimento de ansiedade, mudanças de humor e depressão, o que, por sua vez, pode propiciar o agravamento do quadro clínico (COLSON, 2016).

As interferências das DCNT na sexualidade humana e da sexualidade na cronicidade de uma determinada doença são, portanto, objetos fundamentais a serem compreendidos para que os cuidados sejam cada vez mais pertinentes e eficazes na busca de melhoria da qualidade de vida das pessoas com DCNT (GONZÁLEZ; HERRERA; DÍAZ, 2013; VERSCHUREN et al., 2010). No cuidado integral de pessoas com DCNT consideram-se todas as necessidades de saúde dos indivíduos, dentro de seus contextos de vida, em busca de melhor qualidade de vida. A sexualidade é parte relevante do processo saúde-doença e deve ser um componente essencial da integralidade do cuidado das pessoas com DCNT (GONZÁLEZ; HERRERA; DÍAZ, 2013).

No entanto, mesmo cientes de que a sexualidade faz parte dos direitos humanos e é um dos componentes da qualidade de vida, os profissionais de saúde ainda têm dificuldades em abordá-la, tanto por considerarem o tema da sexualidade um tabu, como pela alegação de não serem suficientemente capacitados para lidar com as questões referentes às demandas expressas ou não ditas sobre o assunto (CESNIK-GEEST, 2016). Tais limitações formam uma lacuna, tanto na prática clínica como na pesquisa, em relação à abordagem adequada sobre a sexualidade, principalmente quando se trata de pessoas com DCNT e seus parceiros, que possuem angústias e dúvidas sobre a sexualidade paralelamente às dificuldades advindas da própria doença crônica (GONZÁLEZ; HERRERA; DÍAZ, 2013).

Dentre as DCNT, o DM e a HAS merecem atenção tanto por serem problemas de saúde pública de grande magnitude nacional e mundial (MALTA et al., 2017a,b), quanto pelas alterações fisiológicas e hormonais que interferem negativamente na qualidade de vida das pessoas que possuem essas morbidades, alterando diversas dimensões, entre elas a sexualidade (HIROOKA; LAPP, 2012).

Os estudos que trabalham com o tema da sexualidade nas pessoas com HAS e DM estão focados principalmente, na perspectiva da função sexual, caracterizando as disfunções sexuais, como marcadores para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e diabetes (HIROOKA; LAPP, 2012; PEDERSEN et al., 2015), ou como um sinal subjacente das doenças crônicas, quanto como consequência das próprias doenças crônicas (JIMÉNEZ-GARCIA et al., 2012; LLANES; CALLES, 2013; ROSADO, 2012). No entanto, há lacunas, quando se trata da compreensão das experiências e transformações na sexualidade das pessoas com o surgimento do DM e da HAS, e de como essas doenças interferem no modo que as pessoas vivem a sua sexualidade.

De acordo com os estudos citados, sabe-se que alterações da sexualidade têm um elevado impacto na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos que tem HAS e DM (ERTEN et al., 2013; FOY et al., 2016; GONZÁLEZ; HERRERA; DÍAZ, 2013; PEDERSEN et al., 2015). No entanto, pouco se sabe sobre a trajetória da sexualidade das pessoas antes do surgimento dessas doenças crônicas, bem como sobre as formas de enfrentamento de possíveis dificuldades na vida sexual após o diagnóstico das mesmas.

Compreendendo a sexualidade como a expressão do sujeito em relação ao seu corpo, ao corpo do outro, ao seu desejo e afeto, em seu contexto psicossocial e cultural (VIEIRA et al., 2014), pode-se afirmar que há uma experiência da sexualidade que se estabelece na trajetória de vida das pessoas com HAS ou DM, que pode conter aspectos negativos e não cuidados dentre suas necessidades. Desse modo, pressupõe-se que, com o surgimento da HAS ou do DM, há alteração na trajetória da experiência da sexualidade do sujeito, para além dos possíveis distúrbios biológicos, que merecem ser compreendidos.

Assim, as questões do presente estudo são: Ao longo das trajetórias de vida, como as pessoas com HAS ou DM constituíram suas representações sobre sexualidade? O que pensam sobre sua vida sexual? Como vivem as mudanças provocadas na sexualidade com o diagnóstico da hipertensão e diabetes? Quais são essas mudanças e como as enfrentam? Como é a abordagem nos serviços de saúde sobre a ótica dos entrevistados?

A relevância desse trabalho se dá pela necessidade de compreender como é a expressão da sexualidade no sujeito com o surgimento de DCNT, como HAS e DM, possibilitando a realização de ações de promoção da saúde com abordagem

integral do sujeito, avaliando não somente os seus aspectos biológicos como também todo o contexto psicológico e social. Abordar a sexualidade e saúde sexual e orientar sobre os direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres nos serviços de saúde fazem parte da assistência integral (COSTA; COELHO, 2011). Para isso, é necessário que o profissional de saúde estabeleça comunicação efetiva sobre sexualidade com sujeitos com doenças crônicas, de forma clara e dialogada, levando em consideração a complexidade da interação entre os aspectos culturais, relacionais e subjetivos presente na vivência sexual após o diagnóstico da DCNT (VIEIRA et al., 2014).

1.2. Objetivo

Compreender os aspectos psicossociais relacionados aos modos de pensar a sexualidade pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou diabetes mellitus (DM).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Revisão Temática

2.1.1. Sexualidade

O conceito de sexualidade é amplo, pois envolve diversas dimensões referentes aos aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais do indivíduo. Também é um conceito fluido e mutável, que é incorporado e discutido de acordo com o contexto vivido. A sexualidade é um direito humano e faz parte de uma vida plena e saudável (WHO, 2015; 2010; 2006).

A OMS considera a sexualidade como um dos pilares da qualidade de vida e a conceitua como:

[...] um aspecto central do ser humano ao longo da vida; que engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre experimentadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2015, p.6).

A sexualidade é, portanto mais do que necessidades biológicas do corpo, ela possui uma dimensão humana e individual muito importante, sendo fundamental para a vida em sociedade. Possui significados e simbolismo em diversas culturas e atividades e se ajusta aos contextos das sociedades, com o decorrer da história (MOKWA, 2014).

A sexualidade de um indivíduo engloba não somente os seus órgãos reprodutivos e a suas estruturas biológicas, mas também todas as suas propriedades como ser humano, como as experiências, atitudes, valores, comportamentos e relacionamentos, sendo uma parte dinâmica da vida humana e

um importante indicador de saúde física e mental (SABANCIOGULLARI; TUNCAY; AVCI, 2016).

Constantemente, o conceito de sexualidade é confundido com o de sexo, porém faz-se necessário a compreensão de que a sexualidade é muito mais do que o ato sexual, pois ela representa a busca pelo prazer e satisfação além do explicitamente sexual, podendo estar relacionado com a autoestima e relacionamentos. Cada indivíduo deve viver a sua sexualidade da maneira que o satisfaz e não necessariamente de forma física e compartilhada com o outro (AGUIAR, 2016; GONÇALVES, 2005; SONG et al., 2008).

Estudos sobre sexualidade iniciados na virada do século XX permitiram a ocorrência de mudanças mais gerais das condições sociais, as tendências específicas da conduta sexual e o entendimento do conteúdo das ideologias sexuais, além de possibilitar o desenvolvimento de novas técnicas de investigação científica (GAGNON, 2006).

O pioneiro nos estudos de sexualidade humana foi Freud (1905) com a publicação do livro: “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, que impactou a sociedade da época ao defender que a sexualidade se manifestava em todas as fases da vida, inclusive na infância, com o objetivo final de alcançar o prazer. Isso afastava a ideia tradicional de que sexualidade era o ato sexual e que tinha como finalidade precípua de reprodução.

O trabalho de Kinsey (1948) trouxe a atenção para o comportamento sexual das pessoas consideradas “normais”, pois até então as pesquisas desenvolvidas na área eram realizados com criminosos ou pessoas com doenças mentais. Kinsey mapeou as mudanças que ocorreram na sociedade e que influenciaram diretamente a frequência e as direções da conduta sexual da população da época. Tal trabalho influenciou as atitudes populares, as políticas públicas e novas pesquisas e foi considerado o início da revolução sexual (GAGNON, 2006; LUCENA, 2013).

Masters e Johnson (1966), na década de 1960 e 70, realizaram estudos voltados para o conhecimento da anatomia e fisiologia sexuais, por meio de técnicas e estudos desenvolvidos em laboratório sobre respostas do corpo humano à estimulação sexual, masturbação e coito, que foram complementados pelas pesquisas de Helen Kaplan (1974) (GAGNON, 2006). Com estes estudos foi possível esclarecer cientificamente os mecanismos biológicos por trás da sexualidade e transformá-la, descrevendo os ciclos da resposta sexual humana e as

suas disfunções, mostrando que a sexualidade feminina não era um reflexo da masculina e defendendo a masturbação como forma de satisfação sexual (PONTES, 2011).

As pesquisas científicas apresentadas, assim como as demais desenvolvidas no século XX, tiveram grande importância não somente para a comunidade científica, mas também para a sociedade em geral, pois permitiram o esclarecimento sobre a sexualidade, ao fornecer pontos de referências sobre as práticas sexuais, esclarecer sobre o discurso geral e dialogar sobre o certo e errado da sexualidade na sociedade (GAGNON, 2006).

Por ser um termo muito amplo e complexo, nos estudos científicos normalmente divide-se o termo sexualidade em “função sexual” e “bem-estar sexual” ou “comportamento sexual”, considerando que o primeiro se refere ao padrão exclusivamente biológico e fisiológico durante o ciclo da resposta sexual, enquanto o segundo está relacionado com aspectos subjetivos, como as experiências individuais da sexualidade e como o sujeito vive sua sexualidade de acordo com sua vida pessoal e relacional (VERSHUREN et al., 2013).

Porém, a maioria destes estudos científicos não aborda a sexualidade no seu conceito mais amplo, observando o indivíduo de uma maneira integral, pois estão centrados em uma abordagem fisiológica voltada para a atividade sexual, ou, especificamente, para as disfunções sexuais.

2.1.2. Saúde sexual

A OMS (2015, p.6) define a saúde sexual como:

[...] estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.

A saúde sexual inclui exercer a sexualidade associada à satisfação e ao prazer, sem o seu impedimento, seja por violência ou doença, garantindo o bem-estar e melhor qualidade de vida para o indivíduo, e sendo também garantia dos direitos sexuais individuais (RUFINO; MADEIRO, 2017; WHO, 2010).

A atividade sexual é apenas um dos elementos da sexualidade, e exercê-la com satisfação é indicativo de saúde sexual. O funcionamento sexual, assim como tudo o que engloba a sexualidade, é complexo e influenciado por diversos fatores biológicos e psicológicos, e pode estar ou não ligado ao comportamento sexual.

2.1.2.1. Ciclo da Resposta Sexual

Nos seus estudos sobre a sexualidade humana William Masters e Virginia Johnson desenvolveram o conhecido modelo da resposta sexual humana em quatro fases, na seguinte sequência temporal: excitação, platô, orgasmo e resolução. Este modelo linear era comum tanto para os homens quanto para as mulheres (MASTERS; JOHNSON, 1966). O ciclo de resposta sexual (CRS) propõe que um estímulo sexual interno, normalmente provocado por pensamentos e fantasias, associado, ou não, com um estímulo externo (desencadeado pelos sentidos do tato, olfato, audição, paladar e visão) promoveria a excitação, que seria identificada pela ereção peniana no homem e pela vasocongestão da vagina e vulva nas mulheres. A sequência dos estímulos aumentaria o nível de tensão sexual, conduzindo a pessoa à fase de platô, e que levaria ao orgasmo tanto no homem quanto na mulher, sendo que o orgasmo masculino seria acompanhado da ejaculação. Na sequência, haveria para ambos um período refratário (resolução), quando o organismo voltaria às condições físicas e emocionais usuais, pois durante as demais fases, a respiração, os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a circulação periférica, a sudorese, a piloereção, entre outras manifestações do organismo, se alteravam (ABDO, 2005; ABDO; FLEURY, 2006).

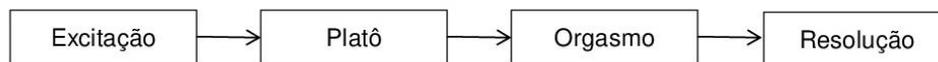
Helen Kaplan (1974) contestando o modelo de resposta sexual existente propõe um novo modelo, trifásico, que inclui a fase do desejo e elimina a fase platô, visto que essa seria a fase da excitação crescente que conduz ao orgasmo. O modelo proposto por Kaplan contém o desejo, a excitação e o orgasmo, comum tanto para os homens como para as mulheres. Para a pesquisadora, o que distingue o desejo da excitação é que o desejo seria resultado de mudanças neurológicas,

enquanto a excitação, de mudanças vasogênicas (ABDO; FLEURY, 2006; LUCENA, 2013).

A Associação Americana de Psicologia (APA) associou os dois modelos citados anteriormente, para conceituar o ciclo de resposta sexual humana, que foi dividido em quatro fases: desejo (marcado por fantasias sexuais e interesse pela prática sexual); excitação (sensação de prazer sexual, acompanhada de mudanças fisiológicas, caracterizada no homem como a ereção e na mulher como a vasoconstrição pélvica, lubrificação, expansão vaginal e turgescência genital externa); orgasmo (clímax do prazer, caracterizado pelo relaxamento e contrações rítmicas e involuntárias da musculatura perineal e dos órgãos envolvidos) e; resolução (bem-estar e relaxamento muscular, sendo possível responder a uma nova estimulação sexual) (APA, 2002; LUCENA, 2013). A Figura 1 esquematiza os três modelos apresentados.

Figura 1 – Modelos dos ciclos de respostas sexuais

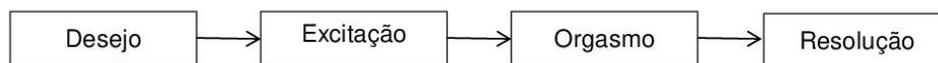
Modelo de resposta sexual de Masters e Johnson (1966)



Modelo de resposta sexual de Kaplan (1977)



Modelo de resposta sexual APA (2002)



Fonte: Adaptado LUCENA (2013)

Tais modelos foram facilmente atribuídos aos homens, porém nas mulheres eles não se adequavam totalmente, pois não consideravam as claras diferenças existentes no comportamento sexual masculino e feminino. Considerando que a mulher tem uma necessidade reduzida para liberar a tensão sexual, que o desejo é apenas um dos diversos fatores para ter atividade sexual e que a excitação na mulher é mais subjetiva do que nos homens (LUCENA, 2013), a psiquiatra

canadense Rosemarie Basson criou um modelo alternativo conhecido como modelo circular da resposta sexual feminina, que possui cinco fases, em que o principal desencadeador do ciclo de resposta sexual muitas vezes é o desejo de intimidade em vez do impulso biológico (BASSON et al., 2000; MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

De acordo com o modelo circular da resposta sexual feminina, apresentado na Figura 2, quando uma mulher tem momentos de intimidade ela é movida tanto por fatores biológicos (excitação subjetiva de estímulos genitais e não genitais) como pelos fatores psicológicos (proximidade emocional com o parceiro sexual) que desencadeiam um desejo sexual que pode levar à satisfação sexual (LATIF et al., 2014). O modelo circular de resposta sexual feminina pode ser utilizado em conjunto com os demais modelos apresentados anteriormente.

Figura 2 – Modelo Circular de Resposta Sexual Feminina



Fonte: BASSON (2001) ¹ apud LUCENA, 2013, p.16.

¹BASSON, R. Using a Different Model for Female Sexual Response to Address Women's Problematic Low Sexual Desire. **J. Sex. Marital Ther.**, v. 27, n.5, p. 395-403, 2001.

2.1.2.2. Disfunção sexual

Deixar de vivenciar qualquer fase do ciclo de resposta sexual não necessariamente será uma disfunção sexual (DS), pode ser uma situação transitória que depende de diversos fatores, sejam eles biológicos ou psicológicos ou socioculturais (BRASIL, 2013a). Qualquer dificuldade ou alteração em uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual, ou dor durante o ato sexual que manifeste de forma recorrente ou persistente, aí sim será considerada uma DS (APA, 2002). Para a OMS, a disfunção sexual se caracteriza pelas várias maneiras nas quais o indivíduo deixa de ter uma relação sexual do jeito que gostaria, representando um desafio para a qualidade de vida, relacionamento interpessoal e humor (BASSON, 2000; FOY et al., 2016).

A DS, seja masculina ou feminina, resulta de uma complexa interação da saúde física com os fatores psicossociais, metabólicos e fisiológicos (KINGSBERG; WOODARD, 2015). Ela pode ser entendida como síndrome clínica, transitória ou permanente, caracterizada por queixas ou sintomas sexuais, que resultam em insatisfação sexual, decorrendo de bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica, evidenciada no desejo, na excitação e no orgasmo (GONÇALVES, 2005; TOZO et al., 2007). Para identificar e tratar a DS é necessário investigar a causa, seja ela orgânica ou psicogênica, considerando as diferenças de gênero e o significado da atividade sexual para aquele indivíduo (FLEURY; ABDO, 2012).

Alguns fatores que podem estar relacionados às disfunções sexuais são (BRASIL, 2013a):

- Fatores biológicos: alterações hormonais e vasculares características do processo de envelhecimento ou do desenvolvimento de comorbidades, que levam à diminuição da capacidade funcional de tecidos e órgãos.
- Fatores psicológicos e sociais: tabus sobre a própria sexualidade como a ideia de que o sexo é pecado; baixa autoestima; fobias sexuais; não aceitação do seu corpo ou de sua orientação sexual.
- Fatores relacionais: brigas e desentendimento com o parceiro; falta de intimidade; dificuldade de comunicação, e tempo de relacionamento.
- Fatores traumáticos: violências de modo geral (sexual, doméstica, etc.).

- Condições gerais de saúde: efeitos diretos de alguma doença como depressão, ansiedade, doenças crônicas em geral.
- Efeito direto de substâncias: medicamentos (anti-hipertensivos, psicotrópicos, etc.), álcool e outras drogas.

Nas pesquisas científicas, são utilizados normalmente questionários desenvolvidos para avaliar a função sexual em mulheres, com base nos modelos de resposta sexual da APA, embora, na prática clínica, as entrevistas estruturadas e abertas proporcionem melhor avaliação dos componentes da função sexual (PACAGNELLA et al., 2008). O *Female Sexual Function Index (FSFI)*, criado por Rosen et al.(2000), é um dos questionários mais utilizados mundialmente, sendo traduzido e adaptado de acordo com a cultura de cada país. O FSFI é um questionário desenvolvido para ser autoaplicado, que propõe avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor (PACAGNELLA et al., 2008). A sua criação e validação facilitaram a avaliação dos transtornos sexuais femininos pelos pesquisadores, pela possibilidade de comparação entre as pesquisas realizadas em todo o mundo.

Para mensurar a disfunção sexual em homens com doenças cardiovasculares e metabólicas, o protocolo mais utilizado é o *Internacional Index of Erectile Function (IIEF)*, considerado padrão-ouro pelas entidades mundiais de saúde (GRAÇA et al., 2008; GONZALES et al., 2013). Este instrumento também foi traduzido e adaptado para diversos países, facilitando a comparabilidade entre os resultados de pesquisas relacionadas com função sexual masculina (GONZALES et al., 2013).

Estudo nacional realizado nos Estados Unidos descobriu que a DS é mais prevalente em mulheres (43%) do que em homens (31%), na população geral. Apesar da alta prevalência, os fatores de risco para a disfunção sexual feminina (DSF) são menos compreendidos do que aqueles para a masculina (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

É necessário diferenciar a disfunção primária, que se desenvolve ao longo da vida, da secundária, que foi adquirida devido a algum dos fatores acima listados, bem como entre disfunção generalizada, presente com qualquer parceria, e a situacional, presente em determinadas circunstâncias ou parcerias (ABDO; FLEURY, 2006; BRASIL, 2013a).

As principais queixas de DSF são a falta de desejo sexual e a disfunção orgástica (SCANAVINO, 2006; TOZO et al., 2007), enquanto na população masculina a disfunção erétil e a ejaculação precoce são mais prevalentes (ABDO et al., 2006). A maioria dos estudos epidemiológicos sobre as DS em homens são concentrados na disfunção erétil (DE) e os seus fatores de riscos (MCCABE et al., 2016) e são poucos os estudos com relação a ejaculação precoce, desejo sexual hipoativo, ejaculação retardada e disfunção orgástica nos homens (MCCABE et al., 2016).

A falta de saúde ou condições de saúde ruins percebidas são preditoras para a DS, principalmente entre as mulheres (MCCABBE et al., 2016). Doenças crônicas podem, portanto, acarretar ou até mesmo agravar a disfunção sexual nas pessoas, levando a sérios problemas relacionados à qualidade de vida (COLSON, 2016).

Não se sabe ao certo a incidência com que as doenças crônicas afetam a sexualidade, mas atualmente é claro que as dificuldades sexuais são de duas a seis vezes mais frequentes em pacientes que sofrem com patologias crônicas (COLSON, 2016). As DS podem ser sinais de alerta para o desenvolvimento ou agravamento de uma doença crônica, como por exemplo, a disfunção erétil que pode ser um importante marcador de doenças cardiovasculares (MINER; ROSENBERG; BARKIN, 2014), ou de agravamento do DM (COLSON, 2016; GAZZARUSO et al., 2011). Identificar uma disfunção sexual e proporcionar uma melhor saúde sexual para o doente crônico possibilita uma melhor adesão ao tratamento, além do controle da doença e maior qualidade de vida (COLSON, 2016; SCRANTON; GOLDSTEIN; STECHER, 2013).

A DS é a complicação mais negligenciada no tratamento das doenças crônicas, de modo geral, podendo interferir direta e indiretamente na qualidade de vida do indivíduo com a doença (VERSHUREN et al., 2010).

A interferência das várias doenças crônicas na sexualidade de homens e mulheres, especialmente na sua função sexual, está bem relatada na literatura, como apresentado a seguir.

2.2. Revisão Integrativa: Impacto da DM e HAS na sexualidade das pessoas

Com a finalidade de compreender melhor o impacto do DM e da HAS na sexualidade e da sexualidade nessas doenças crônicas realizou-se uma revisão integrativa da literatura científica que teve como foco a seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento científico produzido sobre os impactos da HAS e DM na sexualidade das pessoas?

Para a realização desta revisão, foram seguidas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (TEIXEIRA et al., 2013).

Foram buscadas nas bases as produções científicas nacionais e internacionais sobre a interferência das doenças crônicas HAS e DM na sexualidade das pessoas. Este foi um processo contínuo de busca que se iniciou em dezembro de 2017, com término em agosto de 2018.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados para realização da pesquisa: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); e *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed). Essas bases de dados foram selecionadas devido à relevância nacional e internacional de cada uma no que se refere às publicações científicas em saúde. Foi utilizado o operador booleano “AND” para o cruzamento entre os descritores que foram encontrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e no *Medical Subject Headings* (MESH): Diabetes Mellitus, Hipertensão, Sexualidade e Comportamento Sexual, assim como seus sinônimos e suas respectivas versões em inglês e espanhol. Utilizaram-se as palavras-chaves: funcionamento sexual, bem-estar sexual, função sexual e satisfação sexual, como parte da estratégia de busca. O cruzamento dos descritores foi realizado com duas estratégias, de forma a permitir selecionar artigos que tratassem da sexualidade das pessoas com HAS e das pessoas com DM, separadamente.

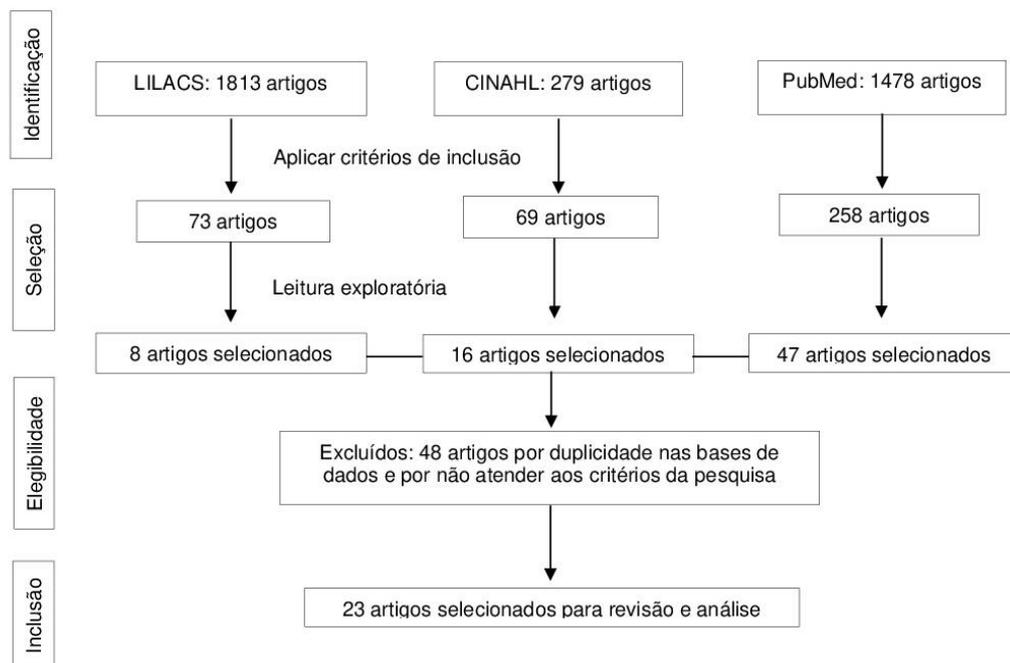
Os critérios de inclusão foram: serem estudos originais, disponíveis na íntegra em formato eletrônico, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre

os anos de 2012 e 2018, com a finalidade de encontrar artigos mais recentes, e que abordassem no título e no resumo as doenças HAS ou DM e o seu impacto na sexualidade.

Ao aplicar as estratégias nas bases de dados e selecionar os critérios de inclusão foram encontrados 73 artigos na base LILACS, 69 artigos na CINAHL e 258 na Pubmed, totalizando 400 artigos, sendo excluídos os artigos duplicados. A partir da leitura exploratória dos resumos, foram selecionadas 71 publicações que apresentaram proximidade com o tema em questão, oito na base LILACS, 16 na CINAHL e 47 na Pubmed. As publicações foram lidas na íntegra, de modo a confirmar se os assuntos contemplavam a pergunta de interesse.

Dos 71 artigos lidos, 23 estudos continham conteúdo pertinente à questão inicial e compuseram a presente revisão integrativa, sendo três localizados na base de dados LILACS, nove na CINAHL e onze na base PubMed, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Fluxograma da busca e seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pela autora

A leitura dos artigos selecionados foi realizada de forma crítica e interpretativa, o que possibilitou a exploração e síntese dos resultados em um instrumento de coleta de dados realizado no programa Microsoft Excel 2010 que conteve os seguintes parâmetros: título, autores, ano, periódico, tipo de publicação,

doença abordada, objetivos, detalhamento metodológico, tema tratado, resultados, identificação de limitações ou vieses e conclusões dos estudos. Reitera-se que foram incluídos apenas os artigos que abordavam separadamente a HAS e o DM.

Os resultados extraídos de cada estudo estão apresentados de forma descritiva no Quadro 01, reunindo os achados mais relevantes de cada um, organizados por título, autores, ano e local do estudo, doença abordada, tema tratado, principais resultados e considerações finais.

O maior número de artigos foi encontrado no ano de 2015, com um total de oito artigos (34,78%), seguido dos anos de 2014, 2013 e 2016, com quatro artigos cada (17,39%), o ano de 2017 (8,69%) com dois artigos e o ano de 2012 com apenas um artigo (4,36%).

Quanto ao delineamento metodológico dos 23 artigos selecionados apenas um estudo possui abordagem qualitativa e um abordagem mista; os demais estudos são quantitativos (91,3%), do tipo transversal (66,7%), caso-controle (18%), ensaio-clínico randomizado (9,5%) e longitudinal (4,8%).

Os trabalhos científicos selecionados nesta revisão foram, na sua maioria, relacionados com o Diabetes Mellitus, sendo 18 artigos (78,30%). Apenas cinco artigos foram referentes à Hipertensão Arterial Sistêmica (21,70%). Essa discrepância pode ter ocorrido porque a maioria dos estudos localizados com as estratégias de busca com o descritor hipertensão incluíam a população com outras comorbidades, como doenças cardíacas em geral (HUANG et al., 2014; RUNDBLAD et al., 2017; STEINKE; MOSACK; HILL, 2014), risco cardiovascular (LIU et al., 2016), diabetes e hipercolesterolemia (SKELDON et al., 2015), sendo raros os estudos que abordavam a função sexual apenas com a hipertensão.

Outra questão que chamou a atenção nesta revisão foi à predominância de estudos voltados para as mulheres, sendo o total de 14 (61,0%) com a população feminina, seis (26,0%) com a população masculina e três (13,0%) com a população feminina e masculina. No entanto, muitos autores chamam a atenção para a predominância da abordagem da função sexual na população masculina, na literatura e com o foco limitado na disfunção erétil, havendo escassa atenção para as disfunções sexuais femininas (AL KHAJA et al., 2016; MCCABE et al., 2016; SANHUEZA et al., 2016).

Acredita-se que a predominância de estudos com mulheres nesta revisão foi devido à delimitação de período recente para a seleção dos artigos (2012- 2018),

identificando-se mudanças no perfil da literatura e das pesquisas na busca pelo melhor entendimento da função sexual feminina (SANHUEZA et al., 2016).

A falta de interesse anterior pelo conhecimento da sexualidade feminina ocorria e ainda ocorre, segundo os autores, pela sintomatologia ser mais discreta e menos dramática que a dos problemas do homem, não havendo queixas explícitas por parte das mulheres e pelo fato de não serem questionadas, pelos profissionais de saúde, sobre a sua vida sexual, o que torna o problema aparentemente “inexistente”, entre outras razões (SANHUEZA et al., 2016).

Esta revisão de literatura buscou pontos semelhantes e discrepantes nos estudos selecionados, tanto quando se trata de pessoas com DM, como pessoas com HAS (Quadro 01).

QUADRO 01 – Síntese dos estudos resultantes de Revisão Integrativa sobre Impacto da DM e HAS na sexualidade das pessoas, LILACS, CINAHL, PUBMED, período de 2012/2018. Belo Horizonte - Minas Gerais, 2018.

Título do Artigo, autores, ano e local	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
1) Disfunción sexual en la mujer diabética pre y postmenopáusica Sanhueza et al., 2016. Chile	DM1 e DM2	Disfunção sexual	Mulheres com DM na pré-menopausa, somente excitação teve significado estatístico. 27,3% de DS. Nas mulheres pós-menopausa, alcançando significado estatístico apenas na lubrificação. 69,2% de DS. Na totalidade das mulheres com DM foram estatisticamente significativos os domínios: excitação, lubrificação e orgasmo. DS no total de mulheres com diabetes é de 50%.	As mulheres diabéticas apresentam DS maior do que as do grupo controle. Entre as diabéticas, as que estão na menopausa têm maior prevalência de DS, sendo afetadas em todos os domínios do ciclo de resposta sexual, principalmente na lubrificação. As mulheres na pré-menopausa são mais afetadas na excitação.
2) Percepção de homens com Diabetes Mellitus sobre sexualidade Coimbra;Teixeira, 2015. Brasil	DM2	Comportamento Sexualidade	Estudo qualitativo do qual emergiram duas categorias: percepção sobre sexualidade e relacionamento com o profissional de saúde, no que se refere às questões sexuais. Sexualidade vista como relação sexual, necessidade biológica, ligada ao prazer e ao amor. É importante para a saúde e o bem do relacionamento com o parceiro, porém, quando idosos não é prioridade. Médicos e psicólogos foram os profissionais da saúde que abordam (pouco) o tema da sexualidade. Porém, os homens relatam resultados insatisfatórios, devido à falta de manejo e de atenção apropriada ao problema pelo profissional.	Os profissionais de saúde devem abordar, cuidar e tratar assuntos de sexualidade, evitando juízos de valor pré-estabelecidos, com a finalidade de compreender o cliente na sua integralidade, inclusive nas suas vivências sobre a sexualidade. O estudo propõe aos profissionais abordar a sexualidade com a finalidade de buscar novas perspectivas de cuidado para serem aplicados em sua prática e repensar a respeito das implicações psicoafetivas e biológicas do diabetes e de seu tratamento na sexualidade do cliente.

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>3) Afrontamiento al distrés relacionado com la disfunción eréctil em varones com diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Llanes; Calles, 2013.</p> <p>Cuba</p>	DM2	Enfrentamento da DE	<p>Nos questionários, os sujeitos referiram que buscavam, com frequência, apoio social, o que divergiu das entrevistas em que a maioria referiu o evitamento e fuga, por meio de estratégias como: falta de interesse por informação; busca de causas externas, alegando que a DE era situação inevitável e fora do seu controle; busca de novas experiências pela tendência de procurar sexo com outras parceiras, com o propósito de confirmar a existência, permanência e particularidades da DE.</p>	<p>Os homens com DM2 e DE deste estudo utilizaram como estratégias de enfrentamento da dificuldade sexual o manejo emocional por meio da fuga evitamento, com menor uso de estratégias ativas de enfrentamento e centradas na solução do problema. Isto acarreta situações que potencializam a vulnerabilidade, e limitam suas possibilidades de recuperação da saúde geral e psicossocial.</p>
<p>4) Diabetes Mellitus and Sexual Function in Middle-Aged and Older Women.</p> <p>Copeland et al., 2012.</p> <p>EUA</p>	DM2	Atividade sexual	<p>As mulheres com DM2 tratadas com insulina foram mais propensas a relatar baixo desejo sexual e satisfação (34,9%) em comparação com mulheres diabéticas não tratadas com insulina (26,0%) ou mulheres sem DM (19,3%). Entre as participantes sexualmente ativas, problemas com a lubrificação também foram mais comuns em mulheres com DM tratadas com insulina em comparação com mulheres não diabéticas.</p>	<p>Mulheres com DM e sem DM não diferiram significativamente em relação ao interesse e engajamento na atividade sexual. Porém, as mulheres com DM apresentam níveis mais baixos de satisfação sexual e problemas relacionados com a lubrificação e orgasmo durante o sexo, particularmente se elas utilizavam insulina. Os profissionais de saúde devem avaliar ativamente os problemas sexuais em mulheres com DM, em especial daquelas que tomam insulina.</p>

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>5) Factor analysis study on sexual responses in women with Type 2 diabetes mellitus</p> <p>Ismail et al., 2014.</p> <p>Malásia.</p>	DM2	Atividade Sexual	A partir da análise de mulheres com DM e grupo controle, a dor sexual esteve relacionada com os domínios de lubrificação e orgasmo nas mulheres com DM. Embora este resultado seja controverso, pode indicar a importância da sensibilização genital (mesmo no formato de dor) na mensuração de lubrificação e orgasmos nas mulheres com DM.	A presença da dor como parte da componente de lubrificação e orgasmo em mulheres com DM indica a importância da sensibilidade genital intacta, mesmo que um tipo de sensação adverso, por congestão vaginal e orgasmo ocorrer neste grupo de mulheres.
<p>6) Prevalence of sexual desire and satisfaction among patients with screen-detected diabetes and impact of intensive multifactorial treatment: Results from the ADDITION-Denmark study</p> <p>Pedersen et al., 2015</p> <p>Dinamarca.</p>	DM2	Atividade Sexual (especificamente desejo e satisfação sexual)	No estudo realizado com homens e mulheres com DM, a prevalência de baixo desejo sexual aumentou significativamente com o aumento da idade. Em todas as faixas etárias, mais mulheres do que homens relataram baixo desejo sexual. A prevalência de baixa satisfação sexual não mudou significativamente com a idade. Entre os pacientes com idade acima de 59 anos, mais homens que mulheres expressaram baixa satisfação sexual. A prevalência de baixo desejo sexual foi de 53% e 54% entre as mulheres, e de 24% e 25% entre os homens. A prevalência de baixa satisfação sexual foi de 23% e 18% entre as mulheres, e 27% e 37% entre os homens.	Baixo desejo e baixa satisfação sexuais são frequentes entre homens e mulheres com DM2. Os profissionais que lidam com diabetes devem levar em consideração não somente DS, como a DE, mas considerar que o desejo sexual e a satisfação sexual também são afetados no início da trajetória do diabetes. Isto sublinha a necessidade de distinguir entre os diferentes aspectos da sexualidade quando se aborda a carga sexual do diabetes. Os profissionais de saúde devem, portanto, prestar atenção especial a essas questões para proteger a saúde sexual das pessoas com DM2.

