

Sintomas de disfunção sexual em homens com 40 ou mais anos de idade: prevalência e fatores associados

Sexual dysfunction symptoms in men age 40 or older: Prevalence and associated factors

Resumo

Objetivo: O estudo objetivou verificar os fatores associados aos sintomas sexuais do envelhecimento masculino em uma amostra representativa em homens com idade igual ou superior a 40 anos da cidade de Pelotas, RS. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal de base populacional, incluindo 421 homens que residiam na zona urbana do município. Para avaliar os sintomas sexuais do envelhecimento masculino foi utilizada a dimensão sexual da escala AMS - *The Aging Male's Symptoms Scale*. **Resultados:** A prevalência dos sintomas sexuais do envelhecimento masculino foi de 64,3% (IC 95%: 59,3%-69,1%). Na análise multivariável o desfecho esteve associado diretamente idade e inversamente a auto-percepção de saúde. **Conclusão:** Concluiu-se que a prevalência de sintomas sexuais na população masculina é importante. Políticas de saúde pública aliada ao aumento de hábitos de vida saudáveis poderiam minimizar esta prevalência e proporcionar melhor qualidade de vida a homens de meia idade e idosos.

Palavras-chave: Disfunção sexual. Envelhecimento. Disfunção erétil. Homens. Estudos transversais. Epidemiologia.

Leandro Quadro Corrêa^{I,II,III}

Marcelo Cozzensa da Silva^{I,III}

Airton José Rombaldi^{I,III}

^IPrograma de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.

^{II}Faculdades Anhanguera de Pelotas, RS, Brasil.

^{III}Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.

Correspondência: Airton José Rombaldi. Rua Luis de Camões, 625 - Bairro Areal, CEP 96.055-630 Pelotas, RS - Brasil. E-mail: rombaldi@brturbo.com.br

Abstract

Objective: This study aimed to identify factors associated with sexual symptoms of aging male's in a representative sample of men aged 40 or older from Pelotas, southern Brazil. **Methods:** We performed a population-based cross-sectional study including 421 men who lived in urban area. To evaluate the sexual symptoms of aging male's was used the sexual dimension of the AMS scale - The Aging Male's Symptoms Scale. **Results:** The prevalence of sexual symptoms of male aging was 64.3% (95% CI: 59.3%-69.1%). Multivariable analysis identified direct association with age and inverse association with health self-rated. **Conclusion:** We conclude that the prevalence of sexual symptoms in older males is high and important. Public health policies coupled with increased healthy lifestyle habits could minimize the prevalence and provide better quality of life for middle-age and older men.

Keywords: Sexual disorder. Aging. Male. Erectile dysfunction. Cross-sectional studies. Epidemiology.

Introdução

Estimativas da Organização Mundial da Saúde indicam que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade irá dobrar de 11% para 22% entre os anos de 2000 e 2050, sendo que ao final desse período 80% dessas pessoas viverão em países pobres e em desenvolvimento¹. A visibilidade social desta camada da população é um fenômeno presente em todos os países que conseguiram aumentar a expectativa de vida mediante os progressos combinados da medicina e do meio ambiente¹.

As repercussões do processo de envelhecimento sobre a sexualidade constituem um assunto particularmente contaminado por preconceitos históricos e culturais². Esta área de pesquisa foi negligenciada, tanto por falta de interesse dos profissionais da saúde (médicos generalistas, geriatras, gerontólogos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e educadores físicos) quanto pela inibição das pessoas desta idade para abordar este assunto. Tal inibição pode ser atribuída à internalização das normas sociais predominantes³.

Em relação ao envelhecimento masculino, os sintomas têm sido estudados em diversas populações e a prevalência dos mesmos tem variado entre 18 e 22,7%, sendo que eles tendem a se agravar com o avanço da idade⁴⁻⁷. Em relação aos fatores a eles associados, aparecem o hábito tabagista, a percepção ruim de saúde e o sedentarismo⁵.

O envelhecimento apresenta características como a diminuição da massa e da força muscular, a osteopenia, o aumento de gordura abdominal (principalmente visceral com resistência à insulina e perfil lipídico aterogênico). Em consequência dessas características fisiológicas, incluindo redução na concentração do hormônio testosterona, surgem sintomas relacionados ao envelhecimento masculino, tais como a diminuição da libido e dos pelos pubianos, a depressão, a insônia, a sudorese e a diminuição da sensação de bem estar geral. Tais sintomas apresentam características de ordem psicológica, somática e sexual⁸⁻¹⁰.

