



Imprimir

Pesquisa Clínica

Prevalência e fatores de risco da disfunção erétil no Brasil: resultados do estudo multicêntrico de comportamento sexual

Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in Brazil: results of multicenter study of sexual behavior

Edson Duarte Moreira Jr.

Núcleo de Epidemiologia e Estatística, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz - Fundação Oswaldo Cruz.

Carmita Helena Najjar Abdo

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

Eliana Barreto Torres

Núcleo de Epidemiologia e Estatística, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz - Fundação Oswaldo Cruz.

Carlos Fernando Lisboa Lôbo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

João Antônio Saraiva Fittipaldi

Laboratórios Pfizer.

© 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.

Introdução

Em 1992, uma reunião do Grupo de Consenso em Impotência no Instituto Nacional de Saúde (NIH) definiu disfunção erétil como a incapacidade persistente de obter e manter uma ereção suficiente para uma função sexual satisfatória(1). O termo impotência com seu significado pejorativo e inespecífico foi então substituído por um mais preciso: disfunção erétil (DE). Estima-se que até o ano 2005 mais de 25 milhões de homens com 40 a 70 anos de idade serão afetados por esta condição nos Estados Unidos(2). No Brasil, o único estudo populacional sobre DE, realizado em 1998(3), sugere que aproximadamente 40% dos brasileiros nesta mesma faixa etária apresentam algum grau de DE. Embora não seja uma ameaça à vida, esta disfunção sexual não deve ser considerada uma desordem benigna, já que pode ter um forte efeito negativo no relacionamento interpessoal e comprometer o bem-estar e a qualidade de vida(4).

Recentemente, foram identificadas novas classes de drogas que oferecem potencial terapêutico significativo para o tratamento da desordem erétil masculina(5-7). Estes avanços farmacológicos vêm despertando maior interesse dos profissionais e do público em geral nesta disfunção sexual, gerando uma demanda crescente de serviços clínicos relacionados à DE. Apesar destes fatos, dados epidemiológicos sobre DE são relativamente escassos. Resultados do Massachusetts Male Aging Study (MMAS)(3) mostram que 52% dos homens com 40 a 70 anos têm algum grau de desordem erétil, enquanto 34,8% apresentam disfunção moderada a completa, indicando, portanto, ser esta condição um problema de saúde pública importante. O Grupo de Consenso em Impotência do NIH(1) chamou a atenção para a necessidade urgente de dados baseados em populações referentes à prevalência, determinantes e consequências de DE. Informações desta natureza seriam muito úteis no desenvolvimento de estratégias apropriadas para a distribuição de recursos e prestação de serviços relacionados à DE.

No presente estudo, analisamos dados de pesquisa realizada em vários centros metropolitanos no Brasil para estimar a prevalência de DE. O papel de características demográficas, doenças crônicas associadas, hábitos de vida e fatores socioculturais como determinantes de DE foi também investigado.

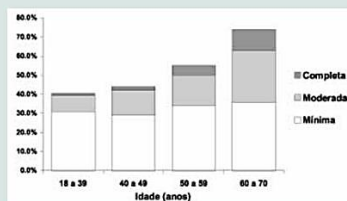
Material e métodos

Seleção da amostra

A amostra estudada consistiu de transeuntes de lugares públicos, como praias, praças e parques, que foram convidados a participar deste inquérito ao passarem por quiosques ocupados pelo projeto "Caravana da Saúde", realizado entre os meses de fevereiro e abril de 2000 nestes locais. Este projeto educacional se destinava a oferecer informações gerais na área de saúde e prevenção de doenças, distribuindo panfletos com esclarecimentos sobre diabetes, hipertensão e dislipidemias, à semelhança de uma feira de ciência e saúde. Assim, todos os indivíduos com mais de 18 anos de idade atendendo à Caravana eram abordados por um dos monitores da equipe, previamente treinado, que se apresentava e convidava o passageiro a participar de um inquérito anônimo sobre saúde, hábitos de vida e sexualidade do brasileiro. Em cada jornada da Caravana foi selecionada uma amostra consecutiva de aproximadamente 125 homens, exceto no Rio de Janeiro e Curitiba onde foram recrutados 86 e 75 indivíduos, respectivamente. Embora não tenha sido possível calcular a taxa de participação, a receptividade da população à pesquisa foi excelente e quase todos os convidados aceitaram participar, ocorrendo recusas excepcionalmente.

