

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

TIAGO LESSA ROSSI

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO ERÉTIL E QUALIDADE DE VIDA
DE HOMENS DOADORES DE SANGUE.**

**VITÓRIA
2013**

TIAGO LESSA ROSSI

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO ERÉTIL E QUALIDADE DE VIDA
DE HOMENS DOADORES DE SANGUE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr^a. Elizabete Regina Araújo de Oliveira

VITÓRIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R831a Rossi, Tiago Lessa, 1986 -
Avaliação da função erétil e qualidade de vida de homens
doadores de sangue / Tiago Lessa Rossi – 2013.
121 f. : il.

Orientador: Elizabete Regina Araujo Oliveira.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Disfunção erétil. 2. Epidemiologia. 3. Saúde do homem.
4. Doadores de sangue. 5. Qualidade de vida. I. Oliveira,
Elizabete Regina Araujo. II. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

A Deus, por ter me dado saúde e perseverança em todos os momentos.

A minha avó Alda, pelo exemplo de vida.

A minha mãe, por ter me ensinado o valor da educação, por ter me ensinado a batalhar por um futuro melhor, por ter me ensinado a seguir em frente com fé e compaixão e por ter me dado condições de concluir mais uma etapa de minha vida.

A Vítor, Roberta e Flávia, meus irmãos, pela compreensão e apoio durante todos anos.

A todos meus amigos, pelo companheirismo e amizade de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

A Professora Doutora Elizabete Regina Araujo de Oliveira por ter me acolhido e me acompanhado, sempre com muita dedicação, carinho e ensinamentos, durante toda a jornada.

Ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por ter financiado parte da minha trajetória dentro do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, assim como seus docentes, por ter agido com honestidade e dignidade desde a seleção até a finalização dessa pós-graduação.

A unidade de Vitória do Centro de Homoterapia e Hematologia do Espírito Santo - HEMOES por ter cedido seu espaço físico para realização desta pesquisa.

Ao Dr. Antonio Carlos Peçanha Mendes e a Dr. Ângela Magdalena Puppín, assim como todos os funcionários do HEMOES, pela atenção e compaixão que sempre me trataram durante todos os encontros.

Ao acadêmico de enfermagem Leandro, por todo o suporte prestado durante a pesquisa de campo.

Aos homens doadores de sangue do HEMOES, por terem se voluntariado a participar da minha pesquisa.

“O pessimista se queixa do vento; O otimista espera que ele mude; O realista ajusta as velas do barco.” (trad.)

(William George Ward)

RESUMO

A disfunção erétil (DE) é uma morbidade que acomete milhões de homens em todo o mundo, não somente pela influência nas questões orgânicas, mas também, porque abrange aspectos sociais e psicológicos, afeta a saúde do homem e impacta significativamente a sua qualidade de vida. Dessa maneira, este estudo tem por objetivo identificar a relação entre função erétil e qualidade de vida de homens doadores de sangue do Centro de Homoterapia e Hematologia do Espírito Santo-HEMOES. Estudo transversal, realizado com uma amostra de 368 homens considerados saudáveis, com idade entre 18 e 59 anos, em que se utilizou o *International Index of Erectile Functions* (IIEF), para mensurar a função erétil, o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), para averiguar a qualidade de vida e uma ficha de caracterização do sujeito em pesquisa, para colher dados sociodemográficos e da condição de saúde. Análises univariadas e um modelo de regressão logística foram utilizados para o estudo de comparação. Dos 368 homens que entraram na amostra, 71 preencheram algum critério de exclusão e foram retirados da amostras. Dos 280 participantes que continuaram na análise, 93 (33,2%; IC: 27,7% a 38,7%) foram classificados como tendo algum grau de DE de acordo com o IIEF, sendo 72 (25,7%; IC: 20,6% a 30,8%) possuíam disfunção leve, 5 (1,8%; IC: 0,2% a 3,5%) possuíam disfunção moderada e 16 (5,7%; IC: 3,0% a 8,4%) possuíam disfunção completa. Faixa etária ($p=0,025$), relacionamento ($p=0,000$), escolaridade ($p=0,016$) e o domínio Estado geral de saúde ($p=0,017$) apresentaram significância estatística para a ocorrência de disfunção erétil. A presença dessa disfunção em homens doadores de sangue fez com que todos dos domínios da qualidade de vida, exceto o domínio Aspecto social, apresentassem uma diminuição na média de seus escores em comparação com homens sem disfunção erétil; além do fato de que o aumento de um ponto no domínio Estado geral de saúde, diminui em 2,4% o risco de ocorrer essa disfunção. Palavras-chaves: Disfunção erétil; Qualidade de vida; Saúde do homem; Epidemiologia; Doadores de sangue.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Parâmetros e questões do instrumento de avaliação da função erétil *International Index of Erectile Functions*.....43
- Quadro 2. Classificação da disfunção erétil de acordo com o parâmetro função erétil do *International Index of Erectile Functions*.....43

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Fluxo de homens doadores de sangue nos meses de 2011 da unidade de Vitória-ES do HEMOES.45
- Tabela 2. Distribuição da amostra deste estudo por faixas etárias, de acordo com a proporção encontrada no estudo piloto.....45
- Tabela 3. Participantes da pesquisa antes e após os critérios de exclusão.....49
- Tabela 4 – Principais dados sócio demográficos de doadores de sangue do HEMOES. Vitória-ES, 2013.....50
- Tabela 5 – Classificação da disfunção erétil dos doadores de sangue segundo o instrumento IIEF. Vitória-ES, 2013.....51
- Tabela 6 – Classificação da disfunção erétil de doadores de sangue, de acordo com o instrumento IIEF, estratificado por idade. Vitória-ES, 2013.....51
- Tabela 7 – Medidas descritivas de variáveis como a idade, a função erétil e os domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida SF-36. Vitória-ES, 2013.....52
- Tabela 8 – Estatística descritiva dos domínios do SF-36 segundo a presença da disfunção erétil em doadores de sangue. Vitória-ES, 2013.....53
- Tabela 9 - Resultados do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov de todos os domínios do SF-36 para homens com e sem disfunção erétil, entre doadores de sangue. Vitória-ES.....54
- Tabela 10 - Resultados dos testes de comparação os domínios da qualidade de vida e disfunção erétil de doadores de sangue. Vitória-ES.....55
- Tabela 11 - Resultados da correlação entre o escore da disfunção erétil com os domínios do SF-36 dos doadores de sangue. Vitória-ES.....55

Tabela 12 - Cruzamento entre disfunção erétil com as variáveis sociodemográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.....	56
Tabela 13 - Resultados dos testes de comparação entre a idade e a disfunção erétil de doadores de sangue. Vitória-ES.....	57
Tabela 14A – Teste de normalidade para os domínios Capacidade funcional, Limitação por aspectos físico, Dor e Estado geral de saúde em doadores de sangue. Vitória-ES.....	57
Tabela 14B – Teste de normalidade para os domínios Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental dos doadores de sangue. Vitória-ES.....	58
Tabela 15 – Testes de comparação do domínio Capacidade Funcional entre as variáveis sócio-demográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.....	59
Tabela 16 - Testes de comparação do domínio Vitalidade entre as variáveis sócio-demográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.....	60
Tabela 17 – Testes de comparação do domínio Estado Geral de Saúde entre as variáveis sócio-demográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.....	61
Tabela 18 – Teste de comparação do domínio Estado Geral de Saúde entre os grupos da variável escolaridade dos doadores de sangue. Vitória-ES.....	61
Tabela 19 – Teste de comparação do domínio Aspectos Emocionais entre as variáveis sócio-demográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.....	62
Tabela 20 – Testes de comparação do domínio Aspectos emocionais entre os grupos da variável escolaridade dos doadores de sangue. Vitória-ES.....	62
Tabela 21 – Variáveis independentes seleccionadas para o modelo de regressão logística.....	63
Tabela 22 – Modelo de regressão logística com a variável dependente a DE detectada pelo IIEF.....	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico radial como as médias dos valores dos escores dos domínios de qualidade de vida em homens com e sem DE.....	53
--	----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Disfunção erétil – DE

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Massachusetts Male Aging Study (MMAS)

Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB)

Qualidade de Vida (QV)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES

Termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE)

Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)

Capacidade funcional - CF;

Limitação por aspectos físicos - LAF;

Estado geral de saúde - EGS;

Vitalidade - VT;

Aspectos sociais - AS;

Aspectos emocionais - AE;

Saúde mental - SM.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 DISFUNÇÃO ERÉTIL NÃO É SÓ UM FUNCIONAMENTO SEXUAL MASCULINO INADEQUADO, MAS TAMBÉM UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA?.....	14
2.1.1 Disfunção erétil e sua origem	14
2.1.2 Fatores de risco.....	16
2.1.3 Diagnósticos.....	18
2.1.4 Tratamento.....	19
2.1.5 Aspectos epidemiológicos.....	21
2.1.6 Qualidade de Vida.....	24
2.1.7 Disfunção erétil e qualidade de vida.....	26
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM E SUA IMPORTÂNCIA NA ATENÇÃO AO HOMEM COM DISFUNÇÃO ERÉTIL.....	27
2.2.1 Como que a disfunção erétil está inserida na PNAISH	33
3 JUSTIFICATIVA.....	37
4 OBJETIVOS.....	38
5 METODOLOGIA	39
5.1 DESENHO DE ESTUDO.....	39
5.2 CASUÍSTICA.....	39
5.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA SELEÇÃO DOS DOARES DE SANGUE.....	39
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	40
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	41
5.6 PESQUISA DE CAMPO.....	41
5.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	42
5.7.1 Ficha de Caracterização do Sujeito em Pesquisa.....	42
5.7.2 Instrumento para medida da função erétil.....	42

5.7.3 Instrumento para medida da qualidade de vida.....	43
5.8 ESTUDO PILOTO.....	44
5.9 PROCESSO AMOSTRAL.....	44
5.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	46
5.10.1 Associação da disfunção erétil x qualidade de vida.....	46
5.10.2 Associação entre disfunção erétil x variáveis sócio-demográficas.....	46
5.10.3 Associação entre qualidade de vida x variáveis sócio-demográficas.....	47
5.10.4 Modelo de regressão logística: Análise multivariada.....	47
5.11 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
6 RESULTADOS.....	49
6.1 ASSOCIAÇÃO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL X QUALIDADE DE VIDA.....	52
6.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO ERÉTIL X VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.....	56
6.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA X VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.....	57
6.4 MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA.....	62
7 DISCUSSÃO.....	65
7.1 DE E SUA PREVALÊNCIA.....	66
7.2 QUALIDADE DE VIDA DOS HOMENS DOADORES DE SANGUE.....	67
7.3 QUALIDADE DE VIDA DOS HOMENS COM DE.....	69
7.4 FATORES ASSOCIADOS A DE.....	70
7.4.1 Idade.....	72
7.4.2 Escolaridade.....	72
7.4.3 Relacionamento.....	73
7.4.4 Estado geral de saúde.....	74
7.5 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS E RECOMENDAÇÕES.....	75
8 CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS	77
ANEXO.....	82
APÊNDICE.....	91

1 INTRODUÇÃO

A disfunção erétil (DE) é uma morbidade que acomete milhões de homens em todo o mundo, não somente pela influência nas questões orgânicas, mas também, porque abrange aspectos sociais e psicológicos, afeta a saúde do homem e impacta significativamente a sua qualidade de vida.

No final do século XX com o desenvolvimento de novas tecnologias que propiciaram ao homem maior contato com sua saúde sexual, fez com que o debate em torno da saúde dos homens com essa disfunção se propagasse pelo campo político, científico e acadêmico.

No campo político, a saúde do homem ganha cada vez mais espaço, como o que ocorreu no Brasil, com o lançamento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009.

No campo científico, o desenvolvimento de fármacos para o tratamento da DE chamou a atenção de pesquisadores para a mensuração desse problema em populações gerais e específicas, o que desencadeou uma série de publicações no meio acadêmico.

Como no estudo (MOREIRA JUNIOR et al., 2003) realizado no Brasil que mostra que a incidência dessa disfunção em homens brasileiros foi de 2,5 vezes maior do que em homens americanos na comparação com o Massachusetts Male Aging Study (26/1000 pessoas-ano). Essa diferença esteve relacionada com o aumento da idade, com a menor escolaridade, com o diabetes, com a hipertensão e com a hiperplasia benigna da próstata.

A prevalência da DE também pode ser comprovada por estudo (RHODEN et al., 2002) realizado em Porto Alegre, onde se encontrou 53,9% dessa disfunção em homens com idade entre 40 e 90 anos; e em outro estudo (MOREIRA JUNIOR et al., 2002b) realizado na Bahia, estimou-se que 39,5% dos homens, entre 40 e 70 anos, apresentavam algum grau de DE.

A função erétil pode ser prejudicada não só por maus hábitos de vida, mas também por uma série de condições físicas e psicológicas. Diversos estudos (MOREIRA JUNIOR et al., 2001; LYNGDORF & HEMMINGSEN, 2004; ABDO et al., 2006; JOHANNES, et al., 2000; BERARDIS de, et al., 2005; IMAI, et al., 2010) demonstram fatores de risco associados à DE, como tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, consumo excessivo de álcool, doenças prostáticas, alterações endócrinas, depressão e idade elevada. Além de condições socioeconômicas (MOREIRA JUNIOR et al., 2001; LYNGDORF & HEMMINGSEN, 2004; JOHANNES, et al., 2000), como baixa renda, menor grau de escolaridade, desemprego e estado civil solteiro. Diante de tantos fatores envolvidos, o interesse a respeito dessa disfunção cresce.

Porém, muitas vezes, os homens que participam de estudos sobre DE já possuem alguma condição específica, dessa maneira, a proposta deste estudo não é contar com a participação desses sujeitos, mas sim de homens considerados saudáveis, que nesse caso, são os doadores de sangue.

Devido às altas taxas de prevalência, a disfunção erétil, certamente, é um problema de saúde pública, pois apesar de não ser letal, interfere na auto confiança e pode ser uma fonte de estresse que afeta a interação com familiares e próximos, comprometendo a qualidade de vida. A projeção de um milhão de novos casos, anualmente, no Brasil aumenta a importância deste estudo (MOREIRA JUNIOR et al., 2001).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DISFUNÇÃO ERÉTIL NÃO É SÓ UM FUNCIONAMENTO SEXUAL MASCULINO INADEQUADO, MAS TAMBÉM UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA?

O termo disfunção erétil, antes denominada impotência, é definida como a incapacidade do homem conseguir a ereção do pênis como parte de um processo global e multifacetado do funcionamento sexual masculino (NACIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 1992).

Milhões de homens no mundo sofrem com algum grau de DE. Uma estimativa dessa disfunção no Brasil mostra que cerca de 25 milhões de homens apresentam DE, sendo que 11 milhões da forma moderada ou completa (MOREIRA JUNIOR et al., 2001). Projeções do Massachusetts Male Aging Study (MMAS) indicam que aproximadamente 322 milhões de homens no mundo apresentarão essa disfunção no ano de 2025, sendo que a maior parte ocorrerá em países em desenvolvimento, como os da África, os da Ásia e os da América do Sul (AYTAÇ et al., 1999).

2.1.1 Disfunção erétil e sua origem

A ereção do pênis é obtida pelo relaxamento das fibras musculares lisas dos corpos cavernosos, o que possibilita maior fluxo sanguíneo arterial aos espaços lacunares, conjuntamente com a vasodilatação das artérias cavernosas. A distensão dos espaços lacunares, causado pelo fluxo arterial aumentado, comprime o plexo venoso subalbuginal contra a túnica albugínea com conseqüente diminuição do fluxo venoso. A pressão intracavernosa eleva-se como desfecho desse mecanismo, ocasionando a rigidez peniana (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

Independentemente do mecanismos etiológico envolvido, sugere-se que o desequilíbrio entre a contração e o relaxamento da musculatura lisa do corpo cavernoso leva a DE.