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>7) Sexual dysfunction and sexual health concerns in women with diabetes.</p> <p>Meeking; Fosbury; Cummings, 2013.</p> <p>Reino Unido</p>	DM1 e DM2	Atividade sexual	Os problemas sexuais foram mais comuns em mulheres com DM do que no grupo controle. Mulheres com diabetes eram mais propensas a relatar falta de lubrificação vaginal, e denunciar o sexo doloroso, dificuldade em atingir o orgasmo, falta de interesse em sexo e perda da sensibilidade genital em relação aos controles. A duração do diabetes e a idade não interferiram na DS. Problemas de autoimagem atribuídos ao diabetes foram encontrados em 36% das mulheres.	As mulheres com DM têm mais DS afetando o desejo, excitação, orgasmo e dispareunia. A falta de lubrificação vaginal foi o problema mais relatado. Os fatores psicológicos na resposta sexual parecem ser mais importantes nas mulheres do que nos homens. As mulheres devem ser encorajadas a falar livremente sobre os problemas sexuais funcionais e aconselhamento especializado deve ser disponibilizado.
<p>8) Sexual Dysfunction and Sexual Quality of Life in Women with Diabetes: The Study Based on a Diabetic Center.</p> <p>Celik et al., 2015.</p> <p>Turquia.</p>	DM1 e DM2	Atividade sexual	Em uma população com mulheres com DM1 e DM2, 60,5% das mulheres expressaram diminuição do desejo sexual e 61,7% reduziram a frequência de suas relações sexuais após o diagnóstico de sua doença. No total, a prevalência de DS foi de 80,4%. A frequência de DS em mulheres com DM2 (85,6%) foi significativamente mais elevada do que em mulheres com diabetes mellitus tipo 1 (55,6%).	A DS foi maior em mulheres com DM, principalmente aquelas com DM2, e a sua qualidade de vida sexual foi menor. Isto pode ser explicado pela faixa etária maior e no período da menopausa em comparação com o DM1. A elevada prevalência de DS pode ser devida a fatores culturais na sociedade turca.

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>9) Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life.</p> <p>Erten et al., 2013.</p> <p>Turquia.</p>	DM2	Vida sexual	<p>Este estudo teve uma parte qualitativa e uma quantitativa. Das mulheres participantes, 47,4% expressaram que teve problemas relacionados à DS. A interação com o marido foi relacionada com a DS, assim como com o tipo de tratamento do DM e o maior tempo de diagnóstico. A idade não foi correlacionada com a DS. Nas entrevistas, as mulheres relataram que mesmo sem o desejo tem relações com o marido para satisfazê-lo, devido à sua religião ou cultura.</p>	<p>A cultura e religião impactam significativamente os problemas na vida sexual das mulheres com DM. Mulheres com DM possuem fatores de risco para a disfunção sexual e devem ser acompanhadas a fim realizar um diagnóstico precoce de problemas sexuais graves. Os profissionais de saúde devem saber o efeito da cultura na sexualidade e ao oferecer o tratamento deve considerar os cuidados de saúde com base neste contexto.</p>
<p>10) Antihypertensive medications and sexual function in women: baseline data from the SBP intervention trial.</p> <p>Thomas et al., 2016.</p> <p>EUA.</p>	HAS	Interferência dos medicamentos na função sexual	<p>Não houve diferenças significativas na atividade sexual entre mulheres que tomam um ou mais anti-hipertensivos e mulheres que não tomam nenhum. As mulheres que tomam um inibidor de enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) tiveram maior probabilidade de atividade sexual. A prevalência de DS foi de 52,5%. Nenhuma classe de medicação foi associada com disfunção sexual no modelo multivariável.</p>	<p>As classes de medicamentos IECA e BRA foram associadas com maiores chances de atividade sexual nas mulheres com HAS. Embora a prevalência da DS tenha sido elevada, nenhuma classe de medicamentos anti-hipertensivos foi significativamente associada com disfunção sexual. O autor mantém a hipótese de que os anti-hipertensivos são susceptíveis de afetar a função sexual.</p>

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>11) Duration of hypertension and antihypertensive agents in correlation with the phases of female sexual response cycle.</p> <p>Latif et al., 2014.</p> <p>Malásia.</p>	HAS	Vida sexual	Os conjuntos com domínios atingidos no ciclo de resposta sexual de mulheres com HAS foram: desejo sexual e excitação; orgasmo e satisfação sexual; lubrificação vaginal e dor sexual. A lubrificação vaginal foi maior nas hipertensas do que nas mulheres não hipertensas. Observou-se, também, que a duração da HA e os medicamentos anti-hipertensivos, como betabloqueadores e diuréticos, têm influência diferente no Ciclo de Resposta Sexual (CRS).	A DSF deve ser sempre lembrada no cuidado de pessoas que utilizam medicamentos anti-hipertensivos, devido à influência na sua qualidade de vida. O CRS de mulheres com HAS é altamente afetado pela duração da doença e diferentes tipos de medicamentos anti-hipertensivos. Os médicos devem tratar a HAS criteriosamente e oferecer aos pacientes medicamentos anti-hipertensivos que têm menos influência sobre sua CRS.
<p>12) Blood pressure, and sexual activity and dysfunction in women with hypertension: baseline findings from the Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT).</p> <p>Foy et al., 2016.</p> <p>EUA.</p>	HAS	Vida Sexual	A DS nas mulheres com HAS teve uma prevalência de 52,6% da amostra. A pressão arterial não foi significativamente associada com a atividade sexual. A idade avançada e escolarização baixa foram associadas com a menor chance de ser sexualmente ativa, assim como viver sozinho em comparação com viver com um parceiro. Sintomas depressivos foram associados com maior probabilidade de DS, assim como o maior número de comorbidades físicas.	Esta investigação revelou várias questões que devem ser considerados pelos profissionais da saúde, como a elevada prevalência de inatividade sexual e de DS. A idade e melhor escolaridade estão associadas com a atividade sexual, e o aumento dos sintomas depressivos e das comorbidades físicas foram associadas com aumento da probabilidade de DS.

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>13) Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety.</p> <p>Nascimento et al., 2015.</p> <p>Brasil.</p>	HAS	Atividade sexual	<p>As altas taxas de DS foram detectadas nas mulheres com HAS, em todos os domínios: desejo (68,2%), excitação (68,2%), lubrificação (41,1%), orgasmo (55,4%), satisfação (66,42%) e dor (56,1%). Taxas elevadas de sintomas de ansiedade (43,3%) e depressão (26,8%) também foram encontradas. No entanto no presente estudo tais sintomas não mostraram nenhuma relação entre os níveis de disfunção sexual para nenhum domínio.</p>	<p>Hipertensos tem uma elevada presença de DS, bem como sintomas depressivos e de ansiedade. Embora a literatura sobre a sexualidade feminina indique influências destes sintomas nas funções sexuais, este estudo não identificou uma relação na população estudada. A sexualidade é um elemento importante na qualidade de vida do paciente, e uma ampla compreensão da função sexual feminina é fundamental para um bom acompanhamento desses pacientes.</p>
<p>14) Sexual Functioning and Depressive Symptoms in Women with Diabetes and Prediabetes Receiving Metformin Therapy: A Pilot Study.</p> <p>Krysiak et al., 2017.</p> <p>Polônia.</p>	DM2	Atividade sexual	<p>A DS nas mulheres com DM foi de 55%, atingindo os domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dispareunia, e essas pontuações correlacionadas com um grau de resistência à insulina. O tratamento com metformina melhora o desejo e a satisfação sexual, e estes efeitos estão correlacionados com a melhora na resistência à insulina.</p>	<p>A metformina produz um efeito benéfico em todos os domínios da função sexual que foram prejudicados pela presença de anormalidade do metabolismo da glicose. As anormalidades do metabolismo da glicose estão associadas com DS e com sintomas depressivos, e o funcionamento sexual melhora após o tratamento com metformina.</p>

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>15) Sexual Dysfunction in Type 2 Diabetes at Diagnosis: Progression over Time and Drug and Non-Drug Correlated Fact.</p> <p>Corona et al., 2016.</p> <p>Itália.</p>	DM2	Atividade sexual	<p>Porcentagem de homens com DM que relataram melhora na DE com o tratamento foi quase o dobro do que a dos homens que relataram agravamento de DE (22,6% x 12,8%). O aumento da frequência da atividade sexual indica que muitos que não eram tratados começaram a tomar fármaco para a DE durante o período de estudo. Uma melhoria global sobre os valores da linha de base foi observada em alvos metabólicos para DM2 e sintomas depressivos.</p>	<p>A função sexual é uma grande preocupação para os homens com DM2. Quando é realizado um tratamento adequado com aconselhamento, terapia com remédios para a DE e uma abordagem integrada, os homens com diagnóstico recente de DM2 podem atingir os objetivos metabólicos e melhorar a função sexual e seus sintomas depressivos.</p>
<p>16) Frequency, severity, and risk factors related to sexual dysfunction in Chinese women with T2D.</p> <p>Li et al., 2016.</p> <p>China.</p>	DM2	Disfunção sexual (disfunção erétil)	<p>A frequência de DS nas mulheres com DM2 foi de 75,0%, muito maior do que no grupo controle. Ser mais velho, tomar medicamentos antidiabéticos orais e ter neuropatia diabética se apresentam como fatores de risco para DS.</p>	<p>A DS tem alta prevalência na China e é mais grave em mulheres com DM do que em mulheres sem diabetes. Os profissionais de saúde precisam estar dispostos a buscar informações sobre DS e avaliá-la como importante, porque é, às vezes escondida e é uma complicação do diabetes.</p>

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>17) Sexual dysfunction and anxiety levels of type 2 male diabetics.</p> <p>Erden; Kaya, 2015.</p> <p>Turquia.</p>	DM2	Atividade sexual	<p>Estudo foi realizado com homens com DM2 e mostrou que 82% da amostra apresentou DE. De acordo com o IDATE, a maioria dos pacientes tinha ansiedade “suave”, enquanto que de acordo com o TAI, tinham níveis de ansiedade “moderados”. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações totais de disfunção sexual e Índices de estado de ansiedade, ao passo que houve uma fraca correlação negativa entre os níveis traço de ansiedade.</p>	<p>De acordo com os resultados, a maioria dos homens com DM2 têm disfunção erétil e disfunção sexual, bem como ansiedade significativa. Aqueles com DS têm aumentado seus níveis de ansiedade. Os autores recomendam que os profissionais de saúde avaliem rotineiramente os pacientes diabéticos com relação à saúde sexual.</p>
<p>18) Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction in Men and Women With Type 2 Diabetes.</p> <p>Rutte et al., 2014.</p> <p>Holanda.</p>	DM2	Disfunção sexual	<p>69% dos homens com DM2 e 70% das mulheres foram classificados com algum grau de DS. As disfunções sexuais estavam associadas à maior idade, à depressão clínica (pontuação do Centro de Estudos Epidemiológicos ≥ 16) e a uma ou mais complicações relacionadas ao diabetes em homens e mulheres. A depressão clínica foi mais fortemente associada com a DS.</p>	<p>A DS é altamente prevalente em homens e mulheres com DM2 na Holanda. A depressão clínica esteve mais fortemente associada à DS tanto masculina como feminina. Esses resultados enfatizam a importância de abordar a disfunção sexual em homens e mulheres com DM2, como parte dos cuidados de rotina, levando em consideração fatores biológicos e psicológicos.</p>

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>19) Does the Diabetes of Type 2 Affect the Sexual Functions of Women?</p> <p>Bal et al., 2015.</p> <p>Turquia.</p>	DM2	Atividade sexual	<p>A prevalência de DS foi 77,6% nas mulheres com DM2, o que é um resultado bem alto. Os autores descobriram que quanto maior a HbA1c, o índice de massa corporal e a duração do diabetes, maior a prevalência de DS. O DM2 teve efeito negativo no desejo sexual, capacidade orgástica, lubrificação e satisfação sexual. A idade não teve relação com a DS.</p>	<p>As mulheres com DM2 têm risco aumentado de DS. Os profissionais de saúde devem dar mais atenção às mulheres com DM2 para suas funções sexuais e devem oferecê-las mais orientações e instruções.</p>
<p>20) Sexual Dysfunction at the Onset of Type 2 Diabetes: The Interplay of Depression, Hormonal and Cardiovascular Factors.</p> <p>Corona et al., 2014.</p> <p>Itália.</p>	DM2	Disfunção sexual (<p>A DE em homens com DM2 foi classificada como leve em 19,4%, leve a moderada em 15,4%, moderada em 10,4%, e grave em 21,6% dos pacientes. A ejaculação precoce, a ejaculação retardada e o desejo sexual hipoativo foram de 28,3%, 32,9% e 58,4%, respectivamente. Finalmente, o hipogonadismo mostrou uma prevalência estimada de quase 20%. Tanto orgânica (pelo menos uma complicação crônica associada à DM) e fatores psicológicos (sintomas depressivos graves) aumentaram o risco de DE. Sintomas depressivos graves também foram associados a problemas ejaculatórios, desejo sexual hipoativo e hipogonadismo.</p>	<p>Os resultados confirmam a alta prevalência de DS em homens com DM2 recentemente diagnosticados. No entanto, muitos sintomas sexuais passam, muitas vezes, despercebidos nos pacientes com DM porque os médicos relutam em perguntar sobre a saúde sexual de seus pacientes. Dada a forte evidência de diagnóstico precoce de disfunção erétil como possível fator de risco para doenças cardiovasculares, o rastreamento da disfunção sexual deve tornar-se parte dos cuidados de rotina no manejo de pacientes com DM.</p>

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>21) Evaluation of Sexual Dysfunction in Males with Diabetes.</p> <p>Yildiz; Bölüktaş, 2015.</p> <p>Turquia.</p>	DM1 e DM2	Disfunção sexual (disfunção erétil)	A prevalência da DS em homens com DM foi de 48%. Os domínios mais afetados entre os casos foram a função erétil (33,1%) e a satisfação sexual (29,1%). O domínio menos afetado foi o desejo sexual (6,3%). A maioria apresentou DE moderada (42,6%). Fatores que afetam a DE foram: idade, nível de educação, obesidade, pé diabético, duração do diabetes e medicamentos utilizados. Todos os scores dos subgrupos de qualidade de vida foram menores nos pacientes do sexo masculino com DS. Os escores de depressão e imagem corporal também foram menores nos pacientes do sexo masculino com DS.	As DS são afetadas por fatores metabólicos e psicossociais. A disfunção sexual em homens com diabetes deve ser rotineiramente avaliada. Todos os resultados dos subgrupos de qualidade de vida foram menores nos pacientes do sexo masculino com DS. Para diagnosticar e tratar DS com sucesso, todos os parâmetros que afetam DS devem ser avaliados em conjunto e as diferenças nesses parâmetros devem ser controladas regularmente por uma equipe multiprofissional.
<p>22) Evaluation of sexual dysfunction in women with type 2 diabetes.</p> <p>Ammar et al., 2017.</p> <p>Tunísia.</p>	DM2	Atividade sexual	A porcentagem de DS em mulheres no grupo diabético foi significativamente maior que a do grupo controle (50% vs. 16,7%). As análises dos dados mostraram que a duração mais longa do diabetes e as complicações microangiopáticas foram fatores de risco independentes do DS, embora não tenha havido relação significativa entre idade, IMC, hipertensão, doença arterial coronariana, controle glicêmico e frequência de DS.	O DM prejudica significativamente o desempenho sexual de mulheres. A avaliação da sexualidade feminina deve ser uma avaliação de rotina para mulheres com DM, como outras complicações diabéticas. Mais estudos com maior número de pacientes são necessários para estabelecer maior eficácia no manejo de pacientes diabéticos.

(Continua)

Título do Artigo, autores, ano e local.	Doença	Tema tratado	Principais Resultados	Recomendações/ Conclusões
<p>23) Sexual activity and function among middle-aged and older men and women with hypertension.</p> <p>Spatz et al., 2013.</p> <p>EUA.</p>	HAS	Atividade sexual	<p>Ao comparar homens com HAS em tratamento com os não tratados e os sem HAS, a atividades sexuais foram menos prevalentes nos tratados (66,5% vs 75,9% vs 71,5%, respectivamente). Não houve associação entre HAS tratada e a atividade sexual. Houve uma associação não significativa entre HAS tratada e problemas sexuais. Entre as mulheres, a prevalência de atividade sexual foi menor entre os portadores de HAS dos grupos de tratados e não tratados do que no grupo sem HAS (35,2% vs 38,3% vs 58,0%, respectivamente); a prevalência de problemas sexuais foi semelhante (73,7% vs 65,3% vs 71,7%). As mulheres com HAS tratada e HAS não tratada tiveram uma probabilidade mais baixa de atividade sexual em comparação com os que não tinham HAS. Não houve associação significativa entre a classe de medicação anti-hipertensiva e atividade sexual ou problemas sexuais em homens ou mulheres.</p>	<p>Com uma amostra nacionalmente representativa de adultos de meia-idade e mais velhos, buscou-se definir melhor essas relações complexas. Descobriu-se que, entre os homens com HAS, independentemente do seu tratamento, não houve associação com a atividade sexual e as associações foram não significativas com problemas sexuais. Mulheres com HAS tratada e não tratada foram significativamente menos sexualmente ativas do que as mulheres sem HAS. Entre as mulheres sexualmente ativas, nem o diagnóstico de HAS, nem o seu tratamento, foram associados a problemas sexuais. Não se encontrou associação consistente entre as classes de medicação anti-hipertensiva e problemas sexuais.</p>

Com relação ao tipo de sexualidade retratada apenas dois artigos abordaram a sexualidade do ponto de vista do bem-estar sexual (COIMBRA; TEIXEIRA, 2015; LLANES; CALLES, 2013), o que demonstra a predominância das pesquisas sobre função sexual, com foco na disfunção sexual, de um modo estritamente biológico. Tal fato alerta para a necessidade de mais pesquisas científicas que envolvam as experiências individuais da sexualidade do sujeito, de acordo com a sua vida pessoal e relacional, com a finalidade de realizar estratégias que possibilitem uma melhor abordagem pelos profissionais de saúde diante de uma situação de problemas relacionados à sexualidade tanto para as pessoas com HAS como com DM.

Com relação ao país dos estudos selecionados, houve uma variedade importante de culturas presentes nesta revisão. A maioria foi originária da Turquia, com cinco artigos (26,0%), dos Estados Unidos da América, com quatro artigos (17,4%). Houve dois artigos do Brasil (8,7%), assim como da Itália e Malásia, e um estudo em cada um dos países restantes: China, Chile, Cuba, Dinamarca, Holanda, Polônia, Reino Unido e Tunísia (4,35% cada).

Esta revisão de literatura mostrou que há muitos achados divergentes e outros convergentes sobre a vida sexual de pessoas com HAS ou com DM, mas todos são unânimes em explicitar a necessidade de atenção à saúde sexual dos usuários dos serviços. Além disso, pode-se afirmar a importância de compreender as trajetórias de vida e as construções sociais sobre a sexualidade para que se desvelem outros resultados sobre os influxos destes agravos na sexualidade, para que os cuidados sejam mais abrangentes e pertinentes.

2.2.1. Diabetes Mellitus e sexualidade

O Diabetes Mellitus (DM) não é uma doença única, mas sim um grupo de distúrbios metabólicos que tem em comum a hiperglicemia, resultado de defeitos na ação ou na secreção de insulina, ou em ambas. O diabetes mellitus do tipo 1 (DM1) é caracterizado pela destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina, e pode ser autoimune ou de etiologia desconhecida. Representa cerca de 5-10% dos casos de DM. O diabetes mellitus do tipo 2 (DM2) é verificado em grande parte dos casos de DM e caracteriza-se por um defeito na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. A resistência à insulina e o

defeito na função das células beta estão presentes precocemente na fase pré-clínica da doença. O DM2 é causado por uma interação de fatores genéticos e ambientais, assim como o estilo de vida (OLIVEIRA; VENCIO, 2016).

Uma epidemia de DM está em curso, devido aos números alarmantes de pessoas com a doença em todo mundo. A população mundial com diabetes em 2017 é de, aproximadamente, 425 milhões de pessoas, sendo que o número previsto para 2045 é de 629 milhões (IDF, 2017). O Brasil é o 4º país que tem o maior número de pessoas com DM no mundo, com 12,5 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, podendo alcançar 20,3 milhões em 2045. Entre as pessoas com DM, a prevalência é maior entre as mulheres (8,6%) do que nos homens (7,4%) (IDF, 2017).

Quando se investiga a importância do DM como carga de doença, ou seja, o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida de seus portadores, por meio do Disability Adjusted Life of Years (DALY), o DM ocupa a oitava posição, sendo superado pelo grupo das doenças infecciosas e parasitárias, neuropsiquiátricas, cardiovasculares, respiratórias crônicas, do aparelho digestivo, neoplasias malignas e doenças musculoesqueléticas. A análise epidemiológica, econômica e social do aumento do número de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida (OLIVEIRA; VENCIO, 2016).

Foram selecionados 18 artigos (78,3%) que tratam da sexualidade das pessoas com DM. Destes, 10 (55,5%) foram especificamente com mulheres, dois (11,2%) foram mistos (com homens e mulheres) e seis (33,3%) com homens. A maioria dos estudos abordou especificamente o DM2, apenas dois artigos abordaram o DM1 e DM2 em conjunto e nenhum artigo selecionado abordou somente o DM1. O funcionamento sexual foi discutido na maior parte dos trabalhos, 16 (88,9%), em homens e mulheres com DM. Apenas em dois trabalhos, realizados com a população masculina, a abordagem da sexualidade foi de uma maneira mais ampla e incluiu o enfrentamento ao estresse diante da DS.

O DM influencia o indivíduo e seus familiares, pois as suas complicações, terapias e a necessidade de mudanças no estilo de vida impactam na qualidade de vida e afetam a sexualidade para além da função sexual, atingindo também a imagem física, autocuidado, responsabilidade e a comunicação com o parceiro

(CELIK et al., 2015). O DM é caracterizado como uma das principais doenças crônicas responsáveis por interferir na saúde sexual do indivíduo, causando distúrbios sexuais devido a fatores neurogênicos, psicogênicos ou vasculares (EROL et al., 2003; ERTEN et al., 2013).

Estudos sobre diabetes e sexualidade foram iniciados em 1940, com homens, e, em 1970, com mulheres (CAKIR, 2009; RUTHERFORD; COLLIER, 2005). Essa diferença de 30 anos pode explicar um pouco a predominância de estudos voltados para a população masculina com o enfoque maior na disfunção erétil (DE), mesmo com uma alta prevalência de mulheres com DM e maior risco de desenvolver disfunção sexual do que os homens (BAL et al., 2015; ERTEN et al., 2013; SANHUEZA et al., 2016).

O maior número de estudos encontrados na presente revisão foi voltado para as mulheres, como dito anteriormente, porém as pesquisas ainda são escassas e insuficientes para a compreensão da sexualidade feminina e esclarecimentos dos fatores que incidem no aparecimento e desenvolvimento das DS (ERTEN et al., 2013; RUTTE et al., 2014), sobre o que é ressaltado em grande parte dos estudos.

Mulheres e homens com diabetes têm maior risco de sofrerem alterações em suas sexualidades se comparados com os não diabéticos (CELIK et al., 2015; CORONA et al., 2014, 2016; LI et al., 2016). As alterações sexuais dos homens com DM estão associadas com a idade avançada, obesidade, comorbidades, maior duração do diabetes, controle metabólico inadequado, tabagismo e ansiedade (CORONA et al., 2014; ERDEN; KAYA, 2015; ESPOSITO et al., 2010; RUTTE et al., 2014), enquanto nas mulheres estão associados com a idade, duração do DM, menopausa, depressão, relacionamentos e complicações vasculares (KRYSIK et al., 2017; SANHUEZA et al., 2016).

Embora o DM1 e DM2 possam ter efeitos diferentes sobre os mecanismos biológicos que medeiam a resposta sexual ou sobre os fatores psicossociais, cognitivos e psicológicos da sexualidade, uma meta análise de Pontiroli; Cortelazzi; Morabito (2013) não encontrou diferenças significativas das disfunções sexuais apresentadas entre os dois tipos de diabetes (SANHUEZA et al., 2016).

Porém, um estudo turco realizado em mulheres com DM1 e DM2 encontrou prevalências de DS diferentes entre os dois tipos, 55,6% e 85,6% respectivamente. Nessa pesquisa, as mulheres com DM2 eram prevalentemente mais velhas (50 anos ou mais) e estavam na menopausa, o que pode interferir muito mais na atividade

sexual do que o tipo do diabetes (CELIK et al., 2015). Os estudos com a população masculina (FEDELE et al., 2000; CELIK et al., 2015) mostram que a DS é mais comum em pessoas com DM1, em comparação com aquelas com DM2, porém, no estudo de Yildiz e Bölüktaş (2015), a prevalência foi maior nos homens com DM2.

Os artigos desta revisão, que utilizaram o *Female Sexual Function Index* (FSFI) para mensurar a função sexual na mulher, tiveram uma prevalência de disfunção sexual que variou de 46,7% a 85,6%, com média de 66,2%.

O DM, em geral, tem sido associado com o aumento da DS em mulheres. Estudos encontraram que a doença afeta frequentemente a excitação sexual, que está relacionada com a sensibilidade genital reduzida e falta de lubrificação, afetando também o desejo, excitação, orgasmo, dor e satisfação sexual (AMMAR et al., 2017; ISMAIL et al., 2014). Porém, a fase da excitação é a mais afetada pela doença, levando à falta de lubrificação na mulher, acompanhada pela redução da libido, capacidade de atingir o orgasmo e dor na relação sexual (MEEKING; FOSBURY; CUMMINGS, 2013). As reduções dos domínios ocorrem devido às alterações metabólicas ou neurovasculares que interferem nas questões relacionadas ao fluxo sanguíneo da região genital, ingurgitamento do clitóris e falha na lubrificação. A diminuição da lubrificação pode ser em decorrência da hiperglicemia, que reduz a hidratação das membranas da mucosa, incluindo as do tecido vaginal (AMMAR et al., 2017; BARGIOTA et al., 2011). No entanto, o tratamento da disfunção sexual em mulheres com diabetes é menos evidente do que nos homens. Não existem orientações específicas, medicações e terapia disponíveis e eficazes que possam envolver tratamento psicológico e farmacológico (MEEKING; FOSBURY; CUMMINGS, 2013).

A redução na sensibilidade genital em mulheres com DM também é um grande influenciador da DS. Isso ocorre devido às anormalidades neuroendócrinas e vasculares próprias da doença, podendo causar a degeneração do nervo clitoriano e danos nos vasos sanguíneos do clitóris. A dor sexual, ou dispareunia, em mulheres com DM ocorre frequentemente e isto se deve à diminuição da sensibilidade genital e, conseqüentemente, da lubrificação, afetando a capacidade de excitação sexual, com a estimulação resultando em problema no orgasmo e na satisfação sexual (ISMAIL et al., 2014).

Outro aspecto que teve importante impacto na sexualidade das mulheres com DM foi o período do climatério e menopausa, que é responsável por diversas

mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Constitui-se pelo fim da reserva folicular, levando a mudanças do padrão hormonal, entre eles o hipoestrogenismo. Esses hormônios são responsáveis pelo bom funcionamento sexual. O estrógeno influencia de maneira direta no desejo sexual e na fase de excitação, tendo função facilitadora da vasodilatação, ingurgitamento do clitóris e regulação da produção do óxido nítrico, que é responsável pela contração das paredes vaginais e da lubrificação (BOTELL, 2013).

Em estudo realizado com mulheres em pré e pós-menopausa, com DM1 e DM2, demonstrou que as mulheres diabéticas, em geral, apresentam DS de 50%, sendo que, nas mulheres com menopausa, a DS é consideravelmente maior (69,2%) do que nas mulheres que não estão na menopausa (27,3%) (SANHUEZA et al., 2016). Nas mulheres com menopausa foram encontrados problemas relacionados, principalmente, à lubrificação, o que é encontrado também em outros trabalhos (AMMAR et al., 2017; BAL et al., 2015; COPELAND et al., 2012; ISMAIL et al., 2014; KRYSIAK et al., 2017; MEEKING; FOSBURY; CUMMINGS, 2013). A lubrificação se relaciona tanto com a hiperglicemia, que é responsável pela redução da hidratação da mucosa vaginal, quanto com o hipoestrogenismo próprio dessa etapa da vida (SANHUEZA et al., 2016).

O tipo de tratamento também pode afetar a sexualidade das pessoas com DM. Estudo realizado com mulheres diabéticas em uso ou não de insulina mostrou que mulheres tratadas com insulina foram mais propensas a relatar baixo desejo sexual e satisfação, comparadas com as que não utilizavam insulina e com as não diabéticas. Foram encontrados, também, problemas relacionados com baixa lubrificação e orgasmo nas mulheres em uso de insulina, em comparação com quem não tem DM (COPELAND et al., 2012).

Enquanto a insulina apresentou um efeito negativo na sexualidade das pessoas com DM, há estudos mostrando os benefícios do tratamento com a metformina em todos os domínios do ciclo da resposta sexual em mulheres jovens que foram prejudicadas pela presença de anormalidades no metabolismo de glicose. A metformina é responsável por reduzir os níveis circulantes de glicose e melhorar a sensibilidade da insulina, além de reduzir hormônios responsáveis pela disfunção sexual em mulheres como testosterona, prolactina circulante e desidroepiandrosterona (KRYSIAK et al., 2017).

A incidência de DS nas mulheres está fortemente associada a fatores psicológicos e sociais, enquanto nos homens o maior problema se encontra nas alterações vasculares e neurovasculares causadas pelo DM (MEEKING; FOSBURY; CUMMINGS, 2013).

Homens e mulheres dinamarqueses, de meia-idade ou idosos com DM2 têm o baixo desejo sexual e a baixa satisfação sexual em comum (PEDERSEN et al., 2015). No estudo holandês, a prevalência de DS relatada foi quase igual em homens e mulheres, 69% e 70%, respectivamente. Idade mais alta, depressão clínica e ter uma ou mais complicações do diabetes foram fatores significativamente associados com DS, em homens e mulheres. Ter uma ou mais comorbidades foi associado às disfunções sexuais masculinas (RUTTE et al., 2014).

Nos artigos selecionados, as mensurações, por meio do IIEF, da prevalência de DS na população masculina com DM variaram de 33,3% a 68,5%. Os principais problemas relacionados às DS na população masculina são: disfunção erétil (DE), transtorno do desejo hipoativo, transtornos de ejaculação (precoce ou tardia), redução na satisfação do relacionamento e satisfação sexual reduzida, sendo a DE a mais relatada na literatura (YILDIZ; BÖLÜKTAŞ, 2015).

Estudos epidemiológicos de todo mundo têm documentado que a DE é umas das principais complicações do DM em homens (CORONA, 2014. 2016; LLANES; CALLES, 2013; YILDIZ; BÖLÜKTAŞ, 2015). O diagnóstico precoce da DE e a identificação dos seus fatores de risco, particularmente em homens com DM2, podem auxiliar na estratificação do risco cardiovascular (CORONA et al., 2016).

A patogênese da DE em homens com diabetes ainda não foi completamente determinada, sabe-se que ela ocorre por um conjunto de fatores e danos no sistema nervoso autônomo, o mais importante é a microangiopatia que consiste em transtorno no metabolismo e função das células endoteliais, espessamento na membrana basal da parede da veia e mudanças no transporte de oxigênio e mecanismo de hemostasia, causando insuficiência vascular e diminuição da quantidade de sangue recebida pelo pênis. Outro fator, na fisiopatologia da DE diabética, que pode afetar todas as fases do ciclo de resposta sexual, é a neuropatia diabética (ERDEN; KAYA, 2015; YILDIZ; BÖLÜKTAŞ, 2015).

Estudo com homens recém-diagnosticados com DM mostrou alta prevalência de DS (33,3%), sendo que as disfunções ejaculatórias (precoce ou retardada) coexistiram em quase 30% dos indivíduos e o desejo hipoativo esteve presente em

quase 60%. A DE foi correlacionada com fatores de risco tanto orgânicos (complicação crônica do diabetes ou baixo controle glicêmico) quanto psicológicos (sintomas depressivos graves). Isto chama a atenção para um cuidado mais global e não somente medicamentoso (CORONA et al., 2014).

A DE é a disfunção sexual mais expressiva nos homens e tem uma representação muito forte na identidade masculina. A ereção, para os homens, é um arquétipo de masculinidade, virilidade e força. Portanto, a DE significa muito mais do que um problema biológico, de mau funcionamento de determinado órgão, representa uma perda de identidade gerando muitos conflitos psicológicos no homem. Mesmo aqueles que ainda não possuem nenhuma DS, sentem o medo de se tornarem “impotentes” (COIMBRA; TEIXEIRA, 2015). A repercussão emocional que as DS podem trazer ao indivíduo é muito forte, provocando sentimento de angústia, tristeza e, até mesmo, levar a doenças psíquicas, como depressão e ansiedade. Os profissionais de saúde são muito importantes neste processo, sendo necessário realizar a abordagem adequada da sexualidade da pessoa com diabetes como um componente da vida que pode comprometer a saúde global do indivíduo (COIMBRA; TEIXEIRA, 2015).

Ao analisar o grupo de homens com DM e DE, as estratégias utilizadas por eles diante da situação de estresse relacionado com a disfunção foram: a busca por apoio social, o planejamento e a avaliação positiva. Os resultados do questionário, preliminarmente aplicado, mostraram que a tendência dos sujeitos era buscar ajuda de outras pessoas, em especial dos profissionais da saúde, quando viviam uma situação de dificuldade sexual. Porém, ao realizar a entrevista face a face, houve divergência das respostas iniciais, mostrando que os homens com DM e DE fugiam dos problemas, negando-os, e demoravam a procurar ajuda de profissionais da saúde (LLANES; CALLES, 2013).

Devido aos paradigmas sociais de gênero, os homens, não se reconhecem como sujeitos que necessitam de ajuda na área da saúde. Isso faz com que busquem ajuda profissional quando as manifestações corporais da doença estão agravadas e com profundo grau de deterioração da saúde. Há também outros fatores que influenciam na demora em solicitar ajuda especializada, como educação sexual deficiente, presença de atitudes conservadoras, falta de habilidade para lidar com a sexualidade por parte dos provedores de saúde, e dificuldades no acesso aos

serviços de saúde que integram a atenção à sexualidade, entre outros (LLANES; CALLES, 2013).

Os homens são relutantes em falar para os profissionais de saúde sobre DE, porém a maior falha está na abordagem dos profissionais de saúde com relação à sexualidade. As barreiras culturais, falta de manejo ou de conhecimentos adequados impedem a realização de uma anamnese completa que identifique corretamente a DS. Os participantes de um estudo italiano que relataram agravamento da DE após o DM, ao serem acompanhados de uma maneira integral, com aconselhamento juntamente com terapia medicamentosa adequada para DE, tiveram sua função sexual melhorada. A DE presente em 22,6% dos homens reduziu para 12,8% (CORONA et al., 2016).