Em relação aos sintomas sexuais, caracterizados operacionalmente como o conjunto de fatores relacionados à redução da capacidade/frequência sexual, ereção matinal reduzida, diminuição da libido, diminuição do crescimento da barba e a percepção de já ter passado o auge da vida, esses se agregam para caracterizar a sintomatologia⁶. No que diz respeito às prevalências desses tipos de sintomas, essas têm variado entre 27,8 e 66,2% nas populações estudadas⁵⁻⁷ e há poucos estudos mostrando os fatores a eles associados, especialmente no Brasil. Além disso, o processo de envelhecimento não inicia aos 60 anos. Nesse sentido, identificar precocemente os sintomas sexuais do envelhecimento pode contribuir para um diagnóstico precoce de modo a determinar a necessidade de tratamento clínico.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo verificar os fatores associados aos sintomas sexuais do envelhecimento masculino em uma amostra representativa de homens com idade igual ou superior a 40 anos, residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS.

Métodos

Esse estudo possui delineamento transversal de base populacional e foi realizado na zona urbana do município de Pelotas, RS, no ano de 2008. Essa cidade está localizada no extremo sul do Estado do Rio Grande do Sul e possui cerca de 340 mil habitantes. A cidade tem aproximadamente 32% de sua população com idade igual ou superior a 40 anos¹¹.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divide o município em 408 setores censitários urbanos os quais são ordenados no formato “espiral”, do centro para os bairros. Dos 404 setores que contém domicílios, foram sorteados aleatoriamente 45 para serem incluídos no estudo. Em cada setor censitário sorteado identificou-se o ponto de partida do estudo, a partir do qual foram selecionados sistematicamente os domicílios a serem visitados. Após a seleção do primeiro domicílio a ser incluído

no estudo, os próximos foram selecionados de forma sistemática, respeitando-se o intervalo estipulado de cinco domicílios, até atingirmos 20 residências em cada setor, número esse necessário para atingir o número de pessoas previsto no cálculo amostral.

Foram realizados dois cálculos para definir o tamanho amostral necessário do estudo, um de prevalência de sintomas e outro para verificar fatores associados. O cálculo que apresentou maior tamanho foi o de prevalência (estimativa de prevalência de 60% de sintomas do envelhecimento masculino para homens de 40 anos ou mais, um erro aceitável de cinco pontos percentuais e nível de significância de 95%). O tamanho amostral calculado inicialmente foi de 384 homens. Foi acrescido a esse valor 10% para perdas e recusas, sendo o “n” final de 421 sujeitos com idade de 40 anos ou mais.

No total foram selecionadas 900 residências onde todos os homens que apresentassem idade igual ou superior a 40 anos foram inicialmente considerados elegíveis para o estudo. Foram excluídos do estudo indivíduos institucionalizados (asilos, hospitais, prisões e quartéis), indivíduos com incapacidade motora severa (tetraplégicos, paralisia cerebral, entre outras) e indivíduos que não tivessem capacidade de responder e/ou compreender ao questionário. Foram consideradas perdas os indivíduos não encontrados em seus domicílios após três visitas realizadas pelo entrevistador e uma pelo supervisor do trabalho de campo. Os sujeitos que não quiseram responder ao questionário após três tentativas do entrevistador e uma do supervisor foram considerados como recusas.

O desfecho, sintomas sexuais do envelhecimento masculino, foi avaliado através de um bloco de questões (questões 12, 14 a 17) da *The Aging Male's Symptoms Scale* (AMS), validada por Heineman et al.⁶. Essa escala é composta por 17 questões divididas em três blocos principais: bloco de fatores psicológicos, bloco de fatores somáticos e bloco de fatores sexuais. Cada questão pode fornecer um escore de um a cinco pontos e o somatório da pontuação

geral aponta a severidade dos sintomas. A dimensão sexual é composta basicamente por cinco sintomas: distúrbios de potência, ereção matinal diminuída, diminuição na libido e na atividade sexual, diminuição do crescimento da barba e a impressão de já ter passado o auge da vida.

