

Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis

J. PAIS RIBEIRO (*)

ABEL SANTOS (**)

A Disfunção Erétil (DE) designa a «incapacidade do homem conseguir a ereção do pénis como parte de um processo global e multifacetado do funcionamento sexual masculino» (NIH Consensus Statement, 1992, p. 1). É a forma adequada para expressar o que antes se designava por impotência e que é considerado um termo pejorativo.

A DE abrange uma variedade de aspectos físicos com uma importante contribuição de aspectos psicológicos e comportamentais. Reconhece-se no documento de consenso referido acima que o desejo, as capacidades orgásticas e ejaculatória podem estar intactas ou podem ser deficientes, e contribuírem para o sentimento de inadequação da função sexual. DE e disfunção sexual são por vezes utilizados como sinónimos.

Por outro lado o Funcionamento Sexual parece estar muito dependente da Função Erétil (FE) embora esta deva ser vista mais como a parte visível do *iceberg*, dado o funcionamento sexual incluir outras dimensões como está estabelecido no *Disgnostic and Statistical Manual da Ameri-*

can Psychiatric Association, DSM-IV e na International Classification of Diseases, ICD-10. Por exemplo, Sachs (2000) salienta que FE e DE são mecanismos diferentes.

A prevalência de DE não é clara e está sujeita a diferentes modos de ser avaliada. Para os Estados Unidos da América ela é de 5% para os homens de 40 anos, e de 15 a 25% para os homens acima dos 65 anos segundo a relatório de consenso referido. Por outro lado, e segundo Laumann, Paik, e Rosen (1999) a disfunção sexual atinge 31% dos homens entre os 18 e os 59 anos de idade nos Estados Unidos da América, Kubin, Wagner, e Fugl-Meyer (2003), para a Alemanha, referem 5 a 20% dos homens têm DE de moderada a grave. Braun et al. (2000) referem para a Alemanha 19,2% (entre os 30 e 80 anos). Moreira, Abdo, Torres, Lobo e Fittipaldi (2001) reportam para a população masculina Brasileira 46,2% de algum grau de DE. Noutra amostra Brasileira entre os 40 e 90 anos de idade, Rhoden, Teloken, Sogari e Vargas Souto (2002), encontraram valores de DE de 53.9%. Numa amostra Australiana com idades entre 18 e 91 anos, Chew, Earle, Stuckey, Jamrozik e Keogh (2000) encontraram 39,4% de DE. Numa população Francesa entre os 17 e os 70 anos, Costa, Avances e Wagner (2003), encontraram uma prevalência de 25%, e Giuliano et al. (2002) também numa população France-

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. E-mail: jlpr@psi.up.pt

(**) Hospital de Sta. Maria, Lisboa.

sa com os critérios do IIEF-5 encontraram 31,6% de DE. Numa população Sul Americana com mais de 40 anos, Morillo et al. (2002) encontraram valores de 53,4% de DE.

Salienta-se que o modo de encontrar os números referidos são muito variados, mas em qualquer caso mostra que os valores são elevados e que aumentam com a idade. Embora a prevalência desta disfunção seja elevada cerca de 70% dos homens nesta condição não são tratados (Kubin et al., 2003).

Embora para alguns homens a FE possa não ser a melhor medida de satisfação sexual, a sua falha é susceptível de ser fonte de *stress* e afectar a interacção com a família e próximos.

A Qualidade de Vida (QDV) pode, por esta e por outras razões, ser uma variável fortemente associada à DE em homens saudáveis (Sanchez-Cruz et al., 2003; Seyam et al., 2003; Willke et al., 1998), ou doentes (De Berardis et al., 2002; Guest & Das Gupta, 2003; Litwin, Nied, & Dhanani, 1998; Meyer, Gillatt, Lockyer, & Macdonagh, 2003; Sasayama et al., 2003), e a melhora da DE associa-se a melhora da QDV (Giuliano, Pena, Mishra & Smith, 2001).