No entanto, muitos sintomas sexuais passam despercebidos nos pacientes com DM, porque os profissionais de saúde ainda relutam em perguntar sobre a saúde sexual de seus pacientes. O rastreamento da disfunção sexual deve tornar-se parte dos cuidados de rotina no manejo de pacientes com DM, a fim de evitar não somente problemas psíquicos e relacionais, mas também como forma de detectar precocemente possíveis fatores de risco para doenças cardiovasculares, como fortemente evidenciados na literatura (CORONA et al., 2014).

É previsto que o homem com DM possa apresentar transtornos sexuais quando a doença não está controlada, seja do ponto de vista clínico ou subjetivo. O indivíduo que vive com uma doença crônica, como o DM, deve se adaptar à doença e criar um novo estilo de vida que impactará nas suas relações sociais e afetivas. Além de ser uma doença orgânica, o diabetes inclui aspectos psiquiátricos e psicossociais. Homens com dificuldade de ereção ou qualquer outra disfunção reagem com sentimentos de fracasso e perda da autoestima. Em estudo realizado na Turquia, a ansiedade foi encontrada em 60,7% dos homens com DM, e os níveis de ansiedade eram predominantemente de leve a moderado (ERDEN; KAYA, 2015).

Há também a relação de sintomas depressivos graves com a DE (CORONA et al., 2014). Fatores psicológicos, como a depressão, são frequentes em mulheres e homens com DM (SANHUEZA et al., 2016), e podem ser explicados pela anormalidade no metabolismo da glicose que, mesmo em estágios iniciais, pode resultar em disfunção sexual e estar associada com sintomas depressivos, dependente do grau de resistência à insulina (KRYSIK et al., 2017). Não se sabe ao certo se o DM2 pode preceder à depressão, levando à disfunção sexual; ou se o

DM2 pode causar a disfunção sexual, que pode levar à depressão (GROOT et al., 2001; RUTTE et al., 2014).

As questões culturais e conceituais da sexualidade, assim como os tabus e falhas na educação sexual, foram um fator que influenciou muito na elevação das prevalências de DS, principalmente entre as mulheres. Um estudo chinês apresentou prevalência de 75% de disfunção sexual feminina (DSF) (LI et al., 2016) e, nos estudos turcos, as taxas de DS encontradas foram de 85,6% (CELIK et al., 2015), 77,6% (BAL et al., 2015) e 46,7% (ERTEN et al., 2013), e todas estavam diretamente relacionadas com valores culturais e sociais de seus países, e sua interferência na vida sexual e nas expressões da sexualidade.

O fator religião também é um grande influenciador nos altos índices de disfunção sexual, pois impede o esclarecimento de conceitos relacionados à sexualidade dos indivíduos, ao mesmo tempo em que impõe normas, como é o caso das mulheres turcas que, por questões religiosas, têm o dever de satisfazer o marido, independentemente de suas vontades, segundo seus próprios relatos. Deste modo, as mulheres não têm o conhecimento sobre o seu corpo, e, portanto, não sabem identificar seus problemas ou têm tendência de escondê-los (CELIK et al., 2015; ERTEN et al., 2013).

O status econômico do indivíduo e sua família afeta a função sexual, tanto de mulheres como de homens. Verificou-se que a DS é encontrada com mais frequência em mulheres desempregadas. A justificativa apresentada foi a possibilidade de diminuição da autoestima associada à falta de renda individual e familiar e à mudança na vida social (CELIK et al., 2015). Em um estudo turco com homens, a prevalência de DS se mostrou significativamente maior entre os homens que têm esposas que são donas de casa ou que trabalham em tempo parcial ou que estão desempregadas, o que pode estar relacionado com o baixo status econômico (YILDIZ; BÖLÜKTAŞ, 2015).

O baixo grau de escolaridade também interfere na sexualidade, pois um menor nível de instrução supõe falhas relacionadas à educação sexual e maior carga de crenças negativas com relação sexualidade. Portanto, fatores socioculturais, educacionais e religiosos influenciam na falta de procura de ajuda profissional, especialmente entre as mulheres, levando-as a conviver com a disfunção sexual sem qualquer tipo de tratamento, o que aumenta ainda mais os sintomas como a falta de desejo e a diminuição da lubrificação, com a progressão da

doença, interferindo na qualidade de vida e na saúde sexual (BAL et al., 2015; LI et al., 2016).

A disfunção sexual tem início precoce e maior prevalência em diabéticos, podendo aumentar com a idade e o tempo da doença, afetando negativamente a qualidade de vida (ERDEN; KAYA, 2015).

A idade aumentada é um fator de risco importante para o desenvolvimento da DS em pacientes com diabetes, tanto em mulheres como em homens, pois o envelhecimento leva a alterações hormonais e vasculares, e à diminuição da capacidade funcional de tecidos e órgãos (LI et al., 2016; YILDIZ; BÖLÜKTAŞ, 2015). Porém, em um dos estudos, a idade não foi relacionada com a DS (ERTEN et al., 2013).

Estudos mostram que a qualidade da parceria sexual, principalmente das pessoas idosas, pode provocar maiores alterações sexuais do que os aspectos fisiológicos característicos da idade (CORONA et al., 2016; DIMITROPOULOS et al., 2014; LIU et al., 2016). O envolvimento sexual de qualidade com o parceiro e a duração do relacionamento são tópicos importantes para o desenvolvimento de uma vida sexual saudável. Estudo realizado com mulheres com DM mostrou que o funcionamento sexual feminino está correlacionado positivamente com o funcionamento sexual do seu parceiro, levando à DS nessas mulheres e não encontrando diferenças significativas entre a insatisfação sexual feminina provocada pelo baixo desempenho sexual masculino, nas mulheres diabéticas e não diabéticas (DIMITROPOULOS et al., 2014).

Um bom desempenho sexual dos parceiros e um relacionamento satisfatório podem, portanto, levar à diminuição das disfunções sexuais, independente da idade e das comorbidades (DIMITROPOULOS et al., 2014; HAYES et al., 2008). Quanto maior o tempo de diagnóstico do DM maior é a chance do indivíduo ter uma DS. Devido à natureza crônica da doença, o longo período de exposição às alterações metabólicas e vasculares pode acarretar prejuízo na função sexual (AMMAR et al., 2017). Os produtos finais altamente glicolisados levam à redução e ao relaxamento dos músculos lisos dependentes do endotélio, e a hiperglicemia aumenta a formação de neuropatia periférica através da redução das fibras mielinizadas e não mielinizadas (YILDIZ; BÖLÜKTAŞ, 2015). A disfunção erétil, por exemplo, foi observada em quase metade dos homens que tiveram diabetes há mais de 10 anos (YILDIZ; BÖLÜKTAŞ, 2015).

2.2.2. Hipertensão Arterial Sistêmica e sexualidade

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos. Frequentemente, a HAS se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM (MALACHIAS et al., 2016). Os trabalhos acadêmicos têm como foco estas condições, o que pode explicar a dificuldade de localizar aqueles que abordam somente a HAS. No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, sendo mais de 60% dos idosos contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (MALACHIAS et al., 2016; SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

Há ampla evidência epidemiológica que demonstra associação entre disfunção erétil (DE) e condições cardiovasculares, como infarto do miocárdio, doença arterial coronariana, HAS, etc. Atualmente, há pesquisas que consideram a DE como preditora do início ou agravamento das doenças cardiovasculares (MCCABE et al., 2016). Mais do que monitorar somente a DE é necessário entender sobre o funcionamento sexual e sexualidade das pessoas com HAS, visto que esta é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (THOMAS et al., 2016).

Foram selecionados cinco artigos (21,7%) que abordam a sexualidade e a HAS, e destes apenas um foi com a população masculina e feminina enquanto os quatro demais foram somente com a população feminina. A sexualidade discutida foi exclusivamente o funcionamento sexual e as suas disfunções em homens e mulheres, focando principalmente nos medicamentos anti-hipertensivos. Como nos estudos relacionados à DM, os estudos da saúde sexual e HAS demonstram que a frequência de pesquisas realizadas em homens é maior do que nas mulheres, e tem o foco na DE (RUNDBLAD et al., 2017). Como são muitos os estudos com homens, a tendência atual, que pode ser percebida nesta revisão, é o recente interesse pelas pesquisas relacionadas à disfunção sexual feminina, buscando um melhor entendimento do funcionamento sexual feminino e sua relação com as doenças crônicas, o que pode explicar o maior número de estudos com esta população.

Os estudos selecionados tiveram uma predominância da população de meia idade ou mais velhos. Embora tenha sido demonstrado que a idade afeta a função sexual das pessoas devido à maturação do processo biológico, essa relação não é tão clara (NASCIMENTO et al., 2015). Por outro lado, há diversos estudos que confirmam a relação entre o comprometimento da função sexual em homens e mulheres mais jovens com HAS (SHIFREN et al., 2008; SPATZ et al., 2013). A abordagem da sexualidade com pessoas mais velhas também é extremamente necessária, pois muitas se tornaram sexualmente inativas devido a uma disfunção sexual negligenciada (THOMAS et al., 2016).

A HAS está associada com a disfunção sexual e, muitas vezes, se desenvolve em conjunto com outros fatores, como o envelhecimento, comorbidades, menopausa e andropausa, que também impactam na função sexual (THOMAS et al., 2016).

Ainda não é claro na literatura como é o mecanismo fisiológico da HAS no funcionamento sexual. Sabe-se que a hipertensão, como doença sistêmica, afeta os vasos sanguíneos de todo o corpo humano, inclusive a dos órgãos sexuais, provocando uma alteração no fornecimento de sangue a estes órgãos, devido à redução do diâmetro de lúmen arterial, o aumento da espessura da parede e a disfunção endotelial. No entanto, não é totalmente conhecido se essas alterações resultam em disfunção erétil em homens ou em resposta de excitação fisiológica prejudicada (ingurgitamento genital, inchaço e lubrificação) em mulheres (BERMAN, 2005; DUNCAN et al., 2001; MORLEY; TARIQ, 2003; LATIF et al., 2014; SPATZ et al., 2013).

Uma elevada prevalência de mulheres com HAS sofre de DS. Entre os domínios do ciclo de resposta sexual que são mais afetados estão o desejo, a excitação (com a diminuição da lubrificação), e a dor e o orgasmo (LATIF et al., 2014; LAUMANN et al., 2005; NASCIMENTO et al., 2015). A lubrificação durante a excitação sexual pode ser resultante do aumento do fluxo sanguíneo na área genital. Portanto, se os vasos sanguíneos forem afetados pela HAS, haverá insuficiência da congestão vascular durante a excitação sexual, o que resultará numa diminuição da lubrificação e possível dispareunia (BERMAN, 2005; LATIF et al., 2014).

A função sexual masculina também é afetada pela HAS e pelos medicamentos anti-hipertensivos, as principais disfunções masculinas são a falta de desejo e a disfunção erétil, sendo que os medicamentos anti-hipertensivos são um

dos principais responsáveis pela disfunção sexual masculina, mais do que a própria doença (HYDE et al., 2010; SPATZ et al., 2013).

Dois artigos selecionados utilizaram o *Female Sexual Function Index (FSFI)* para mensurar a prevalência de DS nas mulheres com HAS, com resultados semelhantes nos dois estudos realizados nos EUA: 52,6% (FOY et al., 2016) e 52,5% (THOMAS et al., 2016). O estudo de Nascimento et al. (2015) também utilizou a escala FSFI, porém não apresentou o número total de DS e sim a porcentagem de disfunção em cada domínio do ciclo de resposta sexual feminino, sendo 68,2% em desejo e excitação, 56,1% em dor, 55,4% em orgasmo e 42,0% na satisfação. O único estudo selecionado, realizado com homens com HAS, utilizou uma escala própria e apresentou uma prevalência de DS de 69,1% para homens e de 73,7% para as mulheres (SPATZ et al., 2013).

Em estudo realizado com homens gregos hipertensos, a disfunção erétil foi duas vezes mais prevalente em pacientes hipertensos do que em indivíduos normotensos, sendo detectada em 35,2% dos homens hipertensos, em comparação com 14,1% dos normotensos (DOUMAS et al., 2005).

A HAS pode afetar vários aspectos do funcionamento sexual, direta e indiretamente, pelos problemas vasculares característicos da própria doença e efeitos secundários do tratamento medicamentoso, causando, além dos distúrbios biológicos os psicológicos como depressão, ansiedade, perda da auto-estima, tristeza que prejudicam a qualidade de vida das pessoas que tem HAS (NASCIMENTO et al., 2015).

Na fase da excitação (ereção nos homens e ingurgitamento genital e lubrificação nas mulheres), o óxido nítrico (NO) é liberado, ocorrendo o aumento do fluxo sanguíneo na região genital devido ao relaxamento do músculo liso (MANOLIS; DOUMAS, 2008; THOMAS et al., 2016). Os medicamentos anti-hipertensivos afetam a função sexual porque muitos agem no relaxamento do músculo liso, resultando em vasodilatação (THOMAS et al., 2016) e interferindo no fornecimento do fluxo sanguíneo aos órgãos sexuais, além de potenciais efeitos colaterais que impactam a saúde sexual (MORLEY; TARIQ, 2003; SPATZ et al., 2013).

A fisiopatologia da disfunção sexual feminina no tratamento da hipertensão pode estar relacionada com óxido nítrico (NO) e fosfodiesterase-5, que foram identificados no músculo liso do clitóris. Assim como na função erétil, ambos são

essenciais na excitação sexual feminina e podem sofrer alterações do tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos (NASCIMENTO et al., 2015).

Estudo randomizado, realizado nos EUA com mulheres com hipertensão, demonstrou que mulheres que tomam anti-hipertensivos da classe dos Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), como Captopril e Enalapril, e de Bloqueadores de Receptores de Angiotensina (BRA), como Losartana, são mais propensas a serem sexualmente ativas. Isso explica como os IECA e BRA levam o aumento do óxido nítrico no endotélio, ampliando o fluxo sanguíneo no clitóris e melhorando a excitação feminina. Embora tenha encontrado essa relação, nenhuma classe de medicamentos do estudo foi significativamente correlacionada com a função sexual. O autor acredita que os medicamentos anti-hipertensivos afetam a função sexual, porém é necessária a realização de mais estudos longitudinais para confirmar esses achados (THOMAS et al., 2016).

Medicamentos anti-hipertensivos em particular os betabloqueadores e diuréticos estão associados com um aumento da disfunção sexual. Os betabloqueadores são uma droga que interagem com os neurotransmissores e hormônios (principalmente norepinefrina e testosterona) e, portanto, pode interferir na função sexual. Os diuréticos, principalmente os da classe tiazidas, são os medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados para tratar a HAS, são eficazes e de baixos custos. Porém, estão associados com alguns efeitos indesejados relacionados à função sexual, principalmente redução da libido e perda da lubrificação vaginal. Tem sido proposto que os diuréticos interferem no relaxamento do músculo liso e provocam a diminuição da resposta de catecolamina (norepinefrina e epinefrina) que podem causar redução de excitação sexual e desejo. Não se conhecem as causas, mas diuréticos também podem provocar reduzida lubrificação vaginal (HORNIG et al., 2001; LATIF et al., 2014).

Há diversos estudos sobre as classes de medicamentos anti-hipertensivos, mas poucos são conclusivos e claros, principalmente quando se trata da função sexual feminina (LATIF et al., 2014).

Em estudo realizado com mulheres de meia idade e com idosas não se encontrou associação entre pressão arterial e uso de medicamentos anti-hipertensivos com a DS. Vários fatores nesta amostra de mulheres hipertensas, tais como ser mais jovem, ter ensino superior e consumir mais bebida alcoólica foram associados com maiores probabilidades de ser sexualmente ativa. Níveis mais

elevados de sintomas depressivos e maior número de comorbidades estão associados com a maior probabilidade de disfunção sexual (FOY et al., 2016).

As DS fazem parte de uma complexa interação entre fatores psicossociais, metabólicos, fisiológicos e de saúde física (FOY et al., 2016). Estudo brasileiro buscou identificar a presença das DS e avaliar sua relação com os sintomas de ansiedade e depressão em mulheres hipertensas mostrou que 43,3% da amostra tinha ansiedade e 26,8% depressão. Os níveis de ansiedade são significativamente altos em pacientes de ambos os sexos com HAS e não só em mulheres. A ansiedade possui um elemento psicossomático na patogênese da HAS que pode desempenhar um papel mais importante do que a depressão, como a mudança no controle autonômico cardíaco, que são desordens tanto psiquiátricas como fisiológicas (BAJKÓ et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2015). A depressão é analisada em diversos trabalhos desta revisão, seja relacionado com o DM ou HAS. A depressão afeta o ciclo de resposta sexual masculino e feminino, gerando impacto negativo na sexualidade de homens e mulheres.

Por ser uma doença crônica, a HAS requer tratamento e acompanhamento contínuo e integral do indivíduo que a possui, porém os profissionais da saúde acabam não realizando este cuidado integral quando negligencia outros problemas de saúde, como os relacionados à saúde sexual e a saúde mental com a finalidade de oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes (NASCIMENTO et al., 2015).

Com esta revisão integrativa foi possível identificar que o DM e a HAS, e seus respectivos tratamentos, interferem direta e indiretamente na sexualidade das pessoas com estas doenças crônicas de diversas maneiras. A literatura aborda mais as interferências dos fatores biológicos sobre o funcionamento sexual, que, na maioria das vezes, se resume à disfunção erétil nos homens e a perda de lubrificação nas mulheres, o que é apenas uma das fases do ciclo de resposta sexual. É necessário, portanto, mais estudos que abordem a sexualidade de uma maneira mais ampla, considerando os aspectos sociais, culturais e psicológicos dos indivíduos, incluindo experiências subjetivas e individuais das pessoas com HAS e DM sobre a sua sexualidade.

Os profissionais de saúde foram muitos citados em grande parte dos estudos como parte fundamental no processo de identificação do problema e impedimento do avanço da situação de saúde. A sexualidade faz parte da integralidade e é uma

necessidade básica, que não pode ser separada de outros aspectos, devendo ser objeto do cuidado não só de enfermeiros, como de todos os profissionais da saúde.

3. PERCURSO METODOLOGICO

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa em saúde, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, de acordo com as bases teóricas propostas por Giami; Veil (1997), com o intuito de interpretar as experiências da sexualidade de pessoas que vivem com HAS e DM, bem como, compreender suas formas de pensar e agir em relação à sua sexualidade antes e após o surgimento das DCNT, a partir das narrativas das trajetórias de vida.

A investigação qualitativa enfoca aspectos não mensuráveis da vida das pessoas, que implicam em decisões sobre o cuidado consigo mesmo, com a família e a comunidade (FREITAS et al., 2008). A pesquisa qualitativa busca compreender as relações, representações, opiniões, o produto das interpretações presentes nas interações sociais, que os sujeitos da pesquisa possuem, apontando como vivem, sentem e pensam (DESLAURIERS, KÉRISIT, 2008; MINAYO, 2008).

Essa metodologia considera a interpretação do mundo pelos sujeitos como a essência de sua investigação, e permite descobrir os sentidos que os atores sociais atribuem às experiências e atitudes no mundo social e ao modo como compreendem este mundo, não se preocupando em quantificá-los, mas sim, em compreendê-los e explicá-los (POPE; MAYS, 2009).

A teoria das representações sociais, segundo Moscovici (1979), refere-se a um conjunto organizado de informações, crenças e atitudes que indivíduos ou grupos constroem sobre um objeto, situação ou conceito, de outros indivíduos ou grupos, apresentando-se como uma visão subjetiva e social da realidade, que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, permitindo ao indivíduo conduzir e compreender a realidade por meio de um sistema de referências, com adaptações particulares que definem suas visões de mundo (JODELET, 2005; MASSIMO, 2013; MOSCOVICI, 2012).

As representações sociais (RS) unem a dimensão subjetiva à dimensão objetiva, levando à construção social da realidade (GUARESCHI, 2012). Permite identificar singularidades e peculiares dos sujeitos, na sua própria ótica, com a finalidade de realizar um aprofundamento psicossociológico do objeto observado e não um conhecimento para ser universalizado como regra (FREITAS, 1998).

Considerando que as representações são uma construção do sujeito como ser social, toda representação é social, sendo um construto psicossocial sobre um objeto, elaborado pelo indivíduo de acordo com a sua vivência e contexto de vida. A pessoa possui representações e as compartilham com o meio social, agregando experiências, para dar sentido ao mundo e se posicionar nele (GIAMI; VEIL, 1997). Portanto, as RS são construções dos sujeitos como sujeitos sociais e, por isso, Giami e Veil (1997) renunciaram à utilização da noção de 'Representação Social' de Moscovici, preferindo utilizar o termo 'Representação'.

As representações são organizadas em torno de um núcleo central profundo, que estrutura os posicionamentos do sujeito por meio das suas experiências; além desse núcleo central, situam-se elementos periféricos que são flexíveis a mudanças e reformulações ao longo da sua trajetória de vida, sendo alterado pelas interações sociais e acontecimentos, modificando-se com o tempo (GIAMI; VEIL, 1997; MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015). Neste sentido, as representações originais são aquelas mais antigas cronologicamente e configuram-se o núcleo estruturante do sistema de representações; as representações periféricas, por sua vez, estão mais relacionadas à experiência e ao relacionamento interpessoal (GIAMI; VEIL, 1997).

Todo conhecimento é representação, pois para se conhecer algo se torna necessário ter referências de demais objetos e a corporificação do que era abstrato (GIAMI; VEIL, 1997). As representações são, portanto, concebidas e interiorizadas pelos sujeitos e se apresentam em seus julgamentos de valores e nas interações sociais. Seu estudo permite o esclarecimento de como acontecem as interações sociais e os processos cognitivos inerentes à interpretação da realidade (SOUZA, 2015).

O conceito de representação pode tanto nos indicar a maneira pela qual o sujeito constrói e dá sentido ao ambiente em que vive como também mostra a maneira que seu próprio mundo é construído, ou pelo menos parte dele (GIAMI; VEIL, 1997). Sendo assim, as referências teóricas das representações deverão permitir com que se aprofunde mais sobre as experiências relativas à sexualidade das pessoas com DM ou HAS buscando compreender as maneiras de pensar e agir dos sujeitos.

3.1. Cenário e participantes do estudo

O local escolhido para a realização da pesquisa foi a cidade de Belo Horizonte, por se tratar da capital do Estado de Minas Gerais e ser referência em estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), com cobertura de PSF de 86% da população, sendo 100% de cobertura das áreas de elevado e muito elevado risco (PBH, 2018).

A APS é composta por 152 centros de saúde distribuídos nos nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (PBH, 2018).

As unidades básicas de saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial para o atendimento ao SUS. As equipes de saúde da família (ESF) são formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo cuidado à população, de acordo com a sua área de abrangência (PBH, 2014). Algumas UBS contam com a presença dos profissionais do NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família): assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fonoaudiólogos, educadores físicos e dentistas (PBH, 2014).

A APS se caracteriza pela abordagem preventiva e de promoção da saúde, oferecendo consultas médicas e agendamento de consultas especializadas, atenção ao pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, imunização, acompanhamento de doenças crônicas, assistência farmacêutica, atendimento odontológico, orientações sobre saúde em geral, cuidados com feridas crônicas e agudas (curativos), coleta de exames laboratoriais, além de outros serviços como visitas domiciliares e ações de educação em saúde que busquem a prevenção de doenças e a promoção da saúde (PBH, 2014).

O Ministério da Saúde (2013) considera que a APS se caracteriza como ponto principal da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, devido ao seu caráter estratégico e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos, que subsidiarão a organização do cuidado em toda a rede (BRASIL, 2013b). A APS é, portanto, o local mais adequado para o cuidado integral à saúde das pessoas com DCNT.

Para este estudo foram sorteados, de maneira aleatória, dois centros de saúde (denominação das APS em Belo Horizonte): Centro de Saúde São Paulo,

localizado no distrito Nordeste, e Centro de Saúde Jardim Leblon, localizado no distrito Venda Nova. O Centro de Saúde Santa Maria, localizado no distrito Oeste, também foi sorteado, mas só seria incluído caso não houvesse a saturação dos dados nos dois centros de saúde iniciais. Poderiam participar da pesquisa os usuários cadastrados nos centros de saúde selecionados, que fossem maiores de 18 anos, com diagnóstico de HAS ou de DM por mais de um ano.

Uma lista com a população alvo foi organizada em conjunto com os enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) das ESF dos centros de saúde, de acordo com a doença diagnosticada (DM ou HAS) e o gênero (masculino e feminino). A separação dos participantes por tipo de doença crônica foi considerado relevante, pois tanto a HAS como o DM possuem características específicas que podem interferir, de maneiras diferentes, na sexualidade das pessoas. A separação por gênero foi considerada pelo fato das representações em torno da sexualidade, como as maneiras de ser, de viver e de cuidar de si e da sua saúde, serem modificadas de acordo com o gênero (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017), além das peculiaridades existentes no funcionamento sexual masculino e feminino, conforme apresentado na revisão de literatura.

A participação dos enfermeiros e dos ACS das ESF durante o processo de organização da listagem dos pacientes com HAS e DM foi voluntária e não afetou suas atividades dentro do Centro de Saúde, durante o seu horário de trabalho.

Após a criação das listas com a distribuição por sexo e tipo de doença, o sistema de gestão da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) foi consultado, em conjunto com o enfermeiro, para buscar o dia e horário mais próximos em que os indivíduos da lista possuíam atendimento ou algum tipo de procedimento previamente agendado na UBS. A pesquisadora aguardava o sujeito no dia e horário agendado, convidando-o a participar da pesquisa após a realização da consulta ou procedimento sem afetar ou prejudicar a agenda dos serviços ou do usuário. Caso o usuário tivesse interesse em participar da pesquisa, mas não tivesse disponibilidade após o convite, a entrevista era agendada para o horário que o participante julgasse mais adequado.

Buscou-se garantir homogeneidade nas faixas etárias das pessoas convidadas a participar da pesquisa. Porém, como a população selecionada era aquela que tinha algum horário agendado no centro de saúde, a diversidade etária ficou prejudicada visto que o perfil do usuário da UBS é predominantemente de

mulheres na faixa etária de 40-59 anos, e de homens na faixa etária de 60 anos ou mais (FELCHILCHER; ARAÚJO; TRAVERSO, 2015; GIBU et al, 2017), além de serem os usuários de maior idade os que apresentam doenças crônicas do tipo diabetes e hipertensão no quadro epidemiológico brasileiro (BRASIL, 2013b).

3.2. Procedimento de coleta de dados

Para realização da coleta de dados, o pesquisador compareceu à UBS todos os dias e horários em que estava agendado atendimento ao usuário da lista. O usuário, após o atendimento no centro de saúde, foi convidado a participar da pesquisa, sendo realizadas todas as orientações e esclarecimentos sobre o estudo. Após confirmação do desejo e disponibilidade em participação, bem como da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), as entrevistas eram realizadas no próprio centro de saúde, em uma sala separada e tranquila, buscando proporcionar melhor conforto e liberdade ao participante, a fim de evitar interrupções.

Não houve nenhuma recusa explícita em participar devido ao conteúdo da pesquisa. Os participantes elegíveis que foram convidados e alegaram não poderem participar foi por indisponibilidade de horário ou por outras atividades após a consulta ou outro procedimento agendado na UBS. Quatro pessoas que agendaram entrevista não compareceram no horário marcado e não informaram sobre o motivo da ausência.

A coleta de dados foi realizada, primeiramente, pela resposta do questionário, que buscou a caracterização da população, identificando o perfil socioeconômico dos participantes, bem como o levantamento de informações relacionadas à DCNT e seu tratamento (APÊNDICE B). Posteriormente, foram realizadas as entrevistas abertas e em profundidade, que permitiu explorar, de forma mais eficaz, as experiências do entrevistado, possibilitando uma melhor compreensão dos seus saberes e representações das suas crenças e valores (POPE; MAYS, 2009).

As entrevistas foram compostas de uma questão central que levaram o participante a expor o seu modo de pensar e agir em relação à sua sexualidade e às possíveis mudanças na sua vivência sexual com a origem da HAS ou DM. Os participantes foram convidados a compartilhar suas experiências, com base na seguinte questão que norteou a entrevista: “Gostaria que o(a) Sr.(a) me contasse

sobre suas experiências de vida e da sua sexualidade, antes e após a descoberta da HAS ou DM, da forma que quiser” (APÊNDICE C).

Para aprofundar determinado assunto o relato, esclarecer o relato do ou iniciar algum assunto que não foi abordado espontaneamente pelo entrevistado, foram incluídas questões de relance. . Tais perguntas foram relacionadas com a sexualidade e o impacto da doença na sua atividade sexual, dinâmica relacional com o parceiro, abandono de tratamento ou inserção de medicamento, orientações sobre a situação e o tratamento, além de abordagem dos profissionais de saúde sobre sexualidade (APÊNDICE C).

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, de acordo com a autorização do entrevistado. O tempo de entrevista não foi definido *a priori*, os entrevistados poderiam falar livremente e decidiam o momento de parar. Destaca-se que a duração média das entrevistas, em geral, foi de aproximadamente 20 minutos e realizadas uma única vez. Essas entrevistas foram transcritas e analisadas preliminarmente para definir a necessidade inclusão de novos participantes na pesquisa, de acordo com o critério de saturação das informações.

Não houve definição do número exato de participantes. O critério para o término da coleta de dados foi o de saturação dos dados. A saturação dos dados é a constatação do momento de interromper a coleta dos dados devido à apresentação de uma repetição ou redundância dos dados coletados, ou seja, quando as categorias se apresentam densas e quando as relações entre elas estão bem determinadas e validadas, não ocorrendo constatação de novos elementos sobre os objetos em pauta (FONTANELLA et al., 2011; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Não houve intenção de alcançar a saturação por centro de saúde e sim do conjunto dos entrevistados por DCNT e gênero. O número inicial foi suficiente para indicar a exaustividade e saturação dos conteúdos das representações sobre a experiência da sexualidade destas pessoas. Foram realizadas 25 entrevistas, sendo 19 entrevistas no Centro de Saúde São Paulo e seis no Centro de Saúde Jardim Leblon.

Nas pessoas em que foi identificada alguma alteração da saúde sexual, foram realizadas as devidas orientações, após o término da entrevista, sendo aconselhadas a agendarem um atendimento com a ESF responsável, para a realização de ações necessárias. A ESF também foi procurada pela pesquisadora

que solicitou atendimento mais específico para o conjunto de participantes, sem citar nomes, na próxima consulta de acompanhamento.

3.3. Tratamento e análise de dados

A análise dos dados foi fundamentada na Análise Estrutural de Narração (AEN), proposto por Demazière e Dubar (1997), na vertente de Barthes et al. (2001), e apoiada pelo software MAXQDA, nos processos de codificação das unidades de textos e de criação de categorias.

A AEN é método de análise qualitativa no qual se considera que tudo tem sentido na fala do participante e sua interpretação deve contemplar esse todo. Cada entrevista foi “desconstruída” em sequências ou códigos e “reconstruída” para se encontrar o sentido que o próprio entrevistado deu para cada assunto tratado, sem perder as contradições de seu discurso (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997). Valoriza-se a teia de construção argumentativa dos sujeitos e não somente ilustrações ou partes consideradas pertinentes ao objeto em questão. Tudo tem importância na narração, fazendo com que a subjetividade se explicita na análise, pelos fatos narrados, explicações e julgamentos sobre eles, nos quais se desvelam as representações sobre os objetos tratados. Os sujeitos, ao narrarem, estão interpretando o mundo, com disjunções e conjunções, explicitando coerências e contradições nos seus pontos de vistas sobre os objetos (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997; MÁSSIMO; FREITAS, 2015).

Para organizar a AEN, utilizou-se a técnica proposta por Blanchet e Gotman (1992) realizada em quatro etapas:

- 1) Análise de cada entrevista, separadamente. Nesta etapa, cada entrevista foi lida, de forma vertical, buscando o sentido global de cada uma. De que trata a narrativa? – foi a questão que se buscou responder nessa etapa.

- 2) Na segunda etapa da análise, realizou-se a leitura horizontal, na qual cada entrevista é inicialmente codificada em sequências codificadas, de acordo com a mudança de enfoque ou assunto tratado. As sequências de um mesmo objeto foram agrupadas, considerando que se encontram espalhadas ao longo da fala, para uma reconstrução com conteúdos sobre um mesmo objeto de fala. A partir destas ‘desconstrução’ e ‘reconstrução’, estabeleceu-se, então, os objetos do discurso, com suas conjunções e disjunções, tentando encontrar, acompanhar e reproduzir o

trabalho de categorização que o próprio entrevistado realizou (FREITAS, 1998; VIGNAUX, 1998). Cada agrupamento representou uma categorização provisória, que recebeu uma denominação também provisória, para ser cotejada com as demais entrevistas. Quais foram os fatos (F) tratados especificamente, quais são as justificativas (J) para eles e quem são os personagens (P) envolvidos na trama? – são as questões desta segunda etapa da técnica de análise.

3) A terceira etapa do trabalho consistiu em realizar a leitura transversal, ou seja, encontrar o que é comum e discordante no conjunto das entrevistas, comparando-as, para agrupar e categorizar as representações. Os agrupamentos da totalidade das entrevistas constituíram as categorias empíricas que explicitaram o objeto central dos discursos, nas quais emergiram as representações.

4) A etapa final de análise foi a de definição das categorias teóricas, pela discussão com a literatura pertinente e reflexões do pesquisador sobre os achados na terceira etapa.

3.4. Aspectos éticos

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob Protocolo nº 2.563.787 (ANEXO A) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) sob protocolo nº 2.660.661 (ANEXO B). Todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas (BRASIL, 2012).

Os sujeitos foram informados sobre a pesquisa e aos que aceitaram participar foi-lhes solicitado à assinatura do TCLE (APÊNDICE A). A cada um dos participantes foi esclarecido o caráter voluntário de participação e a liberdade de desistir a qualquer momento, sem que isso representasse prejuízo ao tratamento e atendimento prestado pelo serviço. Também foram apontados os benefícios indiretos e os possíveis constrangimentos devido ao assunto tratado. Para sanar isto, deixou-se claro desde o início que o(a) entrevistado(a) estava livre para contar o que quisesse e considerasse importante dentro do que lhe foi pedido. Caso se sentisse constrangido com alguma questão de relance, poderia deixar de respondê-la. Também lhes foi informada a garantia de anonimato tanto na coleta como no tratamento e divulgação dos dados. Para tal, cada sujeito recebeu um pseudônimo, sendo assim identificados: letra E, seguida do número correspondente à ordem

crescente de realização das entrevistas (E1, E2, E3, E4...), seguido pela doença crônica (HAS e DM), sexo (masculino e feminino) e estado civil. Após confirmação da elegibilidade e consentimento por parte dos sujeitos, assinatura do TCLE por parte do pesquisador e do participante, foi-lhe entregue uma cópia do TCLE.

O áudio das entrevistas e as transcrições foram arquivados em local seguro, sob a guarda da coordenadora da pesquisa e assim permanecerão por cinco anos e, posteriormente, serão destruídos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Caracterização dos Sujeitos

Foram entrevistados 25 sujeitos, no período de maio a julho de 2018. Seus dados contextuais objetivos foram organizados em um quadro sinóptico (Quadro 02).

A população foi homogênea em relação ao gênero. Dos 25 entrevistados, 13 eram do sexo masculino (seis tinham o diagnóstico de HAS e sete tinham o de DM), e 12 eram do sexo feminino (sete com o diagnóstico de HAS e cinco com o diagnóstico de DM). As idades variaram de 23 a 82 anos, sendo a média dos dois grupos de 57 anos e das pessoas com HAS e DM, de 61 anos e 54 anos, respectivamente.