Essa disfunção pode ser de origem orgânica, psicogênica ou mista:

Segundo a Reunião de Diretrizes Básicas em Disfunção Erétil e Sexualidade da Sociedade Brasileira de Urologia, dentro do grupo da DE de origem orgânica pode-se classificá-la em:

- arterial: alterações hemodinâmicas determinadas por obstruções arteriais crônicas ou traumáticas;
- neurogênicas: qualquer doença ou disfunção que afete o cérebro, a medula espinhal ou a inervação periférica do pênis;
- endócrina: Hipogonadismo, hiperprolactinemia e distúrbios no perfil hormonal tireoidiano podem interferir negativamente na ereção;
- tecidual: aumento de fibras colágenas e diminuição de fibras elásticas e do percentual de fibras musculares lisas dos corpos cavernosos;
- medicamentosa: distúrbios da libido, das disfunções ejaculatórias e da DE podem ser promovidos por efeitos secundários provocados por medicamentos como: ansiolítico, antidepressivo, antipsicótico, anti-hipertensivo e diversas drogas com atividade antiandrogênica. (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002, p.)

A DE de origem psicogênica tem, em geral, início súbito, normalmente relacionado a um fato específico, além de relatos de masturbações normais e ereções noturnas. São recorrentes as descrições de atividade sexual noturna normal com determinada parceira ou em determinado ambiente e dificuldade de obtê-la com outra parceira em situações mesmo favorável (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002).

Essa DE de causa psicogênica pode ser primária ou secundária e estar relacionada à coerção sexual, à estresse emocional, à problemas de relacionamento (separações e conflitos conjugais), à coerção pré-puberal, aos problemas com emprego (diminuição de renda e desemprego), à atitude pessimista, à insatisfação com a vida e à depressão (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

Quando se encontra casos que a DE diagnosticada se relaciona a essas duas classes (orgânica e psicogênica), denomina-se DE de origem mista (NARDOZZA JUNIOR, 2010; II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002).

Pode-se classificar essa DE não somente pela sua origem, mas também pela sua intensidade.

Encontra-se na literatura instrumentos, como o que foi usado pela primeira vez pelo *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) (FELDMAN et al., 1994) e o IIEF(ROSEN,

et al. 1997) que, além deles apontarem a presença ou não dessa disfunção, ainda classificam a intensidade dessa morbidade.

O'Donnell et al. (2005) validou esse instrumento usado pioneiramente pelo MMAS e definiu que os níveis de DE podem ser interpretados da seguinte maneira:

- sem disfunção: Sempre capaz de obter e manter uma ereção boa o suficiente para o intercuro sexual;
- disfunção leve: Frequentemente capaz de obter e manter uma ereção boa o suficiente para o intercuro sexual;
- disfunção moderada: Às vezes capaz de obter e manter uma ereção boa o suficiente para o intercuro sexual;
- disfunção completa: Nunca capaz de obter e manter uma ereção boa o suficiente para o intercuro sexual. (2005)

2.1.2 Fatores de risco

A DE causa profundo impacto negativo no bem-estar de um grande número de homens. Trata-se de uma morbidade multifatorial associada a inúmeros fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 1998).

Os fatores de risco podem ser agrupados em: fatores de risco gerais, doenças cardiovasculares e hipertensão arterial, diabete melito, doenças neurológicas, doença endócrina, latrogênia, psicogênica e outras doenças

Os fatores de risco gerais são: a) Saúde geral: situações de estresse e alterações emocionais como fatores de risco. A presença de sintomas urinários é associada à ejaculação precoce e à disfunção erétil; b) Status social: alteração na situação financeira dobram o risco de desenvolver DE; c) Experiência sexual: situações diversas aumenta o risco de DE, como homens vítimas de abusos sexuais durante a infância têm três vezes mais possibilidade de DE (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002);

Outro fator de risco importante são as doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial, uma vez que o sistema cardiovascular representa uma função fundamental para a ereção. Doenças relacionadas à aterosclerose como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, tabagismo, obesidade e sedentarismo podem afetar qualquer seguimento segmento arterial e participar dos mecanismos responsáveis pela DE.

Pacientes que apresentam essa disfunção têm mais probabilidade de apresentar insuficiência coronariana, bem como pacientes que têm insuficiência coronariana manifestam maior prevalência dessa morbidade (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002; FREGONESI; REIS, 2010);

Em relação ao diabetes melito, cada uma das repercussões de morbidade nos tecidos, como efeito nas pequenas artérias e nas arteríolas, na desmielinização neurológica e na deterioração da musculatura lisa sinusoidal tem sido associada como fator etiológico associado à DE (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002)

As doenças neurológicas como acidente vascular encefálico (AVE), doenças de Parkinson, trauma raquimedular, neuropatias periféricas, esclerose múltipla (FREGONESI; REIS, 2010);

A doença endócrina: hipogonadismo, hiperprolactinemia, hipo e hipertireodismo (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002; FREGONESI; REIS, 2010) ;

A latrogênia induzida por medicamentos, pós-cirúrgico (ex.: protatectomia radical) e pós-radioterapia de próstata (FREGONESI; REIS, 2010);

A Psicogênica como estresse emocional, coerção sexual, problemas de relacionamento (p. ex.: conflitos conjugais, separação), problemas com o emprego (p. ex.: desemprego, diminuição de renda), depressão, insatisfação com a vida e atitude pessimista (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002; FREGONESI; REIS, 2010).

Outras doenças que se constituem importantes fatores de risco são os sintomas do trato urinário inferior, a insuficiência hepática, as doenças respiratórias e a apneia do sono, a insuficiência renal e a insuficiência cardíaca (FREGONESI; REIS, 2010).

2.1.3 Diagnósticos

O diagnóstico da DE é realizado de acordo com dados da história pregressa da moléstia atual e do exame físico.

A proposição atual é o emprego da avaliação básica, de menor custo e menos invasiva, orientada pelo desejo do paciente e pelas possibilidades de melhora do desenvolvimento sexual (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

Objetivo inicial do diagnóstico é delimitar DE de origem orgânica, psicogênica e mista. Sistemáticamente realiza-se exame físico, anamnese e exames laboratoriais, como perfil lipídico, glicemia de jejum, testosterona e prolactina (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

Confirmando-se distúrbio androgênico do envelhecimento masculino, deve-se instituir a reposição hormonal quando não houver contraindicações (FREGONESI & REIS, 2010).

A história clínica deve ser obtida criteriosamente, com informações sobre a situação sexual, social, médica e psicológica. Ainda deve conceder informações sobre fatores de riscos como hipertensão arterial, drogas recreacionais, tabagismo, medicamentos, diabetes, doença arterial coronariana, hiperlipidemia, distúrbios vasculares e antecedentes de cirurgia, radioterapia, traumas perineais ou pélvico (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002; NARDOZZA JUNIOR, 2010).

O uso de instrumentos de mensuração da DE, como o *International Index of Erectile Functions* (IIEF), são uteis na obtenção de informações a respeito dessa disfunção, na observação comparativa pós-tratamento e são indispensáveis na realização de trabalhos científicos (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002).

História sexual incluindo relato sobre frequência, duração e qualidade das ereções, bem como alterações no orgasmo, na ejaculação e na libido são de extrema importância nessa análise (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002; NARDOZZA JUNIOR, 2010).

A entrevista com o casal, caso viável, é desejável e útil, mesmo quando existe evidências de que a disfunção é de origem predominantemente orgânica (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002).

O início do tratamento com inibidores da PDE5 é o sugerido de imediato. Caso o paciente não responda a esse teste com medicamentos orais, a avaliação vascular pelo teste de ereção fármaco-induzido com papaverina ou prostaglandina E1 ou associações de medicamentos (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

Em situações de dúvida em relação ao TEFI, indica-se uma semiologia vascular mais sofisticada, como a ultrassonografia com Doppler (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

Em caso de suspeita de comprometimento do sistema nervoso central (neuropatia, diabetes, operações retroperitoneais, etc.), utiliza-se testes especiais de avaliação neurológica, mas em casos duvidosos de comportamento psicológico, o Teste de tumescência noturna é uma boa opção (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002; NARDOZZA JUNIOR, 2010).

2.1.4 Tratamento

O tratamento visa restaurar não apenas a ereção, mas também cuidar do paciente e sua parceira como um todo, inclusive dos aspectos psicossociais.

De acordo com a Reunião de Diretrizes Básicas em Disfunção Erétil e Sexualidade da Sociedade Brasileira de Urologia (II CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL, 2002), as modalidades terapêuticas comprovadamente eficazes no tratamento da DE são: a) Terapias de primeira linha: medicação oral e terapia sexual; b) Terapias de segunda linha: administração intracavernosa e intra-uretral, dispositivos a vácuo; c) Terapias de terceira linha: prótese peniana.

Para o tratamento oral, os mais indicados são os inibidores da PDE5 (sildenafil, tadalafila, vardenafila e iodenafila), que são vasodilatadores, têm a ação de impedir que essas enzimas, presentes no corpo cavernoso, converta o GMP cíclico em GMP, mantendo o estado de ereção. Os Inibidores da PDE5 são indicados na

terapia oral sob demanda em homens portadores de DE de causa psicogênica, orgânica e mista. O uso de nitratos por qualquer via, contra indica o uso dos inibidores de fosfodiesterase (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

Não havendo ou ereção com o uso desses medicamentos ou houver contraindicação, as injeções intracavernosas devem ser utilizadas.

Dentre as autoinjeções intracavernosas de drogas vasoativas as Prostaglandina E1 têm sido muito eficazes, obtendo sucesso em 79% dos casos, independentemente da etiologia (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

Porém, visa-se aumentar o índice de sucesso da autoinjeção e diminuir o custo do tratamento, bastantes associações de medicamentos foram desenvolvidas. Hoje, a mais utilizada é conhecida como Trimix, que é a associação de PGE1, de fentolamina e de papaverina. Essa associação de medicamentos vasodilatadores e relaxantes do músculo liso cavernoso permitiu a administração de doses muito pequenas de cada um deles, com sucesso superior a 95% nos casos de DE de qualquer etiologia e praticamente livre de efeitos colaterais (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

Quando o paciente ou não tolera essas injeções ou não houver ereção com esse método, indica-se a colocação de próteses penianas. Existem dois tipos de prótese peniana: maleáveis e infláveis (FREGONESI & REIS, 2010).

As maleáveis são mais simples e mais baratas, já as infláveis, são mais complexas e mais caras, no entanto, muito eficazes. No Brasil, a grande maioria das próteses colocadas é a maleável (FREGONESI & REIS, 2010).

A decisão do tipo de prótese a ser utilizada deve se basear na experiência do cirurgião, na patologia prévia, no nível socioeconômico e nos hábitos dos pacientes (NARDOZZA JUNIOR, 2010).

2.1.5 Aspectos epidemiológicos

Em um primeiro estudo (MOREIRA JUNIOR et al., 2002b) de base populacional realizado no Brasil para verificar a prevalência de DE foi realizado em Salvador, Bahia, de janeiro a junho de 1998. Com a participação de 602 homens de 40 a 70 anos, que foram abordados em seus domicílios, encontrou-se uma prevalência de 39,5% de DE, sendo considerada 25,1% leve, 13,1% moderada e 1,3% completa. Também se constatou que com aumento da idade, houve o aumento dos números de casos (MOREIRA JUNIOR et al., 2001; MOREIRA JUNIOR et al., 2004), na medida em que a DE esteve presente em 30,8% nos homens com idade entre 40 a 49 anos, 43,5% dos homens com idade entre 50 a 59 anos, e 56,7% dos homens com 60 a 70 anos (MOREIRA JUNIOR et al., 2002b).

Em outro estudo (MOREIRA JUNIOR et al., 2001) realizado no Brasil em nove cidades brasileiras (São Paulo, Salvador, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Curitiba, Santos, Recife, Belo Horizonte e Ribeirão Preto), 1170 transeuntes (idade de 19 a mais de 70 anos) de praias, praças e parques participaram dessa pesquisa no ano 2000 para averiguar a prevalência de DE. Verificou-se que 46,2% dessa população masculina apresentavam algum grau dessa disfunção, sendo 31,5%, 12,1% e 2,6%, nas formas leve, moderada e completa, respectivamente. Como a população do estudo foi distribuída de acordo com a faixa etária da população brasileira total, projeções apontam que 48% dos homens brasileiros apresentam algum grau de DE.

No maior estudo (MOREIRA JUNIOR et al., 2004) epidemiológico realizado no Brasil sobre DE, 71.503 homens foram abordados entre agosto de 2002 e janeiro de 2003 em ambulatórios do Distrito Federal e em todos os 26 estados brasileiros, exceto Acre, Amapá e Roraima. Encontrou-se uma prevalência de 53,5% de DE, sendo 20,8% da forma leve, 26,3% da forma moderada e 6,4% da forma completa. Além disso, antes dos 45 anos aproximadamente 75% dos participantes não apresentaram DE, com o aumento da idade desses participantes, somente 13% não apresentavam essa disfunção após os 70 anos.

Nesse mesmo estudo, o autor chama atenção para algumas atitudes e percepções que devem ser ressaltadas: nos últimos três anos somente 27% dos pacientes foram perguntados sobre problemas sexuais; 81% acham que esses questionamentos

devem ser feitos pelo serviço de saúde e a maioria deles declaram ficar à vontade para responder a tais questionamentos; e por fim, talvez a atitude mais preocupante, esses homens demoram em média 2,3 anos para procurar ajuda médica (MOREIRA JUNIOR et al., 2004). Tais dados levam a especular que homens que possuam essa disfunção demonstram uma clara dificuldade de terem sua saúde assistida.

O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) (ABDO et al., 2006) avaliou 2.862 homens em 18 grandes cidades de todas as regiões brasileiras. Nessa pesquisa, os participantes foram abordados em parques, em ruas, em praias, shopping centers para averiguação da DE da população masculina, e dessa maneira, constatou-se uma prevalência de 45,1% de DE, na qual 31,2%, 12,2% e 1,7% apresentavam-se nas formas de leve, moderada e completa, respectivamente.

Ainda nesse estudo (ABDO et al., 2006), os homens que apresentavam essa disfunção relataram baixa auto-estima, problemas em relacionamentos interpessoais, prejuízo na qualidade de vida, além de comprometer tanto atividades diárias como o trabalho, quanto atividades prazerosas como o lazer.

A alta prevalência dessa disfunção também foi encontrada na América Latina, em estudo (MORILLO et al., 2002) realizado na Colômbia, Equador e Venezuela no ano de 1998, que abordou 1946 homens com mais de 40 anos, foi encontrada uma prevalência de DE de 53,4% (33,6% leve, 16,2% moderada e 3,6% completa).

Em outro estudo (NICOLOSI et al., 2003) multicêntrico desenvolvido em quatro países (Brasil, Itália, Japão e Malásia), envolveu 600 homens de cada um desses países com idade de 40 a 70 anos. Nos 2400 homens participantes dessa pesquisa, encontrou-se uma prevalência de DE moderada à completa, ajustada por idade, de 34% no Japão, 22% na Malásia, 17% na Itália e 15% no Brasil.

Observa-se nos estudos de base populacional que o aumento da prevalência da DE acompanha o aumento progressivo da idade. Mas Martins et al (2010) também indica que a DE não está presente somente em adultos de meia idade ou idosos, mas também em adultos jovens. Em seu estudo realizado em 18 cidades brasileiras com uma amostra de 1.947 homens com idade de 18 a 40 anos, constatou-se uma prevalência de 35% (73,7% sendo DE leve e 26,3% moderada/completa). Esse autor

devido à constatação dessa prevalência recomenda que ações educativas e de prevenção teriam um impacto positivo na disfunção desses jovens homens (MARTINS et al., 2010).

Em outro estudo (HERUTI et al., 2004), porém, realizado em Israel entre os anos de 2001 e 2003, verificou-se a prevalência de DE em 11.914 militares com idade entre 25 e 50 anos, e foi encontrado que 26,9% (19%, 7% e 1% das formas leve, moderada e completa) desses participantes apresentavam DE, sendo que nesse militares com idade entre 25 e 28 anos, a prevalência foi de 25%.

Novos estudos (REIS & ABDO, 2010; IMAI et al., 2010) investem seus esforços em averiguar prevalência DE em populações que se autorreferem como saudáveis.

