



Epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: resultados da pesquisa nacional do Projeto Avaliar

Epidemiology of erectile dysfunction in Brazil: results from a national research Avaliar Project

**Edson Duarte Moreira Jr.
Djanilson Barbosa dos Santos**

Laboratório de Epidemiologia Molecular e Bioestatística, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz - Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, Bahia.

Edson Duarte Moreira Jr.

Diretoria Científica do Hospital São Rafael, Salvador, Bahia.

Carmita Helena Najjar Abdo

Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Eric Wroclawski

Sociedade Brasileira de Urologia.

João Antônio Saraiva Fittipaldi

Laboratórios Pfizer do Brasil

*e Grupo de Investigadores do
"Projeto Avaliar"*

*Autor para correspondência:
Edson Duarte Moreira Jr., MD, Ph.D
Rua Waldemar Falcão, 121
CEP 40.295-001 - Salvador - Bahia - Brasil
E-mail: edson@pqgm.foocruz.br
Tel.: (55)(71) 356-8781 - Ext. 243
Fax: (55)(71) 356-2155.*

© Copyright Moreira Jr. Editora.
Todos os direitos reservados.

Unitermos: disfunção erétil, impotência, prevalência, fatores de risco, Brasil.
Uniterms: erectile dysfunction, impotence, prevalence, risk factors, Brazil.

Sumário

Objetivos: Estimar a prevalência de disfunção erétil (DE) e investigar características sociodemográficas, médicas e hábitos de vida potencialmente relacionados à DE em pacientes no Brasil. **Métodos:** Pacientes do sexo masculino, com idade > 18 anos, foram convidados a participar de uma pesquisa sobre DE ao comparecerem a uma consulta médica ambulatorial entre os meses de agosto/2002 e janeiro/2003. Foram selecionados consecutivamente 20 pacientes por cada médico(a) que colaborou com o estudo. O grau de DE foi avaliado por pergunta única de auto-avaliação global e a disfunção classificada como "nenhuma", "mínima", "moderada" ou "completa". Foi empregada análise multivariada através de regressão logística para calcular a razão de prevalência de "odds" e intervalos de confiança de 95% para as potenciais co-variáveis. **Resultados:** Entre os 71.503 participantes, a prevalência de algum grau de DE foi 53,5% (mínima 20,8%, moderada 26,3% e completa 6,4%). A prevalência e o grau de severidade da DE aumentaram significativamente com a idade. Baixa escolaridade, cor/etnia negra ou mestiça, tabagismo, sedentarismo e diagnóstico de diabetes, depressão, hiperplasia benigna de próstata, cardiopatia, hipertensão ou hipercolesterolemia foram significativamente associados com prevalência aumentada de DE. Nos últimos 3 anos, somente 27% dos pacientes foram perguntados sobre problemas sexuais durante uma consulta médica, embora 81% achem que deveriam ser indagados sobre o assunto e 78% não sintam vergonha para discutir esse tipo de problema com seu médico. **Conclusões:** DE é uma condição comum, acometendo aproximadamente metade dos pacientes atendidos em consultórios médicos no Brasil. Apesar disso, apenas 27% dos pacientes foram perguntados sobre possíveis problemas sexuais durante uma consulta médica. A investigação sistemática de disfunções sexuais deveria fazer parte da avaliação médica de rotina. Ao contrário do que poderia se argumentar, a maioria dos homens no Brasil concorda com essa prática e não sentiria vergonha em discutir problemas sexuais com seu médico.

Summary

Objectives: To determine the prevalence of erectile dysfunction (ED) and to investigate its potential sociodemographic, medical, and lifestyle correlates among patients in Brazil.

Methods: Male patients age 18 years old or more were invited to participate in a survey about ED while attending a a routine office visit or consultation between August/2002 and January/2003. Twenty patients were consecutively recruited by each doctor participating in the survey. ED was assessed by a single global self-rating question, and responses were used to classify subjects as having no/minimal/moderate/complete ED. Multivariate logistic regression analyses were carried out to calculate prevalence odds ratios and 95% confidence intervals for potential covariates.

Results: Among the 71,503 participants, the prevalence of ED was 53.5% (minimal 20.8%, moderate 26.3% and complete 6.4%). Prevalence and severity of ED increased significantly with age. Low educational attainment; black or mixed race/ethnicity, smoking, sedentary lifestyle and being diagnosed with diabetes, depression, benign prostate hyperplasia, heart disease, hypertension, or hypercholesterolemia were significantly associated with increased prevalence of ED. In the past 3 years, only 27% of the patients were asked about sexual problems during a medical consultation, although 81% think they should be asked about this matter and 78% do not feel embarrassed to talk about this subject with their doctors.

Conclusions: ED is a common problem, affecting about half of the patients attending a medical consultation in Brazil. Despite that, only 27% of the patients were asked about sexual problems during a medical consultation. The systematic assessment of sexual problems should be part of a routine office consultation. As opposed to one may argue, most men in Brazil agree with this practice and would not feel embarrassed to discuss about sexual problems with their doctors.

