

Associação de problemas sexuais com problemas sociais, psicológicos e físicos em homens e mulheres: uma pesquisa populacional transversal

Kate M Dunn¹, Peter R Croft¹, Geoffrey I Hackett²

¹*Department of Epidemiology, Keele University, Staffordshire,* ²*Good Hope Hospital, Sutton Coldfield*

Resumo

Objetivo do estudo - Investigar a associação de problemas sexuais com problemas sociais, físicos e psicológicos.

Tipo de estudo - Questionário de sondagem postal anônimo.

Cenário - Quatro clínicas gerais^a na Inglaterra.

Participantes - 789 homens e 979 mulheres responderam a um questionário enviado a uma população aleatória estratificada da população adulta geral (n=4000).

Principais resultados - Foram encontradas fortes associações física, social e psicológica com problemas sexuais. Em homens, problemas de ereção e ejaculação precoce foram associados com o avanço da idade. Problemas de ereção foram fortemente associados com problemas de próstata (idade ajustada a uma razão de chance, RC, = 2,6; intervalos de confiança de 95%, IC_{95%}: 1,4-4,7), porém hipertensão e diabetes também foram associados. Ejaculação precoce foi predominantemente associada com ansiedade (idade ajustada a uma RC=3,1; IC_{95%}: 1,7-5,6). Em mulheres, problemas de excitação, orgasmo e prazer foram associados predominantemente com dificuldades conjugais (todas com RC > 5,0). Todos os problemas sexuais femininos foram associados com ansiedade e depressão. Observou-se que o ressecamento vaginal aumenta com a idade, ao passo que a dispareunia diminui com a idade.

Conclusões - Este estudo indica que os problemas sexuais estão agrupados com informações pessoais de problemas físicos em homens e psicológicos e sociais em mulheres. Isto tem consequências potencialmente importantes ao planejar o tratamento de problemas sexuais e implica em que uma terapia eficaz pode ter amplo impacto sobre a saúde na população adulta.

(*J Epidemiol Community Health* 1999; 53:144-148)

Problemas sexuais são comuns na população geral¹ e livros [especializados] enfatizam a associação com outras áreas da vida das pessoas, incluindo função social, estado psicológico e doença física.² A maioria dos trabalhos que descrevem estas associações foi realizada em setores limitados da população, particularmente amostras baseadas em clínicas.

A área na vida social das pessoas que se acredita ter maior relevância para os problemas sexuais é aquela das dificuldades no casamento ou das relações duradouras. Rust e cols³ investigaram esta associação e descobriram uma forte associação, particularmente em homens; outros estudos sugeriram que a conexão pode ser mais complicada do que se supunha no início.^{4,5} Nenhuma outra área da vida social tem sido particularmente indicada na pesquisa clínica como tendo fortes associações com problemas sexuais.

^a **Correspondence to:** Miss K Dunn, Department of Epidemiology, ICHRC, Thornburrow Drive, Hartshill, Stoke on Trent, Staffordshire ST4 7QB

^b **Equipe do Projeto de Clínica Geral:** Kidsgrove G Wakley, Madeley C Oleshko, Potters Bar R Clarke e Doncaster D Savage

Vários estudos olharam para a relação entre problemas sexuais e condições físicas específicas. A associação mais amplamente relatada é aquela entre problemas sexuais masculinos e diabetes.⁶ Outra conexão frequentemente mencionada é aquela entre os problemas sexuais e a hipertensão, embora não esteja claro se a associação resulta da pressão arterial (PA) elevada em si ou da terapia anti-hipertensiva. Particularmente, as tiazidas e os β bloqueadores mostraram que há associações com impotência e libido diminuída em homens⁷⁻⁹; a relação entre estas drogas e os problemas sexuais femininos é menos clara. Vários estudos também olharam para grupos como mulheres com câncer ginecológico¹⁰ e pessoas com ileostomia,¹¹ e admite-se que a prevalência das dificuldades nestes grupos seja maior que na população geral.