Imai et al (2010) em estudo realizado em uma pequena comunidade japonesa, no ano de 2006 convidou 280 homens com idade de 20 a 83 anos para participar do *Iwaki Health Promotion Project*, em que se apurou uma prevalência de 89% de DE, sendo 34% do tipo completa/moderada e 55% da forma leve.

Já em outro estudo, Reis e Abdo (2010) investigaram a DE em homens doadores de sangue, com idade de 40 a 60 anos, em um hospital filantrópico da cidade de São Paulo, por meio de dois instrumentos diferentes. Ao usar o IIEF (ROSEN et al., 1997; FERRAZ & CICONELLI, 1998) encontrou uma prevalência de 31,9% de DE, em contrapartida, utilizando os mesmos participantes mas agora usando uma questão simples perguntando da auto-percepção da DE, a prevalência encontrada foi apenas de 3,1%. Os autor reconhece que apesar de a prevalência encontrada nesse estudo ser menor que a de outros, à proporção de a cada 10 homens com idade entre 40 e 60 anos 3 apresentarem essa disfunção, é uma quantidade significativa.

Nesse mesmo estudo, diz que a busca pelo tratamento permanece inadequada, uma vez que alguns homens que apresentam DE não procuram tratamento e outros tomam medicação sem prescrição médica (REIS dos & ABDO, 2010).

A escolha por populações sadias é uma boa alternativa para analisar a DE por minimizar o impacto dos diversos fatores que atuam diretamente no número de casos de disfunções, uma vez que essa morbidade é conhecidamente ligada a

diversos fatores de risco e é também influenciada por alguns fatores socioeconômicos.

Dentre esses fatores de risco, destacam-se a diabetes mellitus, a hipertensão, as doenças prostáticas, as doenças do coração e a depressão, de maneira que essas condições clínicas aparecem associadas com a DE em diversos estudos de base populacionais (JOHANNES et al., 2000; MOREIRA JUNIOR et al., 2001, MOREIRA JUNIOR et al., 2002b, MORILLO et al., 2002; MOREIRA JUNIOR et al., 2003; NICOLOSI et al., 2003; ABDO et al., 2006).

Devido a seu caráter multifatorial, o impacto emocional da DE na vida do homem é muito grande, afetando a auto-estima e sendo fonte de stress que compromete sua qualidade de vida.

2.1.6 Qualidade de Vida

Nas últimas décadas o interesse a respeito dos estudos em Qualidade de Vida (QV) cresce nos diversos campos do conhecimento, por mais que a utilização desse termo apareça num sentido bastante genérico.

Informações acerca da QV são consideradas tanto como indicadores para análise da eficiência, eficácia e impacto de determinados tratamentos para portadores de diversos agravos, quanto na comparação entre procedimentos de problemas de saúde (SEIDL & ZANNON; 2004).

Outra utilização está relacionada às práticas assistenciais cotidianas, em que se usa a QV como indicador da avaliação clínica de doenças específicas. Por exemplo: a avaliação do impacto psicossocial e físico que as incapacidades, enfermidades ou disfunções podem provocar para os pacientes acometidos, oportunizando conhecer melhor o indivíduo (MORRIS et al., 1998).

Entretanto, dois aspectos relevantes do conceito de QV consolidam-se como um consenso entre os estudiosos a partir do século 90, que são a subjetividade e a multidimensionalidade (THE WHOQOL GROUP; 1995).

A subjetividade é entendida como a percepção do indivíduo sobre sua própria saúde e os aspectos não médicos do seu contexto de vida. Ou seja, como a pessoa avalia o seu estado individual em cada uma das dimensões associadas à QV (THE WHOQOL GROUP; 1995).

No que concerne à multidimensionalidade, refere-se à constatação de que o construto é composto por diferentes dimensões (SEIDL, ZANNON; 2004).

Há duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde são identificadas: qualidade de vida como conceito genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde (*health related quality of life*)(SEIDL, ZANNON; 2004).

No primeiro caso, QV apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a ou disfunções ou agravos. Ilustra com excelência essa conceituação que foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

A percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP; 1995, p. 1405).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece implicar os aspectos mais diretamente associados ou às enfermidades ou às intervenções em saúde, como se pode ver a seguir:

- É a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde (GUITERAS, BAYÉS; 1993, p. 179)

- Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida (CLEARY et al., 1995, p. 91).

O tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, por meio de várias disciplinas, seja por meio do senso comum, seja por meio do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja por meio de abordagens individuais ou coletivas (MINAYO et al., 2000).

Pode-se dizer que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde (MINAYO et al., 2000).

2.1.7 Disfunção erétil e qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) tornou-se um importante parâmetro na investigação clínica de DE. Os estudos até agora dão suporte à noção de que a QV é reforçada pelo tratamento DE para uma ampla gama de pacientes com diversas morbidades (ALTHOF, 2002). Devido à incapacidade de funcionar sexualmente pode ocorrer a queda da auto-estima e levar a tensão emocional e conjugal, não sendo surpreendente descobrir que a QV é diminuída em homens com disfunção erétil (JONLER et al., 1995).

Estudos clínicos e epidemiológicos têm demonstrado que a DE tem um forte impacto negativo sobre a QV (JONLER et al., 1995; JOHANNES, et al., 2000; ALTHOF, 2002; SANCHEZ-CRUZ et al., 2003; ROSEN et al., 2004).

Em muitos homens cuja QV já está prejudicada pela presença de comorbidades médicas, a DE pode ter um impacto ainda mais negativo sobre a situação, na verdade, a dor psicológica induzida pela DE pode ser mais incapacitante do que os problemas físicos associados com doenças crônicas. A satisfação com a vida sexual tem se mostrado um importante preditor de satisfação com a vida como um todo (ALTHOF, 2002).

A DE além de ser uma disfunção de significativo impacto na qualidade de vida dos homens, o seu diagnóstico também poder ser encarado como uma potente ferramenta clínica na detecção de futuros eventos vasculares sistêmicos, uma vez que estudos (BILLUPS, 2005; MINER & SEFTEL, 2010; MINER, 2012) comprovam que a DE pode ser vista como prenúncio de doenças cardiovasculares. Nesse sentido, logo que a DE for diagnosticada, pode-se dirigir os esforços sobre os fatores de risco cardiovasculares, evitando morbimortalidades.

Esse olhar sobre a DE só aumenta a importância da sua detecção na saúde do homem, e reforça a necessidade de sua inclusão no campo da saúde pública.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM E SUA IMPORTÂNCIA NA ATENÇÃO AO HOMEM COM DISFUNÇÃO ERÉTIL.

A iniquidade em saúde quando se trata de gênero já é algo bastante discutido. Os diferentes meios de assistir homens e mulheres são conhecidamente como um dos entraves na promoção de saúde e prevenção de doenças das populações.

A perspectiva de gênero reconhece que a saúde do homem não pode ser vista separadamente do seu papel social previamente construído, e esse papel social se construiu numa cultura em que a masculinidade é dominante, dessa maneira, a forma com que os homens se comportam parece ser um determinante importante na saúde dos homens de todas as sociedades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

As relações entre cuidado com saúde e com masculinidade têm focalizadas as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde, pois a forma como os serviços de saúde lidam com as necessidades específicas dos homens sofrem uma influência importante da reprodução do imaginário social de gênero que se estabeleceu (COUTO et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde (2007) reforça em sua publicação que homens e mulheres são colocados em risco devido a aspectos da masculinidade. Em algumas situações ser homem significa ser corajoso, agressivo, resistente, assumir riscos e não cuidar do seu corpo, em outras, com a intenção de afirmação da masculinidade, homens e meninos assumem um comportamento de risco usando certas substâncias e praticando sexo inseguro. Ou seja, as noções dominantes da masculinidade podem aumentar a vulnerabilidade à saúde dos próprios homens, assim como, criar riscos para mulheres e meninas.

Segundo Pinheiro, Couto e Silva (2011) a sexualidade masculina pode configurar uma via de acesso às representações do homem a respeito do próprio corpo e da

própria saúde, e a utilização dessa via aproxima-os dos serviços de saúde. Entretanto, o que se constata é uma abordagem sumarizada de forma que a sexualidade é averiguada apenas quando se busca uma visão estritamente baseada na fisiopatologia, negligenciando as necessidades em saúde sexual que não se encaixam nessa abordagem abreviada, o que faz com que uma demanda importante fique descoberta pelos serviços de saúde e afasta cada vez mais os homens do lugar que lhes é de direito.

Para que se possa alcançar um serviço de saúde como um lugar receptivo não somente para mulheres, mas também para população masculina, as desigualdades existentes que comprometem a relação entre homens e esse serviço têm que ser igualados.

Essas desigualdades levam homens adolescentes por todo o mundo relatarem que raramente utilizam os serviços de saúde, pois a heterogeneidade dos gêneros e o desdém com as necessidades individuais não vêm sendo considerados para esses homens, que são força positiva de trabalho, busquem os serviços de saúde e demandem seus desejos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Para caminhar para um sistema de saúde onde há igualdade de direitos entre homens e mulheres essas desigualdades têm que ser retificadas, uma vez que sem equidade de gênero não se produz saúde. Uma das maneiras de alcançar esse objetivo é o reconhecimento das mulheres como cidadãs e dar um novo sentido para aquilo que é culturalmente determinado como feminino. Além disso, é necessário também estimular homens em ações e reflexões que possam encorajar uma ruptura com modelos culturais usados nas práticas dos profissionais de saúde e na confecção de políticas públicas (MEDRADO et al., 2009).

Já está bem difundido que mulheres procuram mais serviços de saúde que os homens. Ao mesmo tempo, esses mesmos serviços de saúde contribuem de alguma forma para manter os homens longe deles, e isso pode ser visto: quando não criam programas que possam incluí-los, ou até mesmo inseri-los em programas já existentes; quando suas demandas e necessidades são ignoradas; e quando os vêm como uma população de difícil aproximação e abordagem (MEDRADO et al., 2009).

De fato, o reconhecimento das singularidades entre gêneros propicia melhor aproximação da forma que o par masculino-feminino se relaciona, permitindo um maior aprofundamento do elo que integra essas duas extremidades, e percebendo que os avanços conquistados no debate da saúde masculina não é apenas estritamente benéfico para sua parte, mas também para seu par (SCHRAIBER et al., 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Os processos políticos são, portanto, elementos chaves de qualquer esforço para alcançar a igualdade de gênero e promover a saúde; e para isso o empenho tem que ser focalizado em quatro pontos interligados: a) trabalhar com homem é fundamental para buscar a equidade de gênero, reduzir as inequidades na saúde e aumentar a saúde de homens e mulheres; b) programas e políticas de intervenção mostram positivas mudanças nos homens no seu comportamento e nas suas atitudes relacionados ao gênero; c) existência de um mandato internacional de aproximação e inclusão de homens e de meninos para alcançar a igualdade de gêneros e a equidade em saúde; e por fim, d) os programas têm que ser abrangentes e em larga escala para incluir, e não limitar, todos os níveis de políticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

No Brasil, não é diferente, a saúde do homem está cada vez mais na agenda política brasileira e, no dia 28 de agosto de 2009, alcançou seu auge com a publicação no Diário Oficial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Esse documento se apresenta como resultado da parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, como uma das prioridades do Ministério da Saúde nos 20 anos do SUS. De maneira que, não vem somente fortalecer a saúde do homem como um problema de saúde pública, mas também promover ações de saúde que admitem os homens no seu contexto social cultural, possibilitando o enfrentamento das causas preveníveis e evitáveis que levam a morbimortalidade e, por consequência, diminuição de suas expectativas de vida (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a formulação da PNAISH em sincronia com o Programa Nacional de Atenção Básica se faz necessário, pois o fortalecimento e a qualificação da atenção

básica convidariam o homem mudar a sua rota de entrada nos serviços de saúde, ou seja, deixaria de procurar prioritariamente a atenção especializada, e passaria a frequentar os serviços da atenção primária.

Com isso, esse usuário deixaria de buscar um serviço que vise à recuperação em detrimento de um local onde a promoção à saúde e a prevenção dos agravos levam à diminuição do sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família.

Nessa política, é colocado que existem dois entraves para o acesso dos homens aos serviços de saúde, que são as barreiras sócio-culturais e as barreiras institucionais; e são citados como mecanismos de não adesão ao homem às ações de saúde: os estereótipos dos gêneros, as crenças de invulnerabilidade que estimulam um pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer, a masculinidade hegemônica, a posição de provedor, o acesso aos serviços assistenciais e o horário de atendimento dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Mas essa política ressalta que o conhecimento dessas barreiras são fundamentais para rompê-las em busca da libertação desses entraves que historicamente e culturalmente deixam descoberta uma demanda importante dos serviços de saúde, o que certamente melhorará o acesso à saúde aos homens.

Alem disso, é colocado que um dos desafios da PNAISH é a politização da população masculina, conscientizando-a do seu direito social à saúde, sensibilizando-a para que possa perceber seu estado e fazê-la protagonista de suas necessidades para exercer sua cidadania.

No item desse documento intitulado Metodologia de Construção da Política, como planejamento (BRASIL, 2008, p. 8) “[...]optou-se estrategicamente pela identificação das principais enfermidades e agravos à saúde do homem, motivos pelos quais efetivamente já chegam ao sistema de saúde[...]”, além de concentrar em “[...]um recorte estratégico da população de homens, focando homens adultos. Considerando que meninos e idosos são levados aos serviços de saúde, o recorte etário de homens na faixa de 25 a 59 anos, não configurar restrição da população alvo da política[...]”, já que “[...]este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil[...]”.

Devido à necessidade de ressaltar os temas mais recorrentes em estudos da saúde do homem, a presente política traz um item intitulado Diagnóstico. Esse item é o mais extenso dentre todos os outros justamente por perceber a necessidade de fazer um diagnóstico da população masculina para que as ações de promoção e prevenção à saúde compreendam subsídios à reflexão dos determinantes sociais, além de outros elementos condicionam a saúde do homem.

Para isso, foram estabelecidos três eixos que estruturam a discussão: “violência, tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade, e saúde sexual e reprodutiva” (BRASIL, 2008, p. 11)

Apesar de estabelecer esses eixos, o diagnóstico é dado principalmente por meio de gráficos e tabelas com o intuito de melhor retratar a situação de saúde. A PNAISH deixa claro que esses dados epidemiológicos são elementos básicos para o enfrentamento dos altos índices de morbi-mortalidade, bem como apontar as necessidades e as urgências dos homens; contudo, conhecer os determinantes sociais são fundamentais para as ações que visam à promoção e à prevenção à saúde (BRASIL, 2008).

Com linguagem característica da saúde coletiva e da epidemiologia, o diagnóstico apresenta os seguintes dados referentes à população masculina brasileira: indicadores demográficos, violência, alcoolismo e tabagismo, pessoa com deficiência, adolescência e velhice, direitos sexuais e direitos reprodutivos, e indicadores de mortalidade e morbidade por causas externas, tumores e outras causas (BRASIL, 2008). Esses dados são tratados com relevância dentro da política, por perceber que os homens inseridos nesses panoramas citados apresentam vulnerabilidades, e é nesse momento que precisam exercer seu papel de cidadão, valendo-se dos seus direitos à saúde.

Assim como a maioria das políticas nacionais, a PNAISH tem seus princípios e neles enfatiza a necessidade da mudança de paradigmas no que tange à população masculina a respeito das suas condições de saúde.

Alem disso, fazer com que essa população masculina considere os serviços públicos de saúde como um local acolhedor, com ações que visem à integralidade e à equidade, primando por uma atenção humanizada.

As diretrizes que regem essa política foram formuladas baseadas na integralidade, coerência, factibilidade e viabilidade, tendo em vista princípios como a humanização e a qualidade da assistência (BRASIL, 2008).

A integralidade pode ser entendida levando em consideração dois panoramas. O primeiro seria projetar o homem atendido em todos os níveis de atenção, começando pela porta de entrada na atenção básica, até os serviços de saúde de alta complexidade, fazendo do seu atendimento um serviço contínuo. O segundo seria perceber o indivíduo mediante toda complexidade que os cercam, aceitando os seus determinantes sociais como fator importante na determinação do adoecimento.

No que se refere à factibilidade, para permitir as ações decorrentes dessa política, deve-se considerar a disponibilidade dos recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e a capacidade administrativa e gerencial.