Numeração de páginas na revista impressa: 613 à 625

Resumo

Objetivos: Estimar a prevalência de disfunção erétil (DE) e investigar características sociodemográficas, médicas e hábitos de vida potencialmente relacionados à DE em pacientes no Brasil. **Métodos:** Pacientes do sexo masculino, com idade > 18 anos, foram convidados a participar de uma pesquisa sobre DE ao comparecerem a uma consulta médica ambulatorial entre os meses de agosto/2002 e janeiro/2003. Foram selecionados consecutivamente 20 pacientes por cada médico(a) que colaborou com o estudo. O grau de DE foi avaliado por pergunta única de auto-avaliação global e a disfunção classificada como "nenhuma", "mínima", "moderada" ou "completa". Foi empregada análise multivariada através de regressão logística para calcular a razão de prevalência de "odds" e intervalos de confiança de 95% para as potenciais co-variáveis. **Resultados:** Entre os 71.503 participantes, a prevalência de algum grau de DE foi 53,5% (mínima 20,8%, moderada 26,3% e completa 6,4%). A prevalência e o grau de severidade da DE aumentaram significativamente com a idade. Baixa escolaridade, cor/etnia negra ou mestiça, tabagismo, sedentarismo e diagnóstico de diabetes, depressão, hiperplasia benigna de próstata, cardiopatia, hipertensão ou hipercolesterolemia foram significativamente associados com prevalência aumentada de DE. Nos últimos 3 anos, somente 27% dos pacientes foram perguntados sobre problemas sexuais durante uma consulta médica, embora 81% achem que deveriam ser indagados sobre o assunto e 78% não sintam vergonha para discutir esse tipo de problema com seu médico. **Conclusões:** DE é uma condição comum, acometendo aproximadamente metade dos pacientes atendidos em consultórios médicos no Brasil. Apesar disso, apenas 27% dos pacientes foram perguntados sobre possíveis problemas sexuais durante uma consulta médica. A investigação sistemática de disfunções sexuais deveria fazer parte da avaliação médica de rotina. Ao contrário do que poderia se argumentar, a maioria dos homens no Brasil concorda com essa prática e não sentiria vergonha em discutir problemas sexuais com seu médico.

Introdução

A disfunção erétil (DE), definida como a incapacidade persistente de obter e manter uma ereção suficiente para uma função sexual satisfatória(1), é um problema comum em homens com mais de 40 anos de idade(2-5). Os recentes avanços farmacológicos no tratamento da DE têm despertado crescente interesse de leigos e profissionais da saúde nesta disfunção sexual, gerando uma demanda crescente de serviços clínicos relacionados à DE(6,8). Embora não seja uma ameaça à vida, esta disfunção sexual não deve ser considerada uma desordem benigna, já que pode ter um efeito negativo no relacionamento interpessoal e comprometer o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo e do casal(9,10).

Estima-se que até o ano 2005 mais de 25 milhões de homens com 40 a 70 anos de idade serão afetados por DE nos Estados Unidos da América do Norte(4). No Brasil, alguns estudos com base populacional sobre esta disfunção(11-13) sugerem que aproximadamente 40% a 46% dos brasileiros nesta mesma faixa etária apresentam algum grau de DE. Com base nos dados desses estudos nacionais, estima-se que atualmente no Brasil cerca de 11,3 milhões de homens com mais de 18 anos têm disfunção moderada ou severa. Mais recentemente, resultados do primeiro estudo prospectivo sobre a incidência de DE em homens brasileiros sugerem que cerca de um milhão de casos novos de DE acontecem a cada ano em homens de 40 a 70 anos de idade(14).

É inegável que informações sobre a epidemiologia da DE, relativamente escassas até recentemente, tornaram-se mais numerosas. Apesar disso, a maior parte dos estudos disponíveis sobre a epidemiologia da DE carece de uma avaliação objetiva da presença de condições médicas concomitantes, particularmente aquelas frequentemente assintomáticas ou subdiagnosticadas. Outras limitações dessas pesquisas incluem: o tamanho relativamente pequeno das amostras estudadas (resultando em baixo poder estatístico) e a falta de medidas precisas de algumas variáveis biológicas (como, por exemplo, peso, altura, pressão arterial e colesterolemia). No presente estudo, intitulado "Projeto Avaliar", buscamos superar esses problemas utilizando a maior amostra já avaliada nesse gênero de pesquisa que se tem notícia. Adicionalmente, como os pacientes foram entrevistados em consultórios médicos, as mensurações foram realizadas adequadamente e com precisão, portanto, gerando dados mais fidedignos e confiáveis do que na maioria das pesquisas feitas anteriormente. Os resultados foram analisados para estimar a prevalência de DE e investigar o papel de características demográficas, doenças crônicas associadas, hábitos de vida e fatores socioculturais como determinantes de DE.

Material e métodos

Esta pesquisa foi conduzida sob a forma de um estudo de corte-transversal das características de homens atendidos em consulta médica de rotina em clínicas e serviços de saúde em várias partes do Brasil.