A DE pode ter um efeito negativo na saúde em geral, dado que a falha em conseguir completar a relação íntima resulta em medo, perda de auto confiança e da sua imagem, e depressão (NIH Consensus Statement, 1992). Althof et al. (2003) reportam que a DE afecta a relação sexual, a auto estima e o relacionamento em geral. A DE pode ser consequência de inúmeras doenças ou de acontecimentos de vida, e pode ser episódico, afirma a declaração de consenso (NIH Consensus Statement, 1992).

O objectivo do presente estudo é a) comparar a Percepção Geral de Saúde ou QDV entre dois grupos, com e sem DE e, b) identificar a relação entre FE e QDV em homens Portugueses saudáveis.

MÉTODO

Participantes

Participaram 133 indivíduos do sexo masculino com idades entre os 21 e 78 anos ($M=43,86$; $DP=14,39$), com uma escolaridade entre os 4 e

21 anos de idade ($M=13,21$; $DP=4,31$), que constituíram uma amostra de conveniência.

Material

Recorreu-se a três questionários: Um questionário sumário de dados demográficos em que se questionava a idade e a escolaridade, um questionário de avaliação da função eréctil e um questionário de percepção geral do estado de saúde.

Índice Internacional de função eréctil

O Índice Internacional de Função Eréctil – *International Index of Erectile Function* - (IIEF), é um questionário de auto resposta com 15 itens que avalia a percepção de funcionamento sexual. No processo de desenvolvimento do IIEF os autores identificaram um conjunto de domínios do funcionamento sexual masculino e desenvolveram itens para os avaliar. Depois dos tratamentos iniciais do questionário encontraram cinco domínios: Função Eréctil, Função Orgástica, Desejo Sexual, Satisfação com a Prática Sexual, Satisfação Global (Rosen et al., 1997). Segundo estes autores, o questionário foi desenvolvido para ser uma medida da FE (p. 823) e de DE (p. 828) ou, mais genericamente, para «fornecer avaliação de resultados sensíveis e específicos em ensaios clínicos de DE» (Rosen et al., 1997, p. 823). Nesta última vertente ele tem sido utilizado para identificar a eficácia de medicação ou outros procedimentos que visam restaurar a funcionalidade sexual. Não fica claro porque os autores não o discutem, se a Função Eréctil, que constitui um dos domínios do questionário e é o elemento central do IIEF, é o oposto, se define a DE ou qual o modo como está ligado à DE. De qualquer modo o que parece é que a avaliação em jogo neste questionário visa principalmente o funcionamento sexual em geral, o que explica a frequência da utilização deste instrumento na avaliação do sucesso de medicação para o tratamento da disfuncionalidade sexual (sildenafil citrate, alprostadil, etc.)

O DSM-IV e o ICD-10 descrevem como critérios de diagnóstico para a DE: a) Incapacidade, persistente ou recorrente, para obter ou manter uma erecção apropriada até ao final da actividade sexual; b) A alteração provoca mal estar ou dificuldades de relação interpessoal; c) A DE não se explica melhor pela presença de outro trans-

tornos do Eixo I (que não seja disfunção sexual) e não é devido exclusivamente a efeitos fisiológicos directos de uma sustância (p. ex., drogas ou fármacos) ou a uma doença médica.

Ora o IIEF inclui como um dos domínios, por exemplo, o Desejo Sexual, que pertence a uma categoria diferente de disfunção tanto no DSM-IV como no ICD-10. Ou seja, de facto, o IIEF parece ser um instrumento mais adequado para avaliar o funcionamento sexual em geral do que para diagnosticar a DE. No entanto os mesmos autores desenvolveram, com base nesta escala, o IIEF-5 que inclui apenas alguns dos itens do IIEF, com o fim mais claro de diagnosticar a DE. Apresentaremos mais à frente este instrumento.

Os autores reportam para a versão original do IIEF (dos Estados Unidos da América) boas características psicométricas e clinimétricas. Os autores reportam estudos em 17 idiomas, alguns deles em curso à data da publicação do artigo, incluindo o Português. Não se conhecem estudos sobre uma versão portuguesa. Um estudo de validação confirmatório e conservador do IIEF está em vias de publicação (Pais Ribeiro & Santos, 2004). O Quadro 1 mostra características métri-

cas da versão utilizada neste estudo em comparação com a versão original.