A pontuação do subescore sexual classificou como não possuidores dos sintomas ou com sintomas muito fracos os sujeitos que apresentaram escores até cinco pontos; com sintomas fracos, entre seis e sete pontos; com sintomas moderados os que ficaram entre oito e dez pontos, e os sujeitos que tiveram escore maior ou igual a dez pontos com sintomas sexuais severos⁶. Para fins de análise, no entanto, o escore foi dicotomizado e foram considerados como tendo sintomas sexuais do envelhecimento masculino aqueles homens que apresentaram sintomas moderados e graves.

Características demográficas, socioeconômicas e de saúde foram avaliadas pela aplicação de um questionário padronizado pré-testado em um setor censitário que não fez parte da amostra (estudo piloto; n = 20). As variáveis independentes foram idade (em anos completos); cor da pele (dividida em branca; negra; mulata, conforme percepção do entrevistador); situação conjugal (com companheiro; sem companheiro); nível econômico – determinado segundo classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (A-mais elevado; B; C; D/E)¹²; escolaridade (em anos completos de estudo); tabagismo (fumante atual; ex-fumante; nunca fumou); e autopercepção de saúde (excelente; muito boa; boa; regular; ruim). O estado nutricional foi determinado pelo índice de massa corporal (IMC), calculado pelo peso e altura referidos e classificado segundo critérios da OMS¹³. Para definir o escore de atividade física dos entrevistados utilizou-se o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ)¹⁴ na sua versão longa. Foram considerados ativos aqueles que atingiram o mínimo de 150 min/semana de atividades físicas, de acordo com as recomendações do American College of Sports Medicine¹⁵.

O instrumento foi aplicado face-a-face por entrevistadores de ambos os sexos com pelo menos, ensino médio completo, que receberam treinamento de 40 horas para aplicação do instrumento sem estarem informados dos objetivos nem das hipóteses do estudo. Os entrevistadores realizaram as entrevistas individualmente, com exceção do bloco dos sintomas sexuais que foi autoaplicado de forma a garantir o sigilo das informações, não expor os respondentes e minimizar as recusas do estudo (os homens que responderam ao questionário recebiam um envelope com as questões e logo após responder o mesmo tinham seu documento lacrado). Aqueles homens que não tivessem condições de ler ou compreender as questões poderiam solicitar a leitura das mesmas pelos entrevistadores (n = 14).

Os supervisores do trabalho de campo refizeram as entrevistas em 10% da amostra (n = 40), selecionada ao acaso, com um questionário reduzido, contendo questões-chave selecionadas do instrumento para controle de qualidade do estudo.

O banco de dados foi construído no programa Epi Info 6.0, sendo realizada dupla digitação de cada questionário. Para análise dos dados utilizou-se o programa STATA 9.0. Foi realizada uma análise descritiva dos sujeitos da amostra em termos de sintomas sexuais e das variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais, nutricional e de saúde. Na análise bruta foi verificada a relação entre o desfecho e as variáveis independentes através dos testes de qui-quadrado para heterogeneidade e tendência linear. A análise multivariável foi conduzida através de regressão de Poisson¹⁶, respeitando um modelo hierárquico de relações entre as variáveis¹⁷, composto por quatro níveis. No nível mais distal foram incluídas as variáveis idade e cor da pele; no segundo nível, escolaridade, nível econômico e situação conjugal; no terceiro nível, IMC, tabagismo e nível de atividade física; e, no último nível, os sintomas sexuais do envelhecimento masculino e a autopercepção de saúde. Os efeitos das variáveis foram controlados para as variáveis do mesmo nível e

superiores, sendo mantidas na análise todas aquelas que apresentaram valor $p \leq 0,2$. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (protocolo no. 005/2008) e os dados foram coletados após consentimento informado dos sujeitos.

Resultados

Foram estudados 421 homens de 40 anos ou mais em 876 domicílios, sendo que o total de perdas e recusas foi de 8,3%. O efeito de delineamento encontrado (0,7) foi suficiente para manter o poder e o nível de confiança previstos pelo estudo.