Em relação à coerência, as diretrizes que serão propostas estarão de acordo com os princípios do SUS, assim como os princípios dessa política.

Enfim, para finalizar os fundamentos que regem essas diretrizes, a viabilidade está relacionada a como será a implantação, que será realizada pelos três níveis de governo e pelo controle social, para que a sua exequibilidade não fique comprometida.

Seguindo seus princípios e guiado por suas diretrizes, a PNAISH tem por objetivos gerais:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008, p. 38).

Alem disso, essa política também apresenta três objetivos específicos que se baseiam na atenção integral à saúde do homem; na assistência em saúde sexual e

reprodutiva; e nas medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina. Dentro desses objetivos, encontra-se uma vasta lista de subitens que buscam metas de apoio a esses subitens. Devido à grande importância que esses três objetivos têm dentro da política, eles seguem listados abaixo:

- Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde.
- Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.
- Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina, destacando seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008, p. 38-39).

Ainda de acordo com essa política, o item Responsabilidade Institucional aparece, como o próprio nome já diz, definindo que as diretrizes originadas no Pacto pela Vida de 2006 serão implantadas respeitando cada esfera governamental, ou seja, municípios, estados e união.

Então, buscando verificar a efetividade dos princípios e diretrizes da PNAISH na saúde do homem, fecha-se com o item Avaliação.

2.2.1 Como que a disfunção erétil está inserida na PNAISH

Necessitou o SUS fazer seus 20 anos para que, enfim, a saúde do homem fosse olhada com maior apreço. Durante duas décadas o distanciamento dos homens dos serviços de atenção básica se elevou de tal maneira, que estava nítida a falta de intimidade na comunicação dos serviços de saúde com a população masculina.

No passar desses anos os sistemas de saúde foram evoluindo com o acesso para população facilitado, os serviços mais humanizados, a integralidade da assistência à saúde se ampliou, as inequidades diminuídas, e novas tecnologias também foram desenvolvidas visando à melhoria da assistência de toda população.

Um dos grandes beneficiados com o desenvolvimento da indústria farmacêutica no final do século XX foram os homens. Foi lançada no mercado uma classe de medicamento que viria para revolucionar a saúde sexual da população masculina, o medicamento para ereção.

Juntamente com o advento do medicamento também foi dada maior atenção para a saúde, não só sexual, mas também a saúde como um todo, de uma população, que até então, pouco era discutida ao seu respeito.

Com o aumento dos debates em torno dessa disfunção, novos estudos foram sendo desenvolvidos e revelou-se uma significativa prevalência dessa doença nos homens por toda parte. Talvez seja esse um dos motivos pelo qual antes mesmo do lançamento oficial da PNAISH em agosto de 2009, a Sociedade Brasileira de Urologia promoveu, com apoio do Ministério da Saúde, o lançamento da Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, cujo tema escolhido foi a disfunção erétil (CARRARA et al., 2009).

Como a DE é uma das causas que comprometem a saúde sexual dos homens (AMIDU et al., 2010; HATZIMOURATIDIS et al., 2010), a PNAISH aborda essa disfunção de maneira indireta dentro dos desafios que a saúde sexual masculina está inserida.

E para demonstrar a importância com que essa política aborda esse tema, a saúde sexual é apresentada com destaque no item Diagnóstico:

Os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem podem se estruturar em torno de três eixos: violência, tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade, e saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008, p. 11).

Ainda no sentido de reforçar o interesse sobre o tema, o mesmo item Diagnóstico apresenta em um dos seus subitens os “Direitos sexuais e direitos reprodutivos”. Apesar de em seus esclarecimentos não constarem questões particulares acerca da DE, uma abordagem mais detalhada sobre esses aspectos sexuais contribui para chamar atenção do problema.

O que chama atenção ao que está posto em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, é o enfoque de que a sexualidade é um fator essencial na vida independente da faixa-etária, como mostra esta passagem:

A sexualidade é uma importante dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas, sendo necessário superar a sua compreensão como possibilidade apenas do adolescente, jovem e adulto (BRASIL, 2008, p. 20).

O único momento em que é possível encontrar uma abordagem direta a respeito da DE dentro da PNAISH é quando se trata dos tumores como causa de mortalidade masculina. Nesse momento, é chamada a atenção para o comprometimento da qualidade de vida causado pela DE em homens submetidos à prostatectomia, como é mostrado a seguir:

A propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária (BRASIL, 2008, p. 26).

A DE pode ser causada por diversos tipos de problemas, como se tem acompanhado durante o texto, e por isso, veja-se que a aplicação de uma única abordagem direta da DE dentro dessa política ser dada em uma situação tão específica como a prostatectomia, diminui a importância dessa disfunção no campo da saúde pública, como vai de encontro a toda relevância dada a saúde sexual até agora, pois a aplicação do termo de uma maneira tão particular pode limitar o olhar sobre essa doença.

Por fim, a saúde sexual masculina volta à pauta em um dos três objetivos específicos dessa política (BRASIL, 2008, p. 38): “[...]Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde[...]”. Além de um dos vários subitens que compõem esse objetivo específico (BRASIL, 2008, p. 38): ” [...]estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculina[...]”.

Entende-se que uma abordagem política acerca da DE é uma estratégia imprescindível para o alcance integral da saúde da população masculina, e que

apesar da relutância na utilização desse termo no texto que compõe a PNAISH, de certa maneira, ela trouxe o debate das questões sexuais masculinas para o campo da Saúde Pública. Desse modo, encarar as questões envolvendo a DE como problema de saúde pública é estar se preparando para lidar com uma demanda presente na população masculina.

Com todo esse debate em torno da DE, a intenção não é limitar a saúde do homem a essa disfunção, e sim abrir novos horizontes de discussão sobre a saúde desses homens. E talvez, como dizem Gomes, Schraiber e Couto (2005), ter encontrado consolidação do homem como foco da Saúde Pública, buscando a singularidade de um dos gêneros, e estar preparado para uma nova demanda de ressignificação do masculino.

Haja vista o lançamento recente da PNAISH é preciso fomentar no meio científico discussões a respeito do alcance dessa política, a fim de que se consiga a mudança de paradigma necessária para que o homem seja inserido no desafio da atenção integral a sua saúde, bem como no processo de humanização e de formação de cidadãos sabedores dos seus direitos.

Em nenhum momento dessa discussão, incentiva-se a medicalização do corpo masculino e, muito menos, da disfunção erétil, a intenção maior é tirar essa disfunção das convenções e dos consultórios de urologistas e de andrologistas, e trazer para o campo da saúde coletiva como uma demanda verdadeira dos homens, que têm por direito, ter essa necessidade atendida igualmente a todas as outras.

Em razão disso, busca-se a problematização das questões envolvidas em torno da disfunção erétil, que sejam consideradas as diversas morbidades que levam a essa disfunção, que seus determinantes sociais e orgânicos possam ser elucidados para que a assistência à saúde seja efetiva e integral, que o sofrimento psíquico que pode estar sendo causado seja interrompido, que medidas sejam adotadas levando aos homens dos serviços de saúde ações de promoção e de prevenção, e que a disfunção erétil seja vista por todos como um real problema de saúde pública.

3 JUSTIFICATIVA

A DE é uma morbidade que vem sendo bem estudada no meio científico e sua alta prevalência na população ainda passa por um processo de expansão. Dessa maneira, há uma necessidade de aproximação da DE, assim como da saúde do homem, do campo da Saúde Pública para que ela possa ser explorada por seus atores e que o conhecimento dessa disfunção possa ser difundido para seus pares.

Nessa perspectiva, será possível debater sobre os meios de abordagem dessa morbidade seja no campo político, demandando a necessidade da criação de novas diretrizes de enfrentamento, seja na prática, com a elaboração de ações de promoção e prevenção a esse agravo.

Partindo do princípio que doadores de sangue são considerados hígidos e, teoricamente, são pouco afetados pelos fatores de risco dessa disfunção e possuem menor probabilidade de apresentarem problemas de saúde, a estimativa da prevalência da DE nesse grupo populacional leva-nos a acreditar que essa disfunção é realmente um problema de saúde pública.

4 OBJETIVOS

Geral

- Identificar a relação entre função erétil e qualidade de vida em homens doadores de sangue do Centro de Homoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES.

Específicos

- Avaliar a função erétil de homens doadores de sangue do Centro de Homoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES;
- identificar a relação entre a função erétil e os fatores sociodemográfico de homens doadores de sangue do Centro de Homoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES;
- avaliar a qualidade de vida de homens doadores de sangue do Centro de Homoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES;
- identificar a relação entre a qualidade de vida e os fatores sociodemográfico de homens doadores de sangue do Centro de Homoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES;

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, que busca um retrato instantâneo da função erétil e da qualidade de vida de homens doadores de sangue, assim como suas características sociodemográficas e estado de saúde, do Centro de Homoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES.

5.2 CASUÍSTICA

O presente estudo desenvolveu-se com a participação de doadores de sangue, por serem considerados saudáveis, mas podem apresentar ou algum fator de risco para DE ou algum grau dessa disfunção, seja de etiologia orgânica, psicogênica e mista.

Ao buscar a amostra em um centro de doação de sangue, conseguem-se indivíduos que passaram não só por um processo de triagem e foram eleitos por terem sua saúde preservada para essa doação, mas também participantes com uma possível disponibilidade para responder perguntas de caráter íntimo.

5.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA SELEÇÃO DOS DOARES DE SANGUE

Com a finalidade de normatizar as atividades hemoterápicas, dentre essas atividades a de doação de sangue, foi lançada no dia 13 de junho de 2011 a Portaria 1.353 do Ministério da Saúde que aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos (BRASIL, 2011).

Para que o voluntário possa ser aceito para fazer a doação, esse voluntário tem que passar por um processo de triagem clínica que irá elegê-lo como apto a doar, ou não, seu sangue. Todas as etapas da doação são regulamentadas por essa portaria e, compulsoriamente, tem que seguir as condições citadas abaixo:

- ✓ A doação de sangue deve ser anônima, altruísta, voluntária e não remunerada;

- ✓ Devem ser verificados os aspectos gerais do candidato à doação, que deve ter aspecto saudável à ectoscopia e declarar bem-estar geral.
- ✓ O profissional de saúde de nível superior deve avaliar os antecedentes e o estado atual do candidato a doador, para determinar se a coleta pode ser realizada sem causar-lhe prejuízo e se a transfusão dos hemocomponentes preparados a partir dessa doação pode vir a causar risco para os receptores;
- ✓ Em relação a doenças atuais ou anteriores, devem ser avaliados a história médica e os antecedentes patológicos do doador;
- ✓ Quanto ao uso de medicamentos pelo candidato, devem ser observados a história terapêutica recente, uma vez que a indicação quanto ao próprio tratamento pode motivar a inaptidão do candidato à doação;
- ✓ Cada medicamento deve ser avaliado individualmente e em conjunto e registrado na ficha de triagem, sempre que possa apresentar alguma correlação com a doação de sangue;
- ✓ Quanto ao estilo de vida do candidato a doação, devem ser observados os seguintes critérios: uso de drogas ilícitas e história atual ou pregressa de uso de drogas injetáveis ilícitas, são contra-indicação definitiva para a doação de sangue; (BRASIL, 2011)

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os homens:

- que realizaram a doação de sangue, sendo considerado hígido pela avaliação médica do próprio hemocentro;
- que consentiram com a pesquisa;
- que tiveram todas as perguntas dos questionários respondidas;
- que estavam com idade entre 18 a 59 anos no momento da pesquisa, até que o número amostral fosse concluído;
- que demonstraram capacidade para compreender e responder aos questionários;
- que possuíam tempo de relacionamento estável com uma parceira maior que seis meses;
- que não estavam fazendo uso de cigarro;
- que não estiveram em uso de quaisquer medicações, incluindo-as para obter ereção;
- que não possuíam morbidades como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer de próstata, hiperplasia benigna de próstata, úlcera duodenal ou gástrica, doenças do coração e depressão.

Apesar de a idade permitida para doação de sangue seja de até 67 anos, 11 meses e 29 dias, considerou-se neste estudo a idade máxima de 60 anos, pois acima desse limite os indivíduos apresentam com maior frequência problemas de saúde do que a população geral (GARRIDO & MENEZES, 2002).

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os homens:

- que demonstraram incapacidade para compreender e responder aos questionários;
- que possuíam tempo de relacionamento estável com uma parceira menor que seis meses;
- que estavam fazendo o uso de cigarro;
- que estiveram em uso de quaisquer medicações, incluindo-as para obter ereção;
- que possuíam morbidades como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer de próstata, hiperplasia benigna de próstata, úlcera duodenal ou gástrica, doenças do coração e depressão.

5.6 PESQUISA DE CAMPO

A coleta dos dados ocorreu na unidade de Vitória do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES no ano de 2013.

Os doadores foram acolhidos nesse banco de sangue e passaram por todo o processo de cadastramento e triagem e, enfim, realizaram a doação. Após esse processo, o pesquisador convidou esses doadores a participar desta pesquisa apresentando-lhes o Termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I) e, quando houve o consentimento, realizou-se o convite a conceder a assinatura nesse documento.

Com a participação consentida, o indivíduo recebeu um envelope com uma Ficha de Caracterização do Sujeito em Pesquisa (APÊNDICE II) e dois instrumentos; todos auto-aplicáveis e anônimos.

5.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

5.7.1 Ficha de Caracterização do Sujeito em Pesquisa

Esse questionário é composto por 13 perguntas objetivas e de múltipla escolha, com a intenção de colher dados sócio-demográficos e do estado de saúde dos participantes.

Como o estado de saúde dos indivíduos pode desviar o resultado desta pesquisa, esse questionário traz perguntas que visaram atender aos critérios de inclusão e exclusão, possibilitando a seleção dos doadores e evitando, dessa maneira, esse desvio.

5.7.2 Instrumento para medida da função erétil

Para estimar a prevalência e a classificação da DE, utilizou-se o instrumento *International Index of Erectile Functions* (IIEF) (ROSEN, et al. 1997). Esse instrumento é originalmente de língua inglesa, porém, a versão utilizada foi a adaptada transculturalmente para o português (FERRAZ & CICONELLI, 1998) (ANEXO I).

Esse questionário é composto de 15 questões e avalia cinco parâmetros da função sexual masculina. Os parâmetros da função sexual e as perguntas que fazem parte desses parâmetros estão dispostas no Quadro 1.

Quadro 1. Parâmetros e questões do instrumento de avaliação da função erétil *International Index of Erectile Functions*.

Parâmetro	Questões
Função erétil	1 – 5, 15
Função orgástica	9,10
Desejo sexual	11,12
Satisfação na relação sexual	6,7,8
Satisfação sexual global	13,14

Como os objetivos desta pesquisa contemplam apenas a função erétil, somente esse parâmetro foi analisado e, portanto, classificando-se de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2. Classificação da disfunção erétil de acordo com o parâmetro função erétil do *International Index of Erectile Functions*.

Pontuação do parâmetro função erétil	Classificação da disfunção erétil
6 – 10	Completa
11 – 16	Moderada
17 – 25	Leve
26 – 30	Sem disfunção

Rosen et al. (1997) relata em seu estudo que esse instrumento possui não só alta consistência interna, mas também alta sensibilidade e especificidade para os cinco domínios.

5.7.3 Instrumento para medida da qualidade de vida

Para mensurar a qualidade de vida dos doadores de sangue, utilizou-se o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* (WARE, 1993). Esse questionário foi adaptado transculturalmente para língua portuguesa por Ciconelli (1997) (ANEXO II).

Esse instrumento é constituído de 36 itens, que formam oito dimensões da qualidade de vida, que são:

- capacidade funcional - CF;
- limitação por aspectos físicos - LAF;
- dor;
- estado geral de saúde - EGS;
- vitalidade - VT;
- aspectos sociais - AS;
- aspectos emocionais - AE;
- saúde mental - SM.

A pontuação varia de 0 a 100, sendo zero o pior estado de saúde e 100 o melhor.