Locais de estudo

A "Caravana da Saúde" aconteceu em nove cidades brasileiras (São Paulo, Salvador, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Curitiba, Santos, Recife, Belo Horizonte e Ribeirão Preto), de sete Estados. O evento durava um fim de semana; em cada uma das cidades foi realizada uma jornada da caravana, exceto em São Paulo onde foram realizadas três sessões.



Coleta de dados

As informações foram colhidas através de um questionário padronizado, cujo autopreenchimento em cabine individual e privativa durava em média 15-20 minutos. Os participantes recebiam o questionário dentro de envelope fechado para ser depositado, após o preenchimento, em uma coletora à saída das cabines. O instrumento de coleta era composto por questões sobre dados demográficos (idade, profissão, religião etc.), saúde em geral (auto-relato do diagnóstico de doenças crônicas), hábitos de vida e práticas sexuais(9). Em relação à avaliação de DE, os indivíduos foram instados a escolher a categoria que melhor lhes descrevesse, como: sempre, geralmente, às vezes ou nunca ser capaz de obter e manter uma ereção boa ou suficiente para uma relação sexual; as respostas foram então usadas para classificar os participantes em uma das seguintes categorias: nenhum, mínimo, moderado ou completo grau de DE, respectivamente. Portanto, a presença de DE 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 MMAS(10). Além disso, Derby et al.(11) 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(12) e o Inventário Breve de Função Sexual Masculina(13).

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 Quiquadrado, exato de Fisher ou t de Student, conforme o mais 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

Participaram do inquérito 1.286 indivíduos, destes 116 (9%) deixaram de responder à questão sobre DE e foram excluídos, os 1.170 remanescentes foram usados nesta análise. Os homens excluídos não diferiam dos demais em relação à idade, educação, estado civil, raça, religião e prevalência de doenças associadas. O perfil sociodemográfico e algumas outras características dos participantes da amostra estudada estão apresentados na Tabela 1. A idade média (desvio padrão) do grupo avaliado foi de 39,3 (12,9) anos. Quando comparamos a proporção de indivíduos em cada faixa etária na nossa amostra com a distribuição etária da população brasileira, de acordo com o censo de 1996(14), os percentuais são semelhantes na categoria até 39 anos, um pouco maiores nas idades de 40 a 59 anos e discretamente inferiores nos grupos com 60 anos ou mais (Tabela 1). Em relação à educação, a proporção de participantes com segundo grau (41,4%) ou curso superior (42,7%) no nosso estudo foi maior do que os percentuais encontrados na população masculina brasileira, 17,2% e 8,6%, respectivamente. A distribuição da frequência de raça e religião foi comparável à encontrada na população de homens no Brasil(14).

	% da amostra	% da população brasileira*
Faixa etária		
18 a 39 anos	55,7	58,6
40 a 49 anos	22,4	18,1
50 a 59 anos	14,0	11,2
60 a 69 anos	6,4	7,3
>70 anos	1,5	4,8
Estado civil (n=1.159)		
Casado/morando com companheira	57,1	63,4
Solteiro	34,0	29,8
Divorciado/separado/desquitado	8,1	5,7
Viúvo	0,8	1,1
Cor/raça (n=1.156)		
Branca	58,1	56,5
Parda	35,3	37,7
Negra	6,1	5,2
Amarela	0,5	0,6
Outra	-	0,1
Educação (n=1.157)		
1º Grau ou menos	15,9	74,2
2º Grau (completo ou não)	41,4	17,2
Superior (completo ou não)	42,7	8,6
Religião (n=1.147)		
Católica	67,6	76,4
Evangélica/Protestante	12,2	9,1
Espírita	10,6	7,6
Outra	5,4	3,1
Ateu	4,2	3,8
Orientação sexual (n=1.130)		
Heterossexual	91,6	
Bissexual	4,8	
Homossexual	3,6	
Condição médica		
Depressão	16,3	
Hipertensão arterial	15,8	
Dislipidemia	12,6	
Úlcera péptica	7,9	
Diabetes mellitus	6,1	
Doença do coração	3,1	

*População brasileira masculina com ≥ 18 anos (IBGE, Censo 1996).