A média de idade dos homens entrevistados foi $54,5 \pm 10,5$ anos (variando de 40 a 90 anos), e 29,9% tinham até quatro anos de estudo. Dos entrevistados, aproximadamente 85% eram de cor de pele branca, quase metade encontrava-se no nível socioeconômico C (46,2%) e 77,2% eram casados ou viviam com companheira. Observou-se que 20% eram fumantes atuais, 67,1% apresentavam IMC correspondente a sobrepeso/obesidade e 37,2% eram sedentários (Tabela 1). A mediana do tempo despendido em atividades físicas foi de 223,0 min/sem, variando entre zero e 8.650 minutos.

A prevalência dos sintomas sexuais do envelhecimento masculino foi de 64,3% (IC 95%; 59,3% - 69,1%). Na análise bruta (Tabela 2) observou-se que os sintomas sexuais do envelhecimento masculino estavam diretamente associados com a idade e inversamente com a escolaridade e a percepção de saúde dos entrevistados. Na análise multivariável (Tabela 3), após ajuste para fatores de confusão, a escolaridade perdeu significância e as variáveis idade e autopercepção de saúde permaneceram significativamente associadas ao desfecho.

A prevalência da presença dos sintomas sexuais do envelhecimento de acordo com a idade apresentou um aumento linear e significativo, sendo que a idade de 70 anos ou mais apresentou um risco 80% maior de

apresentar esse tipo de sintoma em comparação com aqueles homens com idades entre 40 e 49 anos.

Com relação à autopercepção de saúde, houve um aumento linear e significativo na presença do desfecho, sendo que aqueles que percebiam sua saúde como ruim tinham 40% mais risco do que os que percebiam sua saúde excelente de apresentar sintomas sexuais do envelhecimento (Tabela 3).

Discussão

O presente estudo identificou elevada prevalência de sintomas sexuais do envelhecimento masculino. Além disso, demonstrou associação desses sintomas com idade mais avançada e com pior percepção de saúde.

A prevalência do desfecho no presente estudo foi de aproximadamente 64%, resultado que vai ao encontro dos achados de Ichioka et al.⁷ em estudo realizado no Japão, o qual encontrou uma prevalência de 66,2%. No entanto, difere significativamente dos resultados apresentados por Heinemann e colaboradores⁶, que demonstraram uma prevalência de 28,7% dos sintomas sexuais do envelhecimento masculino em estudo realizado na Alemanha. Em estudo realizado na Nigéria⁴ com homens mais velhos (60 anos ou mais), a prevalência de sintomas sexuais moderados e severos foi de 23,5% e 51,5%, respectivamente.

Estudo conduzido em 2007¹⁸ em algumas capitais brasileiras, utilizando a mesma escala que a do presente estudo (AMS - *The Aging Male's Symptoms Scale*), relatou prevalência de sintomas de envelhecimento precoce de intensidade moderada e severa de 13,3%. A diferença na prevalência observada em relação ao presente estudo pode ser atribuída às diferenças no processo de seleção amostral do artigo citado, onde a quase totalidade dos voluntários tinha nível de escolaridade elevado, não representando, desta forma, a população masculina.

O presente estudo verificou que os homens com idades mais avançadas apresentaram risco maior de apresentar sintomas

Tabela 1 - Descrição da amostra de acordo com as variáveis independentes em estudo (n = 390).**Table 1** - Sample characteristics according to independent variables (n = 390).

Variáveis	N	%
Idade em anos completos		
40-49	150	38,5
50-59	126	32,3
60-69	73	18,7
70 ou mais	41	10,5
Cor da pele		
Branca	334	85,6
Negra	32	8,2
Mulata	24	6,2
Escolaridade em anos completos de estudo		
0	13	3,3
1 a 4	100	25,6
5 a 8	135	34,6
9 a 11	72	18,5
12 ou mais	70	18,0
Nível socioeconômico		
A (mais elevado)	31	8,1
B	129	33,6
C	178	46,4
D/E	46	11,9
Situação conjugal		
Casado ou morando com companheira	304	77,9
Sem companheira	86	22,1
IMC (kg/min²)		
Normal	123	32,9
Sobrepeso	171	45,7
Obesidade	80	21,4
Tabagismo		
Nunca fumou	116	29,7
Ex-fumante	165	42,3
Fumante atual	109	28,0
Nível de atividade física total		
Sedentários	140	36,2
Ativos	247	63,8
Auto percepção de saúde		
Excelente	37	9,5
Muito boa	54	13,8
Boa	205	52,6
Regular	74	19,0
Ruim	19	4,8
Sintomas sexuais moderados/severos		
Não	139	35,6
Sim	251	64,4

IMC = Índice de massa corporal / *IMC = Body mass index*

Tabela 2 - Prevalência de sintomas sexuais do envelhecimento masculino e associação bruta entre sintomas sexuais e variáveis independentes em estudo.