5.8 ESTUDO PILOTO

Estudo transversal realizado a partir de uma amostra de conveniência constituída de 130 homens maiores de 18 anos. Por meio do questionário anônimo e auto-aplicável, International Index of Erectile Functions (IIEF), obteve-se a prevalência de 38,95% de DE nessa população. Para análise dos dados, utilizou-se o teste Qui-quadrado para associação da DE com fatores sociodemográfico. Pode-se constatar significância estatística entre a associação da DE com homens que fumaram em algum tempo da vida ($p=0,038$) e com homens solteiros ($p=0,018$).

5.9 PROCESSO AMOSTRAL

Para o cálculo amostral utilizou-se não só a prevalência de 38,95% encontrada nesse estudo piloto, mas também o fluxo de homens doadores de sangue no ano de 2011, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Fluxo de homens doadores de sangue nos meses de 2011 da unidade de Vitória-ES do HEMOES.

Mês	Doadores
Janeiro	1.492
Fevereiro	1.479
Março	1.345
Abril	1.310
Maió	1.442
Junho	1.259
Julho	1.708
Agosto	1.433
Setembro	1.298
Outubro	1.226
Novembro	1.567
Dezembro	1.238
TOTAL	16.797

Considerando uma confiança de 95% e um erro estimado de 5%, a amostra a ser estudada foi de 368 indivíduos.

Além disso, estratificou-se a amostra por idade, em que os percentuais das faixas etárias encontradas nesse piloto se refletiram nessa amostra. As informações da amostra do estudo estão dispostas na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da amostra deste estudo por faixas etárias, de acordo com a proporção encontrada no estudo piloto.

Faixas etárias	Estudo piloto		Cotas da amostra por faixa etária
	Doadores	%	
18 a 29 anos	49	41,9	154
30 a 39 anos	41	35,0	129
40 a 49 anos	22	18,8	69
50 a 59 anos	5	4,3	16
TOTAL	117	100,0	368

5.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Esses dados foram gerenciados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 18)* e interpretados conforme preconizado na literatura de cada instrumento.

Para análise descritiva e caracterização da amostra, os dados foram apresentados na forma de números absolutos, de percentuais, de médias, de medianas, etc.

5.10.1 Associação da disfunção erétil x qualidade de vida

Aplicou-se o teste de normalidade chamado Kolmogorov-Smirnov em cada domínio do SF-36 para verificar se a distribuição dos dados era normal. A hipótese testada foi que esses dados teriam uma distribuição normal, e para que essa hipótese fosse verdadeira o p-valor do teste teria que ser maior que 0,05, porém, observou-se que o p-valor assumiu um valor menor que 0,05, o que rejeita a hipótese testada e indica que a distribuição desses dados não foi normal.

Como esses domínios não apresentaram uma distribuição normal optou-se pelo teste de Mann-Whitney para comparação desses domínios com a variável função erétil. A escolha desse teste se deu pois é uma alternativa não-paramétrica para o teste t.

Para verificar o grau de associação entre essas variáveis, decidiu-se pelo coeficiente de correlação de Spearman.

5.10.2 Associação entre disfunção erétil x variáveis sócio-demográficas

Para o cruzamento entre a disfunção erétil e as variáveis sócio-demográficas, escolheu-se o teste qui-quadrado. Esse teste testa a hipótese de que as variáveis em uma tabela cruzada são independentes, ou seja, não há relação entre elas. Quando o p-valor for menor que 0,05, essa hipótese é rejeitada e indica que há relação entre as variáveis analisadas.

Como na variável idade houve rejeição da hipótese de normalidade, o teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi o escolhido.

5.10.3 Associação entre qualidade de vida x variáveis sócio-demográficas

Primeiramente, verificou-se se a distribuição dos dados era normal. Como para algumas variáveis a amostra deste estudo possuía menos de 50 indivíduos para análise, optou-se pelo teste Shapiro-Wilk, que é um teste utilizado em pequenos tamanhos de amostra. A hipótese testada por esse teste é que os dados possuíam uma distribuição normal, porém como o p-valor encontrado para a quase todos os domínios foi menor que 0,05, rejeitou-se essa hipótese.

Como os domínios não apresentaram distribuição normal, os testes paramétricos não seriam o mais indicado, dessa maneira empregou-se teste não-paramétricos como Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Por uma lado, aplicou-se o teste Mann-Whitney para as variáveis Relacionamento e Fumantes, por essas variáveis possuírem dois grupos (duas respostas) de comparação; por outro lado se utilizou o teste Kruskal-Wallis para as variáveis Faixa etária, Raça/Cor, Escolaridade e Estado Civil, uma vez que todas essas variáveis possuem mais de dois grupos de comparação.

Esse teste de Kruskal-Wallis não mostra qual grupo de comparação difere dos demais, diz apenas que há alguma categoria diferente das outras. Então, quando após a aplicação desse teste o resultado foi estatisticamente significativo, procedeu-se com um teste de múltiplas comparações (teste post-hoc) chamado teste de Dunn.

5.10.4 Modelo de regressão logística: Análise multivariada.

Utilizou-se o teste de ajuste de modelo Hosmer-Lemeshow. Esse teste é baseado em agrupar os riscos e em comparar as probabilidades observadas com a prevista dentro de cada grupo. Considerou-se como hipótese nula que o modelo se adequou bem aos dados, porém, caso o resultado do teste apresente um p-valor menor que 0,05, essa hipótese seria rejeitada.

As variáveis que entraram no modelo de regressão foram todas aquelas que apresentaram um p-valor menor que 0,100, sendo assim, foram chamadas de variáveis independentes. A variável dependente é a presença ou não de DE.

5.11 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as recomendações da *Resolução no. 196/96*, do Conselho Nacional de Saúde de 1996, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo com o número 179.140 e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória. Para todos os participantes foram oferecidas informações sobre a pesquisa e, após anuência, assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

6 RESULTADOS

Inicialmente, a amostra de estudo foi constituída por 368 homens doadores de sangue, porém, após a avaliação das respostas aos questionários, foram excluídos no total 88 (23,91%) participantes, dentre os motivos dessa exclusão estão: não possuírem um relacionamento estável por pelo menos 6 meses (31), relacionar-se com parceiros diferentes do sexo feminino, ou seja, não ser heterossexual (3), serem fumantes (20), relatarem ter doenças como úlcera duodenal ou gástrica (6), depressão (1), hipertensão (14) e hiperplasia benigna de próstata (1) e por estarem em uso de qualquer medicação, incluindo aquelas para obter ereção (37). A Tabela 3 mostra como ficou a amostra, estratificada por idade, após excluir esses indivíduos.

Ressalta-se que o mesmo indivíduo poderia ser excluído por mais de um motivo, entretanto, bastava que o participante preenchesse ao menos um dos critérios de exclusão para ele não fazer mais parte da amostra.

Tabela 3. Participantes da pesquisa antes e após os critérios de exclusão.

Faixas etárias	Cotas da amostra por faixa etária	Amostra após excluir participantes
18 a 29 anos	154	134
30 a 39 anos	129	85
40 a 49 anos	69	48
50 a 59 anos	16	13
TOTAL	368	280

Os indivíduos que participaram da pesquisa, 191 possuíam um relacionamento estável do tipo casado ou coabitação. Além desse dado, as principais informações sóciodemográficos da população estudada estão dispostos na Tabela 4, sendo que os indivíduos que participaram do estudo eram, em sua maioria, da raça parda, com pelo menos o ensino médio completo, possuíam vínculo empregatício e não faziam uso de cigarros.

Tabela 4 – Principais dados sócio demográficos de doadores de sangue do HEMOES. Vitória-ES, 2013.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
18 a 29 anos	134	47,9
30 a 39 anos	85	30,4
40 a 49 anos	48	17,1
50 a 59 anos	13	4,6
Relacionamento		
Sim, namoro	89	31,8
Sim, casado/coabitação	191	68,2
Raça / Cor		
Branca	83	29,6
Negra	58	20,7
Amarela	8	2,9
Parda	122	43,6
Indígena	9	3,2
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	29	10,4
Fundamental Completo	23	8,2
Médio Incompleto	23	8,2
Médio Completo	138	49,3
Superior Incompleto	35	12,5
Superior Completo	32	11,4
Estado civil		
Solteiro	79	28,2
Casado	151	53,9
Separado	1	0,4
Divorciado	8	2,9
Morando junto da companheira	41	14,6
Fumante		
Não fuma	237	84,6
Já fumou mas parou	43	15,4
Atividade		
Aposentado, mas ainda trabalhando	6	2,1
Empregado	245	87,5
Desempregado	29	10,4
Ocupação		
Trabalho profissional / técnico	62	22,1
Trabalho de gerência	7	2,5
Trabalho Administrativo	20	7,1
Vendas	20	7,1
Setor de prestação de serviço	22	7,9
Serviço de segurança	34	12,1
Agricultura / Pecuária / Silvicultura / Psicicultura	10	3,6
Transporte / Comunicação	27	9,6
Mão-de-obra qualificada (mineração / manufatura / construção)	26	9,3
Outros	52	18,6
Total	280	100

A utilização da variável Ocupação para análises mais elaboradas ficou prejudicada, pois a grande quantidade de respostas do tipo Outros pode levar a uma análise não representativa.

Dos 280 participantes que continuaram na análise, 93 (33,2%; IC: 27,7% a 38,7%) foram classificados como tendo algum grau de DE de acordo com o IIEF, sendo 72 (25,7%; IC: 20,6% a 30,8%) possuíam disfunção leve, 5 (1,8%; IC: 0,2% a 3,5%) disfunção moderada e 16 (5,7%; IC: 3,0% a 8,4%) disfunção completa. A Tabela 5 apresenta a classificação da DE dos participantes desta pesquisa.

Tabela 5 – Classificação da disfunção erétil dos doadores de sangue segundo o instrumento IIEF. Vitória-ES, 2013.

Função erétil	n	%
Disfunção erétil completa	16	5,7
Disfunção erétil moderada	5	1,8
Disfunção erétil leve	72	25,7
Sem disfunção	187	66,8
Sem disfunção erétil	187	66,8
Com disfunção erétil	93	33,2
Total	280	100,0

A Tabela 6 apresenta a classificação da DE estratificado por idade. Percebe-se que a maioria dos casos (13, 81%) de disfunção completa ocorreu em jovens entre 18 a 29 anos, enquanto os homens com idade entre 50 a 59 anos apresentaram na sua totalidade (8 indivíduos) apenas disfunção do tipo leve.

Tabela 6 – Classificação da disfunção erétil de doadores de sangue, de acordo com o instrumento IIEF, estratificado por idade. Vitória-ES, 2013.

Faixa etária	Função erétil			
	Disfunção erétil completa	Disfunção erétil moderada	Disfunção erétil leve	Sem disfunção
18 a 29 anos	13 (81,3%)	2 (40,0%)	32 (44,4%)	87 (46,5%)
30 a 39 anos	3 (18,8%)	3 (60,0%)	16 (22,2%)	63 (33,7%)
40 a 49 anos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	16 (22,2%)	32 (17,1%)
50 a 59 anos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (11,1%)	5 (2,7%)
Total	16 (100,0%)	5 (100,0%)	72 (100,0%)	187 (100,0%)

A Tabela 7 apresenta algumas medidas descritivas (média, mediana, desvio-padrão, maior valor, menor valor) da idade e da função erétil da amostra estudada, além das medidas dos domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida SF-36.

Tabela 7 – Medidas descritivas de variáveis como a idade, a função erétil e os domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida SF-36. Vitória-ES, 2013.

Variáveis	Menor valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio-padrã
Idade	18	58	30,00	32,14	8,85
Função erétil	1,00	30,00	28,00	25,62	6,34
SF36					
Capacidade funcional	0,00	100,00	100,00	94,11	13,29
Limitação por aspectos físicos	0,00	100,00	100,00	88,39	23,84
Dor	31,00	100,00	84,00	83,40	17,25
Estado geral de saúde	45,00	100,00	87,00	83,70	14,86
Vitalidade	30,00	100,00	80,00	78,91	13,78
Aspectos sociais	25,00	100,00	100,00	89,96	16,26
Aspectos emocionais	0,00	100,00	100,00	86,19	27,21
Saúde mental	28,00	100,00	84,00	82,91	13,72

Percebe-se que todos os domínios apresentaram média dos seus escores superior a 82%, exceto o domínio Vitalidade, que apresentou a pior pontuação; além do mais, o domínio que apresentou a maior média no escore do instrumento SF-36 foi o de Capacidade funcional. Constata-se também na Tabela 7 que o domínio Aspectos emocionais apresentou o maior desvio-padrão.

6.1 ASSOCIAÇÃO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL X QUALIDADE DE VIDA

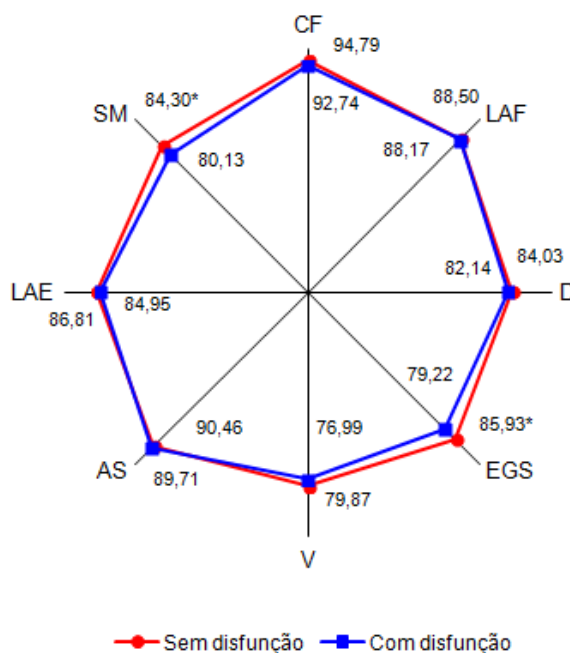
A média dos escores de cada domínio do SF-36 também foi comparada entre indivíduos com e sem DE. Como se pode ver na Tabela 8 todos esses domínios desse instrumento tiveram um decréscimo em suas médias em participantes com DE quando comparamos com homens sem DE, exceto o domínio Aspectos sociais, que mesmo o participante possuindo essa disfunção permaneceu com a média maior que indivíduos sem DE.

A Figura 1 apresenta um gráfico radial como as médias dos valores dos escores dos domínios de qualidade de vida em homens com e sem DE.

Tabela 8 – Estatística descritiva dos domínios do SF-36 segundo a presença da disfunção erétil em doadores de sangue. Vitória-ES, 2013.

SF36	Disfunção erétil	N	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio-Padrão
Capacidade funcional	Sem	187	25,00	100,00	100,00	94,79	11,37
	Com	93	0,00	100,00	100,00	92,74	16,48
Limitação por aspectos físicos	Sem	187	0,00	100,00	100,00	88,50	22,93
	Com	93	0,00	100,00	100,00	88,17	25,69
Dor	Sem	187	31,00	100,00	84,00	84,03	16,78
	Com	93	31,00	100,00	84,00	82,14	18,20
Estado geral de saúde	Sem	187	52,00	100,00	90,00	85,93	13,77
	Com	93	45,00	100,00	82,00	79,22	15,99
Vitalidade	Sem	187	40,00	100,00	80,00	79,87	12,49
	Com	93	30,00	100,00	80,00	76,99	15,97
Aspectos sociais	Sem	187	25,00	100,00	100,00	89,71	16,48
	Com	93	37,50	100,00	100,00	90,46	15,90
Aspectos emocionais	Sem	187	0,00	100,00	100,00	86,81	26,85
	Com	93	0,00	100,00	100,00	84,95	28,03
Saúde mental	Sem	187	32,00	100,00	88,00	84,30	12,89
	Com	93	28,00	100,00	84,00	80,13	14,93

Figura 1 - Gráfico radial como as médias dos valores dos escores dos domínios de qualidade de vida em homens com e sem DE.



CF: Capacidade funcional; LAF: Limitação por aspectos físicos; D: Dor; EGS: Estado geral de saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos sociais; LAE: Limitação por aspectos emocionais; SM: Saúde mental. * Estatisticamente significativa (p-valor < 0,050).