A versão Portuguesa mostra padrões idênticos à escala original com as correlações inter-escalas mais elevadas entre a Função Eréctil e a Satisfação com a Prática Sexual e, genericamente com os valores mais elevados e mais baixos seguindo padrões semelhantes à versão americana. O mesmo sucedendo com a consistência interna.

Em resumo dado que a escala IIEF portuguesa exhibe propriedades métricas idênticas à original assumimos que ela pode ser utilizada como medida com as mesmas funções desta.

Verifica-se que os valores de correlação mais elevados são entre a Função Eréctil a Satisfação com a Prática Sexual a Função Orgástica e a Satisfação Global. De facto a Satisfação com a Prática Sexual e a Função Eréctil desempenham um papel central nos resultados do IIEF, seguidas da Satisfação Global. Aliás recorrendo a uma Análise de Componentes Principais sobre os domínios do IIEF verifica-se que se agrupam num único factor que explica 64,68% da variância e que os domínios com maior carga factorial são estes

QUADRO 1

Correlação entre dimensões da versão portuguesa do IIEF utilizada no presente estudo. Entre parêntesis apresentam-se os dados da versão original dos EUA para a população normal apresentados pelos autores, seguidos do valor de significância estatística de p para o valor de correlação apresentado e para a versão portuguesa

	Número de itens	F.E.	F.O.	D.S.	S.P.S.	S.G.	Consistência Interna
F.E.	6	0,66(0,55) <i>p</i> <0,0001	0,43(0,30) <i>p</i> <0,0001	0,87(0,76) <i>p</i> <0,0001	0,65(0,60) <i>p</i> <0,0001		0,92 (0,96)
F.O.	2		0,30(0,39) <i>p</i> <0,0001	0,56(0,47) <i>p</i> <0,0001	0,47(0,53) <i>p</i> <0,0001		0,94 (0,99)
D.S.	2			0,42(0,35) <i>p</i> <0,0001	0,22(0,37) <i>p</i> <0,009		0,71 (0,82)
S.P.S.	3				0,77(0,53) <i>p</i> <0,0001		0,87 (0,87)
S.G.	2						0,94 (0,87)

Legenda: F.E. – Função Eréctil; F.O. – Função Orgástica; D.S. – Desejo Sexual; S.P.S. – Satisfação com a Prática Sexual; S.G. – Satisfação Global

três: Satisfação com a Prática Sexual (0,93); Função Erétil (0,92); e Satisfação Global (0,80).

Os autores desenvolveram uma escala breve com cinco itens (IIEF-5) visando identificar a presença e a gravidade da DE e cujos resultados mostraram que era adequado para essa função (Rosen, Cappelleri, Smith, Lipsky & Pena, 1999). Este questionário conserva cinco itens do IIEF que se aproximam dos critérios do DSM-IV e do ICD-10 para a definição de DE. No entanto o IIEF-5 tem funções de *screening*, ou seja, se os resultados apontarem para DE, o sujeito deverá consultar o seu médico.

Questionário de Percepção do Estado de saúde – SF-36

O questionário de Percepção do Estado de saúde reduzido (*short form* de 36 itens ou SF-36 – SF-36 *Health Survey*) (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993), é uma medida breve de avaliação do Estado de Saúde, que pode ser utilizada para múltiplos objectivos, e que é uma das medidas mais utilizadas para avaliar a QDV geral. Contém 36 itens dos quais 35 se agrupam em oito escalas ou dimensões (Funcionamento Físico; Desempenho Físico; Dor Corporal; Percepção Geral de Saúde; Vitalidade; Funcionamento Social; Desempenho Emocional; Saúde Mental) mais um item de Transição de Saúde. Cada uma das oito dimensões fornece uma nota reduzida a partir da nota bruta que varia entre “0” e “100”. É um questionário de auto-resposta, de fácil resposta que apresenta uma versão em português reconhecida pela organização que o desenvolveu, cuja versão é aqui utilizada. As propriedades métricas desta versão são adequadas e semelhantes, tanto à versão original como às versões de outros países que a estudaram e adaptaram (Pais Ribeiro, 2005).