Table 2 - Prevalence of aging's sexual symptoms in men and crude association between symptoms and independent variables.

Variáveis	N	%	Análise bruta	
			RP (IC _{95%})	Valor p
Idade (anos completos)				<0,001**
40-49	69	46,0	1,0	
50-59	87	69,1	1,5 (1,1 a 1,9)	
60-69	59	80,8	1,8 (1,4 a 2,2)	
70 ou mais	36	87,8	1,9 (1,5 a 2,4)	
Cor da pele				0,6*
Branca	217	65,0	1,0	
Negra/Mulata	33	61,1	0,9 (0,7 a 1,2)	
Escolaridade (anos completos de estudo)				0,03**
0	12	92,3	1,0	
1 a 4	67	67,0	0,7 (0,6 a 0,9)	
5 a 8	88	65,2	0,7 (0,6 a 0,9)	
9 a 11	47	65,3	0,7 (0,6 a 0,9)	
12 ou mais	37	52,9	0,6 (0,4 a 0,8)	
Nível socioeconômico (ABEP)				0,5**
A (mais elevado)	20	64,5	1,0	
B	79	61,2	0,9 (0,7 a 1,2)	
C	116	65,2	1,0 (0,7 a 1,4)	
D/E	32	69,6	1,1 (0,8 a 1,5)	
Situação conjugal				0,6*
Casado ou morando com companheira	198	65,1	1,0	
Sem companheira	53	61,6	0,9 (0,8 a 1,2)	
IMC (kg/m²)				0,5**
Normal	77	62,6	1,0	
Sobrepeso	106	62,0	1,0 (0,8 a 1,2)	
Obesidade	55	68,8	1,1 (0,9 a 1,4)	
Tabagismo				0,5*
Nunca fumou	68	58,6	1,0	
Ex-fumante	115	69,7	1,2 (1,0 a 1,4)	
Fumante atual	68	62,4	1,1 (0,9 a 1,3)	
Nível de atividade física (min/sem)				0,7*
Ativo	158	64,0	1,0	
Sedentário	92	65,7	1,0 (0,9 a 1,1)	
Autopercepção de saúde				<0,001**
Excelente	19	51,4	1,0	
Muito boa	27	50,0	1,0 (0,7 a 1,4)	
Boa	131	64,0	1,2 (0,9 a 1,8)	
Regular	56	75,7	1,5 (1,0 a 2,2)	
Ruim	17	89,5	1,7 (1,2 a 2,5)	

* Qui-quadrado para heterogeneidade; ** Qui-quadrado para tendência linear; IMC = Índice de Massa Corporal

* *Chi-square for heterogeneity*; ** *Chi-square for linear trend*; IMC = *Body mass index*

Tabela 3 - Análise multivariável da associação entre os sintomas sexuais do envelhecimento masculino e variáveis independentes em estudo.

Table 3 - Multivariate analysis of association between sexual symptoms and independent variables.

Variáveis	Análise ajustada	
	RP (IC _{95%})	Valor p
Idade (anos completos)		< 0,001*
40-49	1,0	
50-59	1,5 (1,2 a 1,9)	
60-69	1,7 (1,4 a 2,1)	
70 ou mais	1,8 (1,4 a 2,3)	
Escolaridade (anos completos de estudo)		0,6
0	1,0	
1 a 4	0,9 (0,7 a 1,1)	
5 a 8	1,0 (0,8 a 1,2)	
9 a 11	1,1 (0,8 a 1,4)	
12 ou mais	0,8 (0,6 a 1,1)	
Autopercepção de saúde		0,01*
Excelente	1,0	
Muito boa	0,9 (0,6 a 1,4)	
Boa	1,2 (0,9 a 1,7)	
Regular	1,3 (0,9 a 1,9)	
Ruim	1,4 (1,0 a 2,1)	

* Teste de Wald para tendência linear / * Wald test for linear trend

sexuais do envelhecimento em comparação com os mais jovens, resultado corroborado por outros estudos¹⁹⁻²². Qiu et al.²² relatam que mais de 50% dos homens estudados e que tinham idade acima dos 70 anos já haviam interrompido sua atividade sexual por pelo menos dois anos em comparação com aqueles com idades entre 60 e 64 anos por problemas de disfunção erétil severa.