Também se realizou um teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) para os domínios do instrumento de QV. Como todos esse dados apresentaram o p-valor menor que 0,05, o que rejeita a hipótese testada, indicou que esses dados não estavam distribuídos normalmente. A Tabela 9 apresenta os resultados dos testes de normalidade para os domínios do SF-36 para os homens com e sem DE.

Tabela 9 - Resultados do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov de todos os domínios do SF-36 para homens com e sem disfunção erétil, entre doadores de sangue. Vitória-ES.

SF36	Sem disfunção (p-valor)	Com disfunção (p-valor)
Capacidade funcional	0,000*	0,000*
Limitação por aspectos físicos	0,000*	0,000*
Dor	0,000*	0,000*
Estado geral de saúde	0,000*	0,003*
Vitalidade	0,000*	0,001*
Aspectos sociais	0,000*	0,000*
Aspectos emocionais	0,000*	0,000*
Saúde mental	0,000*	0,000*

* p-valor < 0,050, rejeita-se a hipótese de normalidade.

A Tabela 10 apresenta a comparação entre os domínios da QV e a presença ou não de DE na amostra. Observou-se que o resultado foi estatisticamente significativo em dois domínios, Estado geral de saúde (p-valor = 0,001) e Saúde Mental (p-valor = 0,016), com isso, pode-se dizer que indivíduos sem DE possuem maiores escores desses domínios da QV. Os outros domínios como Capacidade funcional, Limitação por aspectos físicos, Dor, Vitalidade, Aspectos sociais e Limitação por aspectos emocionais não apresentaram significância estatística por possuírem p-valor maior que 0,05.

Tabela 10 - Resultados dos testes de comparação os domínios da qualidade de vida e disfunção erétil de doadores de sangue. Vitória-ES.

Domínios	Disfunção erétil	Resultados do teste de Mann-Whitney	
		Postos médios	p-valor
Capacidade Funcional	Sem	141,95	0,623
	Com	137,59	
Limitação por aspectos físicos	Sem	139,75	0,773
	Com	142,01	
Dor	Sem	142,89	0,464
	Com	135,69	
Estado geral de saúde	Sem	151,94	0,001
	Com	117,49	
Vitalidade	Sem	143,83	0,325
	Com	133,80	
Aspectos sociais	Sem	139,61	0,766
	Com	142,28	
Aspectos emocionais	Sem	142,07	0,541
	Com	137,33	
Saúde mental	Sem	148,64	0,016
	Com	124,13	

Mediu-se também o grau de associação entre essas duas variáveis. Como estão apresentados na Tabela 11, os domínios Estado geral de saúde (p-valor=0,000), Vitalidade (p-valor=0,033), Limitações por aspectos emocionais (p-valor=0,012) e Saúde mental (p-valor=0,001) apresentaram correlação estatisticamente significativa com os escore da função erétil.

Esses coeficientes são fracos e positivos, ou seja, à medida que o escore da função erétil aumenta, os escores dos domínios também aumentem.

Tabela 11 - Resultados da correlação entre o escore da disfunção erétil com os domínios do SF-36 dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Domínios do SF-36	Escore da função erétil	
	Coefficiente de correlação	p-valor
Capacidade funcional	0,117	0,051
Limitação por aspectos físicos	0,092	0,126
Dor	0,093	0,120
Estado geral de saúde	0,257*	0,000
Vitalidade	0,127*	0,033
Aspectos sociais	0,098	0,103
Aspectos emocionais	0,150*	0,012
Saúde mental	0,199*	0,001

*Estatisticamente significativo.

6.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO ERÉTIL X VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A Tabela 12 apresenta o cruzamento entre a DE e as variáveis sociodemográficas. Observou-se significância estatística no cruzamento da DE com Relacionamento (p-valor=0,010), isso quer dizer que há nos casados um maior percentual de homens sem DE.

Tabela 12 - Cruzamento entre disfunção erétil com as variáveis sociodemográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Variáveis sociodemográficas	Disfunção erétil		p-valor
	Sem disfunção	Com disfunção	
Faixa etária			
18 a 29 anos	87 (46,5%)	47 (50,5%)	0,082**
30 a 39 anos	63 (33,7%)	22 (23,7%)	
40 a 49 anos	32 (17,1%)	16 (17,2%)	
50 a 59 anos	5 (2,7%)	8 (8,6%)	
Relacionamento			
Sim, namoro	50 (26,7%)	39 (41,9%)	0,010
Sim, casado/coabitação	137 (73,3%)	54 (58,1%)	
Raça / Cor			
Branca	56 (29,9%)	27 (29,0%)	0,808**
Negra	35 (18,7%)	23 (24,7%)	
Amarela	5 (2,7%)	3 (3,2%)	
Parda	85 (45,5%)	37 (39,8%)	
Indígena	6 (3,2%)	3 (3,2%)	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	14 (7,5%)	15 (16,1%)	0,061
Fundamental completo	12 (6,4%)	11 (11,8%)	
Médio incompleto	15 (8,0%)	8 (8,6%)	
Médio completo	94 (50,3%)	44 (47,3%)	
Superior incompleto	28 (15,0%)	7 (7,5%)	
Superior completo	24 (12,8%)	8 (8,6%)	
Fumante			
Não fuma	157 (84,0%)	80 (86,0%)	0,652
Já fumou, mas parou	30 (16,%)	13 (14,0%)	
Estado civil			
Solteiro	49 (26,2%)	30 (32,3%)	0,511**
Casado	101 (54,0%)	50 (53,8%)	
Separado / Divorciado	6 (3,2%)	3 (3,2%)	
Morando junto com companheira	31 (16,6%)	10 (10,8%)	
Total	187 (100,0%)	93 (100,0%)	-

* Teste exato de fisher.

** Máxima verossimilhança.

Como na variável idade não possuía a distribuição normal, utilizou-se o teste Mann-Whitney para o cruzamento da DE com essa variável como é apresentado na Tabela

13. Não se observa diferença estatisticamente significativa dessa idade com essa disfunção.

Tabela 13 - Resultados dos testes de comparação entre a idade e a disfunção erétil de doadores de sangue. Vitória-ES.

Variável	Disfunção erétil	Resultados do teste de Mann-Whitney	
		Postos Médios	p-valor
Idade	Sem	139,76	0,828
	Com	141,99	

6.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA X VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Após a realização do teste de normalidade (Shapiro-Wilk) se verificou que os dados não possuem uma distribuição normal, pois quase todos os domínios de qualidade de vida apresentaram p-valor menor que 0,05. Nas Tabelas 14A e 14B se pode encontrar o resultado desse teste de normalidade para esses domínios de qualidade de vida.

Tabela 14A – Teste de normalidade para os domínios Capacidade funcional, Limitação por aspectos físico, Dor e Estado geral de saúde em doadores de sangue. Vitória-ES.

Variáveis	Capacidade funcional	Limitação por aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde
Faixa etária				
18 a 29 anos	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
30 a 39 anos	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
40 a 49 anos	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
50 a 59 anos	0,000*	0,000*	0,019*	0,155
Relacionamento				
Sim, namoro	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Sim, casado	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Raça / Cor				
Branca	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Negra	0,000*	0,000*	0,000*	0,001*
Amarela	0,001*	0,000*	0,016*	0,712
Parda	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Indígena	0,000*	0,000*	0,002*	0,266
Escolaridade				
Fundamental incompleto	0,000*	0,000*	0,000*	0,133
Fundamental completo	0,000*	0,000*	0,000*	0,009*
Médio incompleto	0,000*	0,000*	0,000*	0,095
Médio completo	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Superior incompleto	0,000*	0,000*	0,000*	0,001*
Superior completo	0,000*	0,000*	0,000*	0,002*
Fumante				
Não fuma	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*

Já fumou, mas parou	0,000*	0,000*	0,001*	0,003*
Estado civil				
Solteiro	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Casado	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Separado / Divorciado	0,001*	0,000*	0,061	0,200
Morando junto com companheira	0,000*	0,000*	0,000*	0,001*

* p-valor < 0,050, rejeita-se a hipótese de normalidade.

Tabela 14B – Teste de normalidade para os domínios Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Variáveis	Vitalidade	Aspectos sociais	Limitação por aspectos emocionais	Saúde mental
Faixa etária				
18 a 29 anos	0,001*	0,000*	0,000*	0,000*
30 a 39 anos	0,005*	0,000*	0,000*	0,000*
40 a 49 anos	0,035*	0,000*	0,000*	0,000*
50 a 59 anos	0,147	0,000*	0,000*	0,250
Relacionamento				
Sim, namoro	0,005*	0,000*	0,000*	0,000*
Sim, casado/coabitação	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Raça / Cor				
Branca	0,003*	0,000*	0,000*	0,000*
Negra	0,056	0,000*	0,000*	0,004*
Amarela	0,625	0,000*	0,000*	0,180
Parda	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Indígena	0,557	0,001*	0,000*	0,841
Escolaridade				
Fundamental incompleto	0,057	0,000*	0,000*	0,195
Fundamental completo	0,197	0,000*	0,000*	0,005*
Médio incompleto	0,195	0,000*	0,000*	0,001*
Médio completo	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Superior incompleto	0,159	0,000*	0,000*	0,001*
Superior completo	0,109	0,000*	0,000*	0,007*
Fumante				
Não fuma	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Já fumou, mas parou	0,224	0,000*	0,000*	0,042*
Estado civil				
Solteiro	0,021*	0,000*	0,000*	0,000*
Casado	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Separado / Divorciado	0,964	0,006*	0,000*	0,003*
Morando junto com companheira	0,113	0,000*	0,000*	0,001*

* p-valor < 0,050, rejeita-se a hipótese de normalidade.

Uma vez que a distribuição normal não se constatou, os testes não paramétricos foram os escolhidos para análise. Percebeu-se que os domínios de QV Limitações por aspectos físicos, Dor, Aspectos sociais e Saúde mental não apresentaram relação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas.

Em contrapartida os domínios Capacidade funcional, Estado geral de saúde, Vitalidade e Aspectos emocionais apresentaram associação estatisticamente significativa.

A Tabela 15 apresenta o resultado da comparação do domínio Capacidade funcional com as variáveis sociodemográficas. Encontrou-se relação estatisticamente significativa com as variáveis relacionamento (p-valor=0,014) e fumante (p-valor=0,021), pode-se dizer, portanto, que o grupo que estava em um relacionamento do tipo namoro teve maiores valores nesse domínio em relação aos que estavam em relacionamento do tipo casado/coabitação; enquanto o grupo que respondeu que não fumava para a variável fumante, também teve maior valores nesse domínio em comparação com os indivíduos que tinham fumado em algum momento da vida.

Tabela 15 – Testes de comparação do domínio Capacidade Funcional entre as variáveis sócio-demográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Variáveis	Postos Médios	p-valor
Faixa etária		
18 a 29 anos	150,61	0,088
30 a 39 anos	136,48	
40 a 49 anos	123,79	
50 a 59 anos	124,27	
Relacionamento		
Sim, namoro	155,47	0,014
Sim, casado/coabitação	133,53	
Raça / Cor		
Branca	145,93	0,881
Negra	143,99	
Amarela	138,44	
Parda	135,97	
Indígena	135,06	
Escolaridade		
Fundamental incompleto	125,45	0,627
Fundamental completo	125,83	
Médio incompleto	144,35	
Médio completo	143,73	
Superior incompleto	150,23	
Superior completo	137,34	
Fumante		
Não fuma	144,60	0,021
Já fumou, mas parou	117,90	
Estado civil		
Solteiro	134,21	0,273
Casado	151,33	

Separado / Divorciado	137,89
Morando junto com companheira	152,65

O domínio Vitalidade também apresentou significância estatística para a variável fumante (p-valor=0,039), de maneira que os indivíduos que responderam que não fumavam, apresentaram maior escore que os que responderam que tinha fumado em algum momento da vida, como mostra a Tabela 16.

Tabela 16 - Testes de comparação do domínio Vitalidade entre as variáveis sócio-demográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Variáveis	Postos Médios	p-valor
Faixa etária		
18 a 29 anos	134,21	
30 a 39 anos	146,09	0,633
40 a 49 anos	144,47	
50 a 59 anos	154,08	
Relacionamento		
Sim, namoro	140,87	0,959
Sim, casado/coabitação	140,33	
Raça / Cor		
Branca	138,11	
Negra	141,29	0,909
Amarela	119,19	
Parda	142,03	
Indígena	155,67	
Escolaridade		
Fundamental incompleto	144,90	
Fundamental completo	136,00	
Médio incompleto	152,89	0,950
Médio completo	140,55	
Superior incompleto	140,11	
Superior completo	131,05	
Fumante		
Não fuma	144,73	0,039
Já fumou, mas parou	117,16	
Estado civil		
Solteiro	145,81	
Casado	139,29	0,906
Separado / Divorciado	137,72	
Morando junto com companheira	135,33	

Outro domínio que apresentou significância estatística com as variáveis sociodemográficas foi o Estado geral de saúde (Tabela 17). Dentro da variável escolaridade (p-valor=0,027) um dos grupos apresentou diferença dos demais e se percebeu que os participantes desse estudo que responderam ter alcançado o nível

superior fez com que o escore desse domínio fosse maior que em outras escolaridades, como pode ser percebido na Tabela 18.

Tabela 17 – Testes de comparação do domínio Estado Geral de Saúde entre as variáveis sócio-demográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Variáveis	Postos Médios	p-valor
Faixa etária		
18 a 29 anos	142,12	
30 a 39 anos	147,30	0,465
40 a 49 anos	130,31	
50 a 59 anos	117,00	
Relacionamento		
Sim, namoro	150,49	0,155
Sim, casado/coabitação	135,85	
Raça / Cor		
Branca	148,23	
Negra	127,93	0,245
Amarela	101,19	
Parda	145,59	
Indígena	116,11	
Escolaridade		
Fundamental incompleto	109,79	
Fundamental completo	115,63	
Médio incompleto	116,80	0,027
Médio completo	147,05	
Superior incompleto	162,79	
Superior completo	150,61	
Fumante		
Não fuma	141,42	0,651
Já fumou, mas parou	135,41	
Estado civil		
Solteiro	149,95	
Casado	131,57	0,250
Separado / Divorciado	155,50	
Morando junto com companheira	151,89	

Tabela 18 – Teste de comparação do domínio Estado Geral de Saúde entre os grupos da variável escolaridade dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Escolaridade	Postos Médios	Esta categoria difere das:
(1) Fundamental incompleto	109,79	(4) (5) (6)
(2) Fundamental completo	115,63	(5)
(3) Médio incompleto	116,80	(5)
(4) Médio completo	147,05	(1)
(5) Superior incompleto	162,79	(1) (2) (3)
(6) Superior completo	150,61	(1)
P-valor Kruskal-Wallis	0,027	-

A variável escolaridade (p-valor=0,000) também apresentou significância estatística quando comparada com o domínio Aspectos emocionais, como é apresentado na Tabela 19.

Tabela 19 – Teste de comparação do domínio Aspectos Emocionais entre as variáveis sócio-demográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Variáveis	Postos Médios	p-valor
Faixa etária		
18 a 29 anos	138,44	0,477
30 a 39 anos	136,05	
40 a 49 anos	150,84	
50 a 59 anos	152,62	
Relacionamento		
Sim, namoro	139,57	0,862
Sim, casado/coabitação	140,93	
Raça / Cor		
Branca	135,67	0,731
Negra	135,05	
Amarela	140,81	
Parda	146,05	
Indígena	144,61	
Escolaridade		
Fundamental incompleto	104,22	0,000
Fundamental completo	147,13	
Médio incompleto	175,00	
Médio completo	137,41	
Superior incompleto	136,30	
Superior completo	161,73	
Fumante		
Não fuma	139,64	0,581
Já fumou, mas parou	145,23	
Estado civil		
Solteiro	135,45	0,115
Casado	146,82	
Separado / Divorciado	156,28	
Morando junto com companheira	123,50	

Os participantes que possuíam o ensino fundamental incompleto apresentaram menor escore no domínio Aspecto emocionais em comparação com as outras escolaridades (Tabela 20).