Seleção da amostra

A amostra estudada foi composta por pacientes do sexo masculino, com 18 anos ou mais de idade, convidados a participarem deste inquérito epidemiológico ao comparecerem a uma consulta médica entre os meses de agosto de 2002 e janeiro de 2003. Foram selecionados consecutivamente 20 pacientes por cada médico(a) que colaborou com o trabalho. Dos seis mil clínicos gerais e especialistas instados a contribuir com o recrutamento da pesquisa, 4.377 (73%) entrevistaram pelo menos um paciente, perfazendo ao final um total de 71.503 homens avaliados.

Também foram avaliados os 4.377 médicos que atenderam esses pacientes: suas atitudes e percepções fazem parte de outro artigo publicado separadamente neste fascículo da revista(15).

Locais de estudo

A pesquisa foi realizada em consultórios e ambulatórios de serviços médicos no Distrito Federal e em quase todos os 26 Estados do Brasil à exceção de Acre, Amapá e Roraima, incluindo pacientes de 380 cidades brasileiras.

Coleta de dados

As informações foram colhidas através de um questionário padronizado, administrado pelo respectivo médico(a) do paciente em entrevista individual e privativa, com duração de 10 a 15 minutos, em média. O instrumento de coleta era composto por questões sobre dados sociodemográficos, saúde em geral, hábitos de vida e práticas sexuais(16). Em relação à avaliação de DE, solicitamos aos indivíduos que escolhessem a opção que melhor lhes descrevesse entre as seguintes: "sempre, geralmente, às vezes ou nunca capazes de obter e manter uma ereção boa o suficiente para uma relação sexual"; as respostas foram então usadas para classificar os participantes em uma das seguintes categorias de DE: nenhuma, mínima, moderada ou completa, respectivamente. Portanto, a presença de problemas de ereção foi avaliada pelo próprio indivíduo em termos de uma questão única, derivada diretamente da definição de DE proposta na conferência do Grupo de Consenso em Impotência no NIH(1). A validação estatística desta abordagem de classificação de DE foi estabelecida no instrumento de calibração do Massachusetts Male Aging Study (MMAS)(17). Além disso, Derby et al.(18) demonstraram que o uso de uma única questão de auto-avaliação para DE tem boa correlação com dois índices bem estabelecidos de avaliação de DE, o Índice Internacional de Função Erétil(19) e o Inventário Breve de Função Sexual Masculina(20).

Análise estatística

Comparações simples entre indivíduos apresentando DE num grupo com um potencial fator de risco e num outro sem foram realizadas através dos testes de qui-quadrado, exato de Fisher ou t de Student, conforme apropriado. A presença de DE foi dicotomizada em "nenhuma" ou "mínima" vs. "moderada" ou "completa" em todas as análises bivariadas e na análise multivariada. Para cada variável independente foi calculada a razão de "odds" simples e ajustada para idade, com respectivos intervalos de confiança de 95%. Na análise multivariada através de regressão logística, modelos completos foram construídos; em seguida, as variáveis sem significância estatística ($p > 0,1$) foram eliminadas num algoritmo passo a passo de eliminação retrógrada, a partir da menos significante, até atingir o modelo final, com exceção das variáveis indicadoras de doenças associadas que foram mantidas obrigatoriamente no modelo, uma vez que eram de interesse primário do estudo.

Resultados

Foram avaliados 71.503 homens, cuja idade média foi 49,8 anos (com desvio padrão de 13,8). O perfil sociodemográfico e outras características da população estudada estão apresentados na Tabela 1. A amostra era composta predominantemente por homens brancos, casados e católicos. Em relação à educação, a proporção de participantes com segundo grau (38,4%) ou curso superior (34,9%) no nosso estudo foi maior do que os percentuais encontrados na população masculina brasileira, 17,2% e 8,6%, respectivamente(21). Hipertensão arterial (31%), hipercolesterolemia (18%) e diabetes mellitus (14%) foram os problemas médicos mais comumente encontrados entre os pacientes estudados. Entre os 24 Estados pesquisados, São Paulo (29%), Minas Gerais (12%), Rio de Janeiro (12%), Rio Grande do Sul (8%) e Bahia (6%) contribuíram com a maior parte dos homens incluídos na nossa amostra (Tabela 1).

Prevalência de disfunção erétil

No total, 53,5% dos homens reportaram algum grau de DE, a frequência de disfunção mínima, moderada e completa foi de 20,8%, 26,3% e 6,4%, respectivamente. A relação da idade com a presença e o grau de severidade da DE está ilustrada na Figura 1. A frequência de DE moderada e completa aumentou com a idade, passando de 8,8% e 1,5%, respectivamente, em indivíduos com menos de 40 anos, para 46,7% e 26,1% entre homens com 70 anos ou mais. A proporção de disfunção mínima, no entanto, permaneceu estável entre 14% e 26%. Cerca de 75% dos participantes não apresentavam disfunção erétil antes dos 40 anos de idade, esta percentagem diminuiu para 13% entre aqueles com 70 anos ou mais. A associação entre idade e DE manteve-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$) quando testada na análise multivariada com outros possíveis fatores de risco. Nenhuma outra variável, correlacionada à idade ou não, foi capaz de diminuir o poder preditivo da idade isoladamente.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e médicas de 71.503 pacientes do sexo masculino no Brasil, 2002-2003