Foram relatadas associações entre problemas sexuais e ansiedade,^{12,13} embora a natureza causa-efeito desta conexão seja desconhecida. Também são relatadas relações entre problemas sexuais e depressão, mas a influência de drogas antidepressivas não está clara.

O álcool é frequentemente citado como causa de problemas sexuais. No entanto, todos os trabalhos nesta área têm sido feitos em pessoas com diagnóstico de alcoolismo e cirrose alcoólica no fígado. Estas pessoas representam uma proporção muito pequena da população que consome álcool e nenhum trabalho foi realizado na população geral olhando para o papel do álcool.

Nosso estudo procurou investigar as características associadas com problemas sexuais em uma grande amostra da população geral.

Métodos

Um questionário foi desenvolvido, dirigido e enviado, junto com uma carta do clínico geral e um envelope de resposta pago, para uma população aleatória de 4.000 pessoas com idade entre 18 a 75 anos, cadastrados em quatro clínicas gerais na Inglaterra. As clínicas gerais eram distintas nos termos de sua localização geográfica e nível de urbanização. Uma carta-lembrete foi enviada para toda a população em estudo; questionários repetidos não foram enviados, pois a sondagem era anônima e os entrevistados individuais não eram identificáveis.

Foram feitas perguntas visando idade, consumo de álcool, ocupação e estado civil. Uma seção sobre problemas sociais foi incluída usando o Questionário de Problemas Sociais, um esquema validado anteriormente para uso na população geral.¹⁵ Problemas com moradia, trabalho, finanças, vida social, casamento, crianças e relacionamentos pessoais foram definidos como presentes se o respondente dava uma resposta positiva para uma ou mais das perguntas na seção pertinente.

Foi solicitado aos respondentes para assinalarem os itens de uma listagem, indicando se tinham ou tiveram anteriormente [algum de] uma série de problemas de saúde física. Estes eram: hipertensão, diabetes, problema na próstata (em homens), tensão pré-menstrual, histerectomia e esfregaço de colo uterino anormal (em mulheres) ou qualquer doença duradoura ou incapacidade. Nesta sondagem anônima, as respostas não foram validadas contra dados clínicos objetivos, portanto representaram problemas reconhecidos em uma listagem.

A escala hospitalar de ansiedade e depressão (*Hospital Anxiety and Depression*, HAD)^{16,17} foi usada como medida do estado psicológico. Trata-se de um instrumento bem validado para uso na população geral, com a vantagem de não ser obscurecido pela presença de má saúde física. Os escores de ansiedade e depressão foram calculados além do escore máximo de 21 para cada parte da escala, conforme recomendado pelos autores. Os respondentes foram então divididos em “terços” de acordo com o escore para cada uma das escalas, separando-os nos percentis 33 e

67. Um escore ≥ 11 em qualquer das escalas foi considerado indicativo da presença de ansiedade ou depressão¹⁸.

Associações transversais foram resumidas pela razão de chance (RC) de prevalência com intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) e foi realizada uma análise multivariada usando o pacote estatístico STATA.¹⁹ Como alguns dos sintomas eram comuns e nesta sondagem transversal nenhuma relação causa-efeito foi suposta, a razão de chance não deve ser interpretada aqui como estimativa direta do “risco relativo”, mas como medida de associação.

Resultados

DEMOGRAFIA

Quarenta e quatro por cento da população estudada responderam à sondagem. A idade média dos respondentes era de 50 anos (18-75 anos). Trinta e quatro por cento de homens e 41% de mulheres relataram ter um problema sexual atual. Os problemas mais comuns eram disfunção erétil em homens e ressecamento vaginal em mulheres. A tabela 1 mostra a prevalência de queixas sociais e físicas.

