

Reabilitação Cardiovascular, Dança de Salão e Disfunção Sexual

Cardiovascular Rehabilitation, Ballroom Dancing and Sexual Dysfunction

Tales de Carvalho, Ana Inês Gonzáles, Sabrina Weiss Sties, Gabriela Maria Dutra de Carvalho

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC - Brasil

A disfunção sexual é um problema de saúde pública, de grande prevalência global em homens e mulheres^{1,2}, que se relaciona com as principais doenças cardiovasculares e metabólicas elegíveis para a Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica (RCPM), como hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e diabetes melito^{3,4}. Dentre as anormalidades vasculares, estruturais e funcionais relacionadas à disfunção sexual, destacam-se alterações no endotélio, elevação da pressão sistólica e aterosclerose⁵.

Embora a melhora da função sexual seja bom parâmetro para avaliar a qualidade do tratamento das doenças cardiovasculares e beneficie a Qualidade de Vida dos pacientes⁶, que, em sua maioria, demonstram interesse em manter a vida sexual ativa, as manifestações da sexualidade costumam ser subestimadas por médicos e outros profissionais da saúde, em parte devido a aspectos culturais, tabus e preconceitos⁷. Tal quadro deve ser passível de mudança, pois, após evento ou intervenção cardiovascular, as orientações sobre atividade sexual são tão relevantes quanto as que se relacionam ao retorno ao trabalho e ao engajamento nos programas de exercício⁸. A complexidade dessa relação e a necessidade de orientação ficam evidentes em estudos como o COPE-ICD, no qual foi constatada, ao contrário do esperado, expressiva piora da função sexual em pacientes de ambos os gêneros que receberam o desfibrilador implantável⁸.

Historicamente, o tratamento farmacológico para doenças cardiovasculares tem sido associado ao pior desempenho sexual^{9,10}. Entretanto, medicamentos da nova geração, como os modernos betabloqueadores (por exemplo: nebivolol e bisoprolol), os diuréticos (por exemplo: indapamida) e os bloqueadores dos receptores da angiotensina, parecem contribuir para a melhora da disfunção erétil, em especial pelo aprimoramento da função endotelial e o incremento na aptidão cardíaca^{10,11}, possibilitando o tratamento simultâneo da disfunção sexual.

Palavras-chave

Doenças cardiovasculares; Reabilitação; Exercício; Terapia através da dança; Disfunção sexual fisiológica.

Correspondência: Tales de Carvalho •

Avenida Jornalista Rubens de Arruda Ramos, 2.354, apto. 201, Centro.

CEP 88015-702, Florianópolis, SC – Brasil

E-mail: tales@cardiol.br

Artigo recebido em 25/2/13; revisado em 27/5/13; aceito em 24/6/13.

DOI: 10.5935/abc.20130236

A função sexual é mediada por complexa interação de fatores psicológicos e fisiológicos (hormonais, vasculares, musculares e neurológicos), todos podendo ser influenciados pelo exercício³, com destaque para a maior produção e menor degradação do óxido nítrico, considerado o principal mediador da função sexual masculina e feminina¹². Cabe ressaltar que pesquisas relacionadas ao exercício e à função sexual demonstram que doses elevadas de atividade física diminuem o risco de infarto agudo do miocárdio e morte súbita durante a relação sexual¹³, e que, entre homens jovens, aqueles que têm melhor aptidão cardiorrespiratória são menos suscetíveis à disfunção erétil¹⁴. Assim, torna-se evidente que o exercício físico deva ser incluído entre as intervenções que beneficiam, concomitantemente, a saúde cardiovascular e a sexual¹¹.

Os efeitos do exercício sobre a aptidão física, a função endotelial, a modulação autonômica e também sobre a esfera emocional (ansiedade, depressão, autoestima etc.) revelam o largo espectro de ações que demonstram sua importância no tratamento das doenças cardiovasculares e metabólicas, assim como no manejo da disfunção sexual.

Entretanto, as formas convencionais de exercício físico oferecidas nos programas de RCPM parecem ser pouco atraentes para proporcionar a necessária aderência ao tratamento, o que justifica a busca por novas estratégias^{3,15-19}. Nesse contexto, deve ser considerada a dança de salão, uma atividade de grande apelo popular, lúdica, prazerosa e socializante, que pode contribuir para maior aderência e otimização dos benefícios do exercício. A manifestação da sexualidade pode ser potencializada pela junção da música com a atividade física, em situação que naturalmente submete as pessoas a elevados níveis de hormônios do bem-estar, como as endorfinas^{6,15}.