O SF-36 fornece um perfil de notas a partir destas oito escalas e, simultaneamente, fornece um sumário de medidas mentais, o Componente Mental (resultante do agrupamento de quatro escalas) e físicas, o Componente Físico (resultante do agrupamento das outras quatro escalas). É uma medida genérica do estado de Saúde que difere de outras medidas que tendem a visar especificamente um grupo de idade, de doença ou de tratamento (Ware & Gandek, 1998). Segundo estes autores o SF-36 mostrou-se útil na comparação entre populações gerais e específicas, na estima-

tiva da sobrecarga de várias doenças, na diferenciação dos benefícios para a Saúde decorrentes de diversos tratamentos, e no rastreio de doentes individuais.

O SF-36 é um dos questionários mais utilizados na investigação em contexto de saúde e de doença para a avaliar a qualidade de vida.

Procedimento

A recolha de dados recorreu a uma metodologia *mail type*, em que os questionários eram enviados a homens via correio, explicando a finalidade do estudo, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados. Junto com o questionário era enviado um envelope RSF com a morada do investigador, onde o respondente deveria introduzir o questionário depois de ser respondido e colocar no correio. Era disponibilizado um número de telefone para esclarecimentos adicionais. O número de questionários devolvidos foi inferior a 20% dos enviados. Embora este valor seja reduzido, ele é normal em estudos com esta metodologia em que não está em causa a representatividade da população. De qualquer modo alerta-se para que os valores que forem encontrados provêm de uma amostra enviesada embora se desconheça o sentido do enviesamento. Como o objectivo do estudo não é identificar as variáveis em estudo na população Portuguesa, mas sim de identificar a relação entre variáveis na população normal em geral, aquele provável enviesamento não tem um impacto forte nos resultados.

Após a recolha dos questionários estes eram introduzidos em base de dados e tratados como números. Foram validados 133 questionários.

RESULTADOS

Número de indivíduos com DE segundo o IIEF-5, e sua relação com a QDV ou Percepção Geral de Saúde

Baseado no questionário IIEF-5 (Rosen et al., 1999), foram identificados os participantes com DE. Estes autores encontraram um ponto de corte com uma nota de 21 para designar aqueles que tinham algum grau de DE. Os que têm este valor

ou abaixo deveriam, então, consultar o seu médico para um diagnóstico mais adequado. A classificação define 5 categorias de DE: grave, moderada, moderada a ligeira, ligeira, e sem DE. Na amostra do nosso estudo cerca de um terço dos participantes (32,8%) estava na categoria de DE, com 8,4% na categoria grave, 4,6% moderada, 1,6% ligeira a moderada, e 18,3% ligeira. Estes valores são idênticos aos encontrados por Giuliano et al. (2002) com o mesmo questionário, o IIEF-5 (31,6%).

Comparando os dois grupos quanto às variáveis em análise verificamos que o grupo com DE é, de modo estatisticamente significativo, mais velho ($M=49,16$) se comparado com o grupo sem DE ($M=41,27$), ($t(69,45)=3,01$, $p=0,007$). Não se verificavam diferenças estatisticamente significativas para a escolaridade.

Verificaram-se diferenças para os seguintes domínios da QDV ou Percepção do Estado de Saúde: Funcionamento Físico com o grupo DE com valores mais baixos ($M=82,44$) se comparado com o grupo sem DE ($M=90,79$) ($t(54,457)=2,30$, $p=0,02$); Desempenho Físico, com o grupo DE com valores mais baixos ($M=70,34$) se comparado com o grupo sem DE ($M=87,21$) ($t(63,230)=2,64$, $p=0,01$); Percepção Geral de Saúde com o grupo DE com valores mais baixos ($M=60,20$) se comparado com o grupo sem DE ($M=70,98$) ($t(129)=3,16$, $p=0,002$); Funcionamento Social com o grupo DE com valores mais baixos ($M=70,05$) se comparado com o grupo sem DE ($M=80,11$) ($t(129)=3,16$, $p=0,002$). Os três primeiros domínios pertencem ao Componente Físico e o quarto ao Componente Mental.

