

DISFUNÇÃO ERÉTIL – RESULTADOS DO ESTUDO DA VIDA SEXUAL DO BRASILEIRO

CARMITA HELENA NAJJAR ABDO*, WALDEMAR MENDES DE OLIVEIRA JR, MARCO DE TUBINO SCANAVINO, FERNANDO GONINI MARTINS

Trabalho realizado no Projeto Sexualidade (ProSex), Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP

RESUMO

OBJETIVO. Estimar a prevalência da disfunção erétil (DE) e fatores de risco associados em amostra da população brasileira.

MÉTODOS. Estudo transversal com amostra de conveniência de 2.862 homens, maiores de 18 anos, por meio de questionário anônimo e auto-responsivo. A prevalência de DE na amostra foi obtida mediante questão global derivada diretamente da definição de DE. Os dados foram submetidos a testes Qui-quadrado e t de Student. Foram utilizadas análises de regressão logística para cálculos dos riscos.

RESULTADOS. A prevalência encontrada de DE foi 45,1% (31,2% mínima, 12,2% moderada e 1,7% completa). Indivíduos com DE apresentaram comprometimento da auto-estima, dos relacionamentos interpessoais, menos relações sexuais por semana, mais relações extraconjugais, queixas de falta de desejo sexual e ejaculação rápida. Comparados aos homens com idades entre 18 e 39 anos, aqueles com 60 a 69 têm 2,2 (95% IC; 1,4-3,4; $p < 0,01$) mais risco para DE, enquanto para aqueles com 70 anos ou mais, a chance triplica (95% IC; 1,4-6,3; $p < 0,01$). Houve associação inversa entre nível educacional e risco para DE. Raça amarela, desemprego, alguma afiliação religiosa, história de tumor de próstata, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e depressão aumentaram a chance para DE.

CONCLUSÃO. A prevalência de DE é alta e comparável à de outros estudos. Homens com DE apresentam menos atividade sexual e prejuízo da qualidade de vida. Idade e condição socioeconômica precária agravam o risco para DE. Ações terapêuticas e preventivas devem ser implementadas para minimizar o impacto negativo desta condição, particularmente em países em desenvolvimento.

UNITERMOS: Disfunção erétil. Epidemiologia. Comportamento sexual. Qualidade de vida. Etiologia. Prevenção e controle.

*Correspondência:

Rua Gil Eanes, 492
Cep: 04601-041
São Paulo, SP
Telefone: (11) 5092-5345
Fax: (11) 5543-8338
carmita.abdo@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Disfunção erétil (DE) é um inequívoco problema de saúde pública, fato corroborado pelos estudos populacionais que apontam altas taxas de prevalência para essa disfunção.

O *Massachusetts Male Aging Study*, que pesquisou 1.290 americanos, entre 40 e 70 anos, na região de Massachusetts, encontrou 52% de prevalência para diferentes graus de DE¹. Por outro lado, um estudo conduzido na Bélgica com homens de mesma faixa etária apresentou a prevalência de 61,4% de DE, enquanto outro, desenvolvido com franceses de 18 a 70 anos, revelou índice de 39%^{2,3}. Na América Latina, o estudo DENSA realizado na Colômbia, no Equador e na Venezuela apontou índice de 53,4% para os três países em conjunto⁴.

Recentemente foram conduzidos estudos acerca das dificuldades de ereção na população brasileira^{5,8}. Realizado em três regiões do país, o Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) encontrou 46,2% de DE (31,5% mínima, 12,1% moderada e 2,6% completa)⁵. Outros dois estudos realizados na região Nordeste encontraram índices de 39,5% e 40%, respectivamente^{6,7}.

Apesar de não ser letal, a DE compromete o bem-estar e a qualidade de vida, bem como pode indicar a existência de doenças subjacentes, sobretudo aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular⁸⁻¹².

Já são bem conhecidos os fatores de risco mais comumente correlacionados à DE: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade, doenças prostáticas, depressão e idade^{1,4,5,9,13-20}. Fatores socioeconômicos, tais como baixa renda e baixo grau de escolaridade, desemprego e estado civil solteiro têm sido também associados à presença de dificuldades de ereção^{1,4,5,14-17,19}.

A prevalência e os fatores de risco de uma determinada doença, quando estimados por meio de estudos populacionais, possibilitam ações preventivas e terapêuticas mais dirigidas no combate a essa dada condição⁵.