A autopercepção de saúde também esteve inversamente associada aos sintomas sexuais do envelhecimento na amostra estudada. Esta associação inversa já foi identificada em outros relatos^{3,21} e, no presente estudo, aqueles que perceberam sua saúde como ruim apresentaram um risco 40% maior da ocorrência deste tipo de sintoma em comparação com aqueles que perceberam sua saúde como excelente. Em estudo recente, Corrêa et al.⁵ relataram que essa variável se associou de forma linear aos sintomas do envelhecimento masculino.

Em outros estudos esta variável esteve associada como indicador de mortalidade precoce e com a presença de um número maior de doenças crônicas em homens que percebiam sua saúde como ruim²³⁻²⁵.

Em estudo realizado por Justo et al.²⁶, a presença de doença arterial coronariana esteve diretamente associada com a ausência de relações sexuais e a disfunção erétil em homens mais velhos. Em estudo realizado na Europa²⁰, o declínio da saúde sexual esteve associado com comorbidades como hipertensão, obesidade e doenças cardíacas, além do comprometimento da função sexual também ter sido associado com a pior qualidade de vida quando comparados homens com idade acima dos 70 anos com aqueles com idades entre 60 e 64 anos.

Nessa perspectiva, o envelhecimento normalmente apresenta uma relação com problemas sexuais que podem ter origem em alguns tipos de doenças

decorrentes do próprio processo natural de envelhecimento.

Apesar da relevância, foi desafiador aplicar um questionário referente à frequência do desempenho sexual, ereção matinal e desejo, variáveis que representam experiências íntimas para os sujeitos em estudo, mesmo tendo sido coletadas de forma confidencial autoaplicada e garantido o sigilo da informação. Em relação à autoaplicação, que exigia que o entrevistado soubesse ler, não pareceu um problema importante, pois mais de 96,0% das pessoas tinham condições de ler e marcar a alternativa desejada. Nas situações em que foi necessária a intervenção da entrevistadora para leitura ou esclarecimento de alguma dúvida, na maioria das vezes, foi possível garantir que as respostas fossem marcadas de forma confidencial.

Entre as limitações do presente estudo, podemos destacar a falta de informações sobre a presença de alguns tipos de doenças que poderiam estar associadas ao desfecho e serem fontes de confusão na relação entre algumas exposições e desfecho; outra é a possibilidade de ter ocorrido causalidade reversa, típica em delineamentos transversais, uma vez que as informações sobre o desfecho e os fatores de determinação foram coletados simultaneamente, especialmente em relação às variáveis nível de atividade física e autopercepção de saúde. Os resultados também poderiam ter sido afetados pelo viés de informação dos entrevistados. Os homens poderiam superestimar as informações de comportamento sexual; no entanto, tendo em vista a elevada prevalência dos sintomas, não parece que isso tenha ocorrido.

Um aspecto a ser destacado nesse estudo é que a amostra pode ser considerada

representativa dos adultos do sexo masculino com 40 anos ou mais, residentes em Pelotas, tendo em vista o alto percentual de indivíduos entrevistados, o processo de amostragem aleatório e em múltiplos estágios, e o baixo índice de perdas e recusas (8,3%). Adicionalmente, as características sociodemográficas foram condizentes com os dados censitários da cidade¹¹. Outro aspecto a considerar é que os resultados encontrados são importantes para os profissionais da área de saúde que atuam com o envelhecimento masculino, auxiliando-os a identificar precocemente a sintomatologia e melhorar o aconselhamento ao paciente, no sentido de buscar ajuda especializada quando necessário.