Comparando os dois grupos (DE e sem DE) para os dois componentes (Físico e Mental) verifica-se que o grupo com DE apresenta valores mais baixos ($M=71,33$) para o Componente Físico se comparado com o grupo sem DE ($M=81,30$) ($t(66,172)=3,02$, $p=0,004$), e para o Componente Mental com o grupo com DE a apresentar valores mais baixos ($M=65,46$) se comparado com o grupo sem DE ($M=73,83$) ($t(129)=2,24$, $p=0,02$). A significância estatística é maior para o Componente Físico, e os domínios deste componente evidenciam mais diferenças estatisticamente significativas, sugerindo que a funcionalidade sexual tem uma relação mais forte com os aspectos físicos do que com os mentais.

Resultados da FE

Os dados seguintes referem-se ao IIEF e os dados são tratados como variável contínua, assumindo que valores mais elevados correspondem a melhor funcionamento sexual.

Relação entre idade e escolaridade e funcionamento sexual segundo o IIEF

O Quadro 2 mostra a relação estatística entre as variáveis demográficas idade e escolaridade e os domínios do IIEF.

Os valores encontrados vão no sentido das investigações em geral que mostram que há correlação estatisticamente significativa entre aumento da idade e diminuição da Função Erétil (Braun et al., 2000; Chew et al., 2000; Costa et al., 2003; Marumo, Nakashima, & Murai, 2001; Moreira et

QUADRO 2

Correlação entre idade e escolaridade e dimensões de funcionalidade sexual. Entre parêntesis exibe-se o valor de significância estatística da correlação.

	F.E.	F.O.	D.S.	S.P.S.	S.G.
Idade	-0,32(0,0001)	-0,14(ns)	-0,27(0,002)	-0,28(0,001)	-0,11(ns)
Escola	0,01 (ns)	-0,04(ns)	0,13(ns)	-0,03 (ns)	-0,07(ns)

Legenda: ns – não significativo; Idade – idade; Escola – escolaridade; F.E. – Função Erétil; F.O. – Função Orgástica; D.S. – Desejo Sexual; S.P.S. – Satisfação com a Prática Sexual; S.G. – Satisfação Global

al., 2001; Morillo et al., 2002; Nicolosi, Glasser, Moreira, Villa, Erectile Dysfunction Epidemiology Cross National Study Group, 2003; Rhoden et al., 2002; Seyam, 2003). Os resultados estatisticamente significativos embora modestos são entre os domínios Função Erétil, Desejo Sexual e Satisfação com a Prática Sexual, e a idade. A escolaridade não evidencia relação com nenhum dos domínios do IIEF.

Relação entre variáveis demográficas e QDV ou Percepção do Estado de Saúde

O Quadro 3 exibe as relações estatísticas entre as mesmas variáveis demográficas (idade e escolaridade) e os domínios de QDV.

Os resultados mostram que a variável idade apresenta correlações estatisticamente significativas e moderadas com os domínios do Componente Físico do Questionário SF-36 (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, e Percepção Geral de Saúde) no sentido de, mais idade menor QDV. A escolaridade só exibe uma correlação modesta com Funcionamento Físico, mostrando que mais escolaridade está associada a melhor funcionalidade física.

Relação entre IIEF e QDV ou Percepção do Estado de Saúde

O Quadro 4 mostra a relação entre os domínios ou dimensões do SF-36 e as do IIEF. Acres-

centa-se os dois componentes do SF-36, Físico e Mental, resultantes da agregação das dimensões do SF-36.

Tomando em consideração os valores de correlação acima de 0,35 (a negrito) os resultados mostram uma relação mais forte entre as dimensões de Desempenho Físico e os domínios Função Erétil, Satisfação com a Prática Sexual e Satisfação Global, e entre o Funcionamento Físico do SF-36 e os domínios Função Erétil e Satisfação com a Prática Sexual. Por outro lado, o domínio Satisfação Global do IIEF mostra valores de correlação acima de 0,36 com os domínios do SF-36 que compõem o Componente Mental. Estes resultados apresentam um padrão semelhante ao do estudo de Sanchez-Cruz et al. (2003) com os mesmos questionários.

Ou seja verifica-se que a percepção de funcionalidade sexual, tal como é avaliada com o IIEF se associa de modo estatisticamente significativo com a percepção do estado de saúde tal como é avaliado com o SF-36.