Prevalência

Ao todo, 540 (46,2%) homens reportaram algum grau de DE, a frequência de disfunção mínima, moderada e completa foi de 31,5%, 12,1% e 2,6%, respectivamente. A partir destes dados da nossa amostra, projetamos a prevalência de DE esperada para a distribuição de idade e educação da população brasileira. Assim, estimamos que a prevalência de DE no Brasil seja de 48,8%, com 26,6% de disfunção mínima, 18,3% de moderada e 3,9% de completa (Tabela 2). As taxas de DE reportadas em dois outros estudos populacionais no Brasil realizados pelo nosso grupo são semelhantes às de nosso inquérito (Tabela 2).

Associação à idade

A relação da idade com presença de DE está ilustrada na Figura 1. A frequência de DE moderada e completa aumentou com a idade, passando de 8,3% e 1,1%, respectivamente, em indivíduos com menos de 40 anos, para 27,8% e 11,1% entre homens com 70 anos ou mais, enquanto que a proporção de disfunção mínima permaneceu estável em aproximadamente 32%. Cerca de 60% dos participantes não apresentavam disfunção erétil antes dos 40 anos de idade, esta percentagem diminuiu para 28% entre aqueles com 70 anos ou mais.

A associação entre idade e DE foi sempre estatisticamente significativa ($p < 0,001$) quando testada na análise multivariada, juntamente com outros possíveis fatores de risco. Nenhuma outra variável, correlacionada à idade ou não, foi capaz de diminuir o poder preditivo da idade isoladamente.

Disfunção erétil	Prevalência (%)			
	Amostra (n=1.170)	Brasil*	Salvador (n=602)†	Santos (n=342)‡
Ausente	53,8	51,2	59,9	54,0
Presente	46,2	48,8	40,1	46,0
Mínima	31,5	26,6	25,0	33,8
Moderada	12,1	18,3	13,6	8,6
Completa	2,6	3,9	1,5	3,6

*Prevalência ajustada para a distribuição de idade e educação da população brasileira. †Moreira et al., *Journal of Urology* 2000; 163 (4) Suppl: 15. ‡Moreira et al., *International Journal of Impotence Research* (submetido).

TABELA 3
Resultados da análise bivariada simples e ajustada para idade, Brasil, 2000 (n=1.170)

	OR (I.C. 95%)†	
	Não ajustada	Ajustada para idade
Faixa etária (em anos)		
18 a 39	1 (referência)	
40 a 49	1,70 (1,10-2,62)*	
50 a 59	2,55 (1,61-4,05)***	
60 ou mais	5,95 (3,61-9,78)***	
Características sociodemográficas		
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	1 (referência)	1 (referência)
Casado ou morando com parceira	1,56 (1,08-2,25)*	0,82 (0,53-1,28)
Divorciado, separado, viúvo	0,90 (0,45-1,82)	0,50 (0,24-1,06)
<i>Educação</i>		
Superior (completo ou não)	1 (referência)	1 (referência)
2º Grau (completo ou não)	1,59 (1,08-2,35)*	2,08 (1,38-3,16)***
1º Grau ou menos	3,19 (2,04-4,98)***	3,65 (2,28-5,83)***
<i>Cor/etnia</i>		
Branco	1 (referência)	1 (referência)
Pardo	0,96 (0,61-1,52)	1,27 (0,78-2,05)
Negro	1,45 (0,89-2,36)	2,15 (1,29-3,61)**
<i>Ter alguma afiliação religiosa</i>	0,94 (0,48-1,82)	0,74 (0,37-1,52)
<i>Ser homossexual ou bissexual</i>	1,66 (0,98-2,80)	2,06 (1,19-3,56)*
Condições médicas		
Diabetes	3,77 (2,26-6,30)***	2,18 (1,25-3,82)**
Hipertensão	3,25 (2,25-4,70)***	2,30 (1,54-3,43)***
Doença do coração	1,42 (0,81-3,29)	0,84 (0,35-2,04)
Dislipidemia	1,58 (1,02-2,44)*	1,22 (0,77-1,93)
Úlcera péptica	1,13 (0,63-2,01)	0,94 (0,52-1,71)
Depressão	1,84 (1,25-2,72)***	1,87 (1,25-2,81)**

† Razão da prevalência de "odds" comparando disfunção erétil moderada ou completa com disfunção erétil mínima ou ausente e intervalo de confiança de 95%; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Associações bivariadas ajustadas para idade