O presente estudo analisa dados coletados em localidades pertencentes às cinco regiões do Brasil e investiga o papel que as características sociodemográficas, as doenças e os hábitos de vida exercem sobre o risco para a ocorrência e a manutenção de DE em homens de nosso País.

MÉTODOS

Seleção da amostra

O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) foi conduzido entre novembro de 2002 e fevereiro de 2003 e avaliou 7.022 indivíduos (54,6% de homens e 45,4% de mulheres). A amostra foi

constituída de forma aleatória por transeuntes de ruas, praias, parques e *shopping centers*, sendo incluídos aqueles com idade igual ou superior a 18 anos.

Locais do estudo

O EVSB foi realizado em 18 grandes cidades brasileiras, contemplando todas as regiões do País. Em 13 dessas cidades, houve a participação de 200 homens. Nas demais, esse contingente variou de 67 a 960 indivíduos, respeitada a densidade demográfica das respectivas cidades.

Coleta dos dados

Os dados foram obtidos por meio de um questionário inédito auto-responsivo e anônimo, constituído de 87 itens sobre variáveis sociodemográficas, saúde geral (doenças referidas), hábitos de vida, comportamento e dificuldades sexuais.

Os sujeitos eram convidados a respondê-lo por psicólogas treinadas, as quais acompanhavam à distância o preenchimento, que durava de 20 a 25 minutos, em média.

Em relação aos dados sobre capacidade erétil, os indivíduos foram solicitados a escolher a categoria que melhor a descrevesse: sempre, geralmente, às vezes ou nunca capaz de obter e manter a ereção satisfatória até a conclusão da atividade sexual. As respostas foram utilizadas para classificar os respondentes em uma das quatro categorias de DE, ou seja, nenhuma, mínima, moderada ou completa, respectivamente.

Dessa forma, a prevalência de DE na amostra foi obtida a partir de uma questão global simples, derivada diretamente da definição de DE, proposta pelo *National Institutes of Health Consensus Conference*²¹. A validação estatística deste procedimento foi estabelecida pelo *Massachusetts Male Aging Study (MMAS)*²². Em estudo publicado em 2000, foi evidenciada a validade do uso de uma questão simples e auto-responsiva para o diagnóstico de DE, quando comparada a outros instrumentos já consolidados, como o *International Index of Erectile Function* e o *Brief Male Sexual Function Inventory*²³⁻²⁵. Ressalta-se que a correlação entre esses dois instrumentos é considerada moderada²³. Contudo, atendeu às necessidades de mapeamento do estudo em pauta.

Análise estatística

Responderam à questão sobre DE 2.862 homens. A frequência e o percentual de sujeitos com algum grau desta disfunção foram calculados para cada variável analisada. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

O teste t de Student foi utilizado para comparar as diferentes médias em homens com e sem DE.

Na análise de regressão logística univariada e múltipla, a variável dependente DE foi dicotomizada em nenhuma e mínima/moderada/completa. Foram calculadas as *odds ratios* com 95% de intervalo de confiança.

Foram selecionadas para o processo de modelagem múltipla apenas as variáveis com valores de $p \leq 0,20$ no teste do Qui-quadrado. A estratégia utilizada foi partir do modelo mais simples para o mais complexo, sendo as variáveis independentes incluídas uma a uma. Apenas as variáveis estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) e/ou aquelas que se ajustaram em pelo menos 10% de *odds ratios* permaneceram no modelo.

Tabela 1 – Distribuição da frequência e proporção (%) de indivíduos de acordo com respondentes e não respondentes à questão sobre disfunção erétil, e variáveis sociodemográficas e presença de doenças referidas, Brasil, 2003†