Concluiu-se que a prevalência de sintomas sexuais na população masculina com 40 anos ou mais é elevada e pode afetar sua percepção de saúde e qualidade de vida. Quanto mais precocemente esses sintomas forem diagnosticados, mais rápida a chance de tratamento e, conseqüentemente, menor a probabilidade de transtornos para a saúde física e mental. Os profissionais da área de saúde que atuam com essa população em estudo devem ficar atentos para os sintomas sexuais precoces do envelhecimento masculino, tendo em vista o impacto negativo na vida do adulto.

Contribuição dos autores: Leandro Quadro Corrêa, Marcelo Cozzensa da Silva e Airton José Rombaldi realizaram a revisão de literatura, conduziram as análises, a confecção das tabelas e da figura, interpretação, escrita dos resultados e discussão. Leandro Quadro Corrêa supervisionou o trabalho de campo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências

1. World Health Organization. *Good health adds life to years: global brief for World Health day 2012*. Geneve: World Health Organization; 2012. Disponível em: http://www.who.int/world_health_day/2012 (Acessado em 6 de janeiro de 2012).
2. Vasconcellos D, Novo RE, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel A, Couto MCPP et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estud Psicol* 2004; 9(3): 413-9.

3. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357: 762-74.
4. Akinyemi A, Bamiwuye O, Inathaniel T, Ijadunola K, Fatusi A. The Nigerian Aging Males' Symptoms scale. Experience in elderly males. *Aging Male* 2008; 11(2): 89-93.
5. Corrêa LQ, Rombaldi AJ, Silva MC, Domingues MR. Aging male's symptoms in a Southern Brazil population: lifestyle effects after the age of 40. *Aging Male* 2010; 13(2): 93-9.
6. Heinemann LAJ, Zimmermann T, Vermeulen A, Thiel C. A new "aging male's symptoms" (AMS) rating scale. *Aging Male* 1999; 2: 105-14.
7. Ichioka K, Nishiyama H, Yoshimura K, Itoh N, Okubo K, Terai A. Aging males' symptoms scale in Japanese men attending a multiphasic health screening clinic. *Urology* 2006; 67: 589-93.
8. Martits AM, Costa EMF. Hipogonadismo masculino tardio ou andropausa. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(4): 349-62.
9. T'Sjoen G, Goemaere S, De Meyere M, Kaufman JM. Perception of males' aging symptoms, health and well-being in elderly community-dwelling men is not related to circulating androgen levels. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29(2): 201-14.
10. Sociedade Brasileira de Urologia. *Diretrizes sobre disfunção sexual masculina: disfunção erétil e ejaculação precoce (rápida)*. Disponível em www.sbu.org.br/pdf/guidelines_EAU/disfuncao-eretil-e-ejaculacao-rapida.pdf (Acessado em 8 de julho de 2008).
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico, 2000*. Disponível em www.ibge.gov.br (Acessado em 8 de julho de 2008).
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Disponível em www.abep.org.br (Acessado em 12 de julho de 2008).
13. World Health Organization. *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry - Report of a WHO Expert Committee*. Geneva; 1995. (WHO Technical Report Series, 854).
14. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35: 1381-95.
15. Haskell WL., Lee I-M, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39(8): 1423-34.
16. Barros A, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3(1): 21.
17. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1): 224-7.
18. Abdo CHN, Afif-Abdo J. Estudo populacional do envelhecimento (EPE): primeiros resultados masculinos. *Rev Bras Med* 2007; 64(8): 379-83.
19. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *Int J Impot Res* 2005; 17(S1): 52-6.
20. Corona G, Lee DM, Forti G, O'Connor DB, Maggi M, O'Neill TW et al. Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS). *J Sex Med* 2010; 7(4 Pt 1): 1362-80.
21. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17: 39-57.
22. Qiu Z, Liu BX, Li HJ, Yang ML, Zhang Y, Sun YC. Sexual function of aging males in Beijing: a primary investigation. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2010; 16(3): 223-6.
23. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17: 333-41.
24. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health* 2007; 7: 177.
25. McGee DL, Liao Y, Cao G, Cooper RS. Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 41-6.
26. Justo D, Arbel Y, Mulat B, Mashav N, Saar N, Steinvil A et al. Sexual activity and erectile dysfunction in elderly men with angiographically documented coronary artery disease. *Int J Impot Res* 2010; 22(1): 40-4.

Recebido em: 16/01/12

Versão final apresentada em: 03/08/12

Aprovado em: 31/10/12