As associações bivariadas ajustadas para idade entre DE (moderada ou completa vs. mínima ou nenhuma) e potenciais co-fatores foram estimadas através de regressão logística e estão apresentadas na Tabela 3. Entre as variáveis sociodemográficas, escolaridade foi inversamente associada com DE moderada ou severa: aqueles 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 = 2,08 (I.C. 95% 1,38-3,16) e OR = 3,65 (I.C. 95% 2,28-5,83), respectivamente. Reportar ser da raça/cor negra comparada à branca foi associado à DE (OR = 2,15; I.C. 95% 1,29-3,61), mas reportar ser mestiço/pardo não (OR = 1,27; I.C. 95% 0,78-2,05). Indivíduos com orientação sexual homossexual/bissexual apresentaram prevalência de DE significativamente maior do que os heterossexuais (OR = 2,06; I.C. 95% 1,19-3,56). Possuir afiliação religiosa e estado civil não foram significativamente associados à DE. Entre as variáveis indicando condições de saúde, relatar diagnóstico médico de diabetes (OR = 2,18; I.C. 95% 1,25-3,82), hipertensão arterial (OR = 2,30; I.C. 95% 1,54-3,43) e depressão (OR = 1,87; I.C. 95% 1,25-2,81) foram associados à DE, enquanto dislipidemia (OR = 1,22; I.C. 95% 0,77-1,97), doença do coração (OR = 0,84; I.C. 95% 0,35-2,04) e úlcera péptica (OR = 0,94; I.C. 95% 0,52-1,71) não o foram (Tabela 3).

TABELA 4
Resultados da análise multivariada, Brasil, 2000 (n=1.170)

	OR (I. C. 95%)†
Idade (cada aumento de 1 ano)	1,05 (1,03-1,06)***
Educação	
Superior	1 (referência)
2º Grau	2,11 (1,37-3,25)***
1º Grau	3,38 (2,06-5,54)***
Cor/etnia negra	1,72 (1,00-2,98)*
Ser homossexual ou bissexual	1,99 (1,12-3,56)*
Condições médicas	
Diabetes	2,05 (1,12-3,77)*
Hipertensão	1,98 (1,26-3,05)**
Doença do coração	0,61 (0,23-1,65)
Dislipidemia	0,92 (0,54-1,56)
Úlcera péptica	0,95 (0,50-1,81)
Depressão	1,71 (1,09-2,67)*

† Razão da prevalência de "odds" comparando disfunção erétil moderada ou completa com disfunção erétil mínima ou ausente (Intervalo de Confiança de 95%). *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Análise multivariada

Os resultados encontrados no modelo final da análise multivariada estão representados na Tabela 4. A variável idade se correlacionou fortemente com DE, OR = 1,05 (I.C. 95% 1,03-1,06) para cada ano a mais de idade. Escolaridade manteve-se inversamente associada à DE, enquanto raça negra e orientação sexual homossexual/bissexual foram positivamente correlacionadas à DE. O auto-relato de diagnóstico médico de diabetes, hipertensão e depressão foi significativamente associado à DE, enquanto doença do coração, dislipidemia e úlcera péptica não, à semelhança dos resultados da análise bivariada ajustada para idade.

Discussão

Estudos populacionais sobre a epidemiologia da DE fora dos EUA e Europa ainda são escassos, apesar dos recentes avanços farmacológicos no tratamento da DE virem despertando crescente interesse de leigos e profissionais da saúde nesta disfunção sexual. Nossos resultados indicam uma alta prevalência de DE (46,2%) numa amostra de homens com idade média de 39,3 anos. Após ajustar estas estimativas para a distribuição de idade e escolaridade da população brasileira (segundo o censo de 1996)(14), antecipamos que atualmente cerca de 25 milhões de homens com mais de 18 anos sofrem de algum grau de DE e 11,3 milhões têm disfunção moderada ou severa. Sugerindo, portanto, que esta condição é comum na população masculina brasileira, devendo ser considerada um problema de saúde importante.