Tabela 1 Porcentagem (IC_{95%}) de pessoas relatando problemas sociais e físicos

Tipos de problema	Respostas completas, total	Porcentagem (IC _{95%})
Problema de moradia	1708	7 (6-8)
Problema no trabalho	1548	14 (12-16)
Problema financeiro	1682	15 (14-17)
Problema na vida social	1725	14 (12-15)
Dificuldade conjugal	1622	8 (7-9)
Problema com as crianças*	571	6 (4-7)
Problema de relacionamento pessoal*	519	10 (7-12)
Hipertensão	1701	22 (20-24)
Colesterol	1701	9 (8-10)
Diabetes	1701	3 (2-4)
Problema na próstata*	755	11 (9-13)
Tensão pré-menstrual*	946	35 (32-38)
Histerectomia*	946	14 (12-16)
Esfregaço de colo uterino anormal*	946	18 (15-20)

* Somente completados, quando apropriado.

Metade dos respondentes (n=888; 41% de homens e 58% de mulheres) relatou que atualmente estavam recebendo drogas prescritas. Quarenta por cento das mulheres estavam tomando pílula anticoncepcional ou recebendo terapia de reposição hormonal (TRH). Isto explica o maior número de mulheres com drogas prescritas. Vinte por cento dos respondentes relataram estar tomando anti-hipertensivos, 17% destes estavam tomando tiazidas (código do *British National Formulary*, BNF: 2.2.1), 41% β bloqueadores (BNF 2.4), 37% inibidores da ECA (BNF 2.5) e 31% bloqueadores de canais de cálcio (BNF 2.6.2).

Na escala HAD, os escores medianos de ansiedade foram 5 e 7 para homens e mulheres, respectivamente, e os de depressão foram 3 e 4 para homens e mulheres, respectivamente. A ansiedade estava presente em 13% dos homens e 24% das mulheres, ao passo que a depressão estava presente em 4% dos homens e 6% das mulheres.

Problemas de ereção

Problema de ereção foi associado com vários fatores predominantemente físicos. A principal associação foi com queixas de próstata (Tabela 2). Quando ajustado para idade (uma variável interferente na associação), a razão de chance foi de 2,6 (IC_{95%} 1,4-4,7). O cálculo da fração etiológica indica 14% das disfunções eréteis na comunidade masculina podem ter ligação com problema de próstata.

Tabela 2 Razões de chance (IC_{95%}) para associação de queixas físicas, sociais e psicológicas com outros problemas sexuais: homens

Problemas sexuais	Idade	Ansiedade	Depressão	DC	Dah	HT	PP
Problema em obter ereção (n=638)	2,1 (1,7- 2,5)	1,3 (0,8- 2,2)	2,3 (1,0- 5,4)	0,7 (0,3- 1,5)	4,5 (2,7- 7,3)	2,6 (1,7- 4,0)	4,5 (2,6- 7,8)
Problema em manter ereção (n=637)	2,2 (1,9- 2,6)	1,3 (0,7- 2,1)	1,9 (0,8- 4,3)	0,8 (0,4- 1,6)	3,7 (2,3- 6,0)	2,3 (1,5- 3,5)	5,1 (2,9- 9,0)
Problema de ereção (n=640)	2,0 (1,8- 2,4)	1,2 (0,7- 2,0)	1,9 (0,9- 4,4)	0,7 (0,4- 1,4)	3,7 (2,3- 6,0)	2,5 (1,6- 3,7)	5,2 (3,0- 9,2)
Ejaculação precoce (n=610)	1,3 (1,1- 1,5)	2,5 (1,4- 4,4)	1,9 (0,8- 5,0)	1,9 (1,0- 3,8)	1,5 (0,8- 2,8)	1,4 (0,8- 2,4)	1,2 (0,5- 2,7)
Prazer inibido (n=525)	1,2 (1,0- 1,5)	1,6 (1,4- 2,4)	5,1 (1,7- 15,4)	1,6 (0,5- 4,9)	1,9 (0,8- 4,3)	1,9 (0,9- 3,7)	1,4 (0,5- 4,1)
Qualquer das causas acima (n=686)	1,5 (1,3- 1,7)	1,4 (0,9- 2,3)	2,6 (1,1- 5,8)	1,0 (0,5- 1,7)	2,4 (1,5- 3,7)	1,9 (1,3- 2,7)	3,6 (2,1- 6,1)