	%
Faixa etária	
18 a 29 anos	8,0
30 a 39	15,6
40 a 49 anos	23,7
50 a 59 anos	26,6
60 a 69 anos	18,3
≥ 70 anos	7,8
Estado civil	
Casado/ morando com companheira	70,3
Solteiro	13,4
Divorciado/ separado/ desquitado	10,5
Viúvo	5,8
Cor/raça	
Branca	68,9
Mestiça	19,0
Negra	9,9
Amarela	1,9
Outra	0,3
Educação	
1º grau ou menos	26,7
2º grau (completo ou não)	38,4
Superior (completo ou não)	34,9
Religião	
Católica	70,8
Evangélica/protestante	16,3
Espírita	6,2
Outra	1,6
Ateu	5,1
Estado da Federação	
São Paulo	29,2
Minas Gerais	12,2
Rio de Janeiro	11,9
Rio Grande do Sul	7,7
Bahia	5,8
Paraná	5,3
Pernambuco	4,0
Santa Catarina	3,6
Ceará	2,2
Outros	18,1
Condições médicas	
Hipertensão arterial	31,1
Hipercolesterolemia	18,2
Diabetes mellitus	14,1
Hiperplasia benigna de próstata	8,8
Depressão	8,7
Doença do coração	7,0

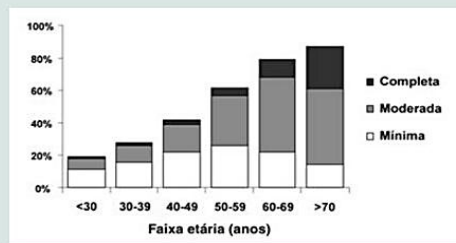


Figura 1 - Prevalência e grau de severidade da disfunção erétil, de acordo com a idade, em 70.389 pacientes no Brasil, 2002-2003.

Fatores associados à disfunção erétil na análise multivariada

As associações entre DE (moderada ou completa vs. mínima ou nenhuma) e potenciais co-fatores estimadas através de regressão logística estão apresentadas na Tabela 2. Idade se correlacionou fortemente com DE, a prevalência de dificuldades de ereção aumentou com a idade, dobrando, aproximadamente, a cada faixa etária examinada. Entre as demais variáveis sociodemográficas, escolaridade foi inversamente associada com DE moderada ou severa: homens com o segundo grau (completo ou não) e aqueles que cursaram até o primeiro grau apresentaram prevalência significativamente maior quando comparados a indivíduos com nível superior OR=1,5 (I.C.95% 1,5 - 1,6) e OR=2,0 (I.C.95% 1,9 - 2,1), respectivamente. Reportar ser da raça/cor branca comparada à negra, parda ou outra foi associado a menor chance de DE (OR=0,9; I.C.95% 0,9 - 1,0). Indivíduos separados/divorciados e viúvos apresentaram prevalência de DE significativamente maior do que os solteiros, OR=1,2 (I.C. 95% 1,1 - 1,3) e OR=1,6 (I.C. 95% 1,5 - 1,8), respectivamente. Possuir afiliação religiosa não se correlacionou à DE (Tabela 2).

Atividade física e consumo de bebida alcoólica foram os hábitos de vida associados a menor prevalência de DE, enquanto tabagismo e sedentarismo estiveram associados a maior frequência de DE. Entre as variáveis indicando condições de saúde, o diagnóstico médico de diabetes (OR=2,3; I.C. 95% 2,2 - 2,4), depressão (OR=2,2; I.C. 95% 2,1 - 2,4), doença do coração (OR=1,4; I.C. 95% 1,3 - 1,5) e hiperplasia benigna de próstata (OR=1,6; I.C. 95% 1,5 - 1,7) foram as mais fortemente associadas à DE (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultados da análise multivariada, Brasil, 2002-2003 (n = 71.503)	
	OR (I.C. 95%) [†]
Características sociodemográficas	
Faixa etária (em anos)	
18 a 29 anos	1 (referência)
30 a 39 anos	1,4 (1,2 - 1,6) [†]
40 a 49 anos	2,1 (1,9 - 2,4) [†]
50 a 59 anos	4,1 (3,6 - 4,6) [†]
60 a 69 anos	8,0 (7,1 - 9,0) [†]
> 70 anos	14,7 (12,8 - 16,8) [†]
Estado civil	
Solteiro	1 (referência)
Casado/ morando com parceira	1,0 (0,9 - 1,1)
Divorciado/ separado/ desquitado	1,2 (1,1 - 1,3) [?]
Viúvo	1,6 (1,5 - 1,8) [†]
Educação	
Superior (completo ou não)	1 (referência)
2º Grau (completo ou não)	1,5 (1,5 - 1,6) [†]
1º Grau ou menos	2,0 (1,9 - 2,1) [†]
Cor/etnia (branca vs. outra)	0,9 (0,9 - 1,0) ^{††}
Não ter afiliação religiosa	1,1 (1,0 - 1,2)
Hábitos de vida	
Consome bebida alcoólica	0,9 (0,8 - 0,9) [†]
Tabagismo	1,1 (1,1 - 1,2) [†]
Sedentarismo	1,9 (1,9 - 2,0) [†]
Atividade física	0,7 (0,6 - 0,7) [†]
Condições médicas	
Hipertensão arterial	1,3 (1,3 - 1,4) [†]
Hipercolesterolemia	1,1 (1,1 - 1,2) [†]
Diabetes mellitus	2,3 (2,2 - 2,4) [†]
Hiperplasia benigna de próstata	1,6 (1,5 - 1,7) [†]
Depressão	2,2 (2,1 - 2,4) [†]
Doença do coração	1,4 (1,3 - 1,5) [†]