A equivalência numérica da população quanto ao gênero e às doenças foi praticamente alcançada, porém, quanto à idade, houve concentração de participantes nas faixas etárias mais altas. O pressuposto para se incluir pessoas de todas as faixas etárias se fundamentou na expectativa de que, de acordo com a idade, as representações das pessoas sobre a sua sexualidade podem ser modificadas. Porém, como a população do estudo era composta por frequentadores de UBS e pelo fato de que a maior prevalência destas doenças encontra-se nas faixas etárias mais altas, não foi possível captar uma população mais jovem e economicamente ativa. Com relação à cor da pele, a maior parte da população do estudo se declarou parda (11) e negra (8); somente seis se identificaram como brancos. Com relação à orientação religiosa, 12 participantes se declararam da religião católica, nove evangélicos, dois espíritas e dois relataram não ter religião.

Tendo em vista a situação conjugal, os entrevistados 19 se declararam casados ou em relacionamento estável, cinco estavam separados ou divorciados e apenas um entrevistado era viúvo. Todos os entrevistados afirmaram a heterossexualidade como sua orientação sexual.

QUADRO 02 – Perfil dos entrevistados. Belo Horizonte - Minas Gerais, 2018.

Entrevistado	Sexo	Idade (anos)	Situação conjugal	Religião	Diagnóstico	Tempo de diagnóstico (anos)
E1	Feminino	54	Casada	Espírita	HAS	10
E2	Masculino	69	Casado	Católico	HAS	9
E3	Feminino	23	Casada	Evangélica	DM	4
E4	Feminino	68	Casada	Evangélica	HAS	2
E5	Masculino	51	Casado	Evangélico	DM	6
E6	Masculino	62	Separado	Sem religião	DM	12
E7	Feminino	57	Casada	Católica	HAS	12
E8	Masculino	82	Casado	Católico	HAS	10
E9	Masculino	59	Casado	Católico	DM	3
E10	Masculino	62	Separado	Católico	DM	30
E11	Feminino	51	Separada	Espírita	DM	2
E12	Feminino	57	Viúva	Cristã	DM	14
E13	Feminino	67	Casada	Evangélica	HAS	24
E14	Feminino	37	Casada	Evangélica	HAS	8
E15	Feminino	35	Separada	Sem religião	DM	10
E16	Feminino	71	Casada	Católica	HAS	7
E17	Feminino	56	Separada	Evangélica	DM	5
E18	Feminino	43	Casada	Católica	HAS	25
E19	Masculino	72	Casado	Católico	DM	16
E20	Masculino	59	Casado	Católico	HAS	5
E21	Masculino	60	Casado	Evangélico	HAS	7
E22	Masculino	54	Casado	Católico	DM	10
E23	Masculino	63	União estável	Católico	HAS	2
E24	Masculino	60	Casado	Evangélico	HAS	15
E25	Masculino	64	Casado	Católico	DM	3

Fonte: Dados informados pelos participantes na coleta da pesquisa e organizados pelo autor.

Quanto à escolaridade, dez dos entrevistados relataram ter apenas o ensino fundamental incompleto e cinco informaram ensino fundamental completo. Sete participantes tinham ensino médio completo e apenas um tinha ensino superior completo. Dois entrevistados se declararam como analfabetos funcionais, por considerarem que sabiam apenas assinar o nome.

A renda mensal familiar de 84% dos entrevistados está entre um a três salários mínimos, sendo que quatro possuem renda mensal familiar de um salário mínimo, nove possuem renda familiar mensal de dois salários mínimos, oito de três salários mínimos, dois de cinco salários mínimos. Somente duas pessoas relataram ter a renda familiar de seis e oito salários mínimos ao mês. Sete dos entrevistados referiram serem aposentados e os demais mencionaram profissões diversificadas como pedreiro, doméstica, ACS, servente, segurança, atendente de supermercado, entre outras.

No que se refere ao serviço de saúde e acompanhamento do tratamento, 21 entrevistados relataram frequentar o serviço de saúde regularmente para o acompanhamento da DM ou HAS. Os centros de saúde nos quais os sujeitos foram entrevistados possuem ESF e foi relatado por 16 entrevistados haver continuidade e acompanhamento do tratamento da HAS e DM pelos profissionais, apenas pelo médico, quatro relataram não ter continuidade do tratamento devido à mudança contínua dos profissionais de sua equipe, três relataram continuidade e acompanhamento da doença crônica pelo médico e pela enfermeira, e dois relataram continuidade do tratamento somente com a enfermeira, considerando que há mudanças frequentes do profissional médico no serviço.

Com relação ao tempo de diagnóstico de HAS ou de DM, nove entrevistados receberam o diagnóstico da doença há mais de 10 anos, sete declararam saber do diagnóstico de 7 a 10 anos, quatro de 4 a 6 anos e cinco de 1 a 3 anos.

Dos entrevistados com DM, nove utilizavam Metformina como medicação, quatro estavam em uso de insulina e três de Glibenclamida e Glifage.

Com os hipertensos, a variedade de combinações de medicamentos foi muito maior, predominando o uso de medicamentos da classe dos Antagonistas do receptor de Angiotensina, dos IECA, diuréticos e betabloqueadores.

A adesão ao tratamento medicamentoso mostrou-se baixo, com relato de mais da metade dos entrevistados de terem deixado de tomar o medicamento em algum momento. Os motivos alegados foram diversificados, tais como não querer

tomar a medicação, depressão, efeitos colaterais, uso de bebidas alcoólicas, esquecimento, crença de que não precisava ou de que seria curado por Deus.

Essa caracterização inicial serviu como ponto de apoio para compreensão das representações no contexto social e econômico dos entrevistados, bem como suas condições clínicas.

4.2. Construção das categorias

Como dito anteriormente, as falas dos 25 entrevistados foram sequenciadas e agrupadas posteriormente, recebendo códigos (nomeação provisória), de acordo com os assuntos tratados na entrevista de cada um. Os aspectos comuns e discordantes no conjunto das entrevistas foram reagrupados e categorizados para desvelar e aprofundar as representações que os entrevistados apresentaram sobre sexualidade e a HAS ou DM.

Nas construções das narrativas durante as entrevistas, observou-se que os homens se comunicam, em geral, de uma forma mais direta e têm mais dificuldades de expressar assuntos relacionados à sua sexualidade ou sua atividade sexual, especialmente quando se trata de disfunções sexuais. Em algumas situações, os homens se esquivavam das perguntas, respondendo, sem elaborar ou desenvolver suas falas na entrevista, diferentemente das mulheres que construíram relatos mais elaborados e apresentaram mais suas experiências e julgamentos referentes à sexualidade.

A partir da análise do conjunto de representações relacionadas às experiências da sexualidade das pessoas que vivem com DM ou HAS e os seus conhecimentos e sentimentos com relação a estas experiências, surgiram duas categorias que estão apresentadas a seguir e que são sustentadas pelo (Des)conhecimento das mudanças na sexualidade após o diagnóstico da DM ou HAS (Figura 4).

A primeira categoria elaborada à partir da interpretação dos dados foi “O sujeito e a sua sexualidade”, e a segunda foi intitulada “Sexualidade: abordagem no serviço de saúde”.

Figura 4 – Representações das pessoas com DM e HAS sobre sexualidade



Fonte: Elaborada pela autora.

4.3. Categoria 1: O sujeito e a sua sexualidade

Ao relatar suas experiências, os entrevistados revelaram seus pontos de vistas sobre a sexualidade e as possíveis dificuldades encontradas com o diagnóstico da DM ou HAS, bem como suas maneiras de agir diante das dificuldades.

Nesta categoria, serão apresentadas as representações das pessoas com DM e HAS sobre sua sexualidade, como ela é vista e entendida por eles, bem como a relação desses sujeitos com a própria sexualidade e com o outro, ao longo da vida, além de suas representações sobre possíveis alterações, originadas a partir do adoecimento pela DCNT.

Na análise das entrevistas não foram encontradas diferenças sobre a existência de alterações sexuais provocadas pelas doenças, entre os discursos das pessoas com DM e HAS, que, em geral, as negavam inicialmente. Na literatura especializada, afirma-se que os diagnósticos de DM e HAS interferem no ciclo de resposta sexual, masculina e feminina, por alterações fisiológicas (NASCIMENTO et

al., 2015; PEDERSEN et al., 2015; SANHUEZA et al., 2016; SPATZ et al., 2013), psicológicas (ERDEN; KAYA, 2015; CORONA et al., 2014; FOY et al., 2016; LLANES; CALLES, 2013) e devido ao tratamento dessas doenças crônicas (KRYSIK et al., 2017; LATIF et al., 2014; THOMAS et al., 2016). Chama a atenção, no entanto, nas entrevistas, as diferenças dos discursos entre os gêneros masculino e feminino e a influência das normas sociais de gênero no modo de viver a sexualidade dessas pessoas com doença crônica. Portanto, nas subcategorias apresentadas a seguir serão descritas as diferenças encontradas entre os homens e mulheres, e não entre a HAS e DM.

4.3.1. Representações sobre sexualidade de homens e mulheres

A sexualidade é um conceito amplo que compreende aspectos biológicos, culturais, relacionais e subjetivos (VIEIRA et al., 2014). Porém, o significado de sexualidade é frequentemente associado à relação sexual, levando as pessoas a não explorarem as demais dimensões da sua sexualidade para além do ato explicitamente sexual.

Os discursos dos participantes deste estudo revelaram que o entendimento do conceito de sexualidade é, para eles, sinônimo de ato sexual.

Eu acho que para ter a sexualidade tem que ter o casamento mesmo, ser abençoado [...] (E16, HAS, 71 anos, sexo feminino, casada).

Sexualidade é vida pra gente (E24, HAS, 60 anos, sexo masculino, casado).

Algumas mulheres também relacionaram a sexualidade com o conceito de imagem corporal e autoestima.

A minha sexualidade está ótima, estou feliz com meu corpo, estou de bem com a vida (E18, HAS, 43 anos, sexo feminino, casada).

Esses achados corroboram com outros estudos, realizados com populações diversificadas, que também identificaram que o conceito de sexualidade é pensado

como relação sexual (FERREIRA et al., 2013; FRUGOLI; MAGALHÃES JUNIOR, 2011; VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016).

Falam, no entanto, também, de que a sexualidade pode estar relacionada com a autoestima e com o bem-estar social. Porém, a associação da sexualidade com a imagem corporal pode ser corrompida se houver supervalorização do padrão corporal como condição social e cultural para um desempenho sexual eficaz (FERREIRA et al., 2013; VIEIRA et al., 2014).

Em algumas situações houve associação da sexualidade com afeto e amorosidade observada, principalmente, nas falas femininas:

[...] sexualidade é amor e carinho, faz parte da vida. O sexo entra para complementar (E18, HAS, 43 anos, sexo feminino, casada).

O entendimento de que sentimentos, como carinho e amor, e a proximidade emocional com o parceiro representam a sexualidade significa que houve a compreensão da sexualidade no seu sentido mais amplo, para além do sexual (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016).

Por questões sociais, os homens estão limitados a valorizar mais as situações de desejo e prazeres físicos, e acabam não representando a sexualidade como as mulheres, que incluem os sentimentos envolvidos.

Os homens possuem fortes representações de valorização da sexualidade, com foco quase exclusivamente para a atividade sexual. As mulheres conseguem explorar melhor outras dimensões, como autoestima, erotismo e intimidade. Porém, tanto a sexualidade feminina quanto a masculina são influenciadas negativamente por condutas e normas sociais de gênero que impõem padrões comportamentais que rompem com a expressão natural da sexualidade no ser humano (GIAMI, 2007; VIEIRA et al., 2016).

4.3.1.1. Representações da sexualidade masculina

As representações sobre relação sexual foram positivas para os homens, inclusive para aqueles que relataram algum tipo de disfunção sexual (E6, E8, E9, E10, E20, E21, E22, E23) ou que não tinham uma vida sexual ativa há alguns meses (E10).

Os entrevistados relataram também gostar de ter relações sexuais e isto é interpretado, pelos próprios entrevistados, como um fato inerente ao homem. O ato sexual é o ponto máximo da sexualidade masculina, portanto, relatar algo negativo sobre ele pode simbolizar a fragilidade e o enfraquecimento da sua masculinidade.

Ah, é claro que eu gosto de ter relação sexual. O homem que não gostar não é homem (E25, DM, 64 anos, sexo masculino, casado).

Eu gosto de sexo. Sexo é bom, gostoso e deixa a gente feliz [...] refresca a mente, acalma o medo, relaxa o cidadão [...]. Sexo é vida (E2, HAS, 69 anos, sexo masculino, casado).

Eu vejo no jornal: sexo é vida. Eu gosto de ter relação sexual. [...] Sexo é instinto, por isso quando se tem vontade é necessário ter relação sexual (E8, HAS, 82 anos, sexo masculino, casado).

A representação de que “sexo é vida” aparece de forma recorrente nas falas dos entrevistados homens. Provavelmente, isto ocorre pelo fato de que a frase faz parte de um comercial televisivo de uma clínica de tratamento para a disfunção erétil e ejaculação precoce que se popularizou pelo Brasil, reforçando-se a ideia de que o foco da sexualidade masculina é exclusivamente o ato sexual, e, para viver plenamente a vida, é necessário ter uma vida sexual ativa.

Em geral, os homens relataram que suas descobertas sobre sexualidade começaram pelo interesse em conhecer o seu corpo, por meio da masturbação, no final da infância e início da adolescência, para, pouco depois, terem a primeira atividade sexual.

Comecei na época de criança, com 15 anos, minha primeira relação sexual foi no colégio e foi muito boa. Daí, eu continuei a vida normal de sexo, namorando daqui e namorando de lá (E2, HAS, 69 anos, sexo masculino, casado).

Quando eu conheci mulher mesmo foi com 16 anos. Não adianta eu contar para você, falar que foi com 13 ou com 14 porque não foi, entendeu? (E20, HAS, 59 anos, sexo masculino, casado).

Eu tinha uns 15 anos e morava na roça, aí para nós termos alguma pessoa para manter relação sexual com a gente, naquela época era realmente difícil. Aí, eu encontrei uma senhora, que era até de idade, e foi com ela a minha primeira vez. Ela podia ser minha avó. [...] Depois, fui pra capital e conheci outras pessoas [...] (E25, DM, 64 anos, sexo masculino, casado).

Apenas um entrevistado (E24) relatou ter se casado virgem, devido a questões religiosas, e descobrir a sexualidade aos poucos com a sua esposa.

Eu sou nascido em um lar cristão e por isso me mantive virgem e casei virgem, com 20 anos. Então a minha primeira atividade sexual foi com minha esposa (E24, HAS, 60 anos, sexo masculino, casado).

Grande parte das trajetórias de vida masculina, antes do casamento, foi apresentada em um discurso de conquistas e descobrimentos relacionados à vida sexual, com alguns mostrando claramente a importância do sexo pelo sexo, inclusive separando a namorada daquelas com quem mantinha relações sexuais.

Comecei a me masturbar com uns 11 ou 10 anos, todo menino dessa idade faz isso. Depois foi a vez das brincadeiras com as meninas, né? Aí, eu perdi minha virgindade com uns 16/17 anos. [...] Comecei a namorar, mas só tinha relação sexual com as colegas dela (E22, DM, 54 anos, sexo masculino, casado).

Eu acho que eu tinha uns 17 anos quando tive a primeira relação. Quando eu era novo tive muitas namoradas. [...] mas nunca gostei de namorar não, conversava com a menina duas ou três vezes e já queria era caçar um motel, uma cama (E23, HAS, 63 anos, sexo masculino, relacionamento estável).

A masturbação é uma atividade associada ao prazer e à exploração do corpo, é um componente da sexualidade e consiste no toque em áreas que dão prazer ao indivíduo, que incluem os genitais e/ou outras partes do corpo, com a finalidade de obter prazer (BRASIL, 2013c). Em especial para os homens, representa algo rotineiro da juventude e somente é praticada na vida adulta se não tiver uma parceira que alivie as suas necessidades sexuais.

Eu vou te falar sinceramente, apesar de ser casado eu ainda me masturbo demais. Porque mulher é do caramba mesmo, mulher quando você está namorando toda hora que você quer ela quer, mas quando você casa, fala que está cansada, que tem um problema, e tal (E22, DM, 54 anos, sexo masculino, casado).

De vez em quando, dá na cabeça, né? Eu estou sozinho em casa [...] me masturbo e consigo me satisfazer assim, eu só não faço mais porque eu respeito meus cabelos brancos, estou velho (E10, DM, 62 anos, sexo masculino, divorciado).

Estudo brasileiro realizado com jovens de 18 a 24 anos mostrou que a masturbação é de natureza intrinsecamente técnica e faz parte do repertório masculino. A masturbação é aceitável em relação aos homens já que se caracteriza por ser uma performance orientada para a obtenção de prazer. A proporção de homens que praticam o autoerotismo é de 78,5% antes da sua primeira relação sexual e permanece a mesma porcentagem quando já possui relações sexuais frequentes (HEILBORN; CABRAL, 2006).

4.3.1.2. Representações da sexualidade feminina

A maior parte das mulheres relatou que sua vida sexual iniciou com o casamento ou pouco antes, sendo o parceiro o atual marido. As mulheres da presente pesquisa possuem, portanto, menos experiências e vivências da sexualidade anteriores ao casamento do que os homens, que iniciaram as atividades sexuais mais jovens e tiveram um maior número de parceiras antes do casamento. O sexo para as mulheres tem uma característica mais relacional e está interligado com a afetividade (BASSON et al., 2000; MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

Quando eu casei, casei virgem. A minha primeira relação sexual foi com meu marido. Eu o conheci com 13 anos e me casei com 19. Naquela época, a gente tinha que andar na linha (E16, HAS, 71 anos, sexo feminino, casada).

Naquela época, meu pai arrumava o marido e casava o filho, então ele me casou e eu não tinha nem 15 anos. [...] Minha primeira relação foi com o meu marido e eu era uma menina, né? A gente não casou por amor. [...] No dia a dia o amor foi nascendo e vivemos bem graças a Deus (E12, DM, 57 anos, sexo feminino, viúva).

Quando eu me casei, não sabia de nada e fui na inocência mesmo. Então, fui descobrindo aos poucos a vida, as experiências. [...] e me descobri mulher. Mas a vida sexual eu estranhei um pouco, porque meus pais não falavam nada. Eu fui me acostumando aos poucos e fui aprendendo com a vida mesmo. Eu perdi minha virgindade aos 18 anos com meu marido, ainda vivo com ele até hoje. Temos 26 anos de casados (E18, HAS, 43 anos, sexo feminino, casada).

Minha primeira relação foi com meu primeiro namorado, eu tinha 16 anos. Aí, depois dessa primeira relação que eu fui me descobrindo, fui conhecendo mais as coisas e descobri que não era aquilo que eu queria. Foi difícil de terminar com ele porque antigamente tinha que ficar com aquela pessoa que você teve a primeira relação até casar (E7, HAS, 57 anos, sexo feminino, casada).

Eu comecei mesmo a minha vida sexual com 24 anos, com meu marido. A gente namorou uns dois anos e com vinte e quatro anos que eu perdi a virgindade com ele. Então, assim, a minha sexualidade foi descoberta aos poucos com ele, entendeu? Foi se desenvolvendo aos poucos com ele. Ele falava comigo que tinha paciência e que ia esperar meu tempo, e assim foi (E1, HAS, 54 anos, sexo feminino, casada).

Olha, a primeira experiência sexual foi maravilhosa, eu tinha 20 anos, né? Foi com meu ex-marido, meu primeiro marido, falecido. A minha primeira experiência sexual já estava próxima ao meu casamento. (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Embora este cenário esteja mudando e as mulheres estejam iniciando, mais jovens, a atividade sexual e tendo outros parceiros antes do casamento, a ideia da relação afetiva junto com a vida sexual é uma representação compartilhada na cultura brasileira (ABDO et al., 2005). Há ainda, mulheres que se casam sem ter qualquer tipo de orientação sexual, devido a questões culturais e religiosas, o que pode retardar ou até mesmo suprimir o seu processo de aprendizagem sobre sexualidade.

Neste estudo, não foram todas as mulheres que tiveram representações positivas sobre sexualidade, o que para elas seria sinônimo de relação sexual satisfatória. A atividade sexual não foi interpretada como algo central em suas vidas. Para algumas, a relação sexual era encarada como uma obrigação.

Eu tinha ódio de sexo. Não podia falar de sexo comigo que eu tinha ódio. Eu não gostava e eu não sei porque (E4, HAS, 68 anos, sexo feminino, casada).

Eu não gosto de ter relação sexual. Eu preferiria que não tivesse. Mas tem que ter. Se não fosse a minha preocupação com o meu esposo, minha vida ia estar perfeita (E14, HAS, 37 anos, sexo feminino, casada).

Porque o sexo, na nossa vida, não é tudo também, né? (E12, DM, 57 anos, sexo feminino, viúva).

As representações sobre não gostar de ter relações sexuais estão presentes no discurso de quase metade das mulheres entrevistadas (E1, E4, E7, E12 e E14). Entre os motivos explicitados estão a falta de desejo provocada pela HAS ou DM, a ocorrência de menopausa e traumas vivenciados ao longo da vida.

Há aquelas que relataram gostar de sexo, e as que gostariam de ter uma vida sexual ativa, mas que por ter um marido inativo sexualmente ou não ter um companheiro fixo, acabam sublimando o desejo, buscando outros afazeres.

Feliz de quem tem e de quem pode fazer sexo. É bom, alivia muita coisa na cabeça, talvez alivia até a pressão (arterial). [...] quando dá vontade, eu mudo o pensamento, faço outras coisas, sabe? Não posso fazer nada (E16, HAS, 71 anos, sexo feminino, casada).

Gosto muito da minha vida sexual, adoro sexo. Quero voltar a ir para os motéis, quero voltar a beijar na boca, mas para que isso tudo ocorra eu preciso estar bem comigo, entendeu? Pra depois eu

arrumar um namorado. Se não, não vai acontecer (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Tem dois anos que eu não tenho ninguém, não tenho parceiro. Então, eu não estou tendo relação nenhuma. Mas como mulher eu sinto falta. Eu tenho vontade ter relação sexual. [...] Com a vida que a gente leva, eu fico meio assim, desestimulada mesmo. Eu acabo pensando em outras coisas, vêm outras preocupações na frente (E15, DM, 35 anos, sexo feminino, separada).

As mulheres possuem uma representação forte de que é necessário um parceiro para viver a sua sexualidade. Tal fato se deve à contínua repressão sofrida pela mulher na organização e expressão da sua sexualidade durante o processo de socialização, levando-a à falta de apropriação do seu próprio corpo e da sua capacidade de ter prazer sozinha (FERREIRA et al., 2013).

A masturbação feminina apareceu como impraticável entre as mulheres deste estudo e apenas uma mulher relatou se masturbar com frequência.

Com o passar dos anos eu me toco e me vejo outra mulher, me sinto outra mulher. Antes eu não me tocava porque eu não tinha tantas experiências. Hoje sim, hoje eu me olho, vejo como estou (E18, HAS, 43 anos, sexo feminino, casada).

As mulheres relataram que não se masturbam por não sentirem vontade ou desejo e, as que têm vontade, não a praticam por não terem um companheiro para “finalizar” ou por já ter um companheiro e não sentir necessidade. Esta última justificativa também foi apresentada pelos homens. A masturbação feminina é um tabu que reforça o desconhecimento da mulher sobre ser uma fonte do próprio prazer.

Masturbar não, não tinha nem vontade, porque eu tinha uma vida sexual muito boa com meu ex-marido (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Não me masturbo, eu acho que eu já acostumei. Quando eu tenho vontade eu extravaso minhas coisas trabalhando, fazendo faxina. Jogo aquela energia para fora (E12, DM, 57 anos, sexo feminino, viúva).

Não gosto. Eu não tenho tempo para isso. Eu acho que eu me masturbei uma única vez na minha vida, e mesmo assim porque a médica falou comigo que não era pecado e que eu tinha que me conhecer. Acho que eu fiz isso uma única vez, mas eu não tenho

também interesse nem curiosidade (E14, HAS, 37 anos, sexo feminino, casada).

Nunca me masturbei. No princípio, às vezes, a gente sente vontade. Mas o que eu posso fazer? Não tem parceiro, não tem namorado... Aí, você acaba acostumando com isso (E15, DM, 35 anos, sexo feminino, divorciada).

Tenho vontade, mas eu não faço [masturbação] não (E16, HAS, 71 anos, sexo feminino, casada).

Tentei [masturbação] duas vezes, mas não gostei. Tenho que ser tocada por homem. Homem é que tem que me tocar e me fazer sentir feliz (E3, DM, 23 anos, sexo feminino, casada).

Tais representações masculinas e femininas da sexualidade demonstram que vivemos em uma sociedade claramente marcada pelas desigualdades na construção dos papéis masculino e feminino, em que há uma intensa estimulação da sexualidade masculina enquanto se reprime a sexualidade feminina. Esses problemas estruturais da sociedade desencadeiam uma série de comportamentos e pensamentos, que, em conjunto com as alterações provocadas pelas doenças crônicas podem levar às disfunções sexuais que irão interferir não apenas na saúde sexual do indivíduo, mas também na sua saúde mental e qualidade de vida.

4.3.2. Representações sobre as alterações consideradas biológicas relativas à sexualidade

Nas narrativas sobre alterações funcionais da sexualidade, decorrentes do diagnóstico de HAS ou DM, grande parte dos homens e mulheres do estudo relataram, inicialmente, não as terem percebidos. Os entrevistados que acreditavam que a HAS ou DM interferiram de alguma forma na sua sexualidade sempre a associavam com outros fatores, como idade, menopausa e outros problemas da vida.

Se me atrapalha, eu nunca senti que a pressão (hipertensão) me atrapalhou em alguma coisa, em relação ao sexo não. Mas diminui a frequência, pois antes tinha todo dia, mas agora é uma vez por mês [...]. Esse remédio que tomo é muito pesado. Deu uma caída sim, não vou esconder nada não. Com o remédio a gente broxa um pouquinho, você não tem aquela vontade (E2, HAS, 69 anos, sexo masculino, casado).

Depois da pressão alta não, não diminuiu não. [...] É, ultimamente estou evitando [fazer sexo] porque estou com a pressão alta e já vi muitos colegas morrerem na hora do sexo. Porque a pessoa excita demais o coração, a pressão sobe e por isso eu estou evitando fazer sexo, mas não mudou em nada. Com a mudança do remédio e a pressão alta fiquei preocupado, aí esfriei mais um pouco (E8, HAS, 82 anos, sexo masculino, casado).

Não teve alteração nenhuma, não teve mudança, não. [...] É normal [...] Agora diminuiu um pouco, né? Por causa da minha idade. Acho que a questão de prazer diminuiu um pouquinho. Isso aí eu não posso mentir (E9, DM, 59 anos, sexo masculino, casado).

Eu nunca fui muito interessada na coisa [sexo], aí depois que... Acho que juntou tudo, menopausa, a doença. Eu não sei te dizer se foi a hipertensão, eu acho que foi mais depois do lance da menopausa (E1, HAS, 54 anos, sexo feminino, casada).

Eu não falo após a diabetes, porque eu acho que não mudou. Eu falo após o período da menopausa, entendeu? Meu desejo é muito menor (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Eu nunca tive desejo sexual. Eu creio que não é por causa de eu ser hipertensa, é mais por causa da criação que eu tive. Nunca senti interferência da pressão alta na minha vida sexual. Eu sinto quando minha pressão está alta porque eu sou ansiosa demais e isso me atrapalha (E13, HAS, 67 anos, sexo feminino, casada).

Não propriamente a pressão, eu acho que foram mais os acontecimentos da minha vida, tudo que eu tive, como a violência (doméstica e estupro) que eu sempre sofri do meu marido (E16, HAS, 71 anos, sexo feminino, casada).

Embora o tratamento esteja associado à doença crônica, alguns entrevistados relataram que os problemas vivenciados eram decorrentes apenas dos medicamentos e não da HAS ou DM. Estudos mostram a interferência do tratamento medicamentoso na função sexual e na qualidade de vida dos indivíduos (KRYSIK et al., 2017; LATIF et al., 2014; PEDERSEN et al., 2015; THOMAS et al., 2016).

A maioria dos entrevistados com HAS, em uso de anti-hipertensivos, utilizavam antagonistas do receptor de Angiotensina, IECA, diuréticos e betabloqueadores. Os diuréticos tiazídicos demonstraram representar um alto risco de DE juntamente com os betabloqueadores. Os diuréticos de alça ou IECA poderiam ser uma escolha melhor e os receptores de angiotensina podem reduzir a incidência de DE, sendo recomendável para os homens (WYLIE; WOOD; MCMANUS, 2013). As mulheres em uso de receptores de angiotensina e IECA são mais propensas a serem sexualmente ativas (THOMAS et al., 2016).

Com relação aos entrevistados com diabetes, a grande maioria foi tratada com metformina, o que condiz com o recomendado na literatura como um medicamento de principal escolha (KRYSIK et al., 2017). Estudo anterior concluiu que a metformina produz um efeito benéfico na função sexual, principalmente na feminina, e a intensidade deste efeito dependerá do grau de resistência à insulina do indivíduo (KRYSIK et al., 2017). A insulina é responsável por efeitos negativos na disfunção sexual, sendo responsável pela diminuição do desejo, falta de lubrificação nas mulheres e DE nos homens (COPELAND et al., 2012).

No discurso masculino para se falar de possíveis mudanças após os adoecimentos, foram muito presentes as palavras em torno da ideia de normalidade, mas sem saber explicar muito bem do que se tratava essa normalidade.

Olha, na minha expectativa e no meu entendimento, é normal. Para mim foi tudo normal e continua normal a mesma coisa. Para mim, não interferiu nada e não me atrapalhou em nada (E5, DM, 51 anos, sexo masculino, casado).

É tudo normal, tudo tranquilo. E de lá para cá eu mantive o meu padrão normal (E24, HAS, 60 anos, sexo masculino, casado).

Porém, ao aprofundar mais os temas no decorrer da entrevista, os indivíduos acabavam relatando casos de disfunções sexuais sem relacioná-los à doença ou ao tratamento, devido à falta de informação atribuindo-as a diversos outros fatores. Isto faz com que convivam com as disfunções como fossem algo que fizesse parte da sua normalidade funcional.

Entre os diabéticos, por exemplo, a hiperglicemia pode provocar alterações no funcionamento sexual como a falta de lubrificação nas mulheres e a DE nos homens. A hiperglicemia é responsável pela diminuição na hidratação das mucosas, incluindo o tecido vaginal, e devido às complicações metabólicas que levam à deficiência de óxido nítrico que podem levar a DE (AMMAR et al., 2017; SANHUEZA et al., 2016).

A falta de conhecimento e a possível negação da doença fazem com que as pessoas entendam que as disfunções são parte do ciclo natural da sexualidade, e que, uma hora ou outra, irão acontecer; além de encontrarem justificativas, inclusive com doenças que podem não ser crônicas. Provavelmente, estas são formas de tornar as mudanças mais suportáveis.

De uns seis meses para cá eu estou meio fraco sexualmente, não estou tendo ereção boa. Mas eu vou fazer 54 anos, né? Isso também pesa um pouquinho. [...] Eu acho que não é por causa da diabetes, não. Eu estou achando que é um problema que eu estou de estômago, ou da tireoide. Então, eu estou relacionando essas fraquezas que eu estou tendo com isso. [...] A minha glicose tem batido alta. Inclusive eu aumentei a dosagem por minha conta mesmo. Não relacionei esses problemas com a diabetes, nem por causa de medicamento que eu faço o uso direto (E22, DM, 54 anos, sexo masculino, casado).

Do dia que eu perdi a minha virgindade para cá, foi normal e eu me sinto normal. A única coisa que eu sei é que quando a minha glicose está muito alta, a minha vagina começa a machucar ao fazer sexo. [...] Só quando está muito alta [glicose] que eu sinto dor, dor mesmo! Mas minha vida sexual é normal! A minha vida é normal. Acabei de ter minha filha, agora eu estou na flor da idade, olha meu rosto, cheio de espinha (E3, DM, 23 anos, sexo feminino, casada).

As alterações mais frequentes, relatadas pelas mulheres com HAS, foram redução da libido (E1, E4, E7, E13, E14), problemas de excitação (E1, E7, E13, E14), principalmente diminuição ou perda da lubrificação, e disfunção orgástica (E1, E4, E14). Nas mulheres com DM predominaram os problemas de excitação, mais especificamente a falta de lubrificação (E3, E11, E12, E15, E17), e apenas uma entrevistada relatou falta de desejo sexual e problemas na satisfação sexual (E12).

Eu não sei se é por causa da doença, porque dizem que todo diabético esfria, né? Mas não tenho aquela vontade de sexo e essas coisas. [...] Fico ressecada, a vagina seca, fica rígida, parece que fecha. [...] era muito difícil ter orgasmo, sinto prazer, mas não tinha aquele orgasmo (E12, DM, 57 anos, sexo feminino, viúva).

A minha principal alteração é a falta de vontade... Não tenho vontade nem sendo tocada pelo meu marido. [...] Eu também não sinto aquele alívio no final da relação, para mim é uma coisa muito neutra. Não tenho orgasmo e não sei o que é satisfação sexual (E14, HAS, 37 anos, sexo feminino, casada).

Antes eu tinha vontade, a gente fazia sempre, se deixasse até o dia inteiro. Tem pouco tempo que eu perdi a vontade, uns seis anos. [...] Eu também não tenho lubrificação, fico seca. É muito ruim (E7, HAS, 57 anos, sexo feminino, casada).

As pessoas falam que não tem mais apetite sexual, mas eu tenho sim. Tinha um pouco de dificuldade de ter desejo para começar. Ficava ressecada. Aí precisava de um auxiliar, uma pomadinha. Depois que começavam as carícias, aí o ato sexual era bom. Mas na

hora que eu tinha orgasmo, aí eu me sentia lubrificada (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

A redução da função sexual feminina geralmente é provocada por mudanças na parceria (perda ou novo relacionamento), sentimentos em relação ao parceiro, humor e a diminuição nos níveis do estradiol (FLEURY; ABDO, 2012). Apesar das mulheres apresentarem suas dificuldades sem terem certeza de que são provenientes da doença de base, há um jogo entre afirmarem isto e quererem considerar como um processo normal da sexualidade. Entre os homens, tanto os que tinham o diagnóstico de HAS quanto os com o diagnóstico de DM, os relatos foram de diminuição da frequência de sexo (E2, E9, E19, E20, E21, E24, E25), perda da libido e problemas de excitação como a DE (E6, E8, E9, E10, E20, E21, E22, E23) e um com diminuição da satisfação sexual (E9).

Atrapalha um pouco mesmo, principalmente quando fica hipertenso e começa a tomar remédio, já não é igual era antigamente mais. Senti que diminui o desejo e a frequência das relações sexuais. Diminui a ereção também, a idade da gente vai chegando e diminui, não é igual antigamente (E21, HAS, 60 anos, sexo masculino, casado).

Eu só tenho esse problema de ereção mesmo, estou demorando muito e nunca fui assim (E22, DM, 54 anos, sexo masculino, casado).

Só a ereção que é muito fraca, né? Só isso, mas a vontade não acabou nunca não. Tenho problema só na ereção, bandeira a meio palmo só (E10, DM, 62 anos, sexo masculino, separado).

Não sinto o desejo de procurar ela [esposa]. Essa que é a briga da gente em casa. Consigo ter ereção às vezes, mas não é igual era antes, ela reclama e fala que eu não sou o mesmo (E20, HAS, 59 anos, sexo masculino, casado).

Senti que diminui a ereção. A vontade, vontade até que você tem, mas não consegue (E23, HAS, 63 anos, sexo masculino, união estável).

