



DISFUNÇÃO ERÉTIL: HAVERÁ MELHORIA COM O EXERCÍCIO FÍSICO?

ERECTILE DYSFUNCTION: DOES IT IMPROVE WITH PHYSICAL EXERCISE?

Silva AB, Sousa N, Azevedo LF, Martins C. Physical activity and exercise for erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2017;51(19):1419-24. doi: 10.1136/bjsports-2016-096418

Introdução

A disfunção erétil (DE), definida como a incapacidade persistente do homem em obter e manter uma ereção, é uma entidade comum e aumenta com a idade (prevalência de 37% nos homens com 70-75 anos). De etiologia multifatorial, é causa de deterioração de qualidade de vida e a sua presença prediz um maior risco cardiovascular. Apesar de o tratamento farmacológico ser a primeira linha de tratamento, o papel das intervenções no estilo de vida tem vindo a ser reconhecido.

Objetivo

A revisão sistemática e a meta-análise pretendem avaliar os efeitos da atividade e exercício físico na função erétil, em ensaios clínicos sobre a disfunção erétil.

Métodos

A revisão sistemática foi conduzida de acordo com a *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) statement*. Realizou-se a pesquisa bibliográfica em seis bases de dados eletrónicas, entre janeiro de 1990 e julho de 2016; foi feita pesquisa manual de referências bibliográficas de estudos controlados randomizados. Critérios de inclusão dos estudos: população de homens adultos com o diagnóstico de disfunção erétil (independentemente da etiologia ou duração), feito com base em critérios de diagnóstico como o questionário *International Index of Erectile Dysfunction (IIEF)* ou história clínica compatível; se a intervenção resultasse de atividade física em exclusivo ou em associação a farmacoterapia; se a comparação fosse a ausência de atividade física ou exercício e/ou tratamento habitual providenciado pelo médico; se o resultado fosse uma mudança na qualidade da ereção reportada pelo utente através de um *score* de sintomas de disfunção (como o IIEF); se o estudo fosse um ensaio clínico controlado e randomizado; se o período de seguimento fosse de pelo menos 30 dias. Foram registados a diferença entre o *score* de função erétil basal e no período de seguimento, expressa em percentagem, bem como o valor *p*. Dois autores avaliaram o risco de viés dos estudos selecionados, uti-

lizando a ferramenta da *Cochrane*. Para a meta-análise foi calculada a diferença média entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo. Foi feita uma análise de sensibilidade em que cada artigo foi removido sequencialmente da análise para se avaliar se os estudos individualmente enviesavam o resultado do grupo.

Resultados

Dos 5.465 estudos iniciais foram selecionados sete, onde se incluíam 478 participantes (submetidos a intervenções de exercício aeróbio, pélvico ou combinado). A ferramenta utilizada para avaliar a disfunção erétil foi homogénea, pois todos utilizaram o questionário IIEF A percentagem de aumento no *score* IIEF variou entre 15,01% e 129,33%. O período de seguimento variou entre oito semanas e dois anos. O risco de viés foi identificado como moderado/alto devido à impossibilidade de ocultação entre os doentes e clínicos, bem como à ocultação questionável por parte dos avaliadores dos resultados. Foi feita uma meta-análise em que os dados agrupados mostraram uma melhoria estatisticamente significativa no *score* da função erétil, com uma diferença média de 3,85 entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo (intervalo de confiança (IC) 95% entre 2,33 a 5,37). O benefício continuava a ser demonstrado mesmo depois da análise de sensibilidade, pois a diferença média do *score* variou entre 3,39 e 4,28. Analisando os subgrupos, o benefício foi também demonstrado: nos doentes com fatores de risco cardiovasculares isolados e naqueles com doença cardíaca coronária ou prostatectomia radical; nas intervenções de curto e longo prazo; nos ensaios clínicos que avaliaram a atividade física e exercício isoladamente ou em adição ao tratamento habitual com maior benefício no tratamento combinado. Os estudos que avaliaram os exercícios pélvicos não mostraram benefício significativo no *score* da função erétil (5,10, IC, 1,34-11,54).

Conclusão

Este trabalho concluiu que a atividade física e o exercício físico se associam a uma melhoria da disfunção erétil reportada pelo doente, principalmente com o exercício aeróbico de moderada a elevada intensidade.