A prevalência de DE encontrada no nosso inquérito multicêntrico foi semelhante à de 40% reportada no primeiro inquérito populacional sobre DE realizado no Brasil, incluindo uma amostra aleatória de 602 homens na cidade de Salvador, no nordeste do Brasil, em 1998(3), e virtualmente igual à taxa de 46% encontrada em outro inquérito populacional, incluindo 342 homens na cidade de Santos, em 2000 (Moreira Jr., ED, comunicação pessoal). Estas taxas são também comparáveis com aquelas provenientes de levantamentos feitos nos EUA: 52% no MMAS(8), um inquérito, realizado entre 1987 e 1989, numa amostra randômica de 1.290 homens de 40 a 70 anos de idade vivendo em cidades e vilas próximas a Boston, no Estado de Massachusetts; e 46,3% num inquérito populacional envolvendo aproximadamente 1.650 homens de 50 a 76 anos na zona rural do Estado de Nova York(15). Encontramos também taxas semelhantes na França, onde Virag et al.(16) reportaram uma prevalência de 39% em homens de 18 a 70 anos; e na Tailândia onde um estudo populacional numa amostra de 1.250 homens com 40 a 70 anos demonstrou uma prevalência de DE de 37,5%(17). As diferenças entre as estimativas encontradas nos estudos citados podem ser reflexo de diferenças reais na prevalência de DE e/ou podem ser consequência de diferenças culturais na percepção e na atitude relacionadas à DE entre as respectivas populações. Ou ainda, a metodologia utilizada em cada estudo pode também ter contribuído, uma vez que não houve padronização das técnicas e definições empregadas. Além disso, diferenças na distribuição etária dos homens incluídos nas diversas amostras podem ter resultado em discrepâncias das taxas gerais de prevalência de DE.

Em nosso estudo, bem como em outros inquéritos já realizados até o momento(8,17,18), 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.

Escolaridade foi inversamente correlacionada à DE no nosso inquérito. No estudo longitudinal do MMAS, Johannes et al.(19) reportaram que o risco de desenvolver DE, ajustado para idade, era maior em homens com menor escolaridade, OR = 1,46 (I.C. 95% 1,02-2,08). Laumann et al.(20) também encontraram uma correlação inversa entre educação e DE, embora não significativa. O desenho de corte-transversal utilizado neste estudo, bem como no nosso inquérito, impede que se determine se esta é uma associação inequívoca, mas o estudo prospectivo do MMAS, ao comparar a incidência de DE entre homens com diferente grau de instrução, sugere fortemente esta associação. Educação, renda e ocupação são variáveis comumente utilizadas para avaliar condição socioeconômica (CSE) em inquéritos populacionais. Apesar do reconhecimento da associação entre baixa CSE e uma vasta gama de problemas de saúde, a relação entre CSE e DE ainda não foi bem estabelecida. Num estudo recente, a associação entre CSE e DE só foi significativa após ajustar outros fatores de risco para DE bem estabelecidos como idade, estilo de vida e condições médicas(21). Estes resultados sugerem que o efeito de CSE é, em parte, mediado pela influência desta condição sobre fatores individuais de estilo de vida (como tabagismo, alcoolismo ou dieta) e condições médicas (como diabetes, depressão, doença coronária ou hipertensão). Escolaridade é apenas um indicador aproximado de CSE, que por sua vez é um marcador de inúmeras desigualdades sociais que nós não pudemos medir diretamente com os nossos dados. Novos estudos incluindo medidas mais abrangentes de CSE, em nível do indivíduo, domicílio e vizinhança, são fundamentais para destrinchar os mecanismos pelos quais CSE afeta condições de saúde como DE.

Encontramos uma associação estatisticamente significativa entre raça negra e DE. Um estudo em quatro cidades norte-americanas, incluindo 1.680 homens com mais de 40 anos de idade, mostrou que DE era independente de etnia(22). Apesar da associação encontrada nos nossos resultados ter persistido na análise multivariada, portanto, após ajustar para outros fatores de risco para DE (como escolaridade e condições médicas), é possível que esta associação seja resultado da confusão de efeitos residual. A avaliação limitada de CSE (medida através de escolaridade apenas) pode ter levado ao controle imperfeito desta variável de confusão.

Orientação sexual homossexual ou

bissexual foi associada à DE na nossa amostra, mesmo após controlar o efeito de outras variáveis preditoras de DE através de análise multivariada. É possível que esta associação decorra de diferenças culturais na percepção e na atitude de DE entre homo/bissexuais e heterossexuais.