DC: Dificuldade conjugal; **Dah:** Drogas anti-hipertensivas; **HT:** Hipertensão; **PP:** Problema de próstata

Problema de ereção está associado com queixas sobre hipertensão, mas esta relação parece estar limitada a [pessoas] que tomam drogas anti-hipertensivas. A Tabela 3 mostra que todas as categorias de drogas anti-hipertensivas têm associação com problema de ereção, e os inibidores da ECA têm a razão de chance mais forte e apenas estatisticamente significante. Além disso, as associações de qualquer droga anti-hipertensiva com os inibidores da ECA separadamente foram consistentes em cada uma das quatro clínicas, e a associação com tiazidas foi consistente em três das quatro clínicas.

Tabela 3 Razão de chance (IC_{95%}) ajustada para idade da associação entre problema de ereção e terapia anti-hipertensiva (n=626)

Tipo de terapia anti-hipertensiva	Razão de chance (IC _{95%})
Qualquer droga anti-hipertensiva	1,8 (1,1-3,0)
Tiazida	2,0 (0,6-6,6)
β bloqueadores	1,5 (0,7-3,4)
Inibidores da ECA	2,1 (1,0-4,5)
Bloqueador de canais de Cálcio	1,5 (0,7-3,3)

A relação entre diabetes e problema de ereção também foi perturbada pela idade, e a resultante razão de chance (IC_{95%}) ajustada para idade para a associação entre diabetes mellitus dependente de insulina (DMDI) e problema de ereção foi de 6,9 (1,1-45,2). Embora a razão de chance para esta associação seja elevada, a proporção de homens com DMDI na população é pequena e só 1% da disfunção erétil pode ser associada com DMDI. Não foi observada associação entre diabetes mellitus não dependente de insulina e problema de ereção.

Ejaculação precoce

A principal associação com ejaculação precoce foi ansiedade, ajustada para idade como um perturbador, a razão de chance (IC_{95%}) foi de 3,1 (1,7-5,6). Isto foi relacionado com a gravidade da ansiedade, segundo as medidas na escala HAD, com uma tendência estatisticamente significativa nas categorias do escore de HAD (Figure 1).

Figura 1

Porcentagem de homens com ejaculação precoce

Escore baixo | Escore médio | Escore alto

Terços de ansiedade

Teste do χ^2 para tendência: 12,53 (p=0,0004)

Figura 1 Porcentagem (IC_{95%}) de homens com ejaculação precoce em cada terço de ansiedade.

Foi observada uma associação entre ejaculação precoce e depressão, porém isto foi reduzido depois de um ajuste para obscurecimento por idade. Também houve associação entre ejaculação precoce e vários problemas sociais, mas ansiedade foi um fator interferente, e o resultado não foi significativo após ajuste.

PONTOS-CHAVE

- Há fortes associações física, social e psicológica com problemas sexuais.
- Problemas sexuais masculinos estão fortemente associados com idade e problema físico.
- Problemas sexuais femininos estão fortemente associados com problema psicossocial, particularmente dificuldade conjugal.
- Associação com problemas sexuais têm consequências potencialmente importantes para planejar o tratamento.
- Terapia eficaz para problemas sexuais pode ter um amplo impacto sobre a saúde na população adulta.

Prazer inibido

Depressão foi a associação predominante com prazer inibido em homens (Tabela 2). Idade não foi um fator interferente nesta associação. Quando os escores de depressão foram distribuídos em três categorias, só o terço superior de depressão teve prevalência elevada de prazer inibido. Nenhuma das outras variáveis teve associação significativa com prazer inibido em homens.

CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS COM PROBLEMAS SEXUAIS FEMININOS

Problema de excitação

Problema de excitação em mulheres estava fortemente relacionado com queixas de dificuldade conjugal (Tabela 4). Esta associação não foi afetada por ajustes para possíveis interferentes, como idade e estado psicológico, e foi estatisticamente significativa em cada uma das quatro clínicas. Depressão e ansiedade também estavam fortemente relacionadas com problema de excitação.

Tabela 4 Razões de chance ($IC_{95\%}$) para associação de queixas físicas, sociais e psicológicas com problemas sexuais: mulheres

<i>Problemas sexuais</i>	<i>Idade</i>	<i>Ansiedade</i>	<i>Depressão</i>	<i>DC</i>	<i>Dah</i>	<i>HT</i>	<i>His</i>
Problema de excitação (n=615)	1,1 (0,9-1,3)	3,5 (2,3-5,5)	6,0 (3,0-11,9)	6,8 (3,8-12,4)	0,4 (0,1-1,2)	0,9 (0,5-1,6)	1,5 (0,8-2,8)
Disfunção orgásmica (n=613)	1,1 (1,0-1,2)	2,0 (1,4-3,0)	4,3 (2,2-8,6)	5,1 (2,8-9,3)	0,3 (0,1-0,8)	0,6 (0,4-1,0)	1,3 (0,7-2,2)
Prazer inibido (n=614)	1,2 (1,0-1,4)	2,3 (1,5-3,5)	2,9 (1,4-6,0)	5,9 (3,2-10,6)	0,4 (0,1-1,2)	0,8 (0,4-1,4)	2,0 (1,1-3,6)
Ressecamento vaginal (n=646)	1,2 (1,1-1,4)	1,8 (1,3-2,7)	2,3 (1,2-4,3)	1,2 (0,7-2,2)	1,3 (0,7-2,4)	1,5 (1,0-2,3)	1,3 (0,8-2,2)
Dispareunia (n=650)	0,8 (0,7-0,9)	2,8 (1,8-4,3)	4,5 (2,3-8,7)	1,9 (1,0-3,5)	0,7 (0,3-1,6)	1,3 (0,8-2,2)	0,4 (0,2-0,9)
Qualquer das causas acima (n=696)	1,0 (0,9-1,2)	2,2 (1,5-3,1)	3,9 (1,9-7,7)	3,3 (1,9-5,7)	0,8 (0,4-1,5)	1,1 (0,7-1,6)	1,4 (0,9-2,2)

DC: Dificuldade conjugal; **Dah:** Drogas anti-hipertensivas; **HT:** Hipertensão; **His:** Histerectomia

Disfunção orgásmica

Problemas de orgasmo em mulheres mostraram um padrão de associação muito semelhante como os de excitação. A principal ligação foi com dificuldade conjugal. Esta também não foi afetada por ajustes para possíveis interferentes e foi encontrada nas quatro clínicas. Depressão e ansiedade também foram significativamente relacionadas como disfunção orgásmica (Tabela 4).

Prazer inibido

Mais uma vez, dificuldade conjugal emergiu como forte associação da inibição do prazer na mulher, como ansiedade e depressão também foram significativamente associadas (Tabela 4). A prevalência da inibição do prazer aumentou um pouco com o avanço da idade.

Ressecamento vaginal

As associações mais fortes com o ressecamento vaginal foram idade e estado psicológico (Tabela 4). Diferentemente dos outros problemas sexuais femininos, ressecamento vaginal não foi significativamente associado com dificuldade conjugal.

Dispareunia

A associação mais forte com dispareunia foi o estado psicológico, em particular a presença de depressão (Tabela 4). A proporção de mulheres com dispareunia aumentou com o aumento do escore de depressão (Figura 2). A prevalência de dispareunia caiu com o avanço da idade. Houve também uma associação significativa com dificuldade conjugal, apesar disto não estar tão pronunciado como alguns dos outros problemas femininos.