Comentário

Tal como referido, a DE é definida com a incapacidade persistente de iniciar e manter uma ereção suficiente para permitir uma *performance* sexual satisfatória.¹ É uma patologia comum em Portugal, com uma prevalência de cerca de 12,9%.² Afeta a saúde física e psicológica do doente e pode ter um impacto significativo na qualidade de vida.²⁻³

Internacionalmente não é feita nenhuma recomendação sobre a realização de atividade ou exercício físico como parte integrante do tratamento da disfunção erétil. São referidas apenas mudanças nos estilos de vida, que podem preceder ou acompanhar o tratamento farmacológico, mas não especificam a realização de atividade física/exercício como uma possibilidade de tratamento.⁴⁻⁶

Iniciámos a análise desta revisão e meta-análise pela qualidade metodológica e pelo interesse da temática estudada. Os estudos foram selecionados com critérios de inclusão bem definidos que incluíam apenas homens adultos com diagnóstico de disfunção erétil (foi definida a população, a intervenção, a comparação e o resultado). Os critérios de exclusão estavam também bem definidos. Em relação à comparação «atividade física/exercício *vs.* ausência de exercício e/ou tratamento habitual», verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa da pontuação do *score* da função erétil, com uma diferença média de 3,85 entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo (IC95%, 2,33-5,37). A revisão e meta-análise têm, no entanto, algumas limitações. O número de estudos selecionados ($n=7$) e o número total de participantes ($n=478$) foi relativamente baixo. Não foi possível assegurar uma ocultação eficiente tanto para os doentes como para os investigadores e é questionável que tenha ocorrido na análise dos dados, podendo enviesar os resultados obtidos. O tempo de seguimento foi muito heterogéneo, variando entre as oito semanas e os dois anos. Por fim, nenhum dos estudos avaliou quais os potenciais malefícios da intervenção.

Uma revisão sistemática realizada em 2011 já tinha demonstrado que a mudança de estilos de vida e a farmacoterapia para corrigir os fatores de risco cardiovasculares eram efetivos em melhorar a função se-

xual em homens com DE.⁷ O estudo aqui apresentado remete para a relação entre a prática de atividade física e exercício e a disfunção erétil, demonstrando que no grupo que faz exercício físico, exercício aeróbico de moderada a elevada intensidade, há uma melhoria da função sexual. Estes resultados são pertinentes para a prática clínica, reforçando a necessidade de intervenção nos estilos de vida para uma educação para a saúde eficiente e permitem afirmar que o tratamento dos doentes com DE, em qualquer nível de cuidados, deve incluir sistematicamente a prescrição do exercício físico. Ainda assim, seria importante a realização de estudos adequadamente controlados e randomizados que pudessem evitar os vieses detetados e clarificar os efeitos do exercício a longo prazo na DE, os seus eventuais riscos e a definição dos parâmetros de tempo, frequência, intensidade e duração para otimizar os seus efeitos.

Carolina Ferreira, Maria Gouveia, Sara Carmona, Raquel Sanches
USF São Julião

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NIH Consensus conference – Impotence: NIH consensus development panel on importance. *JAMA*. 1993;270(1):83-90.
2. Vendeira P, Pereira NM, Tomada N, Carvalho L. Estudo EPISEX-PT/Masculino: prevalência das disfunções sexuais masculinas em Portugal. *Cad Sexologia*. 2011;(4):15-22.
3. 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(1):54-61.
4. Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Moncada I, Salonia A, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. Arnhem, NL: European Association of Urology; 2015.
5. Montague DK, Jarow JP, Broderick GA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, et al. The management of erectile dysfunction. Linthicum, MD: American Urological Association; 2011.
6. Bella AJ, Lee JC, Carrier S, Bénard F, Brock GB. 2015 CUA Practice guidelines for erectile dysfunction. *Can Urol Assoc J*. 2015;9(1-2):23-9.
7. Gupta BP, Murad MH, Clifton MM, Prokop L, Nehra A, Kopecsky SL. The effect of lifestyle modification and cardiovascular risk factor reduction on erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2011;171(20):1797-803.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.