+ Razão da prevalência de "odds" comparando disfunção erétil moderada ou completa com disfunção erétil mínima ou ausente (Intervalo de Confiança de 95%); ++p<0,01; +p<0,001.

Atitudes e percepções sobre disfunção erétil

A maior parte dos entrevistados reportou não ficar constrangido para conversar com um médico ou profissional de saúde sobre dificuldades de ereção. De fato, 20% e 35% dos homens referiram que se sentiriam muito à vontade ou à vontade para fazê-lo, respectivamente (Tabela 3). Durante uma consulta médica de rotina nos últimos três anos, 73% dos homens negaram ter sido perguntados sobre a presença de problemas sexuais, embora 81% deles achem que esse tipo de pergunta deveria fazer parte de toda anamnese. O comportamento mais citado entre os pacientes para conseguir ajuda para dificuldades de ereção foi falar com a parceira (48%), seguido de consultar um médico (42%) e procurar ajuda anonimamente através de livro, revista, Internet ou serviço de ajuda por telefone (41%). O tempo médio para buscar ajuda médica entre os homens com dificuldades de ereção foi de 2,3 anos. Os principais motivos citados para não procurar ajuda médica estão listados na Tabela 3.

A grande maioria dos homens concorda que a presença de DE compromete muito a qualidade de vida do casal. Na opinião dos participantes, os aspectos da vida que seriam mais afetados negativamente por problemas de ereção são a auto-estima (95%), o relacionamento com a parceira (94%) e o desempenho no trabalho (58%). A média do escore de satisfação pessoal com a vida sexual, medida numa escala de 1 (muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito), diminuiu de 4,1 em homens sem DE para 1,8 entre aqueles com disfunção completa. Decréscimo semelhante foi observado na média do escore de satisfação da parceira com a vida sexual (Figura 2).

Discussão

Este é o maior estudo epidemiológico sobre DE já realizado no Brasil e, até onde nos é dado saber, o que reuniu a maior amostra no mundo. A prevalência de DE encontrada (53,5%) é maior do que a reportada no Projeto da Caravana da Saúde (46,2%), realizado em 7 Estados no Brasil numa amostra de homens na mesma faixa etária(11). É também superior aos 40% reportados no primeiro inquérito populacional sobre DE realizado no Brasil, incluindo uma amostra aleatória de 602 homens na cidade de Salvador, em 1998(13). Mas é semelhante à estimativa do MMAS (52%) realizado nos EUA(22). A diferença entre o nosso estudo e os outros levantamentos nacionais é previsível e deve refletir a natureza da nossa amostra, composta de pacientes, comparada à amostra de base populacional dos demais estudos.

Em nosso estudo, bem como em outros inquéritos já realizados anteriormente no Brasil(11-14) e em outros países(22-27), DE é uma condição dependente de idade. O aumento da idade foi fortemente relacionado ao aumento tanto da prevalência de DE como do seu grau de severidade. Esta associação permaneceu verdadeira após controlar todas as demais variáveis correlacionadas significativamente à DE.

A análise dos nossos dados revelou que escolaridade era inversamente correlacionada à DE. No estudo longitudinal do MMAS(28) e em outro estudo prospectivo no Brasil(14), a incidência de DE em indivíduos com menor escolaridade foi maior do que aquela em homens com mais instrução. Educação pode ser apenas um marcador de condição socioeconômica (CSE) e esta associação refletir a relação entre baixa CSE e uma vasta gama de problemas de saúde e hábitos de vida relacionados à DE. O mesmo pode ser dito quanto à associação inversa entre raça/etnia branca e DE encontrada nos nossos resultados.