Figura 2

Porcentagem de mulheres com dispareunia

Escore baixo | Escore médio | Escore alto

Terços de depressão

Teste do χ^2 para tendência: 20,78 (p=0,00001)

Figura 2 Porcentagem (IC_{95%}) de mulheres com dispareunia em cada terço da depressão.

Discussão

Este é o primeiro trabalho voltado para uma ampla gama de associações física, social e psicológica com os problemas sexuais em uma grande amostra da população geral. Nossos resultados informam sobre associações com problemas sexuais que não foram relatados anteriormente, e confirmam achados de outros tipos de estudo.

Um problema importante é a validade de um questionário anônimo como este, em que há pouca informação sobre a qualidade das respostas ou sobre os [indivíduos] não respondentes. No entanto, há vários argumentos em seu favor. Os dados de prevalência encontrados neste estudo são comparáveis aos encontrados em outros estudos; ex., 21% dos respondentes (IC_{95%} 19-22) neste estudo foram definidos como tendo ansiedade e depressão, o que é semelhante a 28% (IC_{95%} 19-38) para uma amostra da população adulta no Reino Unido (RU) descrita por Dowell e cols¹⁸. Estudos populacionais estimaram uma prevalência de 20-40% de hiperplasia prostática benigna no grupo de idade de 65-69 anos,²⁰ ao passo que neste estudo 30% dos homens (IC_{95%} 19-40) relataram ter problema na próstata. Além disso, muitas associações foram fortes, não explicadas por [associações] interferentes, estatisticamente significantes e consistentes nas quatro clínicas e com parecer da clínica geral.

Estas comparações também são úteis e sugerem que a resposta (menor do que se obteria com uma sondagem de um problema menos pessoal ou potencialmente provocador) não produziu uma população respondente distorcida. Embora a prevalência de problemas sexuais pudesse ser maior nos que responderam a este questionário (e que poderia levar a uma superestimativa de ocorrência na população geral), isto não deve afetar as associações observadas com outras características.

As diferentes associações observadas em problemas sexuais masculinos e femininos foram marcantes, sendo que os fatores físicos foram as associações mais consistentes com problemas masculinos e os psicossociais com problemas femininos. Entretanto, encontramos um padrão mais complicado quando os problemas sexuais foram considerados separadamente.

Uma prevalência maior de problemas de ereção em homens passando por tratamento contra câncer de próstata ou hiperplasia prostática benigna foi relatada anteriormente,^{21,22} e nenhum estudo populacional foi realizado antes focalizando associação entre problema de próstata e problemas sexuais masculinos. Este estudo não oferece informação sobre a gravidade dos problemas na próstata, e a sondagem estima só as queixas de problemas na próstata. Entretanto, se partirmos dos resultados aqui apresentados, é provável que relatos de problemas de ereção não sejam exclusivos daqueles com doença prostática avançada. Como as queixas [foram assinaladas em uma listagem], é possível que tenha havido confusão entre prostatismo e problema de ereção. Entretanto, o questionário era intitulado "Questionário saúde e estilo de vida", e a listagem de problemas físicos precedia a seção de problemas sexuais.

Em estudos anteriores, os problemas de ereção foram associados com os tipos de terapia anti-hipertensiva (tiazida e bloqueador β), e nenhum deles ligou inibidores

da ECA e bloqueadores de canais de cálcio com problemas sexuais. Este estudo mostra que as drogas anti-hipertensivas têm associação forte com função erétil masculina, explicando até 14% da disfunção erétil em homens 'ingleses'. Os inibidores da ECA mostraram a associação mais forte. Estes resultados mostram que entre os homens, os hipertensos tratados têm mais problemas sexuais do que os hipertensos não tratados. Isto não seria esperado se apenas a hipertensão estivesse causando problemas sexuais. Isto poderia ser esperado se (a) a gravidade da hipertensão fosse o fator importante ou se (b) o tratamento fosse causal. Outras associações com terapia anti-hipertensiva sugeridas anteriormente, como disfunção orgásmica em mulheres, não foi sustentada por nossos achados.