Olha devido à idade o desejo vai passando, né? Mas a gente mantém a relação normal. Exatamente, esse desejo de ter várias vezes. A gente quando é mais novo não podia ver a mulher que corria atrás, mas hoje não, é diferente (E24, HAS, 60 anos, sexo masculino, casado)

Às vezes tenho problema na ereção. Mas não é sempre, é devido ao cansaço do serviço. Mas atrapalha um pouco. O orgasmo e o prazer diminuíram também, eu acho que o interesse vai acabando (E9, DM, 59 anos, sexo masculino, casado).

Nos homens, os fatores biológicos e relacionais são interligados à disfunção sexual, sendo que muitos a atribuem ao estresse e ao cansaço físico do dia a dia (FLEURY; ABDO, 2012). No presente estudo, uma das principais causas dos problemas relacionados à sexualidade, tanto pelos homens quanto pelas mulheres, foi a idade. Além disso, a intersecção do quadro da doença crônica e seus tratamentos com as dificuldades vivenciadas na sexualidade tendeu a ser negada, como se ficasse mais fácil de suportar as doenças, deixando a sexualidade dentro de representações estruturais e contextuais da vida.

Mas falar que a relação sexual diminuiu em função da diabetes, eu acho que não. Eu acho que esse apetite, essa sexualidade [...] muda por causa da idade. Hoje é mais fácil deitar e dormir do que ter uma noite de sexo, entendeu? Mas eu não acho que é a diabetes não (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Agora que diminuiu a frequência, né? Antes tinha todo dia, agora é uma vez por mês. O que atrapalhou mesmo foi só a idade, só a idade mesmo (E2, HAS, 69 anos, sexo masculino, casado).

Essa parte aí [atividade sexual] diminui por dois motivos. Pode ser por causa da doença, que ajuda, mas a idade também ajuda muito. Dos meus 50 anos para cá eu já senti que diminuiu e o motivo é a idade (E23, HAS, 63 anos, sexo masculino, união estável).

Pela idade, às vezes, a quantidade de relação sexual diminui. Diminui o desejo de ter relação sexual várias vezes. Pode ser que a diabetes pode ter contribuído, né? Que eu acho que contribui, mas também é pela idade. [...] Então, é mais pela idade (E25, DM, 64 anos, sexo masculino, casado).

Ah... mudar até que não mudou, não. Apenas pela questão da idade, né? Mas a doença... Como se diz, é questão de idade mesmo. Porém, pela questão da doença não teve alteração nenhuma (E6, DM, 62 anos, masculino, separado).

O processo de envelhecimento humano leva à modificação dos padrões fisiológicos, com mudanças hormonais e vasculares, com diminuição da capacidade funcional de tecidos e órgãos (LI et al., 2016; YILDIZ; BÖLÜKTAŞ, 2015). O envelhecimento ocorre de maneira individual e complexa, e não pode ser tratado como sinônimo de incapacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais e sexuais (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016).

Em conjunto com o processo de envelhecimento e o estilo de vida do indivíduo, há o surgimento de comorbidades como obesidade, distúrbios metabólicos, HAS, DM, entre outras, que podem afetar significativamente a sexualidade dos indivíduos, causando disfunções sexuais (FLEURY; ABDO, 2012).

Estudos mostram que devido às alterações fisiológicas, a frequência sexual diminui com a idade (BENBOW; BEESTON, 2012; MOLLAOĞLU; TUNCAY; FERTELLI, 2013), mas, mesmo assim, muitos idosos permanecem sexualmente ativos, pois a função sexual está se tornando cada vez mais importante nesta fase da vida (FLEURY; ABDO, 2012).

Estilo de vida, estado de saúde, comportamentos sexuais, relacionamentos e a sua manutenção, podem ser fatores que são influenciados, ou interferem, na disfunção sexual. Alguns estudos mostram que a capacidade de satisfação sexual pode ser influenciada mais pelo seu estado de saúde do que pela idade (APPA et al., 2014; FOY et al., 2016), embora ainda seja um assunto um pouco controverso na literatura (NASCIMENTO et al., 2015).

A qualidade do sexo ao longo da vida e o envolvimento com o parceiro têm papel fundamental no modo como as pessoas com doenças crônicas lidam com a sua sexualidade, independente do surgimento das dificuldades fisiológicas características da idade ou das comorbidades (CORONA et al., 2016). A frequência da atividade sexual está, normalmente, entre os fatores relacionados com a longevidade, porém em indivíduos acima de 60 anos o desejo e a frequência podem tornar-se mais espaçados (QUEIROZ et al., 2015). Com o processo de envelhecimento, o bom relacionamento sexual e a comunicação eficaz entre os parceiros contribuem para a manutenção da saúde sexual e do ato sexual satisfatório, mesmo quando há disfunções sexuais (CORONA et al., 2016; QUEIROZ et al., 2015).

Embora a idade seja um fator de risco para o desenvolvimento de disfunções sexuais, tanto em homens como em mulheres (DIMITROPOULOS et al., 2014) é possível viver a sexualidade saudável de outras maneiras. Apesar de limitações fisiológicas que podem contribuir para uma diminuição da função sexual na população de pessoas com mais de 60 anos, as relações sexuais não se constituem somente de penetração, pois há outras formas de expressar a sexualidade, como carícias, trocas de afeto e masturbação (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016). Os desejos sexuais persistem e para satisfazê-los, estas pessoas devem descobrir

outros prazeres e adaptá-los a sua nova condição, conseguindo encontrar, para cada problema, um novo modo de viver (MOURA et al., 2008; VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016).

Porém, nos achados da presente pesquisa, as representações que relacionam a idade com sexualidade podem ser interpretadas muito mais como uma maneira de os entrevistados não terem que lidar com esta situação dentro do quadro da doença crônica, o que pode afastá-los cada vez mais de obter melhorias na qualidade de vida, inclusive sexual.

Ressalta-se que a causa dos problemas sexuais nem sempre se deve a uma doença crônica ou a limitações fisiológicas características da idade. Muitas vezes, encontra-se no modo como o indivíduo vivencia e lida com a sua sexualidade ao longo da vida, incluindo a qualidade do relacionamento com o parceiro e como este parceiro expressa a sua própria sexualidade. A fase do envelhecimento pode ser uma grande descoberta na vida sexual e amorosa das pessoas, desde que elas tenham informações adequadas e sejam estimuladas a não cessarem sua sexualidade com a chegada do envelhecimento (LAMATER; MOORMAN, 2007; WYLIE; WOOD; MCMANUS, 2013). A qualidade da parceria sexual se sobrepõe às dificuldades encontradas, seja pela idade ou pelas doenças crônicas (LIU et al., 2016).

Os entrevistados da presente pesquisa representam fortemente a sexualidade como diminuída ou ausente no processo de envelhecimento, o que mostra que a literatura afirma uma direção positiva que não está presente nas representações aqui encontradas. Para as mulheres, a menopausa é uma das principais causas de alteração nas relações sexuais.

Eu acho que foi mais depois do lance da menopausa que perdi a vontade. Eu não sei te dizer se foi a hipertensão, acho que juntou tudo, menopausa, a doença. [...] Eu associo com quando eu comecei o processo da menopausa que parece que diminuiu a vontade de sexo de verdade (E1, HAS, 54 anos, sexo feminino, casada).

Meu desejo é muito menor, mas foi antes da diabetes quando eu comecei a entrar no período da menopausa. [...] eu acho que o que eu senti foi na menopausa, se a diabetes interferiu, eu nem percebi. Porque também foram bem próximos (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Eu acho que foi mesmo a menopausa, a hipertensão não teve nada haver com a sexualidade. Se eu tiver [relação sexual] tanto faz, eu

tendo ou não tendo. Eu não acho que a pressão alta impactou na minha sexualidade. Eu acho que foi mais a menopausa. A não ser que juntou os dois, né? Mas eu acho que não. Pra te falar a verdade eu não sei (E7, HAS, 57 anos, sexo feminino, casada).

A menopausa é um fator importante que afeta a função sexual e está associada principalmente com a diminuição da frequência da atividade sexual e desejo sexual, como também dificuldade em atingir o orgasmo, dispareunia e incontinência urinária (LIU et al., 2016; MOLLAOĞLU; TUNCAY; FERTELLI, 2013). A partir da menopausa, a mulher pode apresentar falta de lubrificação e atrofia vaginal, devido ao declínio nos níveis de estrogênio, que provoca alterações na mucosa vaginal e diminuição das secreções vaginais (AVIS et al., 2009; FLEURY; ABDO, 2012; MOLLAOĞLU; TUNCAY; FERTELLI, 2013).

Outro fator que interferiu na sexualidade e na função sexual, de acordo com o relato das mulheres entrevistadas, diz respeito aos problemas vivenciados ao longo da vida como violência (doméstica e sexual), baixas condições socioeconômicas e criação familiar rigorosa.

Eu creio que não é por causa de eu ser hipertensa, é mais por causa da criação que eu tive. Eu tive uma criação muito rigorosa, difícil. Antigamente as pessoas da minha idade casavam para poder sair da casa dos pais, porque tinha que obedecer aos pais. Não podia ir em festa, não podia dançar. Então, eu casei mais foi por causa disso. [...] Eu creio que o que mais me atrapalhou foi minha mãe, ela era muito brava, falava umas coisas com a gente de uma maneira muito, grosseira. E a gente não tinha preparo para ouvir aquelas palavras. Então, eu creio que aquilo, atrapalhou muito a minha vida sexual. Tipo um trauma (E13, HAS, 67 anos, sexo feminino, casada).

Para mim foi muito difícil porque como a gente foi criado em uma família que tinha regime militar, a gente tinha medo de tudo, sobretudo de sexo (E18, HAS, 43 anos, sexo feminino, casada).

Eu acho que a pressão não. A partir do momento que meu marido me deu um tapa na barriga e falou: “sai daqui”, eu ajoelhei e falei que nunca mais eu queria saber de carinho de ninguém. Ai, acabou também (E16, HAS, 71 anos, sexo feminino, casada).

As situações relatadas podem ter desencadeado transtornos traumáticos impactando no modo como essas pessoas vivem e lidam com a sua sexualidade, afetando diretamente a sua qualidade de vida. As condições emocionais estão intensamente relacionadas aos fatores de risco para os transtornos da função

sexual, sobretudo a feminina (FLEURY; ABDO, 2018; NOBRE; PINTO-GOUVEIA, 2008).

O conservadorismo sexual e a crença de que o desejo sexual e o prazer são pecaminosos estão intimamente relacionados à diminuição do desejo sexual e dificuldades de excitação das mulheres (PINTO-GOUVEIA, 2008). A falta de conhecimento sobre a sexualidade leva a um processo de desapropriação do seu corpo e a possibilidade de agravamento de disfunções sexuais que não são percebidas ou que são inibidas pelo próprio indivíduo.

Alguns estudos (FOY et al., 2016; KÜÇÜK et al., 2013; LI et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2015) têm demonstrado que quanto menor o nível de escolaridade do indivíduo maior as alterações na função sexual, ou seja, o grau de educação é um fator de risco para distúrbios relacionados à sexualidade. Um menor nível de instrução leva a uma educação sexual limitada e as pessoas têm maior chance de construir crenças negativas com relação a sexualidade. Deste modo, quando surgir alguma disfunção sexual, estas pessoas terão mais dificuldades para identificar os sintomas, devido à falta de conhecimento do seu próprio corpo, ou serão mais relutantes em procurar a ajuda em comparação com uma pessoa instruída (LI et al., 2016), o que corrobora os achados da presente investigação. Vale ressaltar que a única mulher com educação superior mostrou ter um conhecimento satisfatório sobre o seu corpo, diferente de todas as outras, e não expressou ter qualquer tipo de disfunção ou alteração da sua vida sexual (E18).

A resposta emocional no contexto sexual também interfere na função sexual, de modo geral. Foram encontradas associações de sentimentos de tristeza, desilusão, culpa, falta de prazer e satisfação com desejo sexual hipoativo, e o medo foi definido como um dos principais preditores do vaginismo (NOBRE; PINTO-GOUVEIA, 2008). As respostas emocionais são associadas a sentimentos negativos, como tristeza, culpa, falta de prazer, produzem um efeito inibidor sobre a resposta sexual, diminuindo o desejo e prejudicando a excitação (NOBRE; PINTO-GOUVEIA, 2008).

Dificuldades vivenciadas nas trajetórias de vida podem desencadear problemas psicológicos, que, por sua vez, serão causa ou consequência de distúrbios sexuais. A associação bidirecional entre depressão/ ansiedade e disfunções sexuais impacta na qualidade de vida das pessoas com DCNT, causando diminuição do desejo e problemas ejaculatórios nos homens (CORONA et al., 2014),

e redução do desejo, problemas de excitação e transtornos orgásmicos nas mulheres (KRYSIK et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2015).

Transtornos mentais, especialmente depressão e ansiedade, são mais prevalentes em pessoas com DM (KÜÇÜK et al., 2013; KRYSIK et al., 2017) e HAS (NASCIMENTO et al., 2015) em comparação com a população em geral. Nessa população a qualidade de vida e auto percepção da saúde são consideravelmente reduzidas (KÜÇÜK et al., 2013).

Desordens psiquiátricas podem interferir no controle autonômico do coração e interferir na HAS. A ansiedade e a depressão têm sido relacionadas com a redução da variabilidade da frequência cardíaca que resulta em diminuição do débito cardíaco. A ansiedade tem um papel importante na HAS, devido ao seu elemento psicossomático que contribui para uma alteração significativa da pressão arterial (NASCIMENTO et al., 2015).

Outros fatores psicológicos, como alterações da imagem corporal e autoestima, podem diminuir a energia e a motivação para a atividade sexual e resultar em disfunção sexual (KÜÇÜK et al., 2013; WYLIE; WOOD; MCMANUS, 2013).

A imagem corporal e a autoestima negativas são os sentimentos mais apresentados nas narrativas.

Agora eu tenho vergonha do meu corpo. A gente já não é mais como era antes. Uma coisa vai puxando outra, né? Por isso, às vezes, não acho que a falta de vontade [de ter relações sexuais] é por causa da hipertensão (E16, HAS, 71 anos, sexo feminino, casada).

Olha, como eu parei de fumar, eu engordei muito. Então, minha autoestima está murchada, eu estou muito chateada com meu corpo e com meu comodismo. Sei que a diabetes faz a gente engordar e por eu estar engordando e não estar fazendo nada. [...] hoje eu estou de mal comigo, com meu corpo (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Eu não estou feliz comigo. Eu engordei muito, muito mesmo. Quando o meu esposo me conheceu, eu era muito magrinha. Eu praticava esporte, tinha uma vida bem agitada. Quando a gente casou eu continuei e eu só parei com essa agitação depois que eu engravidei. [...] foi a partir daí, também, que eu comecei a perder um pouco do apetite sexual, eu senti vergonha dele. Para mim, isso aí também e fez deixar um pouquinho de lado o sexo. Eu não sentia a vontade de ficar nua perto dele (E14, HAS, 37 anos, sexo feminino, casada).

Autoestima e imagem corporal são citadas como crenças importantes para a busca de uma sexualidade vivida plenamente (ABDO, FLEURY, 2006), e a DM e a HAS também afetam a imagem corporal dos indivíduos, assim como sua autoestima, podendo impactar na sua vida sexual e prejudicar sua função sexual (MOLLAOĞLU; TUNCAY; FERTELLI, 2013)

As crenças da imagem corporal impostas pela sociedade, de um corpo magro e fisicamente atraente, podem gerar transtornos da função sexual nas mulheres. As mulheres com DS apresentam crenças relacionadas à imagem corporal, que as tornam mais vulneráveis a achar que é incompetente na atividade sexual ou que não conseguirá satisfazer o seu parceiro, gerando baixa autoestima. Esses esquemas autocríticos provocam um sistema composto de pensamentos automáticos negativos (pensamentos de falha, pensamentos de abuso sexual) que os impedem de se concentrar em estímulos eróticos e promover emoções negativas (tristeza, desilusão, culpa, falta de prazer e satisfação), prejudicando a resposta sexual (NOBRE; PINTO-GOUVEIA, 2008).

Baixa autoestima está relacionada, portanto, com a falta de desejo sexual e com transtornos orgásticos nas mulheres (NOBRE; PINTO-GOUVEIA, 2008).

Os homens, embora em menor grau, também podem apresentar problemas relacionados à autoestima. Neste estudo, apenas um indivíduo do sexo masculino relatou baixa autoestima (E22), e esse relato está diretamente relacionado com a fragilidade da representação do seu papel como homem na sociedade, forte e viril, como encontrado em outro estudo recente (LIU et al., 2016).

Isso aí acaba que vai diminuindo a gente mesmo [Dificuldade para ter a ereção]. Acaba com a autoestima da gente. Você fica... Porque o homem ele tem... A palavra homem está diretamente ligada com a sexualidade, a virilidade. Então, me abaixa a autoestima, isso me abaixa (E22, DM, 54 anos, sexo masculino, casado).

A representação de que a sexualidade se limita à atividade sexual gera nos homens que apresentam alguma disfunção sexual sentimento de impotência e frustração, prejudicando a sua autoestima, provocando ansiedade e estresse emocional (LIU et al., 2016). A ideia de incentivar os homens a demonstrarem a sua masculinidade através de atividades sexuais com alta frequência de sexo e desempenho satisfatório vem das expectativas e normas sociais relacionadas ao gênero e a sexualidade (CARPENTER, 2015; LIU et al., 2016). Por este motivo, os

homens são mais propensos do que as mulheres a sofrer de ansiedade e utilizar medicamentos para melhorar o desempenho sexual (LIU et al., 2016; LAUMANN; DAS; WAITE, 2008).

Embora os homens relatarem a existência de algum sinal de DE, nenhum dos entrevistados conversou com um profissional de saúde sobre o assunto, e nem mesmo chegou a utilizar algum tipo de medicamento para melhorar a ereção.

Os inibidores da enzima Fosfodiesterase do tipo 5, também conhecidos com o nome comercial de Viagra, Cialis e Levitra, são terapêuticas de primeira linha para DE de etiologia orgânica, a menos que haja uma contraindicação específica para a sua utilização. Esse medicamento tem efeito vasodilatador ao aumentar os níveis de óxido nítrico (NO), principalmente na região genital masculina, levando a congestão dos vasos cavernosos (VLACHOPOULOS et al., 2013). Embora esses medicamentos sejam amplamente utilizados devido à sua eficácia e segurança e ter o registro de mínimas interações com drogas cardiovasculares ou outros efeitos colaterais (VLACHOPOULOS et al., 2013), os homens, de modo geral, associam o Viagra a um medicamento ruim que pode provocar infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico, tendo, portanto, uma representação negativa e sentimento de medo.

Eu tenho medo. Eu tenho medo de tomar [Viagra] e segurar o coração, ter taquicardia... Mas eu nunca tomei, não. Já pensei até em tomar, se eu soubesse que não ia morrer (risos). [...] Tudo que ajuda a gente é necessário, então tenho vontade de tomar, mas até hoje não tive coragem (E10, DM, 62 anos, sexo masculino, separado).

Não, não usei esse medicamento [Viagra]. E nem quero. Eu tenho colegas que usam azulzinho aí, eu não uso nada disso. Não uso e não quero. Sou contra quem usa também, inclusive tem um colega meu que usou esse azulzinho aí e deu AVC nele. Agora ele está com a mão toda torta. [...] Acho que ele tomou uma dose a mais, para ele manter a noite e acabou dando infarto (E20, HAS, 59 anos, sexo masculino, casado).

Eu acho que não compensa e tenho medo. O pessoal fala que costuma fazer mal para o coração. Eu acho que não é legal (E21, HAS, 60 anos, sexo masculino, casado).

Sabe-se que esses fatos são mitos que podem atrapalhar o tratamento e a adesão de homens com indicação do uso dos medicamentos inibidores da enzima fosfodiesterase-5. Após ampla revisão de relatos de pessoas com DE e alterações

cardiovasculares e riscos cardiovascular, a única contra indicação foi a utilização dos medicamentos inibidores da enzima fosfodiesterase-5 concomitantemente com medicamentos doadores de nitratos, o que levaria à exacerbação da vasodilatação e consequente hipotensão sistêmica (COSTA, 2011; GIULIANO et al., 2010; PADMA-NATHAN et al., 2002). Outro fator agravante é o uso indiscriminado desses medicamentos, ou seja, homens que não têm a indicação médica e que os utilizam sem um acompanhamento adequado, devido à intensa estimulação midiática das indústrias farmacêuticas, de forma ampla e sem orientação adequada (GIAMI, 2009).

A DE possui origem orgânica e psicológica, ou ambas, e precisa ser avaliada por um profissional com a finalidade de identificar a causa raiz da disfunção e o melhor tratamento. Portanto, medicamentos como o Viagra só irão ter o efeito adequado se a DE for de origem exclusivamente orgânica, caso contrário será necessário realizar outros tipos de tratamento ou tratamento combinados com outras drogas (GIAMI, 2007).

Estudo realizado com homens com DE e DM2, com alto risco de desenvolver doença cardiovascular mostrou que os homens tratados com inibidores da enzima fosfodiesterase-5, combinados com o aconselhamento adequado dos profissionais e uma abordagem integral da sua saúde, melhoraram suas taxas metabólicas, assim como a sua função sexual e sintomas depressivos (CORONA et al., 2016). O envolvimento do parceiro, o contexto relacional e aspectos subjetivos também interferem na função sexual do indivíduo, desempenhando um papel que pode ser positivo ou negativo na avaliação e tratamento de pacientes com DS.

4.3.3. Representações sobre a sexualidade nos relacionamentos afetivos

O modo como às pessoas se relacionam socialmente interfere na vida sexual e nas suas representações sobre sexualidade e vice e versa. A sexualidade varia dinamicamente entre os estágios biológicos e sociais da vida (WAITE; CHARME, 2015). A relação sexual pode ser definida como qualquer relação de curto ou longo prazo com um parceiro que inclui sexo e outras intimidades sexuais, sendo um dos tipos de relações sociais mais importantes, além de essencial para a vida humana (LIU et al., 2016).

Todas as pessoas deste estudo relataram ter atividade sexual com um parceiro dentro de um relacionamento, mesmo que seja por um curto período de tempo. Houve alguns homens que relataram realizar sexo com outras mulheres, fora do casamento, mas mantendo sempre o relacionamento com a parceira.

A parceria sexual pode interferir no contexto de vida das pessoas com HAS e DM, podendo ser tanto uma fonte de apoio emocional e social, proporcionando melhor qualidade de vida e saúde para o indivíduo, quanto uma fonte de tensão com demandas físicas e emocionais que podem levar a complicações e agravamento dos problemas relacionados à doença, moldando a saúde do indivíduo (LIU et al., 2016).

O relacionamento ou estado civil é o maior influenciador na frequência de atividade sexual, na vida adulta (LAMATER; MOORMAN, 2007; WYLIE; WOOD; MCMANUS, 2013). As mulheres tiveram mais influência do relacionamento com o parceiro, na sua sexualidade e vida sexual do que os homens.

As mulheres (E1, E4, E7, E13) que tinham parceiros também com DCNT, DM ou HAS, afirmam que havia alterações significativas na função sexual do companheiro, como falta de desejo e DE. O fato do parceiro não ser mais sexualmente ativo fez com que reprimissem a expressão da sua sexualidade, negando seus desejos. Os problemas sexuais originados da doença do outro e da sua própria doença geraram conflitos internos que fazem com que as mulheres retenham suas vontades, não procurando ajuda de profissionais para melhorar a sua vida sexual.

Olha, tem hora que eu fico meio chateada porque eu queria ter mais vontade. Mas... ah, sei lá. Hoje eu acho que está tranquilo. Na mesma hora que eu penso em ter mais vontade eu acho que já está bom, ainda mais depois que ele [marido] teve essa doença. Hoje ele pode ter vontade, né? Amanhã ele pode não ter... Deus sabe o que faz (E7, HAS, 57 anos, sexo feminino, casada).

Aí, chegou um ponto, assim... tem uns 17 ou 18 anos que meu esposo adoeceu, problema de pressão alta, diabetes, câncer de próstata. Aí, a gente não tem relação sexual mais. Não temos mais nenhum tipo de intimidade, nenhum tipo de relação sexual. Tem muitos anos que ele vem tomando medicamento que cai muito o homem, o homem não tem vontade de fazer sexo [...]. Aí, ele parou de me procurar. Mas como ele já sabia que eu era assim também, aí ele nem preocupou. Porque se eu fosse outra, se eu tivesse desejo por sexo, ele tinha que preocupar. [...] Depois que eu fiquei idosa, às vezes, eu durmo e parece que vai acontecer alguma coisa boa no meu corpo e aí eu assusto, sabe? Vem uma coisa boa no meu corpo. Será que eu estou querendo ter prazer no sonho? Parece que sinto

algo na região íntima e isso acontece só quando eu estou dormindo e às vezes quando assisto um filme mais pesado que passa na Globo, esses filmes depois da meia noite. [...] antes era assim comigo, mas depois que eu mudei para a igreja eu parei (E4, HAS, 68 anos, sexo feminino, casada).

Há evidências de que as mulheres se envolvem com menos frequência na atividade sexual após o desenvolvimento de DE pelo seu companheiro, tornando sua vida sexual menos satisfatória quando DE é grave (CORONA et al., 2016 CONAGLEN; CONAGLEN, 2009; MULHALL et al., 2008). Após o desenvolvimento de DE no seu parceiro, as mulheres relataram um declínio do seu próprio desejo sexual, excitação sexual, orgasmo e satisfação (CORONA et al., 2016 CONAGLEN; CONAGLEN, 2009; MULHALL et al., 2008). Porém, os relatos da presente pesquisa mostram que há também negação do desejo expresso em sensações do corpo, seja por não reconhecê-las, seja por não se permitir senti-las por repressão da religião.

Por outro lado, houve mulheres que relataram que a doença e as alterações sexuais no parceiro como forma de alívio, já que a atividade sexual era vista como uma forma de obrigação social.

Depois de um tempo, o meu marido se descobriu diabético, tem uns sete anos. E eu notei também que realmente prejudica ele também, entendeu? [...] Atrapalhava muito o desempenho dele e ele falava que era eu. [...] não conseguia manter a ereção... me machucava. Aí, aquilo foi diminuindo a minha vontade, sabe? Então, falei com ele pra gente ficar quietinhos, do jeito que nós estamos mesmo. Marido e mulher, sim, mas também amigos, irmãos. [...] Eu me senti livre, agora eu sou dona de mim e eu não tenho que fazer [sexo] por ele. Eu acho que é um direito meu, eu não tenho que fazer para agradar ele, porque senão eu vou passar por cima de mim (E1, HAS, 54 anos, sexo feminino, casada).

No início ele ficava um pouco bravo porque eu não tinha muito desejo, hoje não. Ele teve um AVC também, né? Então acho que isso me ajudou. Atrapalhou ele e me ajudou um bocado (E7, HAS, 57 anos, sexo feminino, casada).

Está incorporada no comportamento feminino a representação do amor romântico, como descreve Giddens (2011), em que a mulher acredita que o seu companheiro é alguém com qualidades de caráter que o tornam especial e no qual deverá apoiar, idealizando com o ser amado a projeção de romance que durará por toda a vida (RIBEIRO, 2018). Tais traços da ideologia do amor romântico, roteirizado socialmente, é permeado por expectativas de romance duradouro e de que o outro é

a pessoa certa para estabelecer uma relação amorosa, na qual se pressupõe exclusividade sexual (RIBEIRO, 2018). Se este amor romântico é o mito fundador dos relacionamentos, com as situações concretas vivenciadas, as mulheres tendem a desmitificar o amor, o que favorece tanto relações amorosas mais maduras, como a explicitação constante de conflitos e agressividades.

Mesmo com os problemas vivenciados e, muitas vezes, vivendo um relacionamento abusivo, a mulher acredita que deve aceitar e conviver com seu parceiro, pois, de acordo com a norma social, separar-se não é uma opção e ter relacionamentos extraconjugais é um pecado, já que o matrimônio é sagrado.

Tanto que hoje eu tenho 67 anos e o meu marido, ele parou quando eu tinha 55 anos, certo? Acabou a vida sexual dele. E eu vivo com ele do mesmo jeito do que se tivesse sexo, mesma coisa. Gosto dele. Ele hoje é um homem doente, faz quimioterapia porque está com câncer e eu nunca pensei em largar ele por causa disso. Gosto dele e tudo, mas... E quando acabou, acabou. Não senti diferença. Nunca pensei em largar ele por causa de sexo, por causa de nada [...] de marido e mulher, diferente de sexo, mas nós temos uma relação boa. Ele é meu marido, pai da minha filha, meu companheiro de dia a dia. Nós dois sempre estamos juntos, às vezes a gente senta para ver televisão, tem uma vida normal, tranquilo, tranquilo. Nunca pensei: “vou largar ele porque aconteceu isso” (E13, HAS, 67 anos, sexo feminino, casada).

Mas eu acho que meu marido era muito seco. Eu brincava e falava que a minha relação sexual com ele era igual de galo e galinha, fez, acabou e pronto. Não tinha bom relacionamento com ele, não tinha aquele carinho, só sexo mesmo, por obrigação. [...] a gente brigava muito, aí ele começou a arrumar outra mulher. [...] ele tinha muitas amantes, aqui no bairro ou lá onde ele trabalhava. Aí, por fim, eu separei de quarto. Tem uns quarenta e tantos anos que cada um dorme para um lado. [...] Às vezes, a gente sente vontade de ter alguém, um carinho. Então, um dia, eu saí com outra pessoa e aí que eu fui descobrir como que era diferente quando tinha carinho e tudo. Depois eu falei: “Não, agora chega. Eu não quero mais”. Porque é chato, né? Eu até confessei, pedi perdão para o padre. Mas nisso aí eu comecei a esfriar. [...] mas estou com ele até hoje. Estou sofrendo até hoje. Eu quis separar, mas minha mãe não deixou na época (E16, HAS, 71 anos, sexo feminino, casada).

O ato sexual para as mulheres deixa de ser uma expressão natural e passa a ser, primeiro, uma obrigação social e, segundo, a explicitação da sua falta de autonomia para vivenciar a sua sexualidade. A dificuldade de assumir para o parceiro a sua indisposição é, assim, bem fundamentada (FERREIRA et al., 2013). Mulheres em longos relacionamentos tendem, ainda, a ter preocupações com a

autoimagem e pensamentos sobre as consequências dos problemas sexuais, como ser rejeitada pelo companheiro, com maior frequência do que os homens (FLEURY; ABDO, 2018).

Para não perder o marido, muitas mulheres, mesmo sem o desejo, relatam ter relação sexual, acreditando cumprir o seu papel como esposa, e abrindo mão da sua satisfação, o que pode afetar a sua qualidade de vida.

[...] durante alguns anos eu fazia sexo sem vontade. Então, eu falo que já deu. Toda vida alguma coisa me incomodando, só para satisfazer marido? Já foi o tempo em que eu ficava fazendo as coisas pelo meu marido, cumprindo as minhas obrigações de mulher (E1, HAS, 54 anos, sexo feminino, casada).

Porque eu sou casada, eu tenho que agradar meu esposo, né? Acho que isso toda mulher pensa. Mas assim, vai por obrigação, porque não tem vontade nenhuma. Para mim, se não fosse a minha preocupação com o meu esposo, minha vida ia estar perfeita. Porque eu não preciso de sexo (risos), não faz diferença na minha vida (E14, HAS, 37 anos, sexo feminino, casada).

Então, quando eu ficava com meu esposo, eu fingia que tinha sentido prazer. E não sentia. Eu não sei o que é prazer do sexo, porque tem gente que tem o prazer e eu não sei o que é prazer. Eu ficava com aquele negócio na minha cabeça, pensando como que eu ia ficar com uma pessoa se eu não estava sentindo nada? Mas eu fazia de tudo porque meu esposo está vivendo comigo e ele gosta de mim (E4, HAS, 68 anos, sexo feminino, casada).

Houve relato de abandono pelo companheiro, devido aos problemas relacionados com a diminuição da função sexual justificada pela existência da DM. A doença e a situação vivenciadas acarretaram problemas de autoestima e de diminuição da sua qualidade de vida.

Eu procurava fazer minha parte, mas, às vezes, você dá o prazer sem receber. Você tem um marido, você até acompanha ele ali. A mulher é mais fácil de mentir, né? Aí, você faz o sexo e tudo porque você gosta da pessoa, mesmo não sentindo aquela coisa boa, né, que tem que sentir. Mas se você vê que a pessoa está bem, está satisfeito e tudo, a pessoa não vai te deixar, não vai te trocar por outra, entendeu? Eu sempre agi assim. [...] eu não tinha aquela vontade. Ele falava que eu dormia demais e que eu não gostava mais dele, mesmo eu falando que não era isso, que era a doença, a doença que me deixou assim. Ele falava que eu era uma mulher que não procurava ele e eu falava com ele que às vezes nem sentia vontade, mas que estava disponível pra hora que ele quisesse. Aí, foi indo, mas eu acho que todo homem quer uma mulher fogosa, né? E

esse não era meu caso. [...] Aí, ele acabou me deixando (E12, DM, 57 anos, sexo feminino, viúva).

O exercício da prática sexual como obrigação servil da mulher no casamento, independentemente da sua vontade e sem lhe proporcionar prazer, é também relatado em outros estudos (ERTEN et al., 2013; VIEIRA et al., 2014) por diversas mulheres, seja por questões culturais ou religiosas. Muitas mulheres acreditam que se não satisfizer o marido, eles irão traí-las em um relacionamento extraconjugal.

As representações tradicionais da sexualidade masculina e feminina fundamentam-se numa extrema dicotomia em que a sexualidade masculina é de natureza biológica, instintiva e incontrolável, e a sexualidade feminina tem uma natureza “espiritual”, psicológica e controlável, fortemente vinculada aos ideais de amor romântico (GIAMI, 2007; RIBEIRO, 2018).

O relacionamento extraconjugal de homens é visto com mais naturalidade, pois se construiu na sociedade a representação de que é da natureza do homem relacionar-se com muitas parceiras sexuais no decorrer de sua vida, inclusive quando o mesmo está envolvido em relação de conjugalidade, na qual se pressupõe de forma ambígua, culturalmente, a monogamia (RIBEIRO, 2018).

Há a crença de que os impulsos e desejos sexuais nos homens não devem ser contidos, justificando o relacionamento extraconjugal, devido à necessidade masculina de ter mais sexo, tanto para reafirmar a sua masculinidade ou por problemas com a parceira.

Em casa tem regulamento, é arroz e feijão você já viu, né? A mulher um dia chega invocada, aí você deixa para lá. Tudo bem, eu vou dormir! Aí fica um mês, dois meses, 10 anos sem ter relação sexual. Aí, na rua a gente faz a festa. Lá em casa tem limite. Antigamente, era duas ou três vezes por semana, entendeu? Descansava durante dois dias, mas durante esses dois dias eu procurava na rua. Eu tinha vontade e ficava limitado. Porque você casa para manter o sexo, mas fica limitado para caramba, entendeu? Não sei o que acontece não, mas beleza. Faz parte do casamento, ela está cansada. [...] Dentro de casa sempre tem, é claro! Aí, de mim se não tiver (E2, HAS, 69 anos, sexo masculino, casado).

Para manter sexo, eu nunca procurei ninguém não, só com minha esposa. Mas quando ela saiu de casa, eu tinha uma mulher em casa. Eu não vou ficar sem mulher. [...] ela ficou oito meses lá em casa, mas quando a minha mulher voltou, eu mandei a outra embora e pronto. [...] eu gosto de ficar com chameguinho [...] dar uns beliscões e só (E20, HAS, 59 anos, sexo masculino, casado).

Por hora não tenho procurado por fora não, por causa dos meus problemas, mas já tive outros casos. Ficava bêbado, menina, que não tinha jeito, eu traía mesmo. Igual eu te falei, se eu não procurar minha esposa, ela não me procura. E se você não tem dentro de casa, você procura na rua, isso é coisa certa. Não quer? Beleza. Aí, vai procurar na rua. Só que agora o trem está dando meia zebra, né? (E22, DM, 54 anos, sexo masculino, casado).