Variável	Respondentes n (%)	Não-respondentes n (%)	Valor de p
Raça			0,00
Branca	2.130 (75,1)	632 (67,6)	
Negra	187 (6,6)	112 (12,0)	
Mulata	416 (14,7)	165 (17,6)	
Amarela	65 (2,3)	11 (1,2)	
Outra	38 (1,3)	15 (1,6)	
Total	2.836 (100,0)	935 (100,0)	
Situação empregaticia			0,00
Empregado	2.297 (82,8)	699 (75,8)	
Desempregado	286 (10,3)	116 (12,6)	
Aposentado	192 (6,9)	107 (11,6)	
Total	2.775 (100,0)	922 (100,0)	
Afiliação religiosa			0,00
Sim	2.478 (87,0)	864 (90,6)	
Não	370 (13,0)	90 (9,4)	
Total	2.848 (100,0)	954 (100,0)	
Educação			0,00
Superior	1.586 (55,6)	343 (36,2)	
Média	996 (34,9)	382 (40,3)	
Fundamental	268 (9,4)	222 (23,4)	
Total	2.850 (100,0)	947 (100,0)	
Doenças referidas			
Hiperplasia de próstata	66 (2,9)	21 (3,5)	0,44
Câncer de próstata	37 (1,6)	16 (2,7)	0,09
Hipertensão arterial	253 (11,2)	61 (10,3)	0,51
Deficiência de hormônios sexuais	40 (1,8)	14 (2,4)	0,35
Cardiopatas	81 (3,6)	31 (5,2)	0,07
Hipercolesterolemia	236 (10,5)	49 (8,3)	0,11
Diabetes mellitus	87 (3,9)	32 (5,4)	0,10
Depressão	151 (6,7)	33 (5,6)	0,32

† Dados obtidos do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003

RESULTADOS

Dos 3.832 homens participantes, 970 (25,3%) não responderam à questão sobre DE e foram excluídos. Um total de 2.862 homens permaneceram no estudo. A amostra excluída tendeu a uma faixa etária mais elevada do que a utilizada nos cálculos: média de $39,1 \pm 15,7$ versus $37,6 \pm 13,6$ anos ($p < 0,01$), respectivamente. Também contou com maior número de indivíduos da raça negra e poucos da raça amarela, maior número de desempregados e sujeitos com alguma afiliação religiosa, mas menor proporção daqueles com educação superior. Não houve diferenças estatisticamente significativas em relação à amostra incluída quanto às doenças referidas (Tabela 1).

Gráfico 1 – Disfunção erétil, em 2.862 indivíduos (EVSB), Brasil, 2003

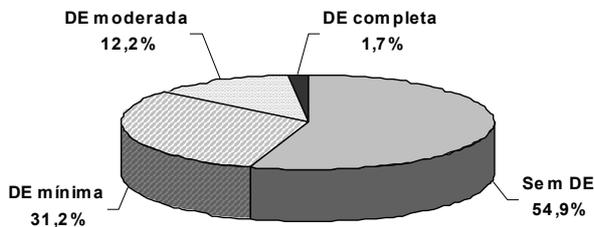
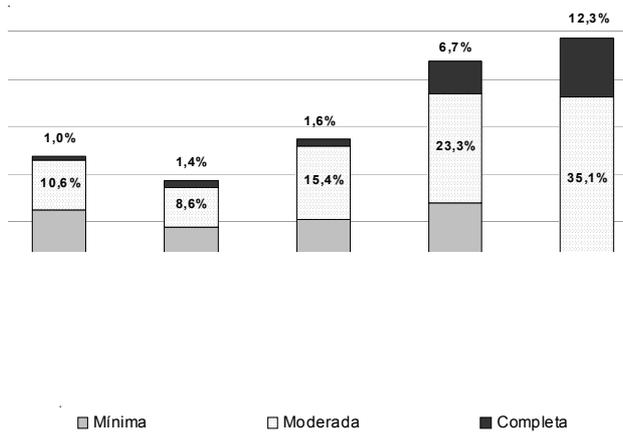


Gráfico 2 – Disfunção erétil, por faixa etária, em 2.832 indivíduos (EVSB) Brasil, 2003



Prevalência

A prevalência de DE na amostra foi de 45,1% (31,2% de DE mínima, 12,2% de DE moderada e 1,7% de DE completa) (Gráfico 1). Esta prevalência aumentou com a idade, conforme ilustra o Gráfico 2.

Hábitos, comportamento e outras dificuldades sexuais

Homens com DE referiram com mais frequência repercussões negativas em diversas situações, tais como baixa auto-estima, problemas no relacionamento com a parceira, com os filhos e os amigos, no trabalho e no lazer, quando comparados a homens com outras disfunções sexuais, tais como ejaculação rápida, falta de desejo sexual e disfunção orgásmica.

Não foram encontradas diferenças no grupo de homens com e sem DE no que diz respeito à média do número de parceiras sexuais nos últimos 12 meses (3,1 versus 2,8, respectivamente; p = 0,134), nem na média etária de início da atividade sexual (15,9 versus 15,8 anos, respectivamente; p = 0,655).