Em homens, dificuldades psicológicas têm uma relação específica com ejaculação precoce (ansiedade) e prazer inibido (depressão) e associações como estas foram sugeridas anteriormente²³. Nós estimamos que 12% da ejaculação precoce poderiam ser associados com ansiedade suficientemente grave para constituir um "caso" e 8% do prazer inibido em homens poderiam ser associados com presença de depressão.

Um dos achados mais surpreendentes foi que, embora dificuldade conjugal esteja fortemente ligada a problemas sexuais em mulheres (um achado que apoia observações anteriores^{12,24,25}), não houve uma relação clara entre queixas de dificuldade conjugal e problemas sexuais em homens. Esta ausência de relação com dificuldade conjugal foi consistente nos vários problemas sexuais masculinos e em cada uma das quatro clínicas onde o estudo foi realizado. Isto discorda de estudos realizados anteriormente, alguns deles indicando que havia uma ligação particularmente forte em homens³. Esta ausência de associação pode indicar que, na população geral, a natureza predominantemente física dos problemas sexuais masculinos está presente, e fatores psicossociais contribuem relativamente pouco (ou são de algum modo percebidas como menos importantes por homens com dificuldades sexuais).

Contrastando com dificuldades conjugais, descobriu-se que a idade é uma importante associação com problemas sexuais em homens, porém menos em mulheres. Isto foi particularmente correto para disfunção erétil, refletindo a forte associação com sintomas físicos, cuja prevalência aumenta com a idade (prostatismo, diabetes, hipertensão e seu tratamento). Quando problemas sexuais específicos foram considerados, descobriu-se que alguns problemas sexuais femininos estavam associados com a idade, mas os padrões não eram tão fortes quanto os encontrados em homens. Tanto em homens como em mulheres, os problemas que tiveram as associações mais fortes com a idade tinham as ligações mais fracas com fatores psicológicos e sociais. Em mulheres, descobriu-se que tensão pré-menstrual, esfregaço de colo uterino anormal e histerectomia não tinham associação significativa com problemas sexuais.

Várias associações fortes entre problemas sexuais e vários aspectos na vida das pessoas foram relatados neste estudo. Embora nossos resultados venham de uma metodologia de [queixas reconhecidas em uma listagem], tanto associações positivas como ausência de associação foram encontradas, muitas das quais confirmam achados de diferentes tipos de estudos. Entretanto, as associações foram estabelecidas como parte de uma sondagem transversal, e a relação causa-efeito entre estes fatores continua incerta. São necessários mais estudos para esclarecer a direção das associações e [então] estabelecer se um tratamento eficaz da disfunção sexual reduziria seu impacto ou impediria o sofrimento psicológico ou social.

As evidências deste estudo parecem sugerir que os problemas sexuais podem ser separados [em grupos] dos governados por idade e fatores físicos, e daqueles primariamente associados com fatores sociais e psicológicos. Estes achados têm

consequências importantes se considerarmos os tratamentos que podem ser oferecidos às pessoas com problemas sexuais, embora em muitos casos fatores físicos e psicológicos provavelmente participem da etiologia. Sem dúvida, a conduta nos problemas de hipertensão e próstata deve considerar os possíveis problemas sexuais que podem ocorrer em homens; por outro lado, a abordagem dos serviços de saúde na saúde social e psicológica de mulheres deve considerar a forte associação com problemas sexuais.

Outros estudos devem esclarecer se os problemas sexuais são sempre um resultado de outros aspectos na vida das pessoas; outro artigo será publicado a partir deste estudo indicando que uma alta proporção de pessoas que sofrem aceitaria mais ajuda dos serviços de saúde. Há uma ampla gama de abordagens física e psicológica para o tratamento das disfunções sexuais descritas na literatura. Nosso estudo levanta a possibilidade de que, se estas abordagens forem eficazes, elas podem ter uma ampla gama de benefícios sociais e psicológicos para a população geral.