Estudo anterior realizado com homens diabéticos mostrou que uma das estratégias de fuga-evitação diante do enfrentamento ao estresse relacionado com a DE foi a busca por novas experiências. Desse modo, o sujeito tinha relações sexuais com parceiras, contextos e atividades diferentes do seu contexto habitual, com o propósito de confirmar a existência, permanência e particularidades da DE, antes de procurar uma ajuda especializada (LLANES; CALLES, 2013).

Houve relato de que antes de o marido ter disfunção sexual relacionado às DCNT, ele tinha casos extraconjugais para se satisfazer, pois ela não era capaz devido aos seus problemas na resposta sexual. Mesmo sabendo da infidelidade do parceiro, a mulher tinha forte representação do amor romântico. Para ela, com o seu parceiro era diferente, não significava traição, pois ele tinha relações extraconjugais apenas como descarga e obtenção de satisfação de suas necessidades fisiológicas, sendo fiel sentimentalmente.

Ele é muito bom para mim, mas hoje nós vivemos dentro de casa igual dois irmãos. De uns anos pra cá, ele ficou muito triste, porque ele estava doente, e parou de fazer sexo. Meu esposo, às vezes, era uma pessoa boa, colocava as coisas dentro de casa. Mas eu sabia que ele dava os pulos dele na rua. Mas também, né? [...] se o homem e a mulher têm prazer juntos o sexo é muito melhor, diferente de quando o homem tem prazer com uma mulher seca, igual a mim. Eu achava bom quando ele falava que ia demorar pra chegar em casa, que ia nas boates. Eu deixava ele ter o prazer dele para lá. Ele sentia prazer com as mulheres lá, mas nunca pegou uma mulher para gostar, porque ele gostava de mim (E4, HAS, 68 anos, sexo feminino, casada).

A análise das narrativas mostrou que casais com bom relacionamento conseguem desfrutar melhor de sua sexualidade, mesmo diante das dificuldades sexuais, pois o apoio do companheiro(a) influencia muito na vivência da sexualidade do indivíduo. Buscar a comunicação clara e eficaz entre o casal e obter informações sobre sexualidade pode melhorar a adaptação da vida sexual após a disfunção

sexual provocada tanto pela DM quanto pela HAS e se adaptar a novas formas de viver a sexualidade (VIEIRA et al., 2014).

Eu tenho uma parceira. Nós vamos reconhecendo as dificuldades um do outro, né? [...] ela também fala que diminuiu da parte dela [a vontade de fazer sexo]. Então, nessa parte, eu e ela compreendemos a situação um do outro. Sem briga, sem briga. [...] ela já entrou na menopausa, diz ela que isso ajuda a diminuir muito nessa parte, de vontade de sexo. Então, um vai compreendendo o outro e, no fim, dá tudo certo. Não é igual era antigamente, mas a vida continua. Conversamos muito, quando o sexo é ruim a gente fala um com o outro que não foi legal e tal. É igual parceria de trabalho, um vai ajudando o outro. A gente discute a respeito disso aí. Eu falo com ela quando ela está mais fria e ela fala comigo quando eu estou devagar demais e tudo se resolve na calma. Ela também sabe e reconhece que tem diferença e assim a gente vai insistindo, insistindo, até dar a vontade. Se eu começo oito horas da noite, se até oito e meia não conseguir terminar, vai até meia noite, até conseguir. Devagar, mas foi eu mesmo, eu e ela, sem remédio (E23, HAS, 63 anos, sexo masculino, união estável).

Assim, a relação com meu parceiro é ótima. Sempre conversamos muito. Ele é bem esclarecido sobre isso. Claro, se um não quer o outro também tem que respeitar a vontade do outro. E a gente conversa bastante sobre sexualidade, porque realmente faz parte de um casal (E18, HAS, 43 anos, sexo feminino, casada).

Olha, ele [marido] era sempre muito compreensivo. Mas é lógico que tem a cobrança, né? Mas eu explicava para ele e foi tranquilo, foi bem tranquilo. Conversávamos muito, muito. Ele sempre me estimulava e me jogava para cima, sabe? E foi até bom, porque foi por causa da compreensão dele que eu passei essa fase [menopausa] tranquila (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Boa qualidade no relacionamento aumenta a proximidade emocional e a intimidade entre os parceiros que, em conjunto, lidam de uma maneira melhor frente às dificuldades encontradas. Quando uma pessoa que sofre de disfunção sexual devido a alguma DCNT conta com a compreensão e dedicação do parceiro, essa pessoa sente-se mais segura e consegue lidar melhor com a situação (FERREIRA et al., 2013; LIU et al., 2016)

O sexo é uma das atividades importantes de um relacionamento conjugal, no entanto, o envolvimento de uma parceria sexual vai além do ato sexual físico, inclui proximidade emocional, disponibilidade de um confidente e os benefícios do toque físico (IVENIUK; O'MUIRCHEARTAIGH; CAGNEY, 2015; LIU et al., 2016).

A análise dos resultados mostrou que homens e mulheres representam a sexualidade como ato sexual entre parceiros. Para os primeiros, o ato em si é considerado absolutamente necessário e fonte central do prazer, enquanto para as mulheres, envolve sentimentos e carinho físico. Para os homens, a aceitação das dificuldades relacionadas com a DCNT parece ser mais difícil, há um sentimento de inferioridade e a ideia da perda da sua masculinidade, enquanto para as mulheres, há a justificativa da menopausa como fundamental para explicar a falta de desejo, e a melhor aceitação das disfunções sexuais, por acreditarem fazer parte do ciclo natural da doença.

Com a presença de alterações na sexualidade, há a preocupação e insegurança de ambos os gêneros com relação as necessidades de seus parceiros, em especial as mulheres que sentem o medo do abandono e se submetem as relações sexuais como forma de obrigação social.

Os parceiros das pessoas com HAS e DM também precisam de atenção quando se trata da alteração da função sexual. Um estudo realizado na Holanda e Bélgica com pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva demonstrou que pacientes e parceiros apresentaram diminuição da função sexual em diferentes domínios (DRIEL; DE HOSSON; GAMEL, 2014). Cabe aos profissionais de saúde fazer o rastreamento das disfunções sexuais nos pacientes com DM e HAS, assim como dos seus parceiros, oferecendo informações sobre sexualidade, especialmente dos sintomas provocados pela doença que afeta a atividade sexual e as suas consequências.

4.4. Categoria 2: A abordagem da saúde sexual no processo de cuidado nos serviços de saúde, segundo os usuários

O eixo central dessa categoria foi a abordagem da saúde sexual no processo de cuidado nos serviços de saúde, na perspectiva do usuário com HAS e DM, bem como a relação do usuário com o profissional de saúde. Tal abordagem foi relatada como praticamente inexistente, de acordo com a representação do indivíduo sobre o atendimento dos profissionais nos serviços de saúde.

As representações dos entrevistados permitiram desvelar a visão que o usuário tem de sua relação com a equipe de saúde e, ao mesmo tempo, compreender a importância da promoção da saúde sexual. Os resultados mostraram

que estas representações suscitam que a sexualidade seja incorporada no cuidado integral ao longo da vida dos entrevistados por parte dos profissionais de saúde.

Os direitos sexuais e reprodutivos são considerados direitos humanos fundamentais, a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) da Organização das Nações Unidas (ONU). Respeitar esses direitos é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, cultura, religião, raça, etnia ou orientação sexual. A partir da década de 1990, houve grandes avanços na legislação internacional e nacional sobre as dimensões da reprodução e da sexualidade como direitos humanos e de cidadania. Entre os marcos referenciais internacionais que definem os direitos sexuais e os reprodutivos destacam-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim (1995), promovidas pela ONU (BRASIL, 2013a). A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos e devem ser garantidos pelo Estado, mediante ações e estratégias que promovam o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis e libertas de riscos (BRASIL, 2013a).

Para exercer efetivamente os direitos sexuais e reprodutivos são necessárias políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva do indivíduo (LEMOS, 2014). A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimento que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2013b), sendo, portanto, uma das grandes áreas de atuação para os cuidados relativos à sexualidade.

A saúde sexual é abordada de maneira transversal, em conjunto com a saúde reprodutiva, perpassando pelas políticas nacionais de atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 2004) e do homem (BRASIL, 2009), como também da população de jovens e adolescentes (BRASIL, 2013a) e de idosos (BRASIL, 2006). Em 2005, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005), com recomendações e diretrizes a serem realizadas no triênio 2005-2007, como: incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários (as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no

SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; entre outras ações (BRASIL, 2013a).

No entanto, as políticas públicas existentes ainda têm enfoque, quase que exclusivamente, no caráter biológico e reprodutivo da saúde sexual. Há, então, conservadorismo nas próprias políticas de saúde, que não são claras quanto à abordagem da sexualidade pelos profissionais de saúde, que, por sua vez, não se sentem capacitados para o atendimento do indivíduo na sua integralidade, incluindo a sexualidade.

Cabe ao Estado preparar e capacitar os profissionais da saúde na discussão de temas relacionados à atenção à saúde na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, com práticas pautadas na integralidade da atenção, assim como o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros princípios, que devem nortear as práticas profissionais no âmbito da atenção à saúde, a fim de não mais negligenciar o atendimento da saúde sexual (LEMOS, 2014).

A World Association for Sexual Health (WASH) criou a Declaração da Saúde Sexual para o Milênio (2008), que tem o objetivo central de promover a saúde sexual ao redor do mundo, por meio de propostas de ações que incluem a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, especialmente HIV, além do estabelecimento de políticas públicas de combate à desigualdade de gênero, à violência sexual, entre outras. O despreparo dos profissionais para a assistência em saúde sexual foi reconhecido como um fator limitante para a garantia dos direitos sexuais (RUFINO et al., 2017; WASH, 2008).

Grande parte dos entrevistados relatou nunca ter sido perguntado ou informado sobre sexualidade durante os atendimentos pelos profissionais de saúde da APS. Os poucos que foram questionados sobre a sua vida sexual o foram por profissionais especialistas, principalmente aqueles focados em regiões relacionadas à genitália, como ginecologista e urologista.

Não, nunca nenhum profissional falou que a diabetes poderia interferir na sexualidade. A médica pede para eu cuidar [...] fala que se a taxa da glicose aumentar, eu posso chegar a realmente não ter desejo. Ela sempre está me orientando, principalmente quando eu falo que eu não tomo remédio. Normalmente, nas minhas consultas, ela sempre fala comigo, me dá um alertazinha (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Médico nenhum nunca falou nada! Se é A ou se é B, não! Só fala que eu tenho que tomar esse remédio para controlar a pressão. [...] Nunca me informou que a pressão interfere no sexo, que mexe na parte amorosa, que eu posso não ter mais ereção, e que meu pênis pode não subir mais, entendeu? Que eu não vou fazer mais sexo... Nada! Nunca falou nada disso comigo não (E2, HAS, 69 anos, sexo masculino, casado).

A única coisa que eles falam [profissionais da saúde] é que eu tinha que tomar os remédios porque pode prejudicar minha visão e outras coisas mais. Mas sobre sexo não, nunca comentou e eu nunca perguntei também (E25, DM, 64 anos, sexo masculino, casado).

Mesmo os profissionais que abordaram sobre a saúde sexual do indivíduo, esta abordagem foi realizada de forma pontual, superficial e tímida, focando nas disfunções sexuais, como a DE nos homens e a falta de desejo e a lubrificação nas mulheres, sem muitas explicações ou esclarecimentos, e de forma prescritiva, seja de medicamentos ou de ações.

A única médica que perguntou recentemente foi uma ginecologista do posto que perguntou como estava a minha vida sexual. E nessa conversa com ela, ela me disse que eu precisava mais de um psicólogo do que de um médico. Mas foi a única médica que me perguntou como estava minha vida sexual, foi ela, essa ginecologista. Um outro médico falou que o anti-hipertensivo podia diminuir o desejo, mas não tirou o medicamento. Eu perguntei para ele se teria algo que eu podia tomar para melhorar isso e ele falou que não tinha. Ele me falava que eu tinha que pensar mais a respeito [sexo], e que tinha que tentar introduzir isso no meu cérebro. Falando que hoje era o dia de fazer sexo e colocar umas roupinhas diferentes para chamar a atenção e que me estimulasse antes da relação. Só isso (E14, HAS, 37 anos, sexo feminino, casada).

Sempre o meu médico da próstata me pergunta sobre essas coisas, quando eu vou fazer exame com ele, ele me pergunta. Ele me pergunta como é que está a minha vida sexual, se eu tenho relação e tudo. Se a pressão está boa. Faz o exame lá e me pergunta. Aí, eu falo com ele que não tenho o que reclamar não. O médico até me perguntou se eu queria tomar medicamento para estimular a ereção, mas eu falei com ele que não, que eu não precisava tomar isso ainda (E19, DM, 72 anos, sexo masculino, casado).

Médico nenhum me falou dessas coisas de sexualidade. Eles nunca perguntaram... o médico também nunca perguntou, nunca fez questão de perguntar nada não. A psicóloga lá de Montes Claros, falou que eu tinha que cuidar dessa questão de sexo mais cedo porque mais tarde poderia dar problema. Naquela época, ela falou que eu era uma mulher nova e eu tinha que ter um tratamento, porque também era importante para a saúde da mulher. Mas eu não

quis não, porque eu nunca tive vontade de nada (E4, HAS, 68 anos, sexo feminino, casada).

No que se refere ao atendimento na área da saúde sexual, os entrevistados tinham como referência os médicos como os profissionais de saúde que fizeram algum questionamento ou conversaram sobre o assunto, mas também houve alguns que citaram o psicólogo. Assim como em estudo anterior (COIMBRA; TEIXEIRA, 2015) os enfermeiros não foram citados como profissionais que abordaram assuntos relacionados à sexualidade.

Alguns estudos demonstram o oposto ao que foi encontrado neste estudo. Os profissionais de enfermagem são a linha de frente do cuidado ao paciente com doença crônica na APS, dessa forma, permanecem mais tempo em contato com o paciente e possuem maior possibilidade de abordar questões relacionadas à sexualidade do que outros profissionais de saúde (KAPLAN; PACELLI, 2011; CESNIK-GEEST, 2016). Porém, notou-se que, nos serviços de saúde onde foi realizada a pesquisa, os enfermeiros estão poucos atuantes no acompanhamento do indivíduo hipertenso e diabético, se ocupando de outras atividades e demandas de atendimentos, como o acolhimento. Deste modo, os enfermeiros acabam não realizando as atividades previstas pela Secretaria de Saúde, de atendimentos intercalados entre médicos e enfermeiros, bem como as ações coletivas como grupos operativos e atividades de educação em saúde, que buscam não somente o atendimento ativo no acompanhamento das pessoas com HAS e DM, assim como a prevenção de agravos e promoção da saúde (PBH, 2011a, b).

Os profissionais de enfermagem não se mostram atuantes na orientação acerca da sexualidade das pessoas com doenças crônicas, sendo as consultas realizadas exclusivamente pelos profissionais médicos, voltadas para a doença e o tratamento, o que explica a referência do médico para estes entrevistados com HAS ou DM.

Embora os problemas sexuais sejam comuns em pacientes com HAS e DM, como demonstrado na revisão de literatura, os profissionais ainda são relutantes em discuti-los nas consultas com os pacientes. Muitos entrevistados falaram que a abordagem de assuntos relacionados à atividade sexual partiu deles próprios e não dos profissionais.

Nenhum profissional falou nada comigo relacionado com sexo. Não perguntou, mas eu falei com eles. Inclusive era uma garota lá no hospital. Eu falei com ela sobre isso aí, o que estava me prejudicando. Ela falou que era normal. Mas eu sei que não é normal (E20, HAS, 59 anos, sexo masculino, casado).

Eu cheguei a conversar com o ginecologista a respeito disso, né? Da libido reduzida e tudo... mas ele, em momento algum, ele falou que poderia ser por causa do medicamento anti-hipertensivo. Ele só perguntou se eu gostaria de algum medicamento para melhorar essa questão e eu respondi que não queria nenhum medicamento. [...] Foi eu que perguntei para ele (E1, HAS, 54 anos, sexo feminino, casada).

Alguns participantes afirmaram ser a primeira vez que estavam falando sobre sexualidade no serviço de saúde, naquele momento da entrevista, reforçando a ideia de que não este é um assunto não falado pelos profissionais de saúde com eles. Muitas vezes a falta de abordagem pelos profissionais faz com que as pessoas recorram a informações de outras fontes como familiares, amigos ou a internet, o que pode ajudar muito, mas também gerar informações equivocadas com produção de mais conflitos e sofrimento psicológicos, e possibilidade de diminuir a adesão ao tratamento da DCNT.

A primeira vez que eu estou conversando com pessoas da área da saúde sobre isso é com você. Não, nunca tive curiosidade. Eu nunca senti a necessidade de falar com o médico sobre isso e eles também nunca me perguntaram (E13, HAS, 67 anos, sexo feminino, casada).

A primeira pessoa que falou comigo sobre sexo/sexualidade foi você. Primeira, ninguém nunca perguntou isso! Ninguém nunca me informou se interfere ou não, ninguém nunca perguntou isso. Você é a primeira. Olha, é até bom a gente saber, né? É bom. Eu não estava com vontade de perguntar não, mas agora eu vou perguntar. Essas duas perguntas, primeiro sobre sexo e depois se eu tenho condições de trabalhar (E23, HAS, 63 anos, sexo masculino, união estável).

Médico nunca me explicou sobre isso não. Eu já ouvi falar. Um companheiro meu de boteco me falou que prejudica [na relação sexual], mas médico nunca me explicou não (E9, DM, 59 anos, sexo masculino, casado).

O médico falou que era o medicamento [antidepressivo] que estava me tirando o desejo, mas também não me tirou os medicamentos e não fez nada. Quando ele me disse que poderia ser os medicamentos, aí eu comecei a procurar na internet. Porque eu não fazia ideia que a medicação podia causar isso. Aí, eu vi na internet que realmente tira um pouco da vontade, da libido, tira um pouco. [...]

Aí, eu parei de tomar a medicação por conta própria e deu tudo errado (E14, HAS, 37 anos, sexo feminino, casada).

Eu queria saber se a doença interferia na vida sexual, por causa do meu ex-marido. Mas não foi pra médica que eu perguntei não. Eu perguntei para uma amiga minha que trabalha no hospital (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

Os profissionais de saúde, sobre os quais se referem os entrevistados, não estão preparados e orientados para realizar a abordagem da sexualidade e da saúde sexual para os indivíduos de maneira geral e para populações específicas que possuem comprometimento da sua função sexual, como as pessoas com DM ou HAS. A literatura retrata que os cursos de graduação de medicina, enfermagem e psicologia não abordam temas relacionados à sexualidade, tanto no cenário nacional como internacional (CESNIK-GEEEST, 2016; RUFINO et al., 2017; SALINAS URBINA; JARILLO SOTO, 2013; SEHNEM et al., 2013; SHINDEL; PARISH, 2013).

A formação dos profissionais de saúde possui uma abordagem organicista e heteronormativo, em que predomina o modelo biomédico do cuidado. Deste modo, os indivíduos são reduzidos a um corpo biológico em que a função do profissional é corrigir e reparar a disfunção, por meio da medicalização, do uso de tecnologias, da intervenção técnica e da comunicação de procedimentos e prescrição de estilos de vida e padrões comportamentais (JUNQUEIRA et al., 2013). Neste contexto, a sexualidade é retratada (quando tratada) exclusivamente no sentido reprodutivo e patológico, sem compreender a sua dimensão psicossocial, comprometendo a assistência de qualidade relacionada à sexualidade, bem como à garantia dos direitos sexuais.

É necessário compreender que o conceito de sexualidade não deve ser separado da saúde, e sim associado a ela como um dos fatores centrais para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida. Por isso, é necessário incorporá-lo nas discussões e fazer parte do cuidado, evitando que os pacientes fiquem repletos de preocupações, sentindo-se sozinhos e desamparados (FERREIRA et al., 2013).

Para uma abordagem adequada sobre promoção de saúde sexual das pessoas é necessário romper preconceitos e crenças culturais que impedem uma comunicação aberta e clara sobre problemas sexuais e a sexualidade dos pacientes. Os profissionais de saúde devem ter uma formação adequada a fim de prestar

cuidados holísticos e integrais ao indivíduo, promovendo a detecção precoce de outras doenças e agravos, e prevenindo problemas sexuais (FERREIRA et al., 2013). Para isso, é necessária uma abordagem humanizada, que levanta questões e tenha ouvidos atentos, englobando aspectos psicossociais, biológicos e culturais, em conjunto com um acompanhamento adequado que proporcione uma assistência integral ao paciente, para contribuir para desaparecer ou amenizar o sofrimento proveniente da vivência sexual.

Os profissionais de saúde precisam compreender que a abordagem da sexualidade é um importante aspecto na atenção aos pacientes com DCNT, em especial com HAS e DM. Os próprios entrevistados percebem essa falta de preparo dos profissionais em abordar esses assuntos, que ainda é considerado um tabu e causa tanto desconforto. A falta de conhecimento e capacitação com relação à sexualidade, associada com a não comunicação ou comunicação inadequada, podem levar a condutas inapropriadas dos profissionais, como orientações equivocadas baseadas em conhecimentos empíricos, do senso comum, além de prescrição de medicamentos, muitas vezes, inadequados.

Nesta pesquisa, confirmou-se que a assistência recebida pelos entrevistados não contemplou os aspectos do cuidado integral e que a abordagem da saúde sexual foi negligenciada por grande parte dos profissionais de saúde. Os profissionais não se comunicam de maneira clara e eficaz, e não se sentem seguros para uma abordagem correta da sexualidade e da saúde sexual. Deste modo, os pacientes não compreendem a relação da sexualidade com a doença crônica, fazendo-os acreditar que a perda da função sexual se trata de um processo natural da vida.

Ela só comentou esse dia, da sexualidade, porque eu perguntei para ela, se interferia. Ela falou que seria bom tratar porque podia interferir sim. Acho que para bombear o sangue... alguma coisa assim. Não entendi muito (E11, DM, 51 anos, sexo feminino, separada).

O médico preocupou, porque meu marido perdeu a ereção, e falou que ia me dar um remédio para eu tomar, para não ter vontade de ter sexo. E passou para mim, mas eu não tomei e nem quis contar minha vida (E4, HAS, 68 anos, sexo feminino, casada).

Porque eu também não entendo. Eu é que pergunto quando vou às consultas e, às vezes, eles [profissionais da saúde] me respondem meio assim, parecem que têm medo de falar (E14, HAS, 37 anos, sexo feminino, casada).

Não tive vontade de perguntar mais nada não, porque eu acho que eles [profissionais de saúde] iam falar a mesma coisa e iam me mandar tomar remédio. Aí, eu não queria mais procurar, não (E16, HAS, 71 anos, sexo feminino, casada).

A falta de informação e o receio do profissional em abordar temas relacionados à sexualidade, associado com a comunicação ineficaz e prescrição de ações e medicamentos, fazem com que os pacientes percam a confiança nos profissionais da saúde quando se trata da sua saúde sexual.

É necessário que o profissional melhore a qualidade da comunicação com o paciente, pois a comunicação é uma das ferramentas que propiciam a personalização da assistência em saúde, de acordo com as necessidades do paciente, oferecendo um cuidado mais humanizado e competente (JUNQUEIRA et al., 2013). Em outro estudo (COIMBRA; TEIXEIRA, 2015), os participantes não acharam satisfatória a busca pelo profissional, devido à falta de manejo e atenção apropriada ao problema, demonstrando a falta de preparo deste profissional. Como consequência, o vínculo com o paciente pode ser perdido. Os autores salientam que o vínculo é fundamental para o desenvolvimento de uma relação positiva entre o profissional e o cliente que cria uma atmosfera de confiança e sensibilidade, na qual o cliente possa se sentir à vontade para compartilhar informações relacionadas à sua intimidade (COIMBRA; TEIXEIRA, 2015).

A compreensão e o apoio por parte dos profissionais de saúde é um dos fatores que podem melhorar o processo de enfrentamento das pessoas diante de uma dificuldade sexual e preservação da saúde sexual (JIMENEZ-MATARIN et al., 2017).

A forma como os profissionais de saúde abordam o tema da saúde sexual também é importante para o estabelecimento do vínculo entre profissional e o usuário. Nos serviços de saúde, de maneira geral, a relação do profissional com o paciente ainda é hierárquica, na qual o profissional é detentor de um poder maior e do controle sobre a condução da consulta, e ao paciente fica a responsabilidade de cumprir as prescrições (ou burlá-las, de maneira escondida), não havendo espaço para o diálogo e reflexão sobre as reais necessidades do usuário no que se refere a sua sexualidade.

A maioria dos médicos, que trabalham com os hipertensos e doenças crônicas falam que se tiver de falar alguma coisa, que é para esperar

que eles vão falar. [...] que não precisava ficar preocupado com nenhum tipo de problema, porque se tiver alguma alteração, algum tipo de problema, ele vai pegar e vai explicar direitinho qual é o tipo de problema. Ele pegou e falou comigo dessa forma. Às vezes sente assim uma coisinha diferente (na função sexual). Eles falaram que isso é normal e que não é pra esquentar a cabeça com isso não (E5, DM, 51 anos, sexo masculino, casado).

Geralmente você chega no médico e não é a gente que fala o que tem, eles sabem que você tem diabetes, faz o exame, passa o remédio e tal. Nenhum profissional nunca falou nada de sexualidade comigo. Geralmente, eles não têm um diálogo com a gente, não pergunta se você é casada, como você está se sentindo, se está bem com você mesma (E12, DM, 57 anos, sexo feminino, viúva).

Muitos entrevistados relataram que sentem desejo de buscar ajuda para melhorar a situação vivenciada, mas muitas vezes se sentem acanhados e intimidados a perguntar sobre temas relacionados à vida sexual para o profissional. Comumente, as pessoas não procuram ajuda para problemas sexuais (WYLIE; WOOD; MCMANUS, 2013), isso se deve tanto pela negação ou por acreditar que não vai resolver, já que faz parte do ciclo natural da vida (LLANES; CALLES, 2013) ou por acreditarem que as dificuldades sexuais não estariam no âmbito de um profissional da APS, médico da família ou até mesmo de um médico especialista (WYLIE; WOOD; MCMANUS, 2013).

Os profissionais de saúde devem tomar a iniciativa de discutir temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, lembrando que os pacientes podem se sentir envergonhados (DRIEL; DE HOSSON; GAMEL, 2013). Não tomar a iniciativa de falar com o paciente com HAS e DM sobre sexualidade é tornar-se conivente com diversos problemas emocionais e físicos que podem levar à perda da qualidade de vida destes pacientes (ERDEN; KAYA, 2015). Ao abordar a sexualidade, o profissional poderá ajudar as pessoas a identificarem e resolverem seus problemas sexuais, avaliando as funções sexuais nos indivíduos, identificando não só os problemas fisiológicos, mas também problemas psicológicos decorrentes da doença ou da disfunção sexual presente (ERDEN; KAYA, 2015).

A formação dos profissionais deve ir além das habilidades técnico-instrumentais, é necessário o desenvolvimento de capacidades relacionais, possibilitando a criação de vínculo e uma comunicação efetiva. Para isso, é necessária a inclusão da sexualidade nos currículos de graduação dos profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem e de medicina (RUFINO et al., 2017;

SEHNEM et al., 2013), que estão na linha de frente do atendimento na atenção básica à saúde.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde propõem a formação de profissionais capazes de atuar como promotores de saúde integral, pelo eixo generalista, humanista, crítico, reflexivo e ético, e, deste modo, o currículo deve ser construído articulando a oferta de conhecimentos ao desenvolvimento de habilidades e competências (BRASIL, 2014, 2001). A inserção da sexualidade nos currículos se mostra pertinente, além de necessária para atender à proposta da formação profissional em respeito à diversidade sexual humana (RUFINO et al., 2017).

A APS seria o local apropriado para a realização de educação sexual para os pacientes, sobretudo aqueles com DCNT, como HAS e DM. Porém, os profissionais não possuem habilidades para abordar assuntos relacionados à sexualidade e muitos ainda acreditam que questões sexuais são de domínio privado do paciente, o que pressupõe que não deve haver interferência de outras pessoas ou ser objeto de cuidado e assistência de forma integral (BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015; CESNIK-GEEST, 2016).

Outros profissionais reconhecem o seu papel na atenção à saúde sexual do paciente, porém não o realizam na prática, se sentindo fora da sua zona de conforto quando solicitados a avaliar e tratar problemas sexuais, seja por vergonha, desconhecimento ou dificuldades de comunicação (JUNQUEIRA et al., 2013; WYLIE; WOOD; MCMANUS, 2013).

A educação em saúde tradicional não prepara os profissionais para discutir, lidar, tratar e cuidar do usuário do serviço de saúde com problemas na sexualidade. Os envolvidos na promoção da saúde devem lembrar que não precisam ser especialistas em sexologia, mas precisam ter atitudes, conhecimento e realizar uma anamnese adequada, que inclui todos os aspectos da vida do indivíduo, sem julgamentos e projeções de sua ansiedade e insegurança (COIMBRA; TEIXEIRA, 2015). A educação sexual na formação dos profissionais de saúde é necessária para a promoção da saúde sexual (RUFINO et al., 2017). O conhecimento sobre a sexualidade deve fazer parte de estratégias de educação em saúde, não só para adolescentes e jovens, mas também para a população de modo geral, em especial de doenças crônicas que afetam a função sexual (COIMBRA; TEIXEIRA, 2015).

A literatura mostra que os profissionais de saúde, de modo geral, não são preparados nos cursos de graduação para abordar a sexualidade, e após sua formação, também não há cursos de educação continuada que capacitem os profissionais nos serviços onde trabalham. A sexualidade se mantém, assim, dentro do senso comum, como um tabu e um assunto negado, na formação e na atuação profissional. As políticas de saúde também não são claras o suficiente para orientar os trabalhadores da saúde com relação à sexualidade, muitas vezes focando apenas em aspectos pontuais da saúde reprodutiva e planejamento familiar. Este contexto dificulta a abordagem coerente e clara do profissional de saúde sobre a saúde sexual de seu paciente. A sexualidade ainda não é legitimada como dimensão a ser considerada no cuidado pelo profissional de saúde. Para que se possa reverter essa situação, o profissional necessita reconhecer os pacientes como seres sexuais, dotados de necessidades e desejos singulares e só assim poderá oferecer suporte, aconselhamento e orientações quanto ao manejo dos aspectos relativos ao corpo e à sexualidade, rompendo o silêncio que ronda essa importante dimensão da vida humana (JUNQUEIRA et al., 2013).

A integralidade é um dos princípios do SUS e está presente em todas as políticas públicas de saúde. O referencial da Integralidade, construído por Cecílio (2009), reconhece que há duas dimensões no conceito de integralidade: a dimensão micro focada no serviço e na relação existente entre o profissional e usuário, ou equipe e usuário; e a dimensão macro, mais ampliada, voltada para a organização do sistema integrado em Rede. Ambas estão contidas uma na outra, centradas no atendimento às necessidades apresentadas pelos usuários do sistema público de saúde e na promoção da autonomia deles (ALVES, 2017; CECILIO, 2009).

A integralidade nos serviços de saúde pode ser aplicada por meio da articulação entre prevenção e assistência à saúde, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no exercício da prática profissional não fragmentada, oferecendo um cuidado integral do indivíduo, enxergando-o para além da doença e realizando uma escuta ativa e eficaz, e por meio de uma equipe interdisciplinar, que proporcione visão integral do paciente a partir de diferentes focos e conhecimentos (ASSUMPÇÃO; MIOTO, 2009), em todos os níveis das dimensões micro e macro do sistema de saúde.

Considera-se que abordar e orientar os direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres nos serviços de saúde é uma estratégia de promoção e

educação em saúde e faz parte da assistência integral como eixo norteador do modelo defendido desde a implantação do SUS (COSTA; COELHO, 2011). O Ministério da Saúde acredita que as equipes da atenção básica, as ESFs, são fundamentais na promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, devido à atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social.

Para uma abordagem eficaz da sexualidade, é necessário que o profissional de saúde amplie sua visão para além das doenças crônico-degenerativas e de maneira a pautar sua prática na integralidade. A realização de um acolhimento adequado, com escuta qualificada e olhar ampliado, englobando a integralidade do indivíduo e todas as suas dimensões, faz com que o atendimento e o cuidado ao usuário seja amplo, com a promoção da saúde e a prevenção de agravos e não apenas uma consulta individualizada pautada na perspectiva curativista, como normalmente é realizada (CUNHA et al., 2015).

A abordagem da sexualidade pelos profissionais de saúde pode ser uma barreira para o desenvolvimento de doenças e agravos no indivíduo com HAS e DM, que vão além dos aspectos sexuais, sendo também fundamental para a detecção precoce de problemas cardiovasculares (CORONA et al., 2014; SKELDON et al., 2015; VLACHOPOULOS et al., 2013) e psicológicos (ERDEN; KAYA, 2015; KRYSIK et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2015).

Nas entrevistas realizadas, houve apenas um relato em que a ação do profissional de saúde evitou uma possível situação de disfunção sexual, conforme relatado pelo entrevistado:

Depois do infarto, mais tarde, o médico descobriu que o remédio que eu estava tomando... O médico perguntou se a minha atividade sexual havia diminuído. Mesmo eu falando que mantinha a minha vida sexual normal, ele optou por trocar a minha medicação porque antes eu tomava o Propranolol, por causa do meu infarto, [...] Aí, o médico me falou que se eu continuasse com esse medicamento, daqui a algum tempo eu teria algum problema sexual, aí ele trocou o Propranolol pelo Enalapril (E5, DM, 51 anos, sexo masculino, casado).

Neste caso, a conduta do profissional médico foi condizente com uma abordagem holística da sexualidade do paciente. O profissional agiu prevenindo o

desenvolvimento de alguma disfunção sexual relacionado aos efeitos do medicamento, proporcionando uma melhor qualidade de vida para o indivíduo.

O Propranolol é um fármaco anti-hipertensivo da classe dos betabloqueadores adrenérgicos de primeira geração e é indicado para o tratamento e prevenção do infarto do miocárdio, angina, arritmias cardíacas e HAS. Como explicitado na literatura, essa classe de medicamentos está associada com a DS em homens, e o Propranolol tem o potencial de prejudicar a função sexual, levando à DE (AL KHAJA et al., 2016).

A abordagem da saúde sexual pelo profissional é vista, por alguns entrevistados, como uma ação importante que poderia evitar os problemas vivenciados ao longo da vida. Muitos acreditam que se tivessem maior atenção e cuidado dos profissionais da saúde, assim como um acompanhamento adequado, sua vida sexual poderia ser diferente. A falha na comunicação dos profissionais é um dos maiores problemas na promoção da saúde sexual, conforme os entrevistados.

Seria necessário falar mais de sexualidade mesmo, né? Para ajudar as pessoas, porque há pessoas novas que têm diabetes também. Tem homens novos, moças jovens que têm a doença, até criança tem, não é só os velhos. Por isso, tem que perguntar se vive com alguém, como está o seu relacionamento e se você está se sentindo bem. [...] na parte da intimidade raramente eles entram. Não entram. Comigo foi assim [...] Aí, meu marido me abandonou (E12, DM, 57 anos, sexo feminino, viúva).

Eu acho que deveria perguntar mais. Porque eu ainda abro a minha boca para falar, para perguntar, eu sou curiosa. Eu percebo cada coisinha do meu corpo para eu chegar lá e falar com o médico pra saber porque está assim e não era antes. Tem muita mulher que não pergunta. Então, eu acho que os médicos deveriam sim perguntar: “como é que está?”, “como é que está sua vida?”. E esperar o retorno da paciente. Porque tem mulher que não abre a boca para falar, para comentar, por vergonha talvez (E14, HAS, 37 anos, sexo feminino, casada).