Tabela 20 – Testes de comparação do domínio Aspectos emocionais entre os grupos da variável escolaridade dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Escolaridade	Postos Médios	Esta categoria difere das:
(1) Fundamental incompleto	104,22	(3) (4) (6)
(2) Fundamental completo	147,13	
(3) Médio incompleto	175,00	(1) (4)

(4) Médio completo	137,41	(1) (3)
(5) Superior incompleto	136,30	
(6) Superior completo	161,73	(1)
P-valor Kruskal-Wallis	0,000	-

6.4 MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

As variáveis selecionadas para o modelo foram aquelas que apresentaram o p-valor menor que 0,100 dentre as características sociodemográficas e os domínios do instrumento de QV SF-36. A Tabela 21 apresenta essas variáveis que foram eleitas para o modelo.

Tabela 21 – Variáveis independentes selecionadas para o modelo de regressão logística

Variáveis Independentes	p-valor
1º bloco (SF-36)	
Saúde mental	0,016
Estado geral de saúde	0,001
2º bloco (Sócio-demográficas)	
Faixa etária	0,082
Escolaridade	0,061
Relacionamento	0,010

Na análise multivariada as variáveis Estado geral de saúde, Faixa etária (50 a 59 anos), Escolaridade (fundamental incompleto e completo) e Relacionamento apresentaram significância estatística (Tabela 22).

Tabela 22 – Modelo de regressão logística com a variável dependente DE detectada pelo IIEF.

Variáveis	p-valor	OR ajustado	IC 95%
Saúde mental	0,255	0,988	0,969-1,009
Estado geral de saúde	0,017 (-0,024)	0,976	0,957-0,996
Faixa etária			
18 a 29 anos	-	-	-
30 a 39 anos	0,341	0,717	0,361-1,422
40 a 49 anos	0,865	0,931	0,405-2,138
50 a 59 anos	0,025	4,597	1,210-17,464
Escolaridade			
Fundamental incompleto	0,016	4,530	1,328-15,453
Fundamental completo	0,021	4,661	1,259-17,247
Médio incompleto	0,252	2,166	0,577-8,135
Médio completo	0,296	1,715	0,624-4,715
Superior incompleto	0,682	0,761	0,206-2,814
Superior completo	-	-	-

Relacionamento			
Sim, namoro	0,000	3,192	1,680-6,066
Sim, casado/coabitação	-	-	-

* Teste de Homer-Lemeshow = 0,667 – o modelo se ajustou bem aos dados

Os indivíduos presentes na faixa etária de 50 a 59 anos têm um risco 4,597 vezes maior de ter DE do que os de idade entre 18 a 29 anos.

Já os participantes que possuem o ensino fundamental (incompleto e completo) possuem um risco maior que 4,5 de apresentar DE do que aqueles com o ensino superior completo.

O relacionamento foi outra variável importante nesse modelo, os homens que estavam namorando possuem um risco 3,192 maior de apresentar DE do que os que estavam casados/coabitação.

Por fim, para um aumento de 1 ponto no escore do domínio Estado geral de saúde, há uma redução de 2,4% no risco de desenvolver DE.

7 DISCUSSÃO

A população incluída neste estudo foi de 280 homens com idade entre 18 e 59 anos, o que fez dessa amostra representativa por dar condições de analisar esse grupo de maneira efetiva.

O cálculo amostral realizado para essa população foi de 368 homens doadores de sangue, ou seja, 368 homens hígidos; porém após a análise dos dados, percebeu-se que esse grupo amostral ainda possuía condições de saúde que favoreciam a presença de DE nessa população, dessa maneira, verificou-se a necessidade de excluir indivíduos que apresentavam essas condições. Tais condições de saúde autorreferidas que se constituíram fator de exclusão para este estudo são: estar em uso de cigarro (NICOLSI et al., 2003; SEYAM et al., 2003; MOREIRA JUNIOR et al., 2002a), depressão (MOREIRA JUNIOR et al., 2001; MOREIRA JUNIOR et al., 2002a; MOREIRA JUNIOR et al., 2002b; NICOLSI et al., 2003; ABDO et al., 2006; REIS & ABDO et al., 2010), hiperplasia benigna de próstata (MORRILLO et al., 2002; MOREIRA JUNIOR et al., 2003; ABDO et al., 2006;), úlcera gástrica (SEYAM et al., 2003), hipertensão arterial (MOREIRA JUNIOR et al., 2001; MOREIRA JUNIOR et al., 2002a; MORRILLO et al., 2002; MOREIRA JUNIOR et al., 2003; ABDO et al., 2006; IMAI et al., 2010) e estar em uso de alguma medicação (MORRILLO et al., 2002; LONDOÑO et al., 2012).

Com essas exclusões se pode “potencializar” as características que levaram este estudo a buscar esse grupo específico.

Também se aplicaram outros dois fatores de exclusão (ter um relacionamento estável por 6 meses e ser heterossexual) nesta pesquisa, porém, não mais pela necessidade de diminuir os fatores de risco para a DE, mais, principalmente, por uma questão metodológica. O instrumento (IIEF) utilizado para mensurar essa disfunção, quando no seu desenvolvimento, utilizou-se como amostra apenas homens heterossexuais que estavam em relacionamento estável por pelo menos 6 meses e, devido a isso, esta pesquisa se apropriou da mesma estratégia.

Entendeu-se, também, que as medicações para obter ereção poderiam ser um fator de confundimento no momento em que o indivíduo que participou desta pesquisa

estivesse autorreferindo a sua função erétil, excluiu-se, portanto, aqueles que fizeram o uso dessas medicações.

7.1 DE E SUA PREVALÊNCIA

Constatou-se neste estudo a prevalência de 33,2% (IC: 27,7% a 38,7%) de DE de acordo com o instrumento IIEF, que mensura a prevalência e a gravidade dessa disfunção em diversas populações. A DE encontrada se dividiu de acordo com sua gravidade em três tipos: 25,7% (IC: 20,6% a 30,8%) de disfunção leve, 1,8% (IC: 0,2% a 3,5%) de disfunção moderada e 5,7% (IC: 3,0% a 8,4%) de disfunção completa.

A prevalência encontrada neste estudo se apresentou pouco diferente da encontrada em outros estudos nacionais, como os realizados em Santos (45,9% de DE) (MOREIRA JUNIOR, et al., 2002a), em Salvador (39,5% de DE) (MOREIRA JUNIOR et al., 2002b) e em estudo (MOREIRA JUNIOR et al., 2001) realizado em nove importantes cidades brasileiras (46,2% de DE).

O que poderia explicar essa diferença dessas prevalências são as metodologias empregadas em cada um desses estudos e as populações estudadas por cada um deles, uma vez que nenhum desses estudos tiveram como população alvo os homens saudáveis e, além disso, o instrumento de avaliação da DE também não foi o mesmo desta pesquisa.

Em estudos (LYNGDORF & HEMMINGSEN, 2004; GROVER et al., 2006) que utilizaram o mesmo método de mensuração da função erétil dos participantes deste estudo, ou seja, utilizaram o IIEF ou sua versão breve, também encontraram uma prevalência díspar ao desta pesquisa. A prevalência de DE encontrada em estudo (GROVER et al., 2006) com pacientes atendidos num serviço de atenção primária no Canadá se observou 49,4% dessa disfunção, enquanto que na Dinamarca, em estudo (LYNGDORF & HEMMINGSEN, 2004) com pacientes de clínicas médicas de uma cidade dinamarquesa, 53% dos homens apresentaram algum grau de DE.

Possivelmente, a inclusão no presente estudo de indivíduos a partir de recrutamento em serviços de saúde, como em ambulatórios, em clínicas médicas ou em campanhas de saúde, levaria ao maior número de casos de DE, uma vez que esses homens provavelmente estariam com alguma queixa clínica que afetaria sua função erétil.

A prevalência de DE se mostrou bem semelhante a desta pesquisa quando a população alvo pesquisada foram homens saudáveis. Como em estudo (RIBEIRO & SANTOS, 2005) realizado em Portugal para estimativa da DE em nesses homens, encontrou-se uma prevalência de 32,8% de DE, segundo o IIEF.

Entretanto, em pesquisa para associar a DE a fatores de risco em asiáticos saudáveis, constatou-se uma prevalência de 89% dessa disfunção em uma comunidade rural japonesa (IMAI et al., 2010).

No único estudo (REIS & ABDO, 2010) que determina a DE em homens doadores de sangue aconteceu em um hospital filantrópico da cidade de São Paulo. Esse estudo investigou a DE nesses doadores com idade entre 40 a 60 anos, e encontrou, por meio do mesmo instrumento que esta pesquisa, uma prevalência de 31,9% dessa disfunção.

Embora a prevalência de DE tenha sido alvo de vários estudos, os resultados não são consensuais. Tal disparidade pode ser atribuída aos diferentes instrumentos e metodologias aplicados às populações estudadas, o que além de dificultar estabelece uma estimativa para essa disfunção, tornam-se difíceis as comparações entre pesquisas. Um dos motivos para que isso aconteça pode ser atribuída à maneira como que são feitas essas pesquisas, uma vez que diferentes instrumentos e metodologias levam a resultados distintos (PRINS et al., 2002; KUBIN et al., 2003; ENGLERT et al., 2007).

7.2 QUALIDADE DE VIDA DOS HOMENS DOADORES DE SANGUE

Os resultados deste estudo mostram que os homens doadores de sangue possuem as mais baixas médias de QV nos domínios Vitalidade, Saúde mental, Dor e Estado

geral de saúde. Dados similares ao estudo (LIMA et al., 2009) realizados também no Brasil com mulher e homens idosos, em que os domínios com os menores escores também foram Vitalidade, Saúde mental e Estado geral de saúde.

Apesar da grande diferença na especificidade das populações, principalmente por causa da média de idade das populações, os domínios com as menores pontuações estão bastante similares; essa comparação parece bastante controversa, porém Lima et al (2009) explica que os domínios Saúde mental e Dor não sofreram influencia da idade em seu estudo.

Outros estudos (LEPLÈGE et al., 1998; WYSS et al., 1999) também destacam esses domínios supracitados. O estudo (LEPLÈGE et al., 1998) realizado na França e o estudo (WYSS et al., 1999) realizado na Tanzania destacam que os domínios com menores médias também foram Vitalidade e Estado geral de saúde.

Esses estudos previamente mencionados mostram que a idade não se mostrou determinante na designação dos domínios com menores pontuações, todavia o mesmo não pode ser dito para o percentual das médias dos domínios.

Em estudo realizado com participantes de meia-idade e idosos de um projeto de atividade física regular mostra que as médias de cada domínio atingiram pelo menos 70% da pontuação, bem diferente deste estudo, em que somente o domínio Vitalidade apresentou pontuação média menor que 82%, sendo o domínio Capacidade física alcançou mais de 92% dessa média.

Outro estudo (SZWARCWALD et al., 2005) realizado no Brasil indicou que a pior percepção da própria saúde está associada ao baixo grau de escolaridade, isso explica alguns resultados encontrados neste estudo, em que os domínios Estado geral de saúde e Aspectos emocionais mostram significância estatística quando comparados com o nível educacional.

Em pesquisa (VOGL et al., 2012) realizada em Londres indicou que quantidade de cigarros consumidos está diretamente proporcional à queda na QV da população local. Esses dados podem esclarecer a associação encontrada neste estudo entre os domínios Capacidade funcional e Vitalidade com o uso de cigarro pregresso, uma

vez que interromper o hábito de fumar pode não ter sido suficiente para preservar a própria QV.

7.3 QUALIDADE DE VIDA DOS HOMENS COM DE

Os resultados do impacto da DE na QV dos homens deste estudo acompanhou o resultado da maioria dos estudos (ROSAS et al., 2003; SANCHEZ-CRUZ et al., 2003; MSCPHARMCHEM et al., 2005; SANTOS, 2008; ASMARA et al, 2011) que avaliam essa relação, uma vez que também relataram que a presença de dessa disfunção diminui as médias dos escores dos domínios de qualidade de vida do SF-36. Pesquisas (LITWIN, et al., 1998; GUEST; GUPTA das, 2003; AVASTHI et al., 2011; IDUNG et al., 2012) que utilizaram outros instrumentos de mensuração de QV também acompanharam essa relação.

Estudos (ROSAS et al., 2003; SANTOS, 2008) que incluíram homens que tiveram suas funções eréteis avaliadas e estavam submetidos à hemodiálise, apresentaram suas qualidades de vida ainda mais afetada pela presença da DE.

Em estudo (SANTOS, 2008) realizado no Ceará 42,4% dos participantes apresentaram DE, o que representou uma queda na QV dessa população, uma vez que todos os escores de QV se mostraram menores naqueles com DE, quando comparados com os homens sem essa disfunção. Contudo, dentre os domínios de QV, somente a dimensão Saúde mental apresentou significância estatística.

Em outro estudo (ROSAS et al., 2003) também com pacientes em hemodiálise, a DE impactou na QV dessas pessoas. Ao utilizar o SF-36 para mensurar essa QV, percebeu-se que os domínios Saúde mental, Aspecto emocional e Aspecto social se apresentaram estatisticamente significantes, ou seja, a diminuição dos escores desses domínios esteve associada a essa disfunção.

Em estudo longitudinal (MSCPHARMCHEM et al., 2005) que durante três anos acompanhou 1.456 homens com diabetes tipo 2 para verificar as mudanças na QV provocadas pela presença ou pelo desenvolvimento da DE. Percebeu-se que a DE

esteve associada com o agravamento na QV dos domínios Capacidade funcional, Estado geral de saúde e Aspecto social.

Em estudo (SANCHEZ-CRUZ et al., 2003) com 2.476 homens não institucionalizados na Espanha, observou-se que o aumento da gravidade da DE diminuiu os escores dos domínios de QV do SF-36, no qual o domínio Capacidade funcional esteve mais intimamente ligado com essa disfunção, embora todos os outros domínios tenham sido afetados, porém, em menor grau.

Se a DE prejudica a QV, o tratamento dessa morbidade leva a uma melhora nessa QV. Estudo (FUJISAWA et al., 2002) em que homens portadores de DE foram submetidos ao tratamento com o medicamento citrato de sildenafil apresentaram melhora em suas QV nos domínios Capacidade funcional, Aspecto emocional e Estado geral de saúde.

Embora os estudos previamente mencionados serem de difícil comparação por não abordarem populações com as mesmas características e também, por utilizarem diferentes métodos de pesquisa, todos esses estudos indicaram que existe um padrão claro de associação entre a QV e a DE.

7.4 FATORES ASSOCIADOS A DE

A identificação dos fatores sócio-econômicos que se relacionam com a DE são essenciais para entender a dinâmica que esses fatores possam ser riscos para o desenvolvimento dessa disfunção (AYTAÇ et al., 2000). Neste estudo não se mostrou diferente, e se buscou a apreciação desses fatores que se relacionam, ou não, com a DE.

Entretanto, algumas condições de saúde (uso de cigarro, uso de medicações e presença de doenças associadas) que favorecem o aparecimento dessa morbidade foram excluídas da análise por não atenderem ao objetivo desta pesquisa.

Se por um lado essas condições de saúde foram retiradas deste estudo, por outro lado os oito domínios (Capacidade funcional, Dor, Limitações por aspectos físicos,

Vitalidade, Aspectos emocionais, Aspectos sociais, Saúde mental e Estado geral de saúde) do instrumento de QV SF-36 entraram como variáveis independentes na comparação com a DE.

Na análise univariada a raça, a idade, o estado civil, a escolaridade e o uso pregresso de cigarro não apresentaram associação com DE.

Diversos estudos investigaram a associação da raça com a presença de DE, porém com resultados controversos. Estudos (JONLER et al., 1995; MOREIRA JUNIOR et al., 2002b) não encontram relação estatisticamente significativa entre a raça e a ocorrência de DE, assim como este estudo. No entanto, em outras pesquisas já se constatou que o aumento da prevalência de DE estiveram ligados com as raças negra (MOREIRA JUNIOR et al., 2001), não branca (MOREIRA JUNIOR et al., 2004) e amarela (ABDO et al., 2006).

Em relação ao uso pregresso de cigarro, encontra-se na literatura a associação positiva da DE com o uso desses cigarros (MOREIRA JUNIOR et al., 2002a; MOREIRA JUNIOR et al., 2003), entretanto, este estudo avaliou apenas a relação dos participantes que nunca tinham feito o uso de cigarro e indivíduos ex-fumantes com a DE.