Fonte de financiamento: este projeto foi financiado por um auxílio à pesquisa independente da *Pharmacia and Upjohn*.

Conflito de interesses: não há.

Referências

- 1 Lewin J, King M. Sexual medicine. Towards an integrated discipline. *BMJ* 1997; **314**:4132.
- 2 Ussher JM, Baker CD. eds. *Psychological perspectives on sexual problems*. London: Routledge, 1993.
- 3 Rust J, Golombok S, Collier J. Marital problems and sexual dysfunction: how are they related? *Br J Psychiatry* 1988; **152**:629-31.
- 4 De Amicis LA, Goldberg DC, LoPiccolo J, et al. Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1985; **14**:467-89.
- 5 Hartman LM. Relationship factors and sexual dysfunction. Implications for assessment and treatment. *Can J Psychiatry* 1980; **25**:560-3.
- 6 Hackett GI. Impotence - the most neglected complication of diabetes. *Diabetes Research* 1995; **28**:75-83.
- 7 Medical Research Council Working Party on Mild to Moderate Hypertension. Adverse reactions to bendrofluazide and propranolol for the treatment of mild hypertension. *Lancet* 1981; **ii**:539-43.
- 8 Smith PJ, Talbert RL. Sexual dysfunction with antihypertensive and antipsychotic agents. *Clinical Pharmacy* 1986; **5**:373-84.
- 9 Weiss RJ. Effects of antihypertensive agents on sexual function. *Am Fam Physician* 1991; **44**:2075-82.
- 10 Corney RH, Crowther ME, Everett H, et al. Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; **100**:73-8.
- 11 Burnham WR, Lennard-Jones JE, Brooke BN. Sexual problems among married ileostomists. Survey conducted by The Ileostomy Association of Great Britain and Ireland. *Gut* 1977; **18**:673-7.
- 12 Ernst C, Foldenyi M, Angst J. The Zurich Study: XXI. Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; **243**:179-88.
- 13 Norton GR, Jehu D. The role of anxiety in sexual dysfunctions: a review. *Arch Sex Behav* 1984; **13**:165-83.
- 14 Petrie WM. Sexual effects of antidepressants and psychomotor stimulant drugs. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1980; **15**:77-90.

- 15 Corney RH. Development and use of a short self-rating instrument to screen for psychosocial disorder. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1988; **38**:263-6.
- 16 Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; **67**:361-70.
- 17 Snaith RP. Depression and impotence. *BMJ* 1994; **308**:1439-40.
- 18 Dowell AC, Biran LA. Problems in using the hospital anxiety and depression scale for screening patients in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; **40**:27-8.
- 19 Intercooled Stata 4.0 for Windows (statistics package). USA: Stata Corporation, 1995.
- 20 Donovan JL, Frankel SJ, Nanchahal K, et al. Prostatectomy for benign prostatic hyperplasia. In: Stevens A, Raftery J, eds. *Health care needs assessment*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994:140-201.
- 21 Emberton M, Neal DE, Black N, et al. The effect of prostatectomy on symptom severity and quality of life. *BrJUrol* 1996; **77**:233-47.
- 22 Pedersen KV, Carlsson P, Rahmquist M, et al. Quality of life after radical retropubic prostatectomy for carcinoma of the prostate. *Eur Urol* 1993; **24**:7-11.
- 23 Hale VE, Strassberg DS. The role of anxiety on sexual arousal. *Arch Sex Behav* 1990; **19**:569-81.
- 24 Beck JG, Bozman AW. Gender differences in sexual desire: the effects of anger and anxiety. *Arch Sex Behav* 1995; **24**:595-612.
- 25 Stuart FM, Hammond DC, Pett MA. Inhibited sexual desire in women. *Arch Sex Behav* 1987; **16**:91-106.