



# APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE PRINCETON EM HOMENS COM DISFUNÇÃO ERÉTEL NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR: UM ESTUDO OBSERVACIONAL DESCRITIVO

## APPLICATION OF THE PRINCETON CRITERIA IN MEN WITH ERECTILE DYSFUNCTION IN A FAMILY HEALTH UNIT: A DESCRIPTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Raquel Rodrigues Ribeiro – Unidade de Saúde Familiar Locomotiva, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, Entroncamento, Portugal

Carlos Águas Marques – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

Miguel Cabanelas – Unidade de Saúde Familiar Locomotiva, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, Entroncamento, Portugal

Autor correspondente

Raquel Rodrigues Ribeiro – Unidade de Saúde Familiar Barquinha, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, Vila Nova da Barquinha, Portugal  
ID ORCID: 0009-0001-6427-9384

E-mail: ana.r.ribeiro@ulsm.tmj.min-saude.pt

<https://doi.org/10.58043/rphrc.189>

### Resumo

**Introdução:** Utentes com Disfunção Erétil, que pretendem iniciar ou retomar a atividade sexual, apresentam alta prevalência de Doenças cardiovasculares, daí a importância de estratificar o seu risco cardiovascular e, posteriormente, identificar a necessidade de avaliação adicional, através das diretrizes do Consenso de Princeton IV.

**Objetivos:** Verificar o cumprimento dos critérios de Princeton nos utentes com Disfunção Erétil na Unidade de Saúde Familiar da Barquinha, caracterizar os seus fatores de risco cardiovasculares e comparar a prevalência diagnóstica de Disfunção Erétil entre listas de utentes da mesma unidade.

**Materiais e métodos:** Estudo transversal, observacional e descritivo. Obteve-se a lista de utentes com o Diagnóstico de Disfunção Erétil na Unidade de Saúde Familiar Barquinha, codificado como um problema ativo através do Y07 – Impotência (Classificação ICPC-2) e, após o processo de recrutamento e obtenção do consentimento informado, constituiu-se a dimensão final da amostra de 35 utentes.

**Resultados:** A idade média ao diagnóstico é de  $61,4 \pm 11,7$  anos, sendo que 88,6% apresentam  $\geq 50$  anos. Destaca-se que 57,1% pertencem à Lista A, 2,9% à Lista B, 8,6% à Lista C e 31,4% encontram-se sem Médico de Família. Aquando do diagnóstico de Disfunção Erétil, a maioria dos utentes (65,7%) apresenta mais de 3 Fatores de Risco Cardiovasculares. Os Fatores de Risco Cardiovasculares mais prevalentes são: Excesso de peso/Obesidade (82,9%), Dislipidemia (77,1%) e Hipertensão arterial (57,1%). Em relação aos critérios de Princeton, estes foram cumpridos em 27 utentes (77,1%), sendo que a maioria pertence à lista A.

**Conclusão:** Os resultados reforçam que doentes com Disfunção Erétil apresentam frequentemente vários Fatores de Risco Cardiovasculares. Esta patologia pode ser o primeiro sinal de alerta de futuros eventos Cardiovasculares, pelo que se torna essencial a sua correta abordagem nos Cuidados de Saúde Primários.

### Palavras-Chave:

Disfunção Erétil,  
Doenças  
Cardiovasculares,  
Fatores de Risco,  
Cuidados de Saúde  
Primários,  
Estudos Transversais

### Abstract

**Introduction:** Patients with Erectile Dysfunction who wish to initiate or resume sexual activity have a high prevalence of cardiovascular diseases. This highlights the importance of stratifying their cardiovascular risk and subsequently identifying the need for further evaluation using the Princeton IV Consensus guidelines.

**Objectives:** Assess compliance with Princeton criteria among patients with Erectile Dysfunction at the Barquinha Family Health Unit, characterize their cardiovascular risk factors, and compare the diagnostic prevalence of Erectile Dysfunction among different patient lists within the same unit.

**Methods:** This is a cross-sectional, observational, and descriptive study. A list of patients diagnosed with Erectile Dysfunction at the Barquinha Family Health Unit was obtained, coded as an active problem using Y07 – Impotence (ICPC-2 Classification). After the recruitment process and obtaining informed consent, the final sample size was 35 patients.

**Results:** The mean age at diagnosis was  $61.4 \pm 11.7$  years, with 88.6% of patients being  $\geq 50$  years old. Notably, 57.1% belonged to List A, 2.9% to List B, 8.6% to List C, and 31.4% had no assigned Family Physician. At the time of Erectile Dysfunction diagnosis, most patients (65.7%) had more than three cardiovascular risk factors. The most prevalent

Keywords:

Erectile Dysfunction,  
Cardiovascular Diseases,  
Risk Factors,  
Primary Health Care,  
Cross-Sectional Studies

cardiovascular risk factors were: Overweight/Obesity (82.9%), Dyslipidemia (77.1%), and Hypertension (57.1%). Regarding the Princeton criteria, these were met in 27 patients (77.1%), with the majority belonging to List A. Conclusion: The results reinforce that patients with Erectile Dysfunction frequently present several Cardiovascular Risk Factors. This condition may be the first warning sign of future Cardiovascular events, making its proper management in Primary Health Care essential.