Diabetes é uma doença reconhecidamente associada à DE(19,23-25). No nosso inquérito a prevalência de DE moderada/completa foi significativamente maior entre diabéticos. Estudos prévios têm mostrado repetidamente uma maior prevalência de DE em indivíduos com diabetes, as estimativas variando entre 35% e 75%(26-28), nós encontramos DE em 37% dos nossos participantes com diabetes. Existe controvérsia quanto a qual dos inúmeros aspectos do diabetes seria o causador direto da DE. Doença vascular é freqüentemente citada(29). Adicionalmente, neuropatia autonômica, disfunção gonadal e comprometimento do relaxamento da musculatura lisa peniana mediada pelo endotélio vascular ou por via neurogênica também têm sido implicados na patogênese da DE em diabéticos(30-32).

Doença cardiovascular tem sido associada à DE em vários estudos(33-36). Nossos resultados demonstram uma associação entre DE e história de hipertensão arterial, mas não encontramos relação significativa com história de doença do coração ou de dislipidemia. Considerando que a história médica foi colhida por auto-relato, é possível que condições médicas freqüentemente assintomáticas (dislipidemia) ou que necessitem de testes diagnósticos complexos (doença coronariana oligossintomática) tenham sido subnotificadas por indivíduos não cientes de que eram portadores das mesmas.

Este erro de classificação seria não diferenciado e desviaria as medidas de associação no sentido da nulidade, atenuando possíveis associações.

O relato de diagnóstico médico de depressão foi associado com DE na nossa população de estudo, independentemente da idade e da presença de outros fatores de risco para DE. A partir dos dados do MMAS, Araújo et al.(37) reportaram uma forte associação entre DE e a presença de sintomas de depressão. Apesar da correlação entre DE e depressão estar bem documentada, a relação causal entre ambas é algumas vezes imprecisa e muito provavelmente bidirecional, isto é, DE tanto pode acompanhar a depressão como a depressão pode ser consequência desta disfunção sexual(38-41).

Méritos e limitações

Entre os méritos deste inquérito estão o tamanho e a representatividade da amostra, que incluiu indivíduos da população geral em nove cidades do Brasil, abrangendo sete Estados da federação. A padronização das taxas de prevalência encontradas, de acordo com os dados do Censo sobre a distribuição de idade e escolaridade da população brasileira, permitiu que, pela primeira vez, fossem feitas estimativas confiáveis do número de homens acometidos por esta disfunção sexual no país. 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. Além disso, a estratégia anônima e privada empregada na coleta de informações sobre DE nos possibilitou explorar potenciais fatores correlatos da DE sem viés de informação ou observação.

A principal limitação deste estudo é que, por força do desenho empregado (corte-transversal), a coleta dos dados foi feita apenas através de questionário de auto-preenchimento. Portanto, a avaliação da presença de doenças se limitou ao auto-relato. Doenças comumente assintomáticas ou oligossintomáticas (como hipertensão, diabetes, dislipidemias etc.) podem ter sido substancialmente subnotificadas, resultando em erro de classificação não diferenciado e atenuação das medidas de associação encontradas.

Conclusões

No Brasil, como em outros países, DE é uma condição comum, cuja prevalência e severidade aumenta com a idade. Os fatores correlacionados com DE identificados na nossa população são consistentes com outros estudos prévios sobre a epidemiologia desta disfunção sexual. Futuras pesquisas deverão envolver a avaliação objetiva da presença de condições médicas, particularmente aquelas freqüentemente assintomáticas ou subdiagnosticadas. Além disso, estudos sobre a incidência de DE, baseados em populações, serão necessários para 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 em pacientes apresentando DE, possam induzir a investigação de potenciais comorbidades subjacentes.

Agradecimentos

Os autores agradecem à sra. Lucy Marques da Silva e à sra. Isabella Rebouças Arapiraca, pela ajuda na edição e revisão deste manuscrito. Nossa gratidão também à equipe do projeto "Caravana da Saúde".