DISCUSSÃO

Tanto a DE como a FE parecem ter uma relação mais forte com o Componente Físico do questionário de QDV, salientando que os aspectos da sexualidade avaliados com o IIEF estão mais associados à funcionalidade. O domínio satisfação global do IIEF mostra correlações mais elevadas com

QUADRO 3

Correlação entre idade e escolaridade e dimensões de QDV ou Percepção do Estado de Saúde. Entre parêntesis exibe-se o valor de significância estatística da correlação (p).

	FF	DP	DC	SG	V	SM	DE	FS
Idade	-0,38 (0,0001)	-0,34 (0,0001)	-0,19 (0,02)	-0,31 (0,0001)	-0,02 (ns)	-0,01 (ns)	0,02 (ns)	0,02 (ns)
Escola	0,21 (0,01)	0,15 (ns)	0,14 (ns)	0,05 (ns)	0,08 (ns)	0,07 (ns)	-0,02 (ns)	0,02 (ns)

Legenda: ns – não significativo; Idade – idade; Escola – escolaridade; FF – Funcionamento Físico; DP – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Percepção Geral de Saúde; V – Vitalidade; SM – Saúde Mental; DE – Desempenho Emocional; FS – Funcionamento Social.

QUADRO 4

Correlação entre dimensões de funcionamento sexual e dimensões e componentes de percepção de saúde. Entre parêntesis exibe-se o valor de significância estatística da correlação (p).

	F.E.	F.O.	D.S.	S.P.S.	S.G.
FF	0,36(0,0001)	0,24(0,004)	0,16(0,05)	0,36(0,0001)	0,21(0,01)
DF	0,43(0,0001)	0,29(0,001)	0,25(0,003)	0,41(0,0001)	0,36(0,0001)
DC	0,13(ns)	0,16(ns)	0,11(ns)	0,13(ns)	0,20(0,02)
SG	0,28(0,001)	0,20(0,02)	0,20(0,01)	0,35(0,0001)	0,33(0,0001)
V	0,16(ns)	0,22(0,009)	0,10(ns)	0,23(0,007)	0,36(0,0001)
SM	0,18(0,03)	0,27(0,002)	0,006(ns)	0,27(0,001)	0,40(0,0001)
DE	0,22(0,009)	0,18(0,03)	0,01(ns)	0,28(0,001)	0,36(0,0001)
FS	0,26(0,002)	0,26(0,002)	0,10(ns)	0,30(0,001)	0,42(0,0001)
CFISICO	0,41(0,0001)	0,29(0,001)	0,25(0,004)	0,42(0,0001)	0,37(0,0001)
CMENTAL	0,25(0,003)	0,27(0,002)	0,06(ns)	0,33(0,0001)	0,46(0,0001)

Legenda: ns – não significativo; F.E. – Função Erétil; F.O. – Função Orgástica; D.S. – Desejo Sexual; S.P.S. – Satisfação com a Prática Sexual; S.G. – Satisfação Global; FF – Funcionamento Físico; DP – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Percepção Geral de Saúde; V – Vitalidade; SM – Saúde Mental; DE – Desempenho Emocional; FS – Funcionamento Social; CFISICO – Componente Físico; CMENTAL – Componente mental

o Componente Mental, salientando que o funcionamento sexual em geral integra diversas dimensões de modo articulado e integrado.

Tal como todos os dados de investigação tendem a apontar há uma relação moderada e estatisticamente significativa entre a Função Erétil e a QDV com valores de correlação mais elevados entre o Componente Físico e as dimensões do IIEF “Função Erétil” e “Satisfação com a Prática Sexual”, e o Componente Mental com valores mais elevados para a “Satisfação Global”.

Dado a QDV ser uma variável de resultado (outcome) poderia sugerir-se que a intervenção que visasse melhorar a funcionalidade sexual poderia ser um contributo significativo na melhoria deste resultado (QDV).