Introdução

Disfunção Erétil (DE) é uma patologia que frequentemente afeta a saúde psicossocial e tem um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e do casal. Doenças Cardiovasculares (DCV) e DE partilham muitos fatores de risco, sendo a sua fisiopatologia mediada pela disfunção endotelial <sup>1 2</sup>. Nesse sentido, utentes com DE, que pretendem iniciar tratamento farmacológico, apresentam alta prevalência de Doenças Cardiovasculares (CV), daí a importância de estratificar o seu risco CV associada à atividade sexual e, posteriormente, identificar a necessidade de avaliação adicional, através das recomendações do

Consenso de Princeton IV <sup>2 3</sup>. Segundo essas diretrizes, deve-se categorizar o doente com DE consoante o risco de ter um evento cardíaco durante a atividade sexual (Tabela 1). Os utentes de baixo risco podem iniciar tratamento farmacológico com inibidores da fosfodiesterase-5 (iPDE5), sem necessidade de avaliação adicional, e os de alto risco devem ser referenciados para a Cardiologia. Relativamente aos utentes de risco intermédio devem ser avaliados através de um teste de stress (atividade sexual é equivalente a 4 minutos na prova de esforço em tapete rolante - segundo o protocolo de Bruce, 5 - 6METS) <sup>2</sup>

Tabela 1 – Estratificação do Risco, de acordo com as Recomendações do Consenso de Princeton IV

	Baixo risco	Risco Intermédio	Alto risco
Doença arterial coronária	Assintomático; <3 fatores de risco	≥3 fatores de risco	Arritmias de alto risco
Angina	Leve ou estável (avaliada e/ou tratada)	Moderada ou estável	Instável ou refratária
Enfarte Agudo do Miocárdio	Não complicado	Recente (entre 2 a 6 semanas)	Recente (<2 semanas)
Insuficiência Cardíaca Congestiva/ Disfunção Ventrículo Esquerdo	NYHA Classe I ou II	NYHA Classe III	NYHA Classe IV
Hipertensão arterial	Controlada		Não controlada
Doença Valvular	Leve		Moderada a Severa
Doença Aterosclerótica	Sucesso após revascularização coronária	Sem sequelas cardíacas	Hipertrofia obstrutiva ou outras cardiomiopatias

Métodos

A presente investigação, do tipo observacional transversal e descritiva, foi realizada na USF Barquinha em 2024 e contou com a aprovação da Comissão de Ética da ULS Médio Tejo. Através da plataforma MIM@UF, obteve-se a lista de utentes com o diagnóstico

de DE, codificado como um problema ativo (Y07: Impotência - Classificação ICPC-2). Após o processo de recrutamento e obtenção do consentimento informado, constituiu-se a dimensão final da amostra composta por 35 utentes. Foram excluídos todos os homens que não se conseguiram contactar telefonicamente/

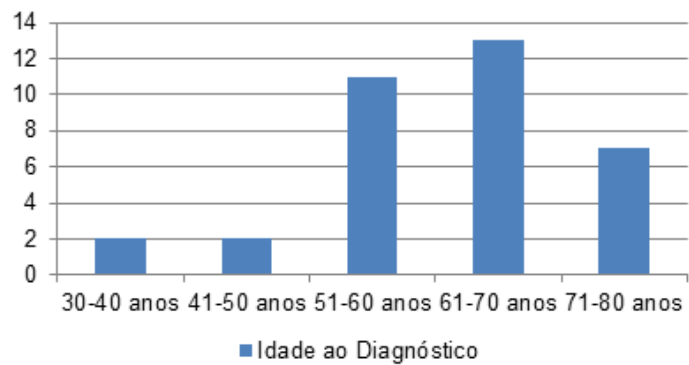


presencialmente. Os dados foram recolhidos através dos registos médicos no SClínico da ULS Médio Tejo e, posteriormente, analisados e tratados no Statistical Package for the Social Sciences.

Resultados

Da amostra de 35 homens, verificou-se que a média de idades e desvio padrão é de  $61,4 \pm 11,7$  anos, com o intervalo de idades entre os 31 e os 80 anos. A maioria dos utentes (88.6%) tem idade igual ou superior a 50 anos (Fig. 1).