Por outro lado, o número médio de relações sexuais por semana foi menor para aqueles com DE (3,1 ± 3,3) do que para aqueles sem DE (3,4 ± 3,0), com p < 0,01.

Não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre DE e hábitos de vida, tais como tabagismo, uso excessivo de álcool, de substâncias psicoativas e de medicamentos, alterações do sono, da alimentação ou sedentarismo.

Os homens com dificuldades de ereção, quando comparados àqueles sem esta disfunção: tiveram menos informação sobre sexo durante a infância (20,7% versus 13,2%; p < 0,001); tiveram mais dificuldades no início da vida sexual (32,9% versus 24,8%; p < 0,001); apresentam mais queixa de falta de desejo sexual (3,0% versus 0,6%; p < 0,001); referem ejaculação rápida mais freqüentemente (30,4% versus 21,6%; p < 0,001); consideram sua qualidade de vida sexual insatisfatória ou muito insatisfatória (8,9% versus 3,6%; p < 0,001); têm vínculos menos estáveis com suas parceiras (23,2% versus 14,7%; p < 0,001) e apresentam mais casos extraconjugais (54,6% versus 49,6%; p < 0,01).

Análise univariada

A distribuição da freqüência total, da freqüência de casos e das odds ratios, derivada de regressão logística univariada, é apresentada na Tabela 2.

Análise múltipla

Os resultados do modelo final de regressão logística multivariada estão apresentados na Tabela 3.

Discussão

Os resultados indicam uma alta prevalência de DE em ampla amostra de homens de todas as regiões do Brasil.

As taxas de prevalência encontradas para DE são comparáveis às de estudos prévios conduzidos no Brasil e em outros países, o que confirma que a DE é um importante problema de saúde pública também em nosso País. É possível que a capacidade de manter vínculos sexuais estáveis seja abalada em homens portadores de DE, o que pode levar alguns deles a relações extraconjugais, na tentativa de superar a dificuldade mediante a troca de parceira(o).

A auto-avaliação negativa da qualidade de vida sexual é, em parte, reflexo do menor nível de atividade sexual (avaliada pelo número médio de relações sexuais por semana) e da presença de outras disfunções sexuais concomitantes. Apesar dos indivíduos com DE não apresentarem diferenças quanto à idade de início da vida sexual, tiveram mais dificuldades sexuais nesta fase, bem como obtiveram menos informações sobre sexo durante a infância ou a juventude, o que provavelmente prejudicou o desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com os diversos aspectos da vida sexual.

Apesar de estudo anterior no Brasil ter encontrado associação entre DE e raça negra, as pesquisas populacionais não têm evidenciado associações significativas entre DE e raça⁵. A associação entre DE e raça amarela apresentada pelo EVSB sugere a necessidade de mais pesquisas, em vista da casuística ter sido pequena (n = 65).

A idade revelou ser importante fator de risco, como evidenciado em diversos estudos^{1,4,5,9,13-17,26}. No EVSB, a variável idade elevou tanto a prevalência quanto a severidade da DE, o que ganha importância maior à medida que a expectativa de vida aumenta, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a presença de algum grau de disfunção erétil e características demográficas, hábitos de vida, doenças referidas e respectivas odds ratios (intervalo de confiança de 95%), para presença de algum grau de disfunção erétil (DE), Brasil, 2003[†]