Tabela 3 - Atitudes, percepções e crenças sobre disfunção erétil em 71.503 pacientes no Brasil, 2002-2003	
Como se sentiria ao conversar sobre disfunção erétil com seu médico?	
Muito à vontade	20
À vontade	35
Neutro	23
Envergonhado	18
Muito	4
Nos últimos 3 anos, algum médico lhe perguntou sobre possíveis problemas sexuais durante uma consulta médica de rotina?	
Não	73
Sim	27
Você acha que os médicos deveriam perguntar sobre possíveis problemas sexuais durante uma consulta médica de rotina?	
Não	19
Sim	81
O que você fez para conseguir ajuda para a dificuldade de ereção?†	
Falou com a parceira	48
Médico	42
Livro/revista	41
Uso medicação	34
Falou com amigo/parente	26
Psiquiatra/psicólogo	10
Falou com religioso ou clérigo	4
Outro	9
Por que não procurou ajuda médica para tratar a dificuldade de ereção?‡	
Achou que era normal da idade	65
Não pensou que fosse sério	61
Estava esperando o problema desaparecer	60
Não se sentia à vontade	54
Não achou que o médico pudesse ajudar	43
Achou que o médico não iria ficar à vontade	41
Ficou com medo de ser algo grave	40
Está bem assim	37
Não pensou que fosse um problema médico	35
Outro	25

+ Inclui apenas os pacientes que reportaram algum grau de disfunção erétil (n = 38.254).

+ Inclui apenas os pacientes com algum grau de disfunção erétil que não procuraram ajuda médica (n = 22.302).

Nossos dados reiteram as associações sugeridas em estudos prévios entre DE e diabetes mellitus(29-33), depressão(28,34-36), hiperplasia benigna de próstata(37-39) e cardiopatia(24,40-43). Além disso, o tamanho da nossa amostra conferiu-nos poder estatístico para detectar condições médicas associadas à DE com menor intensidade, como hipertensão arterial e hipercolesterolemia. [Considerando que a avaliação da presença de doenças não se limitou ao auto-relato, mas foi obtida pelo(a) médico(a) do paciente, é improvável que condições médicas frequentemente assintomáticas ou que necessitem de uma avaliação diagnóstica profissional tenham sido subnotificadas. Dessa forma, foram minimizados os erros de classificação não diferenciados, evitando-se o desvio das medidas de associação no sentido da nulidade e a atenuação de potenciais associações dessas condições médicas com DE.]

Entre os hábitos de vida examinados, atividade física maior do que a média e consumo de bebida alcoólica foram associados a uma menor prevalência de DE, enquanto sedentarismo e tabagismo exibiram associação inversa. A associação entre hábitos de vida modificáveis tais como tabagismo e sedentarismo e disfunção erétil tem sido investigada em vários estudos epidemiológicos(44-47). Entre as dificuldades para estudar esses fatores destacamos as limitações das definições e dos métodos utilizados para estimar a quantidade e intensidade da atividade dos indivíduos participantes nesses estudos. Além disso, muitos desses trabalhos contaram com amostras relativamente pequenas com baixo poder estatístico, o que impedia que os resultados pudessem ser controlados adequadamente para confusão de efeitos.

Nos últimos três anos, apenas uma pequena porcentagem dos pacientes no nosso estudo (27%) foi perguntada sobre possíveis problemas sexuais durante uma consulta médica. Apesar da grande maioria dos homens (81%) achar que os médicos deveriam fazê-lo rotineiramente e apesar de 78% dos pacientes não sentirem vergonha para conversar sobre problemas sexuais com seu médico. No nosso estudo, o número de indivíduos com DE que procuraram ajuda médica foi pequeno (42%), especialmente se considerarmos que a população em questão tem acesso a serviços de saúde. É provável, portanto, que a avaliação sistemática da presença de problemas sexuais durante consultas médicas de rotina possa dar oportunidade de diagnosticar e/ou tratar um número significativo de homens com disfunção sexual.

Méritos e limitações

Entre os méritos deste inquérito estão o tamanho e a representatividade da amostra, que incluiu pacientes de 380 cidades em quase todos os Estados brasileiros. O enorme poder estatístico conferido por uma amostra composta por milhares de indivíduos permitiu-nos explorar associações de pequena magnitude, que eram comumente objeto de erro tipo II (falso-negativo) em inquéritos epidemiológicos anteriores. Acima de tudo, o tamanho da nossa amostra, juntamente com a mensuração de grande número de variáveis, possibilitaram realizar um formidável controle da confusão de efeitos e estimar medidas de associação com precisão (independente da influência de outros fatores de risco relacionados). A avaliação da presença de DE pelo próprio indivíduo em termos de uma questão única, derivada diretamente da definição de DE enunciada na conferência do Grupo de Consenso em Impotência no NIH, permite a comparação dos nossos resultados com a maioria dos estudos epidemiológicos realizados sobre DE. A estratégia profissional e a garantia de confidencialidade na coleta de informações sobre DE minimizaram a possibilidade de vies de informação e observação. Além disso, a avaliação da presença de doenças pelo(a) médico(a) do paciente possibilitou que doenças comumente assintomáticas ou oligossintomáticas (como hipertensão, diabetes, dislipidemias etc.) não fossem substancialmente subnotificadas, prevenindo erros de classificação não diferenciados e atenuação das medidas de associação estimadas.