REFERÊNCIAS

- Althof, S., Cappelleri, J., Shpilsky, A., Stecher, V., Diuguid, C., Sweeney, M., & Dutttagupta, S. (2003). Treatment responsiveness of the self-esteem and relationship questionnaire in erectil dysfunction. *Urology*, 61 (5), 888-892.
- Braun, M., Wassmer, G., Klotz, T., Reifenrath, B., Mathers, M., & Engelmann, U. (2000). Epidemiology of erectile dysfunction: results of the ‘Cologne Male Survey’. *International Journal of Impotence Research*, 12 (6), 305-311.
- Chew, K. K., Earle, C. M., Stuckey, B. G., Jamrozik, K., & Keogh, E. J. (2000). Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Impotence Research*, 2 (1), 41-45.
- Costa, P., Avances, C., & Wagner, L. (2003). Erectile dysfunction: knowledge, wishes and attitudes. Results of a French study of 5.099 men aged 17 to 70. *Progress in Urologie*, 13 (1), 85-91.
- De Berardis, G., Franciosi, M., Belfiglio, M., Di Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, S. H., Pellegrini, F., Sacco, M., Tognoni, G., Valentini, M., & Nicolucci, A.; Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetes (QuED) Study Group (2002). Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: a serious problem too often overlooked. *Diabetes Care*, 25 (2), 284-291.
- Giuliano, F., Chevret-Measson, M., Tsatsaris, A., Reitz, C., Murino, M., & Thonneau, P. (2002). Prevalence of erectile dysfunction in France: results of an epidemiological survey of a representative sample of 1004 men. *European Urology*, 42 (4), 382-389.
- Giuliano, F., Pena, B., Mishra, A., & Smith, M. (2001). Efficacy results and quality-of-life measures in men receiving sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction. *Quality of Life Research*, 10 (4), 359-369.
- Guest, J. F., & Das Gupta, R. (2003). Health-related quality of life in a UK-based population of men with erectile dysfunction. *Pharmacoeconomics*, 20 (2), 109-117.

- Kubin, M., Wagner, G., & Fugl-Meyer, A. (2003). Epidemiology of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 15 (1), 63-71.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *The Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 537-544.
- Litwin, M. S., Nied, R. J., & Dhanani, N. (1998). Health-Related Quality of Life in Men with Erectile Dysfunction. *Journal of General Internal Medicine*, 13 (3), 159-166.
- Marumo, K., Nakashima, J., & Murai, M. (2001). Age-related prevalence of erectile dysfunction in Japan: assessment by the International Index of Erectile Function. *International Journal of Urology*, 8 (2), 53-59.
- Meyer, J. P., Gillatt, D. A., Lockyer, R., & Macdonagh, R. (2003). The effect of erectile dysfunction on the quality of life of men after radical prostatectomy. *British Journal of Urology: International*, 92 (9), 929-931.
- Moreira, E. D. Jr, Abdo, C. H., Torres, E. B., Lobo, C. F., & Fittipaldi, J. A. (2001). Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology*, 58 (4), 583-588.
- Morillo, L. E., Diaz, J., Estevez, E., Costa, A., Mendez, H., Davila, H., Medero, N., Rodriguez, N., Chaves, M., Vinueza, R., Ortiz, J., & Glasser, D. B. (2002). Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador, and Venezuela: a population-based study (DENSEA). *International Journal of Impotence Research*, 14 (Suppl 2), S10-S18.
- Nicolosi, A., Glasser, D. B., Moreira, E. D., & Villa, M.; Erectile Dysfunction Epidemiology Cross National Study Group (2003). Prevalence of erectile dysfunction and associated factors among men without concomitant diseases: a population study. *International Journal on Impotence Research*, 15 (4), 253-257.
- NIH Consensus Statement (1992). Impotence. National Institute of Health Consensus Statement, 10 (4), 1-31.
- Pais Ribeiro, J. (2005). O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Pais Ribeiro, J., & Santos, A. (2004). Contribuição para o estudo da escala multidimensional de disfunção erétil. (Em preparação).
- Rhoden, E. L., Teloken, C., Sogari, P. R., & Vargas Souto, C. A. (2002). The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 14 (4), 245-250.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., Smith, M. D., Lipsky, J., & Pena, B. M. (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 11 (6), 319-326.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997a Saúde). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Sachs, B. D. (2000). Contextual approaches to the physiology and classification of erectile dysfunction, erectile dysfunction, and sexual arousal. *Neurosciences and Biobehavioral Review*, 24 (5), 541-560.
- Sanchez-Cruz, J. J., Cabrera-Leon, A., Martin-Morales, A., Fernandez, A., Burgos, R., & Rejas, J. (2003). Male erectile dysfunction and health-related quality of life. *European Urology*, 44 (2), 245-253.
- Sasayama, S., Ishii, N., Ishikura, F., Kamijima, G., Oga-wa, S., Kanmatsuse, K., Kimoto, Y., Sakuma, I., Nonogi, H., Matsumori, A., & Yamamoto, Y. (2003). Men's health study: current status of erectile dysfunction of 6,112 ambulatory patients at general practitioners offices in Japan. *Journal of Cardiology*, 42 (2), 57-65.
- Seyam, R. M., Albakry, A., Ghobish, A., Arif, H., Dandash, K., & Rashwan, H. (2003). Prevalence of erectile dysfunction and its correlates in Egypt: a community-based study. *International Journal of Impotence Research*, 15 (4), 237-245.
- Ware, J., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11), 903-912.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: New England Medical Center.
- Willke, R. J., Glick, H. A., McCarron, T. J., Erder, M. H., Althof, S. E., & Linet, O. I. (1997). Quality of life effects of alprostadil therapy for erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 157 (6), 2124-2128.
- Willke, R. J., Yen, W., Parkerson, G. R. Jr, Linet, O. I., Erder, M. H., & Glick, H. A. (1998). Quality of life effects of alprostadil therapy for erectile dysfunction: results of a trial in Europe and South Africa. *International Journal on Impotence Research*, 10 (4), 239-246.