Variáveis	DE n (%)	Odds ratio (IC)
Faixa etária (anos)		
18-39	740/1.687 (43,9)	1,0 (referência)
40-49	215/556 (38,7)	0,8 (0,7-1,0)*
50-59	176/369 (47,7)	1,2 (0,9-1,5)
60-69	104/163 (63,8)	2,3 (1,6-3,1)***
≥70	39/57 (68,4)	2,8 (1,6-4,9)***
Educação		
Superior	615/1.586 (38,8)	1,0 (referência)
Média	516/996 (51,8)	1,7 (1,4-2,0)***
Fundamental	152/268 (56,7)	2,1 (1,6-2,7)***
Estado civil		
Casado	675/1.518 (44,5)	1,0 (referência)
Solteiro	476/1.056 (45,1)	1,0 (0,9-1,2)
Divorciado	123/259 (47,5)	1,1 (0,9-1,5)
Viuvo	12/20 (60,0)	1,9 (0,8-4,6)
Raça		
Branca	916/2.130 (43,0)	1,0 (referência)
Negra	104/187 (55,6)	1,7 (1,2-2,2)**
Mulata	202/416 (48,6)	1,2 (1,0-1,5)*
Amarela	40/65 (61,5)	2,1 (1,3-3,5)**
Outra	17/38 (44,7)	1,1 (0,6-2,0)
Afiliação religiosa		
Não	149/370 (40,3)	1,2 (1,0-1,6)*
Sim	1.135/2.478 (45,8)	
Situação empregatícia		
Empregado	980/2.297 (42,7)	1,0 (referência)
Desempregado	151/286 (52,8)	1,5 (1,2-1,9)**
Aposentado	119/192 (62,0)	2,2 (1,6-3,0)***
Câncer de próstata		
Não	1.002/2.216 (45,2)	3,8 (1,8-8,0)**
Sim	28/37 (75,7)	
Hiperplasia de próstata		
Não	986/2.187 (45,1)	2,4 (1,4-4,1)**
Sim	44/66 (66,7)	
Hipertensão arterial		
Não	889/2.000 (44,5)	1,6 (1,2-2,0)**
Sim	141/253 (55,7)	
Deficiência de hormônios sexuais		
Não	1.005/2.213 (45,4)	2,0 (1,0-3,8)*
Sim	25/40 (62,5)	
Cardiopatas		
Não	982/2.172 (45,2)	1,8 (1,1-2,8)*
Sim	48/81 (59,3)	
Hipercolesterolemia		
Não	913/2.017 (45,3)	1,2 (0,9-1,6)
Sim	117/236 (49,6)	
Diabetes mellitus		
Não	983/2.166 (45,4)	1,4 (0,9-2,2)
Sim	47/87 (54,0)	
Depressão		
Não	948/2.102 (45,1)	1,4 (1,0-2,0)*
Sim	82/151 (54,3)	
Insônia		
Não	897/1.990 (45,1)	1,2 (1,0-1,5)*
Sim	215/428 (50,2)	
Hipersonia		
Não	995/2.196 (45,3)	1,4 (1,0-1,8)*
Sim	117/220 (53,2)	
Uso excessivo de medicamentos		
Não	1.079/2.362 (45,7)	1,7 (1,0-3,1)*
Sim	31/52 (59,6)	

† Dados obtidos do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSb), 2003. Odds ratios da presença de DE dos sujeitos de um grupo específico em relação a um grupo de referência. Resultados da regressão logística univariada. As porcentagens foram derivadas dos homens que responderam a cada uma das categorias em relação ao número total de homens que responderam a todas as questões. IC = intervalo de confiança. *p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p < 0,001

Tabela 3 – Distribuição das odds ratios (intervalo de confiança de 95%) de algum grau de disfunção erétil (DE) de acordo com as características sociodemográficas e doenças referidas, Brasil, 2003[†]

Variáveis	Odds ratio (IC)
Faixa etária (anos)	
18-39	1,0 (referência)
40-49	0,9 (0,7-1,1)
50-59	1,1 (0,8-1,4)
60-69	2,2 (1,4-3,4)**
≥70	3,0 (1,4-6,3)**
Educação	
Superior	1,0 (referência)
Média	1,7 (1,4-2,1)***
Fundamental	1,9 (1,4-2,6)***
Raça	
Branca	1,0 (referência)
Negra	1,4 (0,9-2,0)
Mulata	1,1 (0,9-1,5)
Amarela	3,7 (1,9-7,2)***
Outra	0,9 (0,4-1,7)
Câncer de próstata	
Não	1,0 (referência)
Sim	2,4 (1,0-5,5)*
Hipertensão arterial	
Não	1,0 (referência)
Sim	1,4 (1,0-1,9)*
Depressão	
Não	1,0 (referência)
Sim	1,4 (1,0-2,0)*
Afiliação religiosa	
Não	1,0 (referência)
Sim	1,3 (1,0-1,7)*
Situação empregatícia	
Empregado	1,0 (referência)
Desempregado	1,3 (1,0-1,8)*
Aposentado	1,3 (0,8-1,9)

† Dados obtidos do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSb), 2003. Odds ratios da presença de DE dos sujeitos de um grupo específico em relação a um grupo de referência. Resultados do modelo final de regressão logística multivariada. *p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p < 0,001

A consistente associação entre DE e hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi confirmada em nosso estudo. O impacto da HAS sobre o sistema cardiovascular pode explicar esse risco aumentado entre os hipertensos²⁷.