A principal limitação deste estudo é que por força do desenho empregado (corte-transversal), nem sempre é possível determinar a temporalidade dos fatores numa associação encontrada e as medidas de associação representam razões entre prevalências (não sendo medidas de risco relativo propriamente dito). Assim os potenciais fatores de risco identificados dessa maneira devem ser examinados com cautela e confirmados através de outros estudos, empregando diferentes desenhos. Por fim, a seleção de uma amostra de pacientes em clínicas e ambulatorios médicos não permite extrapolar as estimativas de prevalência da DE para a população geral. Entretanto, a investigação dos fatores correlatos desta disfunção não é necessariamente comprometida pelo uso deste tipo de amostra.

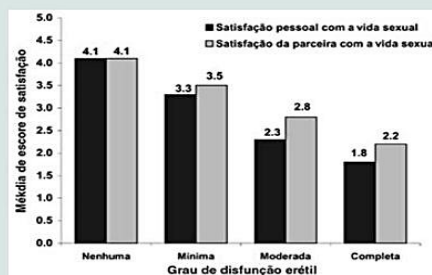


Figura 2 - Satisfação pessoal e da parceira com a vida sexual numa escala de 1 (muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito), de acordo com o grau de disfunção erétil, Brasil, 2002-2003 (n=70.459).

Conclusões

Nossos resultados demonstram que DE é uma condição comum, acometendo aproximadamente metade dos pacientes atendidos em consultórios médicos no Brasil. Apesar disso, apenas 27% dos pacientes foram perguntados sobre possíveis problemas sexuais durante uma consulta médica. A investigação sistemática de disfunções sexuais deveria fazer parte da avaliação médica de rotina. Ao contrário do que poderia se argumentar, a maioria dos homens no Brasil concorda com essa prática e não teria constrangimento em discutir problemas sexuais com seu médico. Provavelmente, esta estratégia ofereceria a melhor oportunidade para diagnosticar e/ou tratar os cerca de 60% de pacientes com DE no Brasil que não procuraram ajuda médica, reduzindo o impacto negativo que essa disfunção tem sobre a qualidade de vida do indivíduo e do casal.

Os fatores correlacionados com DE identificados na nossa amostra são consistentes com outros estudos prévios sobre a epidemiologia desta disfunção sexual. Futuras pesquisas deverão envolver estimativas da incidência de DE baseados em populações, a fim de testar prospectivamente as hipóteses geradas neste estudo de corte-transversal. Ainda assim, esperamos que as características correlacionadas à DE aqui identificadas possam ajudar os profissionais de saúde na avaliação individual de pacientes com DE ou possam induzir a investigação de potenciais comorbidades subjacentes em pacientes apresentando DE.

Agradecimentos

Os autores agradecem à colaboração de toda a equipe envolvida no "Projeto Avaliar". Este projeto teve o apoio dos Laboratórios Pfizer.