Figura 1 - Distribuição dos utentes por idade



A amostra é constituída por utentes de todas as listas da USF Barquinha, sendo que 57.1% pertencem à Lista A, 2.9% à Lista B, 8.6% à Lista C e 31.4% pertencem a 2 listas que se encontram sem Médico de Família (S/MF). A prevalência dos FRCV nestes utentes, por ordem decrescente, é a seguinte: Excesso de peso/Obesidade (82.9%), Dislipidemia (77.1%), Hipertensão Arterial (57.1%), Diabetes Mellitus (25.7%) e Tabagismo (20%). Aquando o diagnóstico de DE, 2 utentes não apresentam qualquer FRCV, 5 utentes apresentam-se com 1 FRCV, 5 utentes com 2 FRCV, 15 utentes com 3 FRCV e 8 utentes com 4 FRCV. Desta forma, 65.7% dos homens têm 3 ou mais FRCV à data do diagnóstico (Tabela 2). Verificaram-se 15 utentes de baixo risco (42.9%), 20 utentes de risco intermédio (57.1%) e nenhum caso de alto risco foi identificado. Em relação aos critérios de Princeton, estes foram cumpridos em 27 utentes (Fig. 2), sendo que 17 utentes pertencem à lista A, 2 utentes pertencem à lista B, 1 utente pertence à lista C e 7 utentes encontram-se S/MF (Fig. 3).

Tabela 2 – Distribuição dos Fatores de Risco Cardiovasculares pela amostra

		Frequência	%	% Cumulativa
Número de Fatores de Risco Cardiovasculares	0	2	5,7	5,7
	1	5	14,3	20,0
	2	5	14,3	34,3
	3	15	42,9	77,1
	4	8	22,9	100
	Total	35	100	

Figura 2 - Cumprimento dos critérios de Princeton

■ Cumpriram ■ Não cumpriram

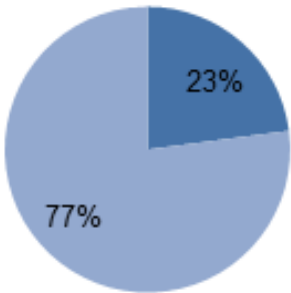
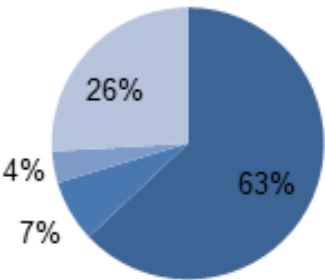


Figura 3 - Cumprimento dos critérios por lista de utentes

■ Lista A ■ Lista B ■ Lista C ■ S/MF



## Discussão

A presente investigação realizou-se com uma amostra de 35 homens, sendo que a maioria apresenta idade igual ou superior a 50 anos. Estes resultados eram expectáveis, uma vez que a DE é uma patologia comum com o aumento da idade <sup>2</sup>. Constatou-se que os FRCV mais prevalentes foram o Excesso de peso/Obesidade, a Dislipidemia e a Hipertensão Arterial e que, pelo menos, 3 FRCV estão presentes na maioria dos participantes, suportando o facto das DCV e da DE apresentarem uma fisiopatologia em comum <sup>1 2</sup>.

O estudo reforça que a maioria dos utentes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que manifesta sintomas e que é diagnosticado com DE, pertence ao grupo de risco intermédio e, portanto, carece sempre de avaliação adicional previamente ao início do tratamento farmacológico.

Neste sentido, este estudo teve como principal objetivo avaliar o cumprimento dos critérios de Princeton numa Unidade de Saúde Familiar, dada a prevalência desta patologia e o impacto na qualidade de vida do utente. Apesar de não existir literatura relativa a este aspeto, verificou-se um cumprimento dos critérios de Princeton superior ao esperado, apesar da desigualdade do diagnóstico entre listas. Tal facto pode ser explicado por um eventual subdiagnóstico ou subcodificação da DE, dado o estigma associado à patologia.

Assim, a avaliação da função sexual deve ser incorporada na avaliação CV inicial de todos os homens <sup>1 3</sup>, melhorando assim a prestação de cuidados daqueles que apresentam DE.

## Conclusão

Este estudo pretende sensibilizar os Médicos de Família da importância da Disfunção Erétil como preditora de DCV e do seu impacto na qualidade de vida do utente. Os FRCV aumentam a probabilidade de se desenvolver DE e esta patologia pode também ser o 1º sinal de alerta de futuros eventos CV <sup>1 2 3</sup>, pelo que se torna essencial a sua correta abordagem nos CSP.

## Referências

1 - Miner M, Parish SJ, Billups KL, Paulos M, Sigman

M, Blaha MJ. Erectile Dysfunction and Subclinical Cardiovascular Disease. *Sex Med Rev.* 2019;7(3):455-463. doi:10.1016/j.sxmr.2018.01.001

2- Kloner RA, Burnett AL, Miner M, et al. Princeton IV consensus guidelines: PDE5 inhibitors and cardiac health. *J Sex Med.* 2024;21(2):90-116. doi:10.1093/jsxmed/qdad163

3 - Wespes E, Amar E, Eardley I, et al. Orientações sobre disfunção sexual masculina: disfunção erétil e ejaculação prematura: definição, epidemiologia e factores de risco. Associação Portuguesa de Urologia; Março de 2009. Disponível em: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Disf-Sex-Masc.pdf>