Bibliografia

1. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *Jama*, 1993; 270:83-90.
2. Melman A, Gingell JC. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *J Urol*, 1999;161:5-11.
3. Moreira Jr ED, Lôbo CFL, Glasser D. A population-based survey to determine the prevalence of erectile dysfunction and its correlates in the State of Bahia, Northeastern Brazil. *J Urol*, 2000; 163:15.
4. Krane RJ, Goldstein I, Saenz de Tejada I. Impotence [see comments]. *N Engl J Med*, 1989; 321:1648-59.
5. 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.
6. Heaton JP, Morales A, Adams MA, Johnston B, el-Rashidy R. Recovery of erectile function by the oral administration of apomorphine. *Urology*, 1995; 45:200-6.
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. 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.
9. Abdo CHN, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Estudo do comportamento sexual no Brasil - ECOS. *Rev Bras Med*, 2000; 57:1329-35.
10. 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.
11. Derby CA, Araújo 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.
12. 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.
13. O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, et al. A brief male sexual function inventory for urology [see comments]. *Urology*, 1995; 46:697-706.
14. I.B.G.E.-A. Anuário Estatístico do Brasil - 1996. Vol. 56. Rio de Janeiro, 1997.
15. Ansong KS, Lewis C, Jenkins P, Bell J. Epidemiology of erectile dysfunction. A community-based study in rural new york state [In Process Citation]. *Ann Epidemiol*, 2000; 10:293-6.
16. Virag R, Beck-Ardilly L. [Nosology, epidemiology, clinical quantification of erectile dysfunctions]. *Rev Med Interne*, 1997; 18 Suppl 1:10s-13s.
17. An epidemiological study of erectile dysfunction in Thailand (Part 1: Prevalence). Thai Erectile Dysfunction Epidemiologic Study Group (TEDES). *J Med Assoc Thai*, 2000; 83:872-9.
18. 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.
19. Johannes CB, Araújo 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.
20. 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.
21. Aytac IA, Araújo AB, Johannes CB, Kleinman KP, McKinlay JB. Socioeconomic factors and incidence of erectile dysfunction: findings of the longitudinal Massachusetts Male Aging Study [In Process Citation]. *Soc Sci Med*, 2000; 51:771-8.
22. Jonler M, Moon T, Brannan W, Stone NN, Heisey D, Bruskewitz RC. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. *Br J Urol*, 1995; 75:651-5.
23. 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 Eretille nei Diabetici. *Int J Epidemiol*, 2000; 29:524-31.
24. Cummings MH, Alexander WD. Erectile dysfunction in patients with diabetes. *Hosp Med*, 1999; 60:638-44.
25. Bortolotti A, Parazzini F, Colli E, Landoni M. The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *Int J Androl*, 1997; 20:323-34.
26. Kayigil O, Atahan O, Metin A. Multifactorial evaluation of diabetic erectile dysfunction. *Int Urol Nephrol*, 1996; 28:717-21.
27. Zemel P. Sexual dysfunction in the diabetic patient with hypertension. *Am J Cardiol*, 1988; 61: 27H-33H.
28. Smith AD. Causes and classification of impotence. *Urol Clin North Am*, 1981; 8:79-89.
29. Jevtich MJ, Edson M, Jarman WD, Herrera HH. Vascular factor in erectile failure among diabetics. *Urology*, 1982; 19:163-8.
30. Whitehead ED, Klyde BJ. Diabetes-related impotence in the elderly. *Clin Geriatr Med*, 1990; 6:771-95.
31. Saenz de Tejada I, Goldstein I, Azadzi K, Krane RJ, Cohen RA. Impaired neurogenic and endothelium-mediated relaxation of penile smooth muscle from diabetic men with impotence. *N Engl J Med*, 1989; 320:1025-30.
32. Cartledge JJ, Eardley I, Morrison JF. Impairment of corpus cavernosal smooth muscle relaxation by glycosylated human haemoglobin. *BJU Int*, 2000; 85:735-41.
33. Chew KK, Earle CM, Stuckey BG, Jamrozik K, Keogh EJ. Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates [In Process Citation]. *Int J Impot Res*, 2000; 12:41-5.
34. Andersson K, Stief C. Penile erection and cardiac risk: pathophysiologic and pharmacologic mechanisms. *Am J Cardiol*, 2000; 86:23F-26F.
35. 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.
36. Jackson G. Erectile dysfunction and cardiovascular disease [see comments]. *Int J Clin Pract*, 1999; 53:363-8.
37. Araújo AB, Durante R, Feldman HA, Goldstein I, McKinlay JB. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Med*, 1998; 60:458-65.
38. Seidman SN, Roose SP. The Relationship Between Depression and Erectile Dysfunction. *Curr Psychiatry Rep*, 2000; 2:201-205.
39. Roose SP, Seidman SN. Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor? *Am J Cardiol*, 2000; 86:38F-40F.
40. Goldstein I. The mutually reinforcing triad of depressive symptoms, cardiovascular disease, and erectile dysfunction. *Am J Cardiol*, 2000; 86:41F-45F.
41. 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.

Imprimir



http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1560