Bibliografia

1. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *Jama* 1993; 270:83-90.
2. Hauri D. Erectile dysfunction in the elderly man. *Urol Int* 2003; 70:89-99.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors [published erratum appears in *JAMA* 1999 Apr 7;281(13):1174] [see comments]. *Jama* 1999; 281:537-44.
4. Meilman A, Gingell JC. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *J Urol* 1999; 161: 5-11.
5. Monga M, Rajasekaran M. Erectile dysfunction: current concepts and future directions. *Arch Androl* 2003; 49:7-17.
6. Boolell M, Gepi-Attee S, Gingell JC, Allen MJ. Sildenafil, a novel effective oral therapy for male erectile dysfunction [see comments]. *Br J Urol* 1996; 78:257-61.
7. Morales A, Heaton JP, Johnston B, Adams M. Oral and topical treatment of erectile dysfunction. Present and future. *Urol Clin North Am* 1995; 22:879-86.
8. Seftel AD. Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment. *J Urol* 2003; 169:1999-2007.
9. Sanchez-Cruz JJ, Cabrera-Leon A, Martin-Morales A, Fernandez A, Burgos R, Rejas J. Male erectile dysfunction and health-related quality of life. *Eur Urol* 2003; 44:245-53.
10. Latini DM, Penson DF, Lubeck DP, Wallace KL, Henning JM, Lue TF. Longitudinal differences in disease specific quality of life in men with erectile dysfunction: results from the Exploratory Comprehensive Evaluation of Erectile Dysfunction study. *J Urol* 2003; 169:1437-42.
11. Moreira ED, Jr., Abdo CH, Torres EB, Lobo CF, Fittipaldi JA. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology* 2001; 58:583-8.
12. Moreira ED, Jr., Bestane WJ, Bartolo EB, Fittipaldi JA. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in Santos, southeastern Brazil. *Sao Paulo Med J* 2002; 120:49-54.
13. Moreira ED, Jr., Lisboa Lobo CF, Villa M, Nicolosi A, Glasser DB. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Salvador, northeastern Brazil: a population-based study. *Int J Impot Res* 2002; 14 Suppl 2:S3-9.
14. Moreira ED, Jr., Lobo CF, Diamant A, Nicolosi A, Glasser DB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. *Urology* 2003; 61:431-6.
15. Abdo CHN, Moreira ED, Santos DB, Wroclawski E, Fittipaldi JAS. Percepções e atitudes sobre disfunção erétil entre médicos no Brasil: resultados do "Projeto Avaliar". *Rev Bras Med* 2004.
16. Abdo CHN, Moreira ED, RE W, Fittipaldi JAS. Pesquisa Nacional sobre saúde, hábitos de vida, disfunção sexual e respectiva conduta médica - "Projeto Avaliar". *Rev Bras Med* 2003; 60:53 - 60.
17. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Construction of a surrogate variable for impotence in the Massachusetts Male Aging Study. *J Clin Epidemiol* 1994; 47:457-67.
18. Derby CA, Araujo AB, Johannes CB, Feldman HA, McKinlay JB. Measurement of erectile dysfunction in population-based studies: the use of a single question self-assessment in the Massachusetts Male Aging Study [In Process Citation]. *Int J Impot Res* 2000; 12:197-204.
19. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822-30.
20. O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, et al. A brief male sexual function inventory for urology [see comments]. *Urology* 1995; 46:697-706.
21. IBGE IBdGeE. Anuário Estatístico do Brasil - 2000. Vol. 56. Rio de Janeiro, 2001.
22. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151:54-61.
23. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int J Impot Res* 1999; 11 Suppl 1:S60-4.
24. Nicolosi A, Moreira ED, Jr., Shirai M, Bin Mohd Tambi MI, Glasser DB. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology* 2003; 61:201-6.
25. Lyngdorf P, Hemmingsen L. Epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors: a practice-based study in Denmark. *Int J Impot Res* 2004.
26. Shirri R, Koskimaki J, Hakama M, et al. Prevalence and severity of erectile dysfunction in 50 to 75-year-old Finnish men. *J Urol* 2003; 170:2342-4.
27. Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A, Reitz C, Murino M, Thonneau P. Prevalence of erectile dysfunction in France: results of an epidemiological survey of a representative sample of 1004 men. *Eur Urol* 2002; 42:382-9.
28. Araujo AB, Johannes CB, Feldman HA, Derby CA, McKinlay JB. Relation between psychosocial risk factors and incident erectile dysfunction: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Am J Epidemiol* 2000; 152:533-41.
29. Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study [see comments]. *J Urol* 2000; 163:460-3.
30. Fedele D, Bortolotti A, Coscelli C, et al. Erectile dysfunction in type 1 and type 2 diabetics in Italy. On behalf of Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile nei Diabetici. *Int J Epidemiol* 2000; 29:524-31.
31. Cummings MH, Alexander WD. Erectile dysfunction in patients with diabetes. *Hosp Med* 1999; 60:638-44.
32. Bortolotti A, Parazzini F, Colli E, Landoni M. The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *Int J Androl* 1997; 20:323-34.
33. Rosen RC, Marin H. Prevalence of antidepressant-associated erectile dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 Suppl 10:5-10.
34. Roose SP. Depression: links with ischemic heart disease and erectile dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 Suppl 10:26-30.
35. Goldstein I. The mutually reinforcing triad of depressive symptoms, cardiovascular disease, and erectile dysfunction. *Am J Cardiol* 2000; 86:41F-45F.
36. Shabsigh R, Klein LT, Seidman S, Kaplan SA, Lehrhoff BJ, Ritter JS. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology* 1998; 52:848-52.
37. Khan MA, Morgan RJ, Mikhailidis DP. Sexual dysfunction in men with lower urinary tract symptoms and benign prostatic hyperplasia: an emerging link. *BJU Int* 2003; 92:822-3.
38. Quinn MJ. Benign prostatic hyperplasia and sexual dysfunction. *Lancet* 2003; 361:1562.
39. Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, et al. The association between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction in four centres: the UrEpik study. *BJU Int* 2003; 92:719-25.
40. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, et al. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Prev Med* 2000; 30:328-38.
41. Sasayama S, Ishii N, Ishikura F, et al. Men's Health Study: epidemiology of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Circ J* 2003; 67:656-9.
42. Roumeguere T, Wespes E, Carpentier Y, Hoffmann P, Schulman CC. Erectile dysfunction is associated with a high prevalence of hyperlipidemia and coronary heart disease risk. *Eur Urol* 2003; 44:355-9.
43. Kolodny L. Erectile dysfunction and vascular disease. What is the connection? *Postgrad Med* 2003; 114:30-4, 39-40.
44. Derby CA, Mohr BA, Goldstein I, Feldman HA, Johannes CB, McKinlay JB. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology* 2000; 56:302-6.
45. Mirone V, Imbimbo C, Bortolotti A, et al. Cigarette smoking as risk factor for erectile dysfunction: results from an Italian epidemiological study. *Eur Urol* 2002; 41:294-7.
46. Spangler JG, Summerson JH, Bell R, Konen JC. Cigarette smoking and erectile dysfunction. *J Fam Pract* 2002; 51:81.
47. Nicolosi A, Glasser DB, Moreira ED, Villa M. Prevalence of erectile dysfunction and associated factors among men without concomitant diseases: a population study. *Int J Impot Res* 2003; 15:253-7.

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2778&fase=imprime