Desde 2007, em nossos programas de RCPM, na cidade de Florianópolis (SC), a dança de salão tem sido utilizada como meio de condicionamento físico, com adoção de ritmos variados (farrô, bolero, samba, merengue, valsa, rock and roll e salsa). Mais que o ensino técnico dos passos, que exigiria frequentes interrupções, visamos manter os pacientes o maior tempo possível ativos, no intuito de sustentar a zona alvo da frequência cardíaca durante o exercício. Por meio dessa sistemática, temos sustentado resultados de maior aderência, com melhor resposta cronotrópica e controle da pressão arterial, fatores amplamente associados com disfunção sexual e desfechos cardiovasculares^{20,21}.

A vantagem da dança em relação aos métodos convencionais de exercício incorporados à RCPM decorre principalmente de suas características, as quais aproximam as pessoas, tanto de forma física quanto emocional.

É neste cenário que a dança de salão pode ser vista como estratégia destinada à terapêutica concomitante de doenças cardiovasculares disfunção sexual.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Gonzáles AI, Carvalho GMD, Sties SW, Carvalho T; Redação do manuscrito: Sties SW, Carvalho T.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de dissertação de Mestrado de Ana Inês Gonzáles pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Referências

1. Ayta AI, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int.* 1999;84(1):50-6.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44. Erratum in: *JAMA.* 1999;281(13):1174.
3. Alberti L, Torlasco C, Lauretta L, Loffi M, Maranta F, Salonia A, et al. Erectile dysfunction in heart failure patients: a critical reappraisal. *Andrology.* 2013;1(2):177-91.
4. Adeniyi AF, Adeleye JO, Adeniyi CY. Diabetes, sexual dysfunction and therapeutic exercise: a 20 year review. *Curr Diabetes Rev.* 2010;6(4):201-6.
5. Al-Almeri H, Kloner RA. Erectile dysfunction and heart failure: the role of phosphodiesterase type 5 inhibitors. *Int J Impot Res.* 2009;21(3):149-57.
6. Belardinelli R, Lacalaprice F, Faccenda E, Purcaro A, Perna G. Effects of short-term moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure. *Int J Cardiol.* 2005;101(1):83-90.
7. Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Atividade Sexual Pós-Infarto do Miocárdio: tabu ou Desinformação? *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(3):156-9.
8. Berg SK, Elleman-Jensen L, Zwisler AD, Winkel P, Svendsen JH, Pedersen PU, et al. Sexual concerns and practices after ICD implantation: findings of the COPE-ICD rehabilitation trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2013 Jan 8. [Epub ahead of print].
9. Stein R, Hohmann CB. [Sexual activity and heart]. *Arq Bras Cardiol.* 2006;86(1):61-7.
10. Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J, et al. Diagnosis and treatment of erectile dysfunction for reduction of cardiovascular risk. *J Urol.* 2013;189(6):2031-8.
11. Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J, et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc.* 2012;87(8):766-78.
12. Ghisi GL, Durieux A, Pinho R, Benetti M. Exercício físico e disfunção endotelial. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(5):e130-7.
13. Dahabreh IJ, Paulus JK. Association of episodic physical and sexual activity with triggering of acute cardiac events: systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2011;305(12):1225-33.
14. Agostini LC, Netto JM, Miranda MV Jr, Figueiredo AA. Erectile dysfunction association with physical activity level and physical fitness in men aged 40-75 years. *Int J Impot Res.* 2011;23(3):215-21.
15. Belardinelli R, Lacalaprice F, Ventrella C, Volpe L, Faccenda E. Waltz dancing in patients with chronic heart failure: new form of exercise training. *Circ Heart Fail.* 2008;1(2):107-14.
16. Yeh GY, Wood MJ, Lorell BH, Stevenson LW, Eisenberg DM, Wayne PM, et al. Effects of tai chi mind-body movement therapy on functional status and exercise capacity in patients with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *Am J Med.* 2004;117(8):541-8.
17. Aweto HA, Owoeye OB, Akinbo SR, Onabajo AA. Effects of dance movement therapy on selected cardiovascular parameters and estimated maximum oxygen consumption in hypertensive patients. *Nig Q J Hosp Med.* 2012;22(2):125-9.
18. Guimarães GV, Carvalho VO, Bocchi EA, d'Avila VM. Pilates in heart failure patients: a randomized controlled pilot Trial. *Cardiovasc Ther.* 2012;30(6):351-6.
19. Dall'Ago P, Chiappa GR, Güths H, Stein R, Ribeiro JP. Inspiratory muscle training in patients with heart failure and inspiratory muscle weakness: a randomized trial. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47(4):757-63.
20. Monte FG, Carvalho T, Kessler VC, Casas S, Quites MP. Effects of a dance program on the chronotropic response of participants in a cardiopulmonary and metabolic rehabilitation. [Abstract]. *Circulation.* 2010;122(2):e35.
21. Schenkel IC, Bündchen DC, Quites MP, Santos RZ, Santos MB, Carvalho T. Comportamento da pressão arterial em hipertensos após única sessão de caminhada e de dança de salão: estudo preliminar. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(1):26-32.