Se os médicos tivessem perguntado um pouquinho sobre o que aconteceu no passado, né? Talvez, se eles tivessem me ouvido e tivessem mais abertura, eles poderiam me passar para uma psicóloga. Aí, eu conseguiria me abrir.... Talvez minha vida seria outra. Os médicos nunca fizeram esforço de perguntar sobre a minha vida. Eles não perguntavam se meu sexo era normal. Nem isso os médicos perguntam, sabe? A única coisa que eu fico sentida é por causa disso, porque minha vida podia ser outra, né? Eu perdi minha mocidade todinha porque eu não achei ninguém para me ajudar com esse problema. Se, pelo menos, tivessem feito alguma coisa, se

tivessem entrado numa conversa, igual com você aqui agora... para a pessoa se soltar e ver o que está acontecendo. Agora eu estou com 68 anos. Quem sabe eu podia ter aproveitado melhor a minha vida, como minhas amigas. Mas não achei ninguém que... não teve ninguém que perguntasse. Então, a gente acaba a mocidade todinha da gente por falta de ajuda (E4, HAS, 68 anos, sexo feminino, casada).

A HAS e DM são doenças crônicas, cujo tratamento requer que o paciente vá às consultas regularmente. Os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) sobre o atendimento de pessoas com HAS e DM definem que o acompanhamento do paciente com essas doenças crônicas estabilizadas deve ser de três a seis meses, sendo necessário individualizar o acompanhamento em função do risco cardiovascular e da sua classificação de risco, e da adesão do paciente. Deste modo, pacientes de baixo risco e com boa adesão podem ser revistos com prazo maior, alternando-se consultas médicas, avaliações de enfermagem e ações coletivas, enquanto que pacientes de risco moderado a elevado e com dificuldade para adesão devem ser reavaliados em prazo menor (PBH, 2011a, b).

Essa continuidade do atendimento à pessoa com HAS e DM viabiliza que os profissionais da saúde, durante a rotina de tratamento e acompanhamento, prestem assistência ao paciente além do que se refere à doença, sendo possível avaliar e investigar todas as dimensões de sua vida. As ações dos profissionais devem levar em consideração mais do que as prescrições de medicamentos e modos de comportamento e estilo de vida, como alimentação e atividade física. Devem abordar não somente a saúde física, mas também a saúde mental e sexual do indivíduo.

Os profissionais esquecem de perguntar sobre sexualidade, eles só pensam em falar que você tem que fazer caminhada, ou atividade física e alimentação correta. Já a sexualidade eles esquecem. Falam muito pouco. Desses anos todos, foi um ou dois médicos que me falaram de sexualidade. Já tem onze anos que eu vou num médico só, aí você me pergunta, quantas vezes que ele falou de sexualidade? Duas ou três vezes, no máximo. Mas de alimentação, ginástica e caminhada são todas as vezes. Eu acho que se eles falassem mais ia ter um tratamento melhor, porque se você está feliz consigo mesma, você consegue manter sua saúde melhor, e tem pessoas que não se abrem por nada. Vendo o médico de seis em seis meses talvez conseguisse se abrir muito mais do que com uma pessoa da família. Eu creio que meu médico podia ter me perguntado mais, muito mais, [...] ter mais tempo para o paciente (E18, DM, 43 anos, sexo feminina, viúva).

Os profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores que afetam a satisfação com a vida do paciente durante o processo da doença, quando muitas perdas e problemas são enfrentados. A realização de uma avaliação holística do indivíduo permitirá a verificação dos seus níveis de funcionalidade sexual e a identificação de possíveis disfunções sexuais, durante as consultas de rotina, além de expressar dificuldades contextuais de relacionamento, permitindo que os profissionais de saúde programem estratégias de intervenção que podem melhorar a qualidade de vida e a satisfação desses pacientes (SABANCIOGULLARI; TUNCAY; AVCI, 2016).

Faz-se necessário que os profissionais da saúde consigam desconstruir mitos, tabus e preconceitos que cercam a sexualidade, principalmente os profissionais da atenção básica, para que desenvolvam estratégias pautadas no vínculo e na interação entre profissional, usuário e comunidade. Desta forma, haverá a diminuição do sentimento de constrangimento, tanto por parte do profissional quanto do usuário, quando se fala sobre sexualidade (CUNHA et al., 2015). A população está carente dessa abordagem e gostaria de mais informações e orientações. Cabe, portanto, aos profissionais, a capacitação na área da saúde sexual e da abordagem da sexualidade.

O Ministério da Saúde (2013a) propõe algumas recomendações para as equipes da atenção básica realizar ações de qualidade para um bom atendimento em saúde sexual. Entre essas recomendações está a realização de acolhimento adequado e escuta qualificada; ser proativo na abordagem do tema de sexualidade e da qualidade da atividade sexual nos atendimentos; considerar o contexto de vida da pessoa e sua realidade cultural e social; orientar e ajudar a desfazer mitos e tabus, como a abordagem positiva do prazer sexual; instituir cuidados gerais da saúde e promover o autocuidado; identificar e substituir, quando possível, medicamentos que interferem na saúde sexual; realizar ações de educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, tanto individualmente quanto em grupos; e identificar os casos que necessitam de referência para a atenção especializada.

Com as orientações oferecidas, podem-se resolver muitos casos de dificuldades sexuais nos serviços de atenção básica, mas caso não seja possível, o profissional deve encaminhar as pessoas a profissionais/serviços especializados, de acordo com o protocolo do seu município, mantendo o acompanhamento e dando

suporte às terapias instituídas. Como há múltiplos fatores envolvidos, é recomendada a abordagem por uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2013b).

Embora este estudo tenha sido realizado com pessoas heterossexuais e cisgêneras, ressalta-se a necessidade dos profissionais terem conhecimento adequado para a consulta com a população LGBTQIA+. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, lançada pelo Ministério da Saúde em 2010, deve-se implementar ações para eliminar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, sendo um compromisso ético-político em todas as instâncias do SUS, de seus gestores, conselheiros, de técnicos e dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2010; MOTTA, 2016). Deste modo, os profissionais da saúde devem oferecer um atendimento adequado a essa população, livre de preconceitos e discriminação de gênero ou orientação sexual, relacionado às DCNT, bem como às questões da sexualidade, como as DS decorrentes da doença crônica e seus agravos.

5. CONCLUSÕES

No presente estudo, buscou-se compreender aspectos psicossociais relacionados aos modos de pensar a sexualidade pelas pessoas com HAS ou DM, por meio das representações encontradas entre os usuários dos serviços de atenção primária à saúde de dois centros de saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nesta pesquisa qualitativa destacam-se a natureza complexa da sexualidade e a importância da sua abordagem nos serviços de saúde, contribuindo como uma alerta aos profissionais de saúde, em especial da atenção básica, da importância e necessidade de inclusão da saúde sexual e da sexualidade nos atendimentos às pessoas com HAS e DM.

A abordagem teórico-metodológica utilizada nesta pesquisa possibilitou à compreensão dos sentidos atribuídos à sexualidade, as alterações sexuais provocadas pela doença crônica e a interferência do relacionamento com o parceiro na vida sexual das pessoas com o diagnóstico de HAS ou DM, bem como a abordagem da sexualidade nos serviços de saúde, sobre a ótica desses usuários. No estudo evidenciou-se a complexidade dos aspectos que influenciam a sexualidade de diabéticos ou hipertensos, e a importância da abordagem da saúde sexual pelos profissionais de saúde, de maneira a proporcionar um cuidado integral e que possibilite melhor qualidade de vida a essas pessoas.

Como mostrado na revisão de literatura, a sexualidade engloba diversos aspectos, entre eles o da saúde sexual. Os usuários dos serviços de saúde, em geral, acreditam que a sexualidade faz parte da saúde sexual e é sinônimo de ato sexual. Os discursos masculinos e femininos foram marcados pelas diferenças devido às normas sociais de gênero que levam a comportamentos e pensamentos distintos relacionados ao modo de viver a sexualidade tanto no homem e na mulher.

Os resultados indicaram que, embora as pessoas com HAS e DM apresentem alterações da sua função sexual, típicas da doença crônica, como perda de libido e lubrificação nas mulheres e disfunção erétil nos homens, os sujeitos não identificam essas alterações como sendo disfunção sexual ou não acreditam que a doença crônica tenha sido o motivo principal da interferência na sua sexualidade. Muitos acreditavam que as alterações sexuais vivenciadas eram algo inerente à vida sexual

e que não podiam ser modificadas, pois atribuídas a fatores como idade, menopausa ou dificuldades vivenciadas ao longo da vida.

Dentro da saúde sexual, há a forte representação de que com o avanço da idade a tendência é natural para o declínio ou perda das atividades sexuais, entendidas apenas como a penetração. A falta de conhecimento faz com que as pessoas entendam que as disfunções fazem parte do ciclo natural da sexualidade e que, uma hora ou outra, isto irá acontecer. Porém, é necessário esclarecer, para estas pessoas, que, mesmo com as mudanças fisiológicas típicas do envelhecimento, a sexualidade é adaptável e pode ser vivida de diversas maneiras. Há também o desconhecimento, principalmente das mulheres, de sua sexualidade de forma geral, assim como do seu corpo como fonte de prazer. Em algumas pessoas do estudo, tais alterações desencadearam distúrbios psicoemocionais e relacionais, que comprometeram o enfrentamento da doença crônica e afetavam a sua qualidade de vida.

A análise mostrou que os usuários não foram orientados pelos profissionais de saúde sobre quaisquer aspectos da sua vida sexual ou sexualidade, e reconheceram a importância e necessidade da abordagem da sexualidade pelo profissional de saúde. A construção do conhecimento ultrapassa a orientação, é um diálogo que exige escuta e atenção qualificadas e não prescrição.

Esses resultados apontam, também, o possível desconhecimento e a falta de formação adequada dos profissionais da saúde sobre sexualidade e saúde sexual, segundo as representações dos usuários, e de acordo com a revisão de literatura para o presente estudo. Os profissionais de saúde normalmente não abordam temas relacionados à sexualidade e nem orientam quanto às alterações da função sexual nas pessoas com doenças crônicas. Chama atenção o fato de que os enfermeiros não foram citados pelos usuários no atendimento e acompanhamento destas pessoas com hipertensão ou diabetes, sobretudo porque eles integram as ESF, na comunicação sobre sexualidade e saúde sexual. Isto se deve ao despreparo dos profissionais, que não recebem na graduação e formação profissional, a capacitação adequada sobre a maneira correta de trabalhar esses temas nos atendimentos, como parte da rotina do cuidado. O profissional de saúde deve enxergar a abordagem da sexualidade como uma forma de proporcionar qualidade de vida e cuidado integral às pessoas e coletividade, e não como um tabu ou invasão de privacidade.

A maioria dos profissionais de saúde não consegue trabalhar de forma adequada questões relacionadas à sexualidade por falta de conhecimento e formação adequada sobre sexualidade e saúde sexual. O conhecimento sobre esses aspectos da sexualidade e a maneira como trabalhar esses temas no sistema de saúde, proporciona ao profissional de saúde um modo de abordar e comunicar, de forma esclarecedora, para promover saúde sexual e sexualidade saudável.

Considerando que a sexualidade é um campo de conhecimento amplo que engloba aspectos biológicos, sociais e culturais, a melhor estratégia para o cuidado integral nos serviços de saúde, e facilitar a abordagem dos profissionais de saúde, diante das dificuldades vivenciadas para tal amplitude, o caminho pode ser centrado na saúde sexual das pessoas e da população.

Para a promoção da saúde sexual é necessário que os profissionais rompam determinados comportamentos preconceituosos, tabus e crenças culturais existentes sobre o tema que atrapalham a comunicação aberta e clara sobre problemas sexuais, além de desmitificar a crença de que questionar sobre a vida sexual do paciente é uma invasão de intimidade. A não abordagem da sexualidade, pelo eixo da saúde sexual, faz com que os profissionais de saúde neguem a integralidade da atenção à saúde e mantenham o tabu sobre a temática, permanecendo na contramão do que é preconizado pelas políticas públicas de atendimento às pessoas com DCNT e dos princípios fundamentais da atenção básica do SUS.

Ao inserir a saúde sexual na rotina de cuidado e atendimento, os profissionais podem evitar situações conflituosas, traumas e abusos, que podem transformar a qualidade de vida das pessoas, em especial daquelas com DM ou HAS. Faz-se necessário compreender que a abordagem da saúde sexual deve ser realizada tanto em indivíduos saudáveis como em indivíduos com doenças crônicas, como forma de prevenir o desenvolvimento de problemas de saúde, sejam eles físicos ou psíquicos, proporcionando bem-estar e qualidade de vida para os indivíduos.

Para isso, faz-se necessário adotar medidas que busquem a melhoria da formação dos profissionais de saúde, bem como a inserção do tema na rotina das ações nos serviços de saúde. Os profissionais precisam, portanto, serem capacitados durante a graduação e em cursos de pós-graduação sobre a importância da abordagem da saúde sexual com todas as pessoas, em especial naquelas com doenças crônicas como HAS e DM, visto que o conhecimento técnico e científico sobre as disfunções sexuais nessa população já é amplamente

conhecido. O atendimento integral ao indivíduo com disfunção sexual devido a uma doença crônica deve ser realizado de modo a proporcionar para esse paciente tratamento adequado, melhorando assim, a sua qualidade de vida.

Estes resultados mostraram a importância de promover a educação em saúde relacionada à temática da saúde sexual não somente para a população com doenças crônicas, mas também para os profissionais de saúde que atuam nos serviços e tem pouco ou nenhuma propriedade sobre o tema. É necessário explorar os sentimentos e enfrentamentos das pessoas diante das dificuldades sexuais vivenciadas frente a uma doença crônica, como a HAS ou a DM, realizando ações ativas que não foquem apenas na solução da disfunção sexual, mas também avalie a sexualidade de um modo geral como uma dimensão importante da saúde do bem-estar.

Como a maioria das pesquisas qualitativas, os resultados encontrados neste estudo não permitem generalizações, mas trata de um contexto que nos leva a refletir e a buscar novas formas de lidar com a sexualidade e a saúde sexual, numa perspectiva integral, nos serviços de saúde. O desenho da pesquisa foi escolhido para captar a profundidade e amplitude das diferentes formas de pensar a sexualidade pelas pessoas com HAS ou DM e obter informações de como é a função sexual das pessoas com essas doenças crônicas e a abordagem da saúde sexual pelos profissionais de saúde da atenção básica, sob o ponto de vista do usuário.

Este estudo possui algumas limitações, como a não exclusão das pessoas com depressão e menopausa portadoras de diabetes ou hipertensão arterial, que são condições que podem ter influenciado na percepção do entrevistado sobre a disfunção sexual e ser um viés com as alterações provocadas pela doença.

Buscou-se maior homogeneidade com relação à idade e a orientação sexual da população entrevistada, porém esta não foi alcançada, devido ao ambiente em que foi realizada a pesquisa, que é a atenção básica de saúde. Sabe-se que nos serviços de saúde, em especial da atenção primária a saúde, há um predomínio de pessoas mais velhas, situação justificada pelo horário de funcionamento que confronta com o horário de trabalho dos jovens adultos e também, pelo fato, dos jovens acreditarem que são saudáveis e não precisam de qualquer tipo de acompanhamento de saúde.

Com relação à orientação sexual, sabe-se que pessoas LGBTQI+ têm dificuldades de frequentar os serviços de saúde, devido aos preconceitos e estigmas, tanto por parte dos demais usuários como dos próprios profissionais de saúde. Havia, ainda, a possibilidade de que os participantes do estudo, sobretudo os homens, estivessem relutantes em discutir abertamente seus problemas sexuais. Os homens sempre negaram dificuldades sexuais ao iniciarem suas falas, mas se expressaram um pouco mais no decorrer das entrevistas. Porém, a observação é de que têm mesmo mais relutância em admitirem os problemas o que poderia ter afetado os resultados do estudo, mas superado pela análise compreensiva da narrativa.

A sexualidade faz parte da integralidade e é uma necessidade básica, que não pode ser separada de outros aspectos, devendo ser objeto do cuidado de todos os profissionais da saúde. Com base nos resultados da pesquisa, pode-se sugerir algumas propostas de intervenção para melhor abordagem da saúde sexual nos serviços de saúde:

- Em todos os atendimentos pela ESF, o médico e o enfermeiro devem rotineiramente perguntar ao paciente: “Como está a sua vida sexual?”, com a finalidade de tornar rotina a abordagem da saúde sexual e de criar vínculo entre profissional e usuário;
- Os profissionais de saúde devem examinar os indivíduos diabéticos e hipertensos rotineiramente, realizando anamnese completa e adequada, principalmente em relação à saúde sexual e a presença de disfunções sexuais;
- Realizar grupos operativos e inserir o tema da sexualidade, de forma sistematizada, nas rotinas do cuidado de todos os profissionais da saúde;
- Avaliar a função sexual dos pacientes, além dos problemas estritamente fisiológicos, mas também problemas psicológicos, sociais e relacionais;
- Identificar precocemente os indivíduos em risco de desenvolver disfunção sexual, como forma de minimizar os impactos do processo da doença sobre eles;
- Adequar, sempre que possível, o tratamento medicamentoso do indivíduo com HAS e DM, buscando diminuir a interferência das drogas na saúde sexual dessas pessoas;

- Desenvolver plano de cuidados com os pacientes hipertensos e diabéticos, que incluam questões relacionadas à sexualidade, que deve ser estendidos aos seus parceiros;
- Trabalhar de maneira interdisciplinar, discutindo os casos de pessoas com disfunções sexuais, de forma a oferecer o cuidado integral e adequado;
- Confeccionar materiais educativos para ações de educação continuada nos serviços de saúde, em especial na atenção primária, como forma de conscientizar e instruir os profissionais de saúde sobre a importância da abordagem contínua da saúde sexual como forma de prevenção de agravos, promoção da saúde e melhora da qualidade de vida de pessoas com DCNT;
- Inclusão de disciplinas, projetos de extensão e cursos de capacitação sobre sexualidade e saúde sexual para os alunos de graduação da área da saúde de modo geral, como forma de aproximação do tema.

Os profissionais de saúde devem manter-se dispostos a discutir a função sexual e a sexualidade com o paciente e compreender que as disfunções sexuais são importantes e negligenciá-las poderá acarretar complicação e dificuldades de adesão ao tratamento de DM e da HAS. Sugere-se que os profissionais de saúde, principalmente os que compõem a ESF, saibam da interferência da cultura e dos valores sociais da comunidade em que está inserido para realizar a abordagem e tratamento adequadamente, principalmente quando se trata de saúde sexual.

Tendo em vista a situação política atual do país e os preconceitos externados pela extrema direita, há a tendência de piorar o nível de discussão e informação com relação à saúde sexual, tanto da população geral, como da formação dos profissionais da saúde. O retrocesso propagado pela extrema direita no cenário nacional e mundial fortalece a não discussão de temas relacionados à sexualidade e a propagação de informações equivocadas como a inexistente “ideologia de gênero” e a “cura gay”. As limitações de debates ampliam o desconhecimento e preconceitos, sobretudo quando se trata de questões relacionadas a gênero e orientação sexual, levando ao aumento da onda lgbtfóbica no Brasil, que cresceu nos últimos anos. A sexualidade e a saúde sexual são partes fundamentais da vida das pessoas e sua negação ou condenação, como querem alguns, afasta o cidadão do direito constitucional brasileiro e dos direitos humanos internacionais.

Cabe aos pesquisadores e profissionais da saúde ser disseminadores e atuantes na defesa de um atendimento universal, humanizado e integral da saúde,

buscando melhor educação em saúde sexual, direito a uma sexualidade saudável e com prevenção de agravos, inclusive daqueles que envolvem abusos e violências sexuais, sobretudo contra mulheres e crianças.

Cabe, portanto, ao profissional da saúde informar e orientar corretamente os pacientes com relação à saúde sexual e à sexualidade durante os atendimentos realizados, nas próprias consultas ou em grupos operativos e nas comunicações com a população em geral. Para isso, é necessário capacitar os profissionais nos serviços de saúde com relação à importância da abordagem integral do indivíduo com HAS e DM, não negligenciando a sexualidade do paciente, oferecendo a ele a possibilidade de melhorar sua qualidade de vida.

Os resultados suscitam discussões e maior aprofundamento acerca de aspectos importantes a serem pesquisados na abordagem da sexualidade das pessoas com HAS ou DM nos serviços de saúde, bem como as suas alterações. Indicando uma maior necessidade da realização de estudos sobre sexualidade que envolvam ações de intervenção ou avaliação, que tenham fortes evidências científicas, a fim de incentivar e estimular os profissionais de saúde a trabalharem com rotinas que envolvam o cuidado relacionado à saúde sexual e sexualidade do indivíduo, de forma geral, e, em especial, aqueles que possuem uma predisposição a terem disfunções sexuais, como as pessoas com HAS e DM.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. **Rev. Diagn. Tratamento**, v. 10, n. 4, p. 220-222, 2005.

ABDO, C. H. N. et al. Disfunção disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro brasileiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 6, p. 424-429, 2006.

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.

ABDO, C. H.N. et al. Disfunção erétil - resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. **Revista Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 6, p. 424-429, 2006.

AGUIAR, K. C. A. **Qualidade de vida, satisfação sexual e desempenho físico em adultos com fibrose cística**: uma correlação inexplorada. 85f. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2016.

AL KHAJA, K. A. et al. Antihypertensive Drugs and Male Sexual Dysfunction: A Review of Adult Hypertension Guideline Recommendations. **J. Cardiovasc. Pharmacol. Ther.**, v. 21, n. 3, p. 233-44, 2016.

ALVES, C. K. A. **Constituição e integralidade da rede de atenção ao doente renal crônico em Terapia Renal Substitutiva no âmbito estadual**: uma avaliação baseada na teoria Ator-Rede. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** – DSM. 4ª ed. Tradução Claudia Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

AMMAR, M. et al. Evaluation of sexual dysfunction in women with type 2 diabetes. **Sexologies**, v. 26, p.17-20, 2017.

ASSUMPÇÃO, P. F. S.; MIOTO, R. C. T. **Revisitando o conceito de integralidade em saúde a partir da teoria crítico dialética**. In: IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís: UFMA, 2009. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/revisitando-o-conceito-de-integralidade-em-saude-a-partir-da-teoria-critico-dialetica.pdf>. Acesso em: 11 nov., 2018.

AVIS, N. E. et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. **Menopause**, v. 16, n. 3, p. 442-52, 2009.

BAJKÓ, Z. et al. Anxiety, depression and autonomic nervous system dysfunction in hypertension. **J. Neurol. Sci.**, v. 317, n. 1-2, p. 112-116, 2012.

BAL, M. D. et al. Does the diabetes of type 2 affect the sexual functions of women? **J. Sex. Marital Ther.**, v. 41, n. 1, p. 107-13, 2015.

BARBOSA, J. A. G., SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. F. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, 2015.

BARGIOTA, A. et al. Sexual dysfunction in diabetic women. **Hormones**, v. 10, p. 196-206, 2011.

BARTHES, R. et al. Introdução à análise Estrutural da narrativa In: BARTHES, R. **A aventura semiológica**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 272 p.

BASSON, R. et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **The Journal of Urology**, v.163, n.3, p. 888-893, 2000.

BEDONE, R. M. V.; ABDO, C. H. N. Síndrome metabólica como fator de risco para disfunção sexual feminina. **Diagn. Tratamento**, v. 18, n. 1, p. 45-48, 2013.

BENBOW, S. M.; BEESTON, D. Sexuality, aging, and dementia. **Int. Psychogeriatr.**, v. 24, n. 7, p. 1026-1033, 2012.

BERMAN, J. Physiology of female sexual function and dysfunction. **Int. J. Impot. Res.**, v. 17, s. 1, p. 44-51, 2005.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **Lénquête est ses méthodes**. 2. ed. Paris: Armand Colin, 2007.

BOTELL, M. L. Climaterio, daño vascular y sexualidad. **Rev. cuba. obstet. ginecol**, v. 39, n. 4, p. 413-426, 2013.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematização necessárias. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 25, n.1, p. 67- 72, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: "Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos". Diário Oficial da União nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 28 p. 2013b.

_____. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF, 19 out. 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528aprovaapoliticanacionaldesaudeapessoaidosa.pdf>>. Acesso em: 22 de nov. 2018.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em 20 nov. 2018.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 111 p., 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 82 p., 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 92 p., 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 24 p., 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 300p., 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa em Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travesti e Transexuais**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

BURILLE, A.; SCHWARTZ, E.; ZILLMER, J.G.V. Mudanças no cotidiano de homens com câncer: apresentando uma das interfaces do adoecer. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, v. 5, n. 2, abr./jun., 2013.

CAKIR, M. Sexual dysfunction in diabetic women. **Diabetes Science**, v. 7, p. 165–169, 2009.

CARPENTER, L. M. Studying Sexualities from a Life Course Perspective. In: LAMATER, J.; PLANTE, R. F., **Handbook of the Sociology of Sexualities**. New York: Springer; 2015.

CARVALHO, E. S. S. et al. Trajetórias afetivo-sexuais de pessoas com feridas crônicas nos membros inferiores: aspectos na escuta terapêutica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.34, n.3, p.163-170, 2013.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. p. 117-130. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p.46-68.

CELIK, S. et al. Sexual Dysfunction and Sexual Quality of Life in Women with Diabetes: The Study Based on a Diabetic Center. **Sexuality e Disability**, v. 33, n. 2, p. 233-241, 2015.

CESNIK-GEEST, V. M. **Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade**. 2016. 358f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2016.

COIMBRA, L; TEIXEIRA, E.R. Percepção de homens com diabetes mellitus sobre sexualidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n.1, p. 970 -977, 2015.

COLSON, M.H. Sexual dysfunction and chronic illness. Part 1. Epidemiology, impact and significance. **Sexologies**, v. 25, n. 1, p. 6-11, fev., 2016.

CONAGLEN, J.V.; CONAGLEN, H. M. The effects of treating male hypogonadism on couples' sexual desire and function. **J. Sex. Med.**, v. 6, p. 456–63, 2009.

COPELAND, K. L. et al. Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women. **Obstetrics & Gynecology**, v. 120, n. 2, p. 331-340, 2012.

CORONA, G. et al. Sexual dysfunction at the onset of type 2 diabetes: the interplay of depression, hormonal and cardiovascular factors. **J. Sex. Med.**, v. 11, n. 8, p. 2065-2073, 2014.

_____. Sexual Dysfunction in Type 2 Diabetes at Diagnosis: Progression over Time and Drug and Non-Drug Correlated Factors. **PLoS One**, v. 11, n. 10, 2016.

COSTA, A. P. A. **Inibidores da Fosfodiesterase tipo V: Aspectos Clínicos e farmacológicos**. 2011. 25f. Programa de Pós-Graduação da Escola de Veterinária e Zootecnia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2011.

COSTA, L. H. R.; COELHO, E. C. A. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino- Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, maio/jun., 2011.

CUNHA, L. M. et al. Vovó e vovô também amam: sexualidade na terceira idade. **Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 894-900, 2015.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques**, l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997. 350 p.

DESLAURIES, J.P.; KÉRISIT, M. O delineamento da pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. (Org). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

DIMITROPOULOS, K. et al. Dissatisfaction with male sexual performance and female sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. **International Journal of Impotence Research**, v. 27, p. 25–28, 2014.

DOUMAS, M. et al. Factors affecting the increased prevalence of erectile dysfunction in hypertensive compared to normotensive individuals. **J. Androl.**, v. 27, p. 469-477, 2005.

DUNCAN, L.E. et al. Sex, drugs, and hypertension: a methodological approach for studying a sensitive subject. **Int. J. Impot. Res.**, v. 13, p. 31–40, 2001.

DRIEL, A. G.; DE HOSSON, M. J.; GAMEL, C. Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 13, n. 3, p. 227-34, 2014.

ERDEN, S.; KAYA, H. Sexual dysfunction and anxiety levels of type 2 male diabetics. **Appl. Nurs. Res.**, v. 28, n. 3, p. 239-43, 2015.

EROL, B., et al. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women? **International Journal of Impotence Research**, v. 15, p. 198–202, 2003.

ERTEN, Z. K. et al. Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. **J. Clin. Nurs.**, v. 23, n. 7-8, p. 995-1004, abr., 2014.

ERTEN, Z.K. et al. Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, p. 995-1004, 2013.

ESPOSITO, K., et al. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. **International Journal of Impotence Research**, v. 22, p. 179-184, 2010.

FEDELE, D. et al. Erectile dysfunction in type 1 and type 2 diabetics in Italy. **Int. J. Epidemiol.**, v. 29, n. 3, p. 524–531. 2000.

FELCHILCHER, E.; ARAÚJO, G.; TRAVERSO, M. E. D. Perfil Dos Usuários De Uma Unidade Básica De Saúde Do Meio-Oeste Catarinense. **Unoesc & Ciência**, v. 6, n. 2, p. 223-230, 2015.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Dor genital feminina. **Diagn. Tratamento**, v. 8, n. 3, set., 2012.

FERREIRA, S. M. A. et al. A sexualidade da mulher com câncer de mama: Análise da produção científica de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 835-842, 2013.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Excitação sexual feminina subjetiva. **Diagn. Tratamento**, v. 23, n. 2, p. 66-69, 2018.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.2, p. 389-394, fev., 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan., 2008.

FOY, C. G. et al. Blood Pressure, Sexual Activity, and Dysfunction in Women With Hypertension: Baseline Findings From the Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT). **J. Sex. Med.**, v. 13, n. 9, p. 1333-1346, set., 2016.

FREITAS, M. I. F. A gestão do segredo na vida de casais diante da soropositividade pelo HIV. Belo Horizonte: EEUFMG/MS/Cooperação Técnica Sida Brasil/França, 1998 (Publicação de Relatório Técnico - Divulgação Científica). 87 p.

FREITAS, M. I. F. et al. Projeto Pessoas - Práticas e representações de pessoas com transtornos mentais sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a aids e suas formas de prevenção. In: GUIMARÃES, M. D. C. et al. (Org.). **Prevenção e Atenção às IST/Aids na Saúde Mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 85-108.

FREUD, S. **Obras completas, volume 6**: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905). Tradução Paulo César de Souza. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. 380p.

FRUGOLI, A.; MAGALHÃES JUNIOR, C. A. O. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 85-93, 2011.

GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo**: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Tradução Lucia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p.65-110.

GAZZARUSO, C. et al. Erectile dysfunction can improve the effectiveness of the current guidelines for the screening for asymptomatic coronary artery disease in diabetes. **Endocrine**, v. 40, n. 2, p. 273-279, 2011.

GIAMI, A. Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité. In: YAYA, H. S (Org). **Pouvoir médical et santé totalitaire**: conséquences socio-anthropologiques et éthiques. Montréal: Presses Université de Laval, 2009. p. 225-

249. Disponível em: <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00511344/document>>. Acesso em: 02 de dez. 2018.

_____. Permanência das Representações do Gênero em Sexologia: as Inovações Científica e Médica Comprometidas pelos Estereótipos de Gênero. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 301-320, 2007.

GIAMI, A; VEIL, C. **Enfermeiras Frente à AIDS**, Representações e Condutas, Permanência e Mudanças. Canoas: Editora da ULBRA/Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 1997. 333p.

GIULIANO, F.; JACKSON, G.; MONTORSI, F.; MARTIN-MORALES, A.; RAILLARD, P. Safety of sildenafil citrate: reviewm of 67 double-blind placebocontrolled trials and the postmarketing safety database. **The International Journal of Clinical Practice**, Oxford, v. 64, n. 2, p. 240-255, 2010.

GONÇALVES, N. Disfunções sexuais. In: PIATO, S. **Terapêutica endócrina em ginecologia**. São Paulo: Artes Médicas. p. 193-198, 2005.

GONZÁLEZ, G. M. C.; HERRERA, B. S.; DÍAZ, L. C. Enfermedad crónica y sexualidad. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 31, n. 2, maio, 2013.

GONZALES, A. I. et al . Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 101, n. 2, p. 176-182, 2013.

GRAÇA, B. Índice internacional da função erétil, protagonista na disfunção erétil. **Acta Urológica.**, v. 25, n. 3, p. 45-7, 2008.

GROOT, M. et al. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. **Psychosomatic Medicine**, v. 63, p. 619–630, 2001.

GUARESCHI, P. Apresentação à edição brasileira. In: MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução Sônia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2012. 456p.

GUIBU, I. A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública.**, v.51, s. 2, p. 1-12, 2017.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. 2 ed. São Paulo: UNESP, 2011. 228p.

HAYES, R. D. et al. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. **J. Sex. Med.**, v.5, p. 1681-1693, 2008.

HEILBORN, M. L.; CABRAL, C. S. Sexual practices in youth: analysis of lifetime sexual trajectory and last sexual intercourse. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1471-1481, jul, 2006.

HIROOKA, N; LAPP, D.P. Erectile dysfunction as an initial presentation of diabetes discovered by taking sexual history. **B.M.J. Case Reports**. 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351667/>>. Acesso em: 01 nov., 2018.

HOLLE, J.; KANATAS, A.N.; MITCHELL, D.A. Psychosexual therapy and education in patients treated for cancer of the head and neck. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 53, p. 601–606, maio, 2015.

HORNIG, B. et al. Comparative effect of ace inhibition and angiotensin II type 1 receptor antagonism on bioavailability of nitric oxide in patients with coronary artery disease: role of superoxide dismutase. **Circulation**, v. 103, p. 799-805, 2001.

HUANG, Y. P. et al. Weaker masturbatory erection may be a sign of early cardiovascular risk associated with erectile dysfunction in young men without sexual intercourse. **J. Sex. Med.**, v. 11, n. 6, p. 1519-26, jun, 2014.

HYDE, Z. et al. Prevalence of sexual activity and associated factors in men aged 75 to 95 years: a cohort study. **Ann. Intern. Med.**, v. 153, p. 693–702, 2010.

International Diabetes Federation (IDF). **IDF Diabetes Atlas**. 8^a ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <<http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>>. Acesso em 01 nov., 2018.

ISMAIL, A. H. et al. Factor analysis study on sexual responses in women with type 2 diabetes mellitus. **Compr. Psychiatry**, v. 55, n. 1, p. 34-7, 2014.

VENIUK, J.; O'MUIRCHEARTAIGH, C.; CAGNEY, K. A. Religious Influence on Older Americans' Sexual Lives: A Nationally-Representative Profile. **Archives of Sexual Behavior**, v. 45, n. 1, p. 121–131, 2015.

JIMÉNEZ-GARCIA, R. et al. Sexuality among Spanish adults with diabetes: A population-based case control study. **Primary Care Diabetes**, Kidlington, v. 6, p. 269-276, 2012.

JIMÉNEZ-MATARÍN, T. M. et al. Perceptions about the sexuality of women with fibromyalgia syndrome: a phenomenological study. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, Massachusetts, v. 73, n. 7, p. 1646-1656, 2017.

JODELET, D. Experiência e representações sociais. In: MENIN, M.S.S; SHUMIZU, A. M. (Orgs.). **Experiências e representações sociais** – questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 23-56.

JUNQUEIRA, L. C. U. et al. Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 89-101, 2013.

KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo**. 6^a ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1974.

KAPLAN, M.; PACELLI, R. The sexuality discussion: Tools for the oncology nurse. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 15, n. 1, p. 15-17, 2011.

KINGSBERG, S. A., WOODARD, T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. **Obstet. Gynecology.**, v. 125, n. 2, p. 477-486, fev., 2015.

KINSEY, A.; POMEROY, W.; MARTIN, C. **Sexual Behavior in the Human Male.** Indiana: Indiana University Press Editorial, 1948. 804p.

KÜÇÜK, L. et al. The Relationship Between Depression and Perception of Sexuality in Patients with Type II Diabetes: In Turkey. **Sex. Disabil.**, v. 31, p. 43–52, 2013.