A associação entre DE e doenças prostáticas também é confirmada por outros estudos^{16,19,28,29}. Apesar do diabetes mellitus ser um fator de risco reconhecido para a dificuldade de ereção, não foi encontrada associação estatisticamente significante entre essas duas condições^{1,4,13,14,19}. Possivelmente, a dificuldade de acesso ao atendimento em saúde no Brasil, pela maior parte da população economicamente desfavorecida, possa explicar que uma parcela dos sujeitos pesquisados desconheça ser portadora de diabetes (viés de informação). Ressalta-se que apenas 87 indivíduos referiram esta condição.

Maus hábitos como tabagismo e vida sedentária também não se associaram de maneira estatisticamente significativa com DE,

em nossa amostra. Pode-se compreender este resultado, considerando que os indivíduos mais jovens foram os que referiram mais frequentemente o hábito de fumar e a vida sedentária. Assim, ainda não houve tempo suficiente de evolução desses hábitos para produzir dano físico e, conseqüentemente, DE.

O nível de escolaridade associou-se de modo inversamente proporcional ao risco para DE, conforme também apontam outros estudos^{4,22}. Os indivíduos com baixa escolaridade têm menor acesso aos cuidados com a saúde, bem como apresentam maior desconhecimento acerca da função sexual, mais mitos, tabus e conceitos errôneos, que são prejudiciais ao desempenho sexual. O papel da religião em nossa cultura e suas restrições quanto à atividade sexual podem também exacerbar a ansiedade em relação ao sexo e afetar o desempenho sexual. Entretanto, a maioria dos estudos não tem referido associação estatisticamente significativa entre crenças religiosas e risco para DE.

O desemprego é comumente utilizado em pesquisas para acessar a condição socioeconômica e a auto-estima de um indivíduo. Esta variável, comprovada em nosso estudo, tem se firmado como um importante fator de risco para DE⁴.

A depressão apresentou-se, de forma similar a outros estudos, como fator de risco independente para DE e causa de diminuição de desejo sexual, que leva à DE, secundariamente^{5,18,20}.

A relevância da presente investigação está no tamanho e na abrangência da amostra, uma vez que contou com milhares de homens do quinto país mais populoso do mundo.

As limitações foram o desenho transversal (que impede a determinação da relação temporal dos eventos) e a obtenção de dados exclusivamente por meio de questionário auto-responsivo, o que limita ao relato dos sujeitos a avaliação da presença de condições médicas. Indivíduos assintomáticos ou oligossintomáticos podem não ter referido estas condições, tornando algumas de nossas associações atenuadas ou ausentes.

Além disso, o índice de DE pode ser ainda maior, uma vez que a amostra excluída (homens que não responderam à questão sobre DE) foi constituída por maior número de indivíduos com fatores de risco para DE do que a amostra dos respondentes.

CONCLUSÃO

Os correlatos de DE encontrados em nossa população confirmam os publicados em países com perfis socioeconômicos e culturais distintos do brasileiro: alta prevalência, associada a diversas condições clínicas, o que torna essa condição um marcador de saúde; menor atividade sexual e prejuízo da auto-estima e de relacionamentos interpessoais; fatores socioeconômicos associados à gênese da DE; necessidade de instrumentos objetivos de investigação populacional para condições médicas associadas à DE.

Um melhor conhecimento de todos estes elementos poderá resultar na implementação de programas de saúde e de medidas preventivo/terapêuticas mais específicas e eficazes para DE e seus correlatos.

Conflito de interesse: não há.

SUMMARY

ERECTILE DYSFUNCTION: RESULTS OF THE BRAZILIAN SEXUAL LIFE STUDY

OBJECTIVE. To estimate the prevalence of ED and related risk factors in a sample of the Brazilian male population.

METHODS. Cross-sectional study was carried out with a convenience sample of 2,862 men, 18 years of age or older, using an anonymous self-administered questionnaire. ED prevalence in the sample was obtained by a general question which was directly derived from the ED definition. Data were submitted to chi-square or Student's t tests. Logistic regression analyses were used for risk factor calculations.