RESUMO

A disfunção erétil (DE) é uma situação de elevada prevalência nas sociedades moderna, em parte devido ao envelhecimento da população. A função erétil (FE) é um componente importante do funcionamento sexual mas com uma relação moderada com a DE. O objectivo deste estudo é avaliar a relação entre DE, FE e qualidade

de vida (QDV). Participaram 133 homens Portugueses saudáveis, com idades entre 21 e 78 anos ($M=43,86$; $DP=14,39$), que responderam a um questionário de auto resposta segundo uma metodologia mail type. A DE foi definida segundo os critérios do IIEF-5, uma versão reduzida do IIEF (*International Index of Erectile Function*). A QDV foi avaliada com recurso ao SF-36. Os resultados mostram que o grupo DE (32,8% da amostra) manifesta valores de QDV mais baixos dos que o grupo não DE principalmente nas dimensões do componente físico. A FE enquanto resultado proveniente de todos os domínios do IIEF aumenta (principalmente nos domínios do Componente Físico). Os dois componentes do SF-36 (físico e mental) mostram tendência para aumentar quando a FE aumenta. Em conclusão encontramos uma associação clara e positiva entre a percepção de FE e a QDV com preponderância para as dimensões do componente físico desta mas com uma clara interacção com o Componente Mental.

Palavras-chave: Disfunção eréctil, função eréctil, qualidade de vida.

ABSTRACT

Erectile Dysfunction (ED) it's a prevalent dysfunction in modern societies partly because these societies

are growing old. Erectile Function (EF) is an important component of sexual functioning but with moderate relation with ED. The purpose of this work is to assess the quality of life (QOL) factors associated with ED and EF. 133 Portuguese healthy males, aged between 21 and 78 years of age ($M=43,86$; $SD=14,39$), answer to a self-rated questionnaire mail typed. ED was defined using the Reduced International Index of Erectile Function (IIEF-5) and the FE using the general form of IIEF. QOL was measured through the SF-36 questionnaire. Results shows that the ED group (32,8% of the sample) exhibits statistically significant lower results in physical domains of QOL in comparison with the non-Ed group. The EF as a result of all the domain of IIEF increases as the scores of the scales of the SF-36 increase (mainly the physical domains). The two SF-36 summary components (physical and mental) showed an upward trend. In conclusion, we found a clear pattern of positive association between self-perceived EF and QOL, and significant differences between the ED group and the non-Ed group favouring the non-Ed group for the same variables. This association was stronger for the physical summary component than for the mental one, but with a consistent interaction with the mental component.

Key words: Erectile dysfunction, erectile function, quality of life.