KRYSIK, R. et al. Sexual Functioning and Depressive Symptoms in Women with Diabetes and Prediabetes Receiving Metformin Therapy: A Pilot Study. **Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes**, v. 125, n. 1, p. 42-48, 2017.

LAMATER, J.; MOORMAN, S. Sexual behavior in later life. **J. Aging Health**, v. 19, n. 1, p. 921-945, 2007.

LANGE, R. A.; LEVINE, G. N. Sexual Activity and Ischemic Heart Disease. **Curr. Cardiol. Rep.**, Philadelphia, v. 16, n. 445, jan., 2014.

LATIF, R. A. et al. Duration of hypertension and antihypertensive agents in correlation with the phases of female sexual response cycle. **Compr. Psychiatry**, v. 55, n. 1, p. 7-12, jan., 2014.

LAUMANN, E. O. et al. Investigators Group. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **Int. J. Impot. Res.**, v. 17, n. 1, p. 39-57, 2005.

LAUMANN, E. O., PAIK, A., ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 537-44, 1999.

LAUMANN, E. O.; DAS, A.; WAITE, L. J. Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57 to 85 Years of Age. **Journal of Sexual Medicine**, v. 5, p. 2300–2311, 2008.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, abr.-jun., 2014.

LI, F. et al. Frequency, severity, and risk factors related to sexual dysfunction in Chinese women with T2D. **J. Diabetes**, v. 8, n. 4, p. 544-51, jul., 2016.

LIU, H. et al. Is Sex Good for Your Health? A National Study on Partnered Sexuality and Cardiovascular Risk among Older Men and Women. **J. Health Soc. Behav.**, v. 57, n. 3, p. 276-96, set., 2016.

LLANES, L. L.; CALLES, L. C. E. Afrontamiento al estrés relacionado con la disfunción eréctil em varones com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Cubana de Endocrinología**, Cuba, v. 24, n. 2, p. 242-257, 2013.

LUCENA, B. B. **(Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicos**. 75p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Fisiopatologia Experimental. São Paulo, 2013.

MALACHIAS, M.V. et al. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, s. 3, p.1-83, 2016.

MALTA, D. C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, jun., 2016.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MALTA, D.C. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Saúde Pública**, v.51, Supl 1, 12p., 2017b.

_____. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v.51, Supl 1, 11p., 2017a.

MANOLIS, A.; DOUMAS, M. Sexual dysfunction: the “prima ballerina” of hypertension-related quality of life complications. **Journal of Hypertension**, v. 26, n. 11, p.2074-2084, 2008.

MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual Humana. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v.17, n. 3, p.175-183, maio/dez., 2008.

MASSIMO, E. A. L. **Construções sociais e subjetivas de risco e promoção da saúde em doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica da população de Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2013. 235 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MASSIMO, E. A. L.; FREITAS, M. I. F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 651-663, jun., 2014.

MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, mar., 2015.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **Human sexual response**. Boston: Lippincott Williams & Wilkins, 1966.

MCCABE, M. P. et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 2, p. 135–143, 2016.

MEEKING, D.; FOSBURY, J.; CUMMINGS, M. Sexual dysfunction and sexual health concerns in women with diabetes. **Practical. Diabetes**, v. 30, n. 8, p. 327-331, 2013.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINER, M.; ROSENBERG, M. T.; BARKIN, J. Erectile dysfunction in primary care: a focus on cardiometabolic risk evaluation and stratification for future cardiovascular events. **Can. J. Urol.**, v. 21, n. 2, p. 25-38, 2014.

MODENA, C. M. et al. Câncer e Masculinidades: Sentidos Atribuídos ao Adoecimento e ao Tratamento Oncológico. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 67-78, 2014.

MOKWA, V. M. N. F. **Estado da arte sobre sexualidade e educação sexual:** estudo analítico-descritivo de teses e dissertações produzidas na Universidade Estadual Paulista. 274 f. Tese (Doutorado em Educação Escolar). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras. Araraquara, 2014.

MOLLAOĞLU, M.; TUNCAY, F. Ö.; FERTELLI, T. K. Investigating the sexual function and its associated factors in women with chronic illnesses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 23-24, dez., 2013.

MORLEY, J.E.; TARIQ, S.H. Sexuality and disease. **Clin. Geriatr. Med.**, v. 19, p. 563-573, 2003.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público.** Tradução Sonia Fuhrmann. 1ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 456p.

_____. A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291p.

MOTTA, J. I. J. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 73-86, dez., 2016

MOURA, I. et al. Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 5, n. 2, p. 132-140, 2008.

MULHALL, J. et al. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. **J. Sex. Med.**, v. 5, p. 788-95, 2008.

NASCIMENTO, E. R. et al. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. **J. Affect. Disord.**, v. 181, p. 96-100, 2015.

NOBRE, P.J.; PINTO-GOUVEIA, J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. **J. Sex. Marital Ther.**, v. 34, n. 4, p. 325-42, 2008.

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. (org). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de**

Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

PADMA-NATHAN, H.; KLONER, R. A.; LATIES, A. M.; MONTORSI, F. A 4- year update on the safety of sildenafil citrate (Viagra). **Urology**, v. 60, sup. 2b, 2002

PACGNELLA, R. C. et al. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 416-426, fev., 2008.

PEDERSEN, M.B. et al. Prevalence of sexual desire and satisfaction among patients with screen-detected diabetes and impact of intensive multifactorial treatment: Results from the ADDITION-Denmark study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 33, p. 3–10, 2015.

PONTES, A. F. **Sexualidade:** vamos falar sobre isso? Promoção do desenvolvimento psicossocial na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar. 282f. Tese (Doutoramento em Saúde). Universidade do Porto. Porto, 2011.

PONTIROLI, A.C., CORTELAZZI, D., MORABITO, A. Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. **J. Sex. Med.**, v. 10, p. 1044-1051, 2013.

POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Tradução. Anany Porto Fajardo. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172p. Original inglês.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014/2017.** Belo Horizonte, 2014.

_____. Portal PBH, Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude> >. Acesso em 05 de fev de 2018.

_____. Portal PBH, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular.** Belo Horizonte, 2011a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Diabetes/protocolo_hipertensao.pdf>. Acesso em 20 de nov. de 2018.

_____. Portal PBH, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Diabetes Mellitus e atendimento em angiologia e cirurgia vascular.** Belo Horizonte, 2011b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Diabetes/protocolo_diabetes.pdf>. Acesso em 20 de nov. de 2018.

QUEIROZ, M. A. C. et al . Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 662-667, 2015.

RIBEIRO, L. C. S. **Diagnóstico Tardio de Infecção Pelo HIV:** Magnitude do Fenômeno e Trajetórias de Pessoas que Vivem com HIV. 2018. 285f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2018.

ROSADO, J. M. S. Actividad sexual y enfermedad cardiovascular. **Anales de la Facultad de Medicina**, v.73, n. 4, p. 331-334, 2012.

ROSEN, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **J. Sex. Marital**, v. 26, p. 191-208, 2000.

RUAS, R. F. B. **Representações de usuários do Programa Academia da Saúde sobre promoção da saúde e prevenção de doenças**. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

RUFINO, A.C.; MADEIRO, A.P. 6 Práticas Educativas em Saúde: integrando sexualidade e Gênero na graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.41, n.1, p.170-178, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0170.pdf>>. Acesso em 26 de outubro de 2018.

RUNDBLAD, L. et al. Perceived Sexual Difficulties and Sexual Counseling in Men and Women Across Heart Diagnoses: A Nationwide Cross-Sectional Study. **J. Sex. Med.**, v. 14, n. 6, p. 785-796, jun., 2017.

RUTHERFORD, D.; COLLIER, A. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. **Gynecological Endocrinology**, v. 21, p. 189–192, 2005.

RUTTE, A. et al. Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction in Men and Women With Type 2 Diabetes. **J. Sex. Marital Ther.**, v. 41, n. 6, p. 680-90, 2014.

SABANCIOGULLARI, S.; TUNCAY, F.; AVCI, D. The Relationship Between Life Satisfaction and Perceived Health and Sexuality in Individuals Diagnosed with a Physical Illness. **Sexuality & Disability**, v. 34, n. 4, p. 389-402, 2016.

SALINAS URBINA, A. A.; JARILLO SOTO, E. C. La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 733-742, 2013.

SANHUEZA M, L. et al. Disfunción sexual en la mujer diabética pre y postmenopáusica. **Rev. chil. endocrinol. diabetes**, v. 9, n. 2, p. 51-55, 2016.

SCALA, L.C., MAGALHÃES, L.B., MACHADO, A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. In: MOREIRA, S.M., PAOLA, A.V. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

SCANAVINO, M.T. Disfunção sexual feminina. In: ETIENE, M.A., WAITMAN, M.C. **Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico**. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. p. 55- 64.

SCRANTON, R.E.; GOLDSTEIN, I.; STECHER, V.J. Erectile dysfunction diagnosis and treatment as a means to improve medication adherence and optimize comorbidity management. **J. Sex. Med.**, v. 10, n. 2, p. 551-61, 2013.

SEHNEM, G.D. et al., A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 90-6, 2013.

SHIFREN, J.L. et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. **Obstet. Gynecol**, v. 112, p. 970–978, 2008.

SHINDEL, A.W.; PARISH, S. J. Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions. **J. Sex. Med.**, v. 10, n. 1, p. 3-18, 2013.

SILVA, M. H. da. et al. O cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 95-101, 2013.

SKELDON, S. C. et al. Erectile Dysfunction and Undiagnosed Diabetes, Hypertension, and Hypercholesterolemia. **Ann. Fam. Med.**, v. 13, n. 4, p. 331-5, 2015.

SONG, S. et al. The Prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young Korean women: An internet-based survey. **Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 7, p. 1694-1701, 2008.

SOUZA, H. N. F. **Representações De Motociclistas Sobre Riscos E Acidentes De Trânsito, Belo Horizonte, Minas Gerais**. 152f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SPATZ, E. S. et al. Sexual activity and function among middle-aged and older men and women with hypertension. **J. Hypertens.**, v. 31, n. 6, p. 1096-105, 2013.

STEINKE, E. E.; MOSACK, V.; HILL, T. J. Cardiac comorbidities and sexual activity predict sexual self-perception and adjustment. **Dimens. Crit. Care Nurs.**, v. 33, n. 5, p. 285-92, 2014.

TEIXEIRA, E. et al. Revisão Integrativa da Literatura passo-a-passo e convergências com outros métodos de revisão. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 2, p. 3-7, dez., 2013.

THOMAS, H. N. et al. Antihypertensive medications and sexual function in women: baseline data from the SBP intervention trial (SPRINT). **J. Hypertens.**, v. 34, n. 6, p. 1224-31, 2016.

TOZO, I. M. et al. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa**, São Paulo, v52, n. 3, p. 94-99, 2007.

VERSCHUREN et al. Chronic Disease and Sexuality: A Generic Conceptual Framework. **Journal of Sex Research**, v.47, n. 2–3, p. 153–170, 2010.

VERSHUREN, J. E. A. et al. Let's talk about sex: lower limb amputation, sexual functioning and sexual well-being: a qualitative study of the partner's perspective. **Journal of Clinical Nursing**, v.22, p. 3557-3567, 2013.

VIEIRA, E. M. et al. Vivência da sexualidade após o câncer de mama: estudo qualitativo com mulheres em reabilitação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.3, p. 408-414, maio/jun., 2014.

VIEIRA, K. F. L. et al. Representação Social das Relações Sexuais: um Estudo Transgeracional entre Mulheres. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 329-340, 2016.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Frequentadores de Um Grupo de Convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p. 196-209, 2016.

VIGNAUX, G. **Le discours, acteur de monde**: énonciation, argumentation et cognition. Paris: Ophrys, 1998.

VLACHOPOULOS, C. et al. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. **Eur. Heart. J.**, v. 34, n. 27, p. 2034-46, 2013.

WAITE, L. J.; CHARME, C. Sexuality over the Lifecourse. In: WRIGHT, J.,(editor). **Heterosexuality. International Encyclopedia for the Behavioral and Social Sciences**. Elsevier Ltd, v. 21, n. 2, p. 840-5. 2015.

WASH. **Sexual health for the millennium: a declaration and technical document**. Minneapolis: World Association for Sexual Health; 2008. Disponível em: <http://www.eurosexology.com/files/WAS_2008.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

WYLIE, K. R.; WOOD, A.; MCMANUS, R. Sexuality and old age. **Bundesgesundheitsbl.**, v. 56, n. 2, p. 223-230, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming health systems: Gender and rights in reproductive health**. Geneva: WHO, 2001.

_____. **Brief sexuality-related communication**: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization, 2015.

_____. **Defining sexual health**: Report of a technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization, 2006.

_____. **Developing sexual health programmes**: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 9 de novembro de 2018.

YILDIZ, H.; BÖLÜKTAŞ, R. P. Evaluation of Sexual Dysfunction in Males with Diabetes. **Sex. Disabil.**, v. 33, p. 187-205, 2015.

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais da Sexualidade de Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82447917.6.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.563.787

Apresentação do Projeto:

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uns dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, sendo a principal causa de morbimortalidade mundial e no Brasil (MALTA et al., 2016). Entre as DCNT destacam-se as doenças do aparelho circulatório e diabetes mellitus, que possuem um conjunto de fatores de risco responsáveis pela magnitude das mortes e por fração substancial da carga de doenças na população brasileira (BRASIL, 2017; MASSIMO et al., 2014). A maioria das doenças crônicas, além de alterar a fisiologia corporal causando disfunções físicas, afeta e são afetadas por condições psicológicas e sociais, que interferem direta e indiretamente na sexualidade da pessoa que vive com a DCNT, devido tanto a aspectos da própria doença e tratamento, como aspectos subjetivos que incluem, por exemplo, a imagem corporal, o amor próprio e o autocuidado (GONZÁLEZ et al., 2013; MOLLAOGLU et al., 2012). Estudos nacionais e internacionais mostram que problemas crônicos de saúde como diabetes (JIMÉNEZ-GARCIA et al., 2012), doenças cardiovasculares (LANGE et al., 2014), entre outras, afetam a função sexual dos indivíduos, ou seja, a normalidade esperada, pelo próprio sujeito, de viver sua sexualidade. No caso das síndromes metabólicas, hipertensão arterial e diabetes, os autores afirmam a disfunção erétil aumentada e dificuldades para o orgasmo feminino (ABDO et al., 2006, BEDONE et al., 2013, JIMÉNEZ-GARCIA et al., 2012). Nesses estudos, as disfunções são analisadas visando o enfoque biológico, sendo raros aqueles com abordagem sobre o contexto de vida psicossocial e, ainda assim, esses estão centrados em percepção sobre sua condição de doença e

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.563.787

capacidade de atividade sexual (COIMBRA, TEIXEIRA, 2015). Estudos que abordam a sexualidade e doenças crônicas na perspectiva do bem-estar sexual, aparecem em número muito menor e, estão focados, em sua maioria, nas vivências de pessoas com câncer em órgãos sexuais (CESNIK-GEEST, 2016; MODENA et al., 2014; LOPES et al., 2016). No entanto, pouco se sabe sobre a trajetória da sexualidade das pessoas antes do surgimento dessas doenças crônicas, bem como sobre as formas de enfrentamento das pessoas às possíveis dificuldades na vida sexual após o diagnóstico das mesmas. Para realização do projeto, será usada uma abordagem qualitativa que utilizará a fundamentação da Teoria das Representações Sociais, de acordo com as bases teóricas propostas por Giami; Veil (1997) que permitirão a interpretação dos pontos de vista das pessoas vivendo com HAS e DM, bem, para compreender suas formas de pensar e agir, em relação a sua sexualidade antes e após o surgimento das DCNT, com enfoque nas trajetórias de vida. O projeto terá como cenário do estudo a capital Belo Horizonte pela maior facilidade de contato com os entrevistados para a realização da coleta de dados. Os participantes do estudo serão usuários de Centros de Saúde do município de Belo Horizonte, levando em consideração que a APS é local mais adequado para o cuidado integral à saúde das pessoas com DCNT. Para a seleção destes participantes, realizará um sorteio onde selecionará um dentre os 152 centros de saúde de Belo Horizonte, nesse Centro de Saúde organizar-se-á listas de acordo com a doença diagnosticada (diabetes ou hipertensão arterial sistêmica), considerando que essas doenças crônicas possuem características específicas que podem interferir de maneiras diferentes na sexualidade das pessoas, e também de acordo com o gênero (masculino e feminino), levando em consideração que as representações em torno da sexualidade, as maneiras de ser, de viver e de cuidar de si e da sua saúde, modificam-se de acordo com o gênero (BOTTON et al., 2017). Resultarão, então, 4 listas com as distribuições homogêneas numericamente por sexo e tipo de doença. Os sujeitos serão numerados em ordem crescente por lista, e será realizado o convite a participar da pesquisa, até se completar quatro participantes por DCNT (HAS ou DM) que aceitar o convite, sendo 4 homens e 4 mulheres no total inicial. Se este número for completado e não ocorrer à saturação das informações, ocorrerá um novo sorteio do centro de saúde e posteriormente dos participantes, com os mesmos critérios iniciais, considerando que na pesquisa qualitativa deve-se analisar o material coletado durante a pesquisa de campo até ocorrer à saturação e exaustividade dos dados. A saturação dos dados é a constatação do momento de interromper a coleta dos dados, devido à apresentação de uma repetição ou redundância dos dados coletados, ou seja, quando as categorias se apresentam densas e quando as relações entre elas estão bem determinadas e validadas, não ocorrendo à constatação de novos elementos sobre os objetos em pauta (FONTANELLA et al., 2011). A coleta

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.563.787

de dados ocorrerá realizando primeiramente a caracterização da população, identificando o perfil socioeconômico dos participantes, levantamento de informações relacionadas à DCNT e seu tratamento, por meio de um questionário (APÊNDICE A). E posteriormente, a realização das entrevistas abertas e em profundidade, que permitem explorar de forma mais eficaz as experiências do entrevistado, possibilitando uma melhor compreensão dos seus saberes e representações das suas crenças e valores (POPE; MAYS, 2009). Essas entrevistas serão compostas de questões que instiguem o participante a expor o seu modo de pensar e agir em relação a sua sexualidade e as possíveis mudanças na sua vivência sexual que ocorreram com a origem da HAS ou DM. Se necessário, serão realizadas perguntas de relance com o objetivo de aprofundar determinado assunto ou esclarecer o relato do entrevistado. As entrevistas poderão ser realizadas no domicílio do entrevistado ou na universidade, de acordo com a sua preferência, em busca de proporcionar melhor conforto e sigilo aos participantes. A análise dos dados será fundamentada na Análise Estrutural de Narração (AEN), proposto por Demazière e Dubar (1997), na vertente de Barthes et al. (2001), e apoiada pelo software MAXQDA, nos processos de codificação das unidades de textos e de criação de categorias.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a experiência da sexualidade na trajetória de vida de pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo e está relacionado a possíveis desconfortos emocionais, com dificuldades e sofrimentos pelos relatos de situações vividas, e risco de constrangimento devido a abordagem das questões relacionadas à sexualidade. Para preveni-los ou minimizá-los, as perguntas e a dinâmica das entrevistas serão claras e pautadas na confiança mútua. No entanto, ao perceber-se ansiedade excessiva ou outra intercorrência, a entrevista poderá ser suspensa e, caso seja necessário qualquer tipo de assistência, os pesquisadores realizarão o devido encaminhamento para acompanhamento.

Benefícios: Espera-se contribuir para que os profissionais de saúde abordem a saúde sexual das pessoas diagnosticadas com hipertensão e diabetes, visando a integralidade do cuidado. Espera-se acrescentar conhecimentos sobre os distúrbios sexuais de pessoas com DCNT, para propiciar melhor formação de recursos humanos na área assistencial e de promoção da saúde.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.563.787

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Projeto interessante socialmente e cientificamente que visa compreender a experiência da sexualidade na trajetória de vida de pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou diabetes mellitus (DM). O projeto teve seu mérito científico aprovado pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI da UFMG e, de acordo com os pesquisadores, pouco se sabe sobre a trajetória da sexualidade das pessoas antes do surgimento dessas doenças crônicas, bem como sobre as formas de enfrentamento das pessoas às possíveis dificuldades na vida sexual após o diagnóstico das mesmas. A partir dos resultados espera-se que seja possível a realização de ações de promoção da saúde com abordagem integral do sujeito, avaliando não somente os seus aspectos biológicos como também todo o contexto psicológico e social. Segundo os pesquisadores, a metodologia proposta proporciona baixo grau de risco aos participantes e, desse modo, analisando os riscos-benefícios relatados no projeto, não foram observados motivos metodológicos que impeçam sua realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram encaminhados pelos pesquisadores e avaliados para a realização do parecer:

- Informações básicas do projeto de pesquisa;
- Orçamento detalhado do projeto;
- Questionário socioeconômico e roteiro da entrevista;
- Projeto de pesquisa na íntegra;
- Folha de rosto devidamente assinada pelo pesquisador responsável e pela Vice-diretora da Escola de Enfermagem da UFMG;
- Parecer substanciado da Profa. Vânia de Souza e aprovação do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da UFMG;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- Cronograma;
- Termo de compromisso do pesquisador.
- Carta resposta às pendências do COEP - UFMG

Recomendações:

Vide campo conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Smj, somos favoráveis pela aprovação do projeto.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.563.787

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 26 de Março de 2018

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

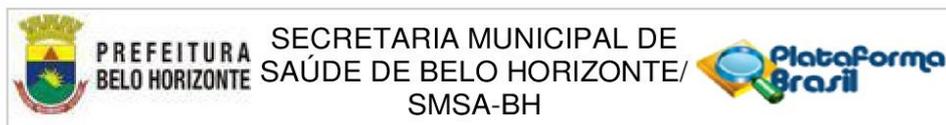
Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B**Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA-BH**

Continuação do Parecer: 2.660.661

experiência da sexualidade na trajetória de vida de pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que utilizará a fundamentação da Teoria das Representações Sociais. Este projeto terá como cenário a cidade de Belo Horizonte e a população do estudo será os usuários de Centros de Saúde do município de Belo Horizonte que tiverem o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM). Para a seleção destes participantes, realizará um sorteio onde selecionará um dentre os 152 centros de saúde de Belo Horizonte, nesse Centro de Saúde organizar-se-á listas de acordo com a doença diagnosticada (diabetes ou hipertensão arterial sistêmica), considerando que essas doenças crônicas possuem características específicas que podem interferir de maneiras diferentes na sexualidade das pessoas, e também de acordo com o gênero (masculino e feminino), levando em consideração que as representações em torno da sexualidade, as maneiras de ser, de viver e de cuidar de si e da sua saúde, modificam-se de acordo com o gênero (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017). A coleta de dados será feita por meio de entrevistas abertas e em profundidade. As entrevistas poderão ser realizadas no domicílio do entrevistado ou na universidade, de acordo com a sua preferência, em busca de proporcionar melhor conforto e sigilo aos participantes. A análise dos dados será fundamentada na Análise Estrutural de Narração (AEN), proposto por Demazière e Dubar (1997), e apoiada pelo software MAXQDA.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Pressuposto: As doenças (hipertensão ou diabetes) podem ocasionar distúrbios sexuais fisiológicos. Componentes psicossociais são tão ou mais importantes que as alterações fisiológicas na vivência da sexualidade dos pacientes.

Objetivo Primário:

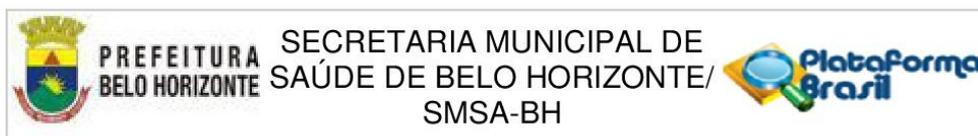
Compreender a experiência da sexualidade na trajetória de vida de pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo e está relacionado a possíveis desconfortos emocionais, com dificuldades e sofrimentos pelos relatos de situações vividas, e risco de constrangimento devido a abordagem das questões relacionadas à sexualidade. Para preveni-los ou minimizá-los, as perguntas e a dinâmica das entrevistas serão claras e pautadas na confiança mútua. No entanto, ao perceber-se

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.660.661

experiência da sexualidade na trajetória de vida de pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que utilizará a fundamentação da Teoria das Representações Sociais. Este projeto terá como cenário a cidade de Belo Horizonte e a população do estudo será os usuários de Centros de Saúde do município de Belo Horizonte que tiverem o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM). Para a seleção destes participantes, realizará um sorteio onde selecionará um dentre os 152 centros de saúde de Belo Horizonte, nesse Centro de Saúde organizar-se-á listas de acordo com a doença diagnosticada (diabetes ou hipertensão arterial sistêmica), considerando que essas doenças crônicas possuem características específicas que podem interferir de maneiras diferentes na sexualidade das pessoas, e também de acordo com o gênero (masculino e feminino), levando em consideração que as representações em torno da sexualidade, as maneiras de ser, de viver e de cuidar de si e da sua saúde, modificam-se de acordo com o gênero (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017). A coleta de dados será feita por meio de entrevistas abertas e em profundidade. As entrevistas poderão ser realizadas no domicílio do entrevistado ou na universidade, de acordo com a sua preferência, em busca de proporcionar melhor conforto e sigilo aos participantes. A análise dos dados será fundamentada na Análise Estrutural de Narração (AEN), proposto por Demazière e Dubar (1997), e apoiada pelo software MAXQDA.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Pressuposto: As doenças (hipertensão ou diabetes) podem ocasionar distúrbios sexuais fisiológicos. Componentes psicossociais são tão ou mais importantes que as alterações fisiológicas na vivência da sexualidade dos pacientes.

Objetivo Primário:

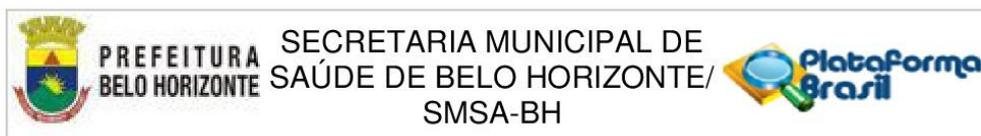
Compreender a experiência da sexualidade na trajetória de vida de pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo e está relacionado a possíveis desconfortos emocionais, com dificuldades e sofrimentos pelos relatos de situações vividas, e risco de constrangimento devido a abordagem das questões relacionadas à sexualidade. Para preveni-los ou minimizá-los, as perguntas e a dinâmica das entrevistas serão claras e pautadas na confiança mútua. No entanto, ao perceber-se

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.660.661

ansiedade excessiva ou outra intercorrência, a entrevista poderá ser suspensa e, caso seja necessário qualquer tipo de assistência, os pesquisadores realizarão o devido encaminhamento para acompanhamento.

Benefícios:

Espera-se contribuir para que os profissionais de saúde abordem a saúde sexual das pessoas diagnosticadas com hipertensão e diabetes, visando a integralidade do cuidado. Espera-se acrescentar conhecimentos sobre os distúrbios sexuais de pessoas com DCNT, para propiciar melhor formação de recursos humanos na área assistencial e de promoção da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de tema relevante para a qualificação da atenção à saúde dos pacientes com DCNT. Ao se buscar compreender a sexualidade dos pacientes portadores de hipertensão arterial e de diabetes Mellitus podem ser construídas propostas para uma abordagem integral e específica para aliviar as possíveis dificuldades dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Maria Imaculada de Fátima Freitas, pelo representante da Instituição proponente e pelo patrocinador foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa.

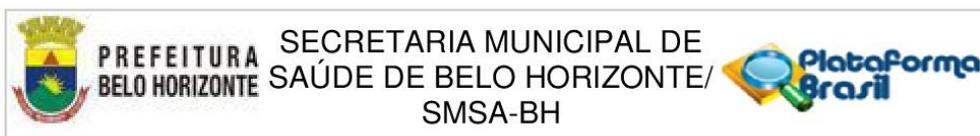
Recomendações:

Atualizar no modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) apresentado os dados de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Dados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Representações Sociais da Sexualidade de Pessoas com

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.660.661

Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

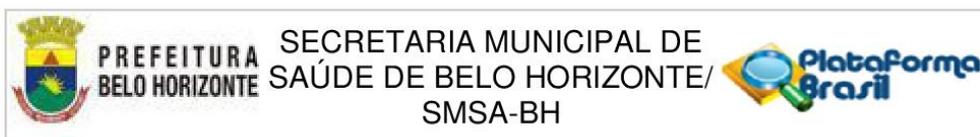
O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1101395.pdf	27/03/2018 12:52:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_atualizado_enviadoGEDSA.pdf	27/03/2018 12:51:29	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_Assinada.pdf	27/03/2018 12:45:42	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	824479176parecerassinado.pdf	26/03/2018 13:25:11	Vivian Resende	Aceito
Outros	824479176aprovacaoassinada.pdf	26/03/2018 13:25:02	Vivian Resende	Aceito
Outros	Carta_pendencia_COEP.pdf	09/03/2018 16:01:30	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_atualizado.pdf	09/03/2018 15:58:02	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.660.661

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	09/03/2018 15:57:25	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Questionario_e_roteiro_de_entrevista.pdf	14/11/2017 15:48:45	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_camara_departamental.pdf	14/11/2017 12:21:00	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 17 de Maio de 2018

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Representações Sociais da Sexualidade de Pessoas com Doença Crônica Não Transmissível”**, conduzida por Maria Imaculada de Fátima Freitas. Nesta pesquisa, pretendemos compreender a experiência da sexualidade na trajetória de vida de pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Pedimos sua autorização para a realização desta pesquisa que adotará os seguintes procedimentos: resposta de um breve questionário socioeconômico seguida de entrevista, aberta e em profundidade, onde o (a) Sr.(a) será convidada a nos relatar suas ideias e percepções sobre a trajetória da sua sexualidade antes e após a descoberta da doença crônica. A entrevista será realizada considerando sua disponibilidade de horário e acontecerá após a sua consulta no centro de saúde, ou no melhor horário e local onde você se sentir mais confortável. Durante a entrevista, utilizaremos um gravador, papel e caneta para registrar todas as informações que você nos der. O gravador será utilizado com o seu consentimento, com o objetivo de captar toda a sua fala durante a entrevista. Os riscos envolvidos na pesquisa são avaliados como mínimos, e consistem em possíveis desconfortos emocionais, com dificuldades e sofrimentos dos relatos de situações vividas, e risco de constrangimento, devido à abordagem das questões relacionadas à sexualidade. Para preveni-los ou minimizá-los, as perguntas e a dinâmica das entrevistas serão claras e pautadas na confiança mútua, e o entrevistador será devidamente treinado. As entrevistas serão realizadas em ambiente calmo, reservado, sem interferência de outras pessoas e da escolha do participante. No entanto, ao perceber-se ansiedade excessiva ou desconforto, você estará livre para responder ou não qualquer das questões ou desistir da participação a qualquer momento. A pesquisa não terá benefícios diretos, porém espera-se que ela sirva de alerta aos profissionais de saúde para a importância de conhecer a sexualidade das pessoas com hipertensão e diabetes com a finalidade de melhorar a prática assistencial, garantindo a integralidade do cuidado. Caso seja percebido alguma alteração da sua saúde sexual você será orientado a agendar uma consulta com o médico da sua Equipe Saúde da Família.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização dos dados produzidos e armazenados, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa, a partir do seu relato, estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material armazenado que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na sala 408 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados, gravações e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 408 da Escola de Enfermagem da UFMG e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa "**Representações Sociais da Sexualidade de Pessoas com Doença Crônica Não Transmissível**", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo que o meu relato, armazenado por meio de gravações, seja utilizado para esta pesquisa.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante	Data
-------------------------------	------

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável	Data
---------------------------------------	------

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Av. Alfredo Balena, 190. CEP 30130-100 - Belo Horizonte/MG.

Telefones: (31) 3409-9871

E-mail: peninha@enf.ufmg.br

Assinatura do pesquisador (mestranda)	Data
---------------------------------------	------

Nathália Cristina Pereira da Costa

Av. Alfredo Balena, 190. CEP 30130-100 - Belo Horizonte/MG.

Telefones: (31) 3409-9871

E-mail: nathcpc@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar.

Funcionários - Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 30.130.007.

E-mail: coep@pbh.gov.br. Tel: (31) 3277-7728

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIOECÔNOMICO

Nome: _____ Identificação: _____	
Responsável pela coleta de dados: _____	
Data da coleta de dados: ___/___/___	
Local da coleta: _____	
Duração da entrevista: _____	
A. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
1. Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual/ Travesti	
2. Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	
3. Idade (anos): _____	
4. Idade no primeiro diagnóstico de HAS ou DM? _____	
5. Crença ou religião: <input type="checkbox"/> Sem religião <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Umbanda/ Candomblé <input type="checkbox"/> Outra _____	
6. Situação conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/ União estável <input type="checkbox"/> Separado/ Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro _____	
9. Profissão: _____	
10. Local de moradia: <input type="checkbox"/> Casa/ apartamento próprio <input type="checkbox"/> Casa/ apartamento alugado <input type="checkbox"/> Instituição (asilar/abrigo/outros) <input type="checkbox"/> Outro: _____	
7. Escolaridade :	8. Renda mensal familiar:
11. Possui plano de saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
12. Utiliza tabaco fumado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Diariamente Quantos cigarros por dia: _____	
13. Ingere bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Diariamente Nos últimos 30 dias, o sr.(a) chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (cinco latas de cerveja, cinco taças de vinho, cinco doses de cachaça, whisky ou bebida destilada) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
14. Faz uso de outras drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Diariamente Quais: _____	
B. INFORMAÇÕES DOENÇA CRÔNICA.	
15. Doença Crônica: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Ambas	
16. Toma medicação devido a HAS e/ou DM? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual/is: _____ _____ _____ _____	
17. Já parou de tomar as medicações sem orientação médica: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Motivo: _____	
18. Vai ao serviço de saúde regularmente por causa da HAS e/ou DM? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, só quando tem problema <input type="checkbox"/> Nunca vai	
19. Normalmente, o profissional de saúde que te atende é sempre o mesmo? Médico (a) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Enfermeiro (a) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nutricionista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA

TÍTULO DA PESQUISA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SEXUALIDADE DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

QUESTÃO CENTRAL: Gostaria que o (a) Sr.(a) me contasse sobre suas experiências de vida e da sua sexualidade, antes e após a descoberta da HAS ou DM, da forma que quiser. Conte-me como é sua sexualidade e o que mudou após a descoberta da doença e o início do tratamento. Conte-me sobre como lida com possíveis mudanças e/ou dificuldades sexuais, e quais os seus sentimentos diante deles. Você poderá fazer o relato da sua maneira, contando os fatos e falando de seus sentimentos.

Questões de Relance (se necessário):

- Gostaria que o (a) Sr. (a) me contasse sobre suas experiências em relação a sua sexualidade, como foi o início de sua vida sexual, como está hoje.
- O(a) Sr.(a) gosta de ter relações sexuais? Que tipo de preferência de gênero tem?
- O (a) Sr. (a) acha que a HAS ou DM alterou a sua sexualidade e impactou na sua atividade sexual? Como se deu essas alterações?
- Você sente que os medicamentos interferiram na sua atividade sexual? Já interrompeu, sem a orientação médica, o tratamento medicamentoso? Por qual motivo?
- Que orientação e esclarecimento o(a) Sr.(a) teve sobre as possíveis alterações sexuais provocadas pela doença e o tratamento? Com quem você buscou informações sobre a doença? Nas consultas com os profissionais da saúde (médico, enfermeira, etc.), o que foi falado sobre a sexualidade com o (a) Sr. (a)?
- Homem: Faz uso de algum medicamento para estimular a ereção?
Mulher: Utiliza algum tipo de estimulante sexual para aumentar a libido?
- Como é a relação com seu parceiro? Vocês conversam sobre a atividade sexual e os problemas percebidos? Como lidam com essas situações?