RESULTS. The prevalence of ED was 45.1% (31.2% mild, 12.2% moderate and 1.7% complete). Subjects with ED presented lower self-esteem, hindered interpersonal relationships, fewer sexual intercourses per week, more extra-marital relationships, complaints of lack of libido and premature ejaculation. When compared with men aged 18-39 years, men aged 60-69 presented 2.2 higher risk of ED (95% CI; 1.4-3.4; $p < 0.01$), whereas men aged 70 or older presented 3.0 higher risk of ED (95% CI; 1.4-6.3; $p < 0.01$). Level of education was inversely proportional to risk of ED. Yellow race, unemployment, religious affiliation, prostate tumor, hypertension and depression were variables that increased ED risk.

CONCLUSION. The prevalence of ED was high and comparable to that found in other studies. Subjects with ED suffer from less sexual activity and poorer quality of life. Age and lower socioeconomic level are directly proportional to ED risk. Therapeutic and preventive measures should be implemented to minimize the negative impact of this condition, especially in developing countries. [Rev Assoc Med Bras 2006; 52(6): 424-9]

KEY WORDS: Erectile dysfunction. Epidemiology. Sexual behavior. Quality of life. Etiology. Prevention and control.

REFERÊNCIAS

- 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. *J Urol.* 2000;163:460-3.
- Mak R, De Backer G, Kornitzer M, De Meyer JM. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in a population-based study in Belgium. *Eur Urol.* 2002;41:132-8.
- Virag R, Beck-Ardilly L. Nosology, epidemiology, clinical quantification of erectile dysfunctions. *Rev Med Interne.* 1997;18(Suppl 1):105-3.
- Morillo LE, Diaz J, Estevez E, Costa A, Mendez H, Davila H et al. Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a population-based study (DENSEA). *Int J Impot Res.* 2002;14(Suppl 2):S10-8.
- Moreira Jr ED, Abdo CHN, Torres EB, Lobo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: Results of The Brazilian Study of Sexual Behaviour. *Urology.* 2001;58:583-8.
- Moreira Jr ED, Lobo CFL, 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.
- Moreira Jr ED, Lobo 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(Suppl):15[poster abstract].

8. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: Resultados do Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS). *Rev Bras Med.* 2002;59(4):250-7.
9. Jonler M, Moon T, Brannan W, Stone NN, Heisey D, Bruskevitz RC. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. *Br J Urol.* 1995;75:651-5.
10. Mc Donagh R, Ewings P, Porter T. The effect of erectile dysfunction on quality of life: Psychometric testing of a new quality of life measure for patients with erectile dysfunction. *J Urol.* 2002;167:212-7.
11. Jackson G, Betteridge J, Dean J, Eardley I, Hall R, Holdright D, et al. A systematic approach to erectile dysfunction in the cardiovascular patient: a consensus statement – Update 2002. *Int J Clin Pract.* 2002;56(9):663-71.
12. Burchardt M, Burchardt T, Anastasiadis AG, Kiss AJ, Shabsigh A, de La Taille A, et al. Erectile dysfunction is a marker for cardiovascular complications and psychological functioning in men with hypertension. *Int J Impot Res.* 2001;13:276-81.
13. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Arch Sex Behav.* 2001;30:177-219.
14. Parazzini F, Fabris FM, Bortolotti A, Calabro A, Chatenoud L, Colli E, et al. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. *Eur Urol.* 2000;37:43-9.
15. 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.
16. Pinnock CB, Stapleton AMF, Marshall VR. Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. *Med J Aust.* 1999;171:353-7.
17. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537-44.
18. 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.
19. Nicolosi A, Moreira Jr ED, 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.
20. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: Results of the "Cologne Male Survey". *Int J Impot Res.* 2000;12:305-11.
21. National Institutes of Health Consensus Development Panel on Impotence: impotence. *JAMA.* 1993;270: 83-90.
22. 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.
23. 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. *Int J Impot Res.* 2000;12:197-204.
24. 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.
25. O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, Barber B, Sagnier PP, Guess HA et al. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology.* 1995;46: 697-706.
26. 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.
27. Jensen J, Lendorf A, Stimpel H, Frost J, Ibsen H, Rosenkilde P. The prevalence and etiology of impotence in 101 male hypertensive outpatients. *Am J Hypertens.* 1999;12:271-5.
28. Braun MH, Sommer F, Haupt G. Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: co-morbidity or typical "aging male" symptoms? Results of the "Cologne Male Survey". *Eur Urol.* 2003;44:588-94.
29. Penson DF, Litwin MS. Quality of life after treatment for prostate cancer. *Curr Urol Rep.* 2003;4: 185-95.

Artigo recebido: 03/02/2006
 Aceito para publicação: 19/05/2006