No estudo (UGARTE et al., 2001) realizado no México que também avaliou homens com o antigo hábito de fumar, encontrou que esse antigo hábito foi suficiente para aumentar a ocorrência de DE nessa população. Apesar de o presente estudo não ter averiguado a carga de fumo pregressa, essa relação não foi verdadeira para este estudo.

Se considerar que o efeito do tabaco na função erétil é aumentado em relação ao tempo de exposição ao fumo, a baixa média de idade (32,14 anos) deste estudo pode ter levado ao resultado sem significância estatística para essa relação; ou talvez a mudança de hábito de fumar foi suficiente para prevenir o desenvolvimento da DE.

As variáveis raça, uso de cigarro pregresso e estado civil não preencheram os critérios de inclusão para entrar no modelo de regressão logística, dessa maneira, as

variáveis do modelo foram: faixa etária, escolaridade, relacionamento e os domínios do SF-32 Estado geral de saúde e Saúde mental.

Após a realização da análise multivariada os fatores associados à presença da DE detectada pelo IIFE foram: faixa etária de 50 a 59 anos (OR = 4,6; IC95%: 1,2 – 17,5); ensino fundamental (incompleto e completo) de escolaridade (OR = 4,5; IC95%: 1,3 – 15,4), relacionamento namoro (OR = 3,2; IC95%: 1,7 – 6,1) e o domínio Estado geral de saúde (OR = 0,97; IC95%: 0,96 – 0,99).

7.4.1 Idade

Inicialmente, a idade não apresentou significância estatística na análise univariada, entretanto, ao lançá-la no modelo de regressão, os indivíduos presentes na faixa etária de 50 a 59 anos apresentaram um risco de 4,6 vezes maior que aqueles homens com idade entre 18 a 29 anos.

De maneira geral, os estudos (MOREIRA JUNIOR et al., 2001; MOREIRA JUNIOR et al., 2002b; MORRILLO et al., 2002; MOREIRA JUNIOR et al., 2003; ABDO et al., 2006) mostram que a idade eleva tanto a prevalência quanto à severidade da DE, pois devido ao aumento dessa idade, aumenta também a possibilidade de ocorrência das condições que afetam a saúde aparecerem e, assim, comprometerem essa função erétil (NACIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 1992).

Em outro estudo (REIS & ABDO, 2010) que avalia a disfunção erétil em doadores de sangue, não se encontrou relação entre essa disfunção e a idade; os autores justificam que essa não associação é devido à população estudada ser considerada saudável e jovem, comparada a populações de outros estudos (MOREIRA JUNIOR et al., 2001; MOREIRA JUNIOR et al., 2002b; MORRILLO et al., 2002; MOREIRA JUNIOR et al., 2003; ABDO et al., 2006).

7.4.2 Escolaridade

O nível de escolaridade foi outra variável que não apresentou associação com a DE na análise univariada, porém, ao ser incluída no modelo de multivariáveis, mostrou-se associada a essa disfunção.

Os achados deste estudo corroboram com os resultados de outros estudos (NICOLOSI et al., 2003; LYNGDORF & HEMMINGSEN, 2004; ABDO et al., 2006) uma vez que o risco da ocorrência da DE aumentou significativamente em homens com baixo grau de escolaridade.

Essa associação do baixo grau de escolaridade com a DE pode estar relacionada não só aos diferentes estilos de vida que as pessoas de baixo nível educacional adquiriam como o tabagismo, como o uso de drogas, como a utilização de medicamentos e como a ingestão de alimentos não saudáveis (LYNGDORF & HEMMINGSEN, 2004), mas também pode ser que esses indivíduos tenham menor acesso aos cuidados com a saúde e apresentam maior desconhecimento acerca da função sexual, além de estarem impregnados de mitos, de tabus e de conceitos errôneos que são prejudiciais ao desempenho sexual (ABDO et al., 2006).

7.4.3 Relacionamento

A variável relacionamento é composta por duas possibilidades: ou está em um relacionamento tipo namoro, ou está em um relacionamento tipo casado/coabitação, uma vez que neste estudo não foram incluídos os homens sem qualquer tipo de relacionamento.

Dessa maneira, foram considerados os homens em estado civil solteiro aqueles em relacionamento tipo namoro e, obviamente, permaneceram sendo considerados estado civil casado, os que estão casados ou amasiados.

Essa explicação é necessária, pois na análise dos dados a variável estado civil foi composta por quatro possibilidades (solteiro, casado, separado/divorciado e morando junto com a companheira), o que fez com que essa variável perdesse poder de associação devido a várias possibilidades de resposta.

Expostas essas premissas, na análise multivariada a variável relacionamento manteve sua significância estatística, o que quer dizer que a DE tem 3,2 vezes mais risco de ocorrer em homens solteiros do que naqueles que estão casados.

Estudos no Canadá (GROVER et al., 2006) e na Austrália (CHEW et al., 2008) a prevalência de DE se mostrou maior entre os homens solteiros, de que naqueles que estavam casados ou amasiados.

Não é possível estabelecer relação de causa e efeito entre os estados civil solteiro e casado com a presença de DE, uma vez que o presente estudo avaliou essas condições simultaneamente, dessa maneira não é possível dizer se os homens ficam solteiros devido à DE, nem que essa disfunção fez com que esses homens fiquem solteiros.

7.4.4 Estado geral de saúde

Dentre os domínios (Estado geral de saúde e Saúde mental) do SF-36 que entraram no modelo de regressão logística, somente o domínio Estado geral de saúde se apresentou como fator associado à presença de DE. O fato da Saúde mental não ter mostrado significância no modelo múltiplo, não significa que esse domínio não esteja associado à presença da DE, mas apenas que não acrescenta nenhuma informação adicional.

A associação da DE com o domínio Estado geral de saúde já fora relatada na literatura (MSCPHARMCHEM et al., 2005), porém, é difícil encontrar estudos que relacionam essa disfunção com esse domínio.

A relação encontrada que o aumento de 1 ponto desse domínio, diminui em 2,4% o risco de ocorrer a DE, não se encontrou em outro estudo.

Esse domínio do SF-36 é composto por poucos itens para mensurar a percepção subjetiva da saúde, ao contrário dos outros domínios desse instrumento que possuem maior especificidade (GONÇALVES et al., 2011) para detectar essas percepções. Desse modo, essa pouca especificidade pode dificultar elucidar a associação entre esse domínio e a DE nesta população em outras mais.

7.5 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS E RECOMENDAÇÕES

Dentre as limitações encontradas no presente estudo, pode-se destacar a obtenção de dados por meio de questionário autoaplicável, o que limita ao relato dos sujeitos à avaliação da presença, ou não, de condições médicas, uma vez que o ideal seria a averiguação clínica das queixas feitas pelos participantes deste estudo.

Além disso, todas as limitações inerentes aos estudos de desenho transversal, incluindo a impossibilidade de fazer relação causal com as associações encontradas.

Constatou-se que durante a pesquisa de campo 71 indivíduos não preencheram completamente os questionários, dessa maneira, antes mesmo desses indivíduos fazerem parte da amostra, eles já haviam sido descartados. Dentre as queixas mais frequentes para a incompletude de algum dos questionários estão: possuir pouco tempo disponível para participar da pesquisa e o não entendimento dos questionários; outros motivos para a não inserção dos participantes na pesquisa foram as rasuras das respostas, o que impossibilitou o pesquisado de entender o que foi respondido, e a identificação pelo participante no seu próprio envelope de pesquisa.

Apesar de os pesquisadores favorecerem os participantes a ficarem bem a vontade para participar, ou não, da pesquisa e para responder aos questionários, sabe-se que o tema sexualidade ainda se constitui um tabu na sociedade e pode ser que os participantes ficaram constrangidos com as perguntas e não foram francos suficientes em suas respostas. Todavia, esse processo de questionamento estimula os homens a autoperceberem sua função erétil e faz com que esse homem tome consciência do seu problema e procure tratamento.

Já existe um significativo número de publicações que estudam populações expostas aos fatores de risco da DE, talvez seja a hora de buscar novas maneiras de elucidar esses fatores de uma morbidade tão importante, mas ao mesmo tempo, complexa. Dessa maneira, estudos com maior capacidade de evidência científica se faz necessário para elucidar a relação da DE com seus determinantes.

8 CONCLUSÃO

- A prevalência de 33,2% da disfunção erétil nessa população se apresentou associada com o aumento da idade, a baixa escolaridade e o relacionamento do tipo namoro.
- A presença dessa disfunção em homens doadores de sangue fez com que todos os domínios da qualidade de vida, exceto o domínio Aspecto social, apresentassem uma diminuição na média de seus escores em comparação com homens sem disfunção erétil; além do fato de que o aumento de um ponto no domínio Estado geral de saúde, diminui em 2,4% o risco de ocorrer essa disfunção.
- Os homens doadores de sangue apresentaram uma qualidade de vida com média superior 82% de pontuação para cada domínio, exceto o domínio Vitalidade, que ficou abaixo desse percentual. As variáveis independentes escolaridade, fumante progresso e relacionamento estiveram associadas com domínios do SF-36.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N. et al. Disfunção erétil – resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. **Rev Assoc Med Bras**, v.52, p. 424-29, 2006.
- ALTHOF, S.E. Quality of life and erectile dysfunction. **Urology**, v. 59, p. 803–10, 2002.
- AMIDU, N. et al. Prevalence of male sexual dysfunction among Ghanaian populace: myth or reality? **Int J Impot Res**; v. 22, n. 6, p. 337-42, nov./dez. 2010.
- ASMARA, K. et al. Erectile dysfunction and health-related quality of life in elderly males. **Univ Med**, v. 30, p. 182-8, 2011
- AVASTHI A et al. Erectile dysfunction in diabetes mellitus contributes to poor quality of life. **Int Rev Psychiatry**; v. 23, n. 1, p. 93-9, 2011.
- AYTAÇ, I.A.; MCKINLAY, J.B.; KRANE, R.J. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. **BJU Int.**, v. 84, n. 1 p. 50-6, 1999.
- AYTAÇ, I. A. et al. Socioeconomic factors and incidence of erectile dysfunction: findings of the longitudinal Massachusetts Male Aging Study. **Soc Sci Med**, v. 51, n. 5, p. 771-88, 2000.
- BERARDIS de, G. et al. Longitudinal assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes and self-reported erectile dysfunction. **Diabetes Care**, v. 28, n. 11, p. 2637-43, nov. 2005.
- BILLUPS, K.L. Erectile dysfunction as an early sign of cardiovascular disease. **Int J Impot Res**, v. 17, suppl. 1, p. S19-24, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Portaria MS/GM nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União 2009; 28 ago.
- BRASIL. *Portaria MS nº 1.353, de 13.06.2011.* Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. - DOU 1 de 14.06.2011
- CARRARA, S; RUSSO J.A; FARO L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CHEW, K. K. et al. Male erectile dysfunction: its prevalence in western Australia and associated sociodemographic factors. **J Sex Med**, v. 5, n. 1, p. 60-9, 2008.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)" 1997 (tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1997.

CLEARY, P.D; WILSON, P.D; FOWLER, F.J. Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In: DIMSDALE, J.E; BAUM, A. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; p. 191-204, 1995.

CONSENSO BRASILEIRO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL: e Sexualidade da Sociedade Brasileira de Urologia. II. São Paulo: BG Cultural: Sociedade Brasileira de Urologia; 2002

COUTO, M. T. *et al.* **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero.** *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, abr./jun. 2010.

ENGLERT, H. et al. Prevalence of erectile dysfunction among middle-aged men in a metropolitan area in Germany. **Int J Impot Res**, v.19, p. 183-8, 2007.
FELDMAN, H.A. et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. **J Urol**, v. 151, p. 54-61, 1994

FERRAZ, M.B.; CICONELLI, R.M. Tradução e adaptação cultural do Índice Internacional de Função Erétil para a língua portuguesa. **Rev Bras Med**, v. 55, p. 35-40, 1998.

FREGONESI, R. Disfunção Erétil. In: NARGOZZA JUNIOR, REIS dos, R.B., CAMPO, R.S.M. Urologia Fundamental. 1 ed. São Paulo: Planmark Editora Ltda, 2010, v. 1 p. 213- 218.

FUJISAWA, M. et al. Evaluation of health-related quality of life in patients treated for erectile dysfunction with viagra (sildenafil citrate) using SF-36 score. **Arch Androl**, v. 48, n. 1, p. 15-21, jan./jun. 2002.

GARRIDO, R; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, Supl1, p. 3-6, 2002.

GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T. O homem como foco da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 4-4, 2005.

GONÇALVES, A. K. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos entre 50 e 80 anos praticantes de atividade física regular: aplicação do sf-36. *Estud. interdiscip. envelhec*; v. 16, p. 407-420, 2011.

GROVER, S.A. et al. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: importance of risk factors for diabetes and vascular disease. **Arch Intern Med**, v. 166, n. 2, p. 213-9, 2006.

GUEST, J. F; GUPTA das, R. Health-related quality of life in a UK-based population of men with erectile dysfunction. **Pharmacoeconomics**, v. 20, n. 2, p. 109-117, 2003.

GUITERAS, A. F; BAYÉS R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M; ANGUERA, MT (Org). Aportaciones recientes a la evaluación psicológica. Barcelona: Universitas, 1993. p. 175-95.

HATZIMOURATIDIS, K. et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. **Eur Urol**, n. 57, v.5, p. 804-14, maio, 2010.

HERUTI, R. et al. Prevalence of erectile dysfunction among young adults: results of a large-scale survey. **J Sex Med**, v. 1, n. 3, p. 284-91, 2004.

IDUNG A, U. et al. Quality of life in patients with erectile dysfunction in the Niger Delta region, Nigeria. **J Ment Health**, v. 21, n. 3, p. 236-43, jun. 2012

IMAI, A. et al. Risk factors for erectile dysfunction in healthy Japanese men. **International Journal of Andrology**, v. 33, p. 569–573, 2010.

JOHANNES, C.B. et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from The Massachusetts Male Aging Study. **J Urol**, v. 163, p. 460-3, 2000.

JONLER, M. et al. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. **Br J Urol**, v. 75, p. 651–655, 1995.

KUBIN, M. et al. Epidemiology of erectile dysfunction. **Int J Imp Res**, v. 15, p. 63-71, 2003.

LIMA, M. G. et al. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2159 – 2167, oct. 2009.

LITWIN, M.S; NIED, R.J; DHANANI, N. Health-related quality of life in men with erectile dysfunction. **J Gen Intern Med**, v. 13, n. 3, p. 159-66, mar. 1998.

LEPLÈGE, A. et al. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. **J Clin Epidemiol** 1998; v. 51, p. 1013-23, 1998.

LONDOÑO, D.C. et al. Population-based study of erectile dysfunction and polypharmacy. **BJU Int**, v. 110, n. 2, p. 254-9, jul. 2012.

LYNGDORF, P.; HEMMINGSEN, L. Epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors: a practice-based study in Denmark. **Int J Impot Res**, v. 16, p. 105–111, 2004.

MARTINS, F.G.; ABDO, C.H. Erectile dysfunction and correlated factors in Brazilian men aged 18-40 years. *J Sex Med*, v. 7, n. 6, p. 2166-73, jun. 2010.

MEDRADO, B. Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde. Recife: Instituto PAPAI, 2009, P. 11/13.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. Araújo; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, 2000 .

MINER, M.M.; SEFTEL, A.D. Erectile dysfunction and testosterone screening with prostate specific antigen screening at age 40: are these three gender specific determinants additive for overall men's health and do they improve traditional non-gender specific determinants to lesser? **Int J Clin Pract**, v. 64, p. 1754-62, 2010.

MINER, M.M. Men's Health in Primary Care: An Emerging Paradigm of Sexual Function and Cardiometabolic Risk. *Urol Clin North Am*, v. **39**, n. 1, p.1-23, 2012.

MOREIRA JUNIOR, E.D. et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. **Urology**, v. 58, p. 583–8, 2001.

MOREIRA JUNIOR ED, et al. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in Santos, southeastern Brazil. **Sao Paulo Med J**. v. 120, n. 2, p. 49-54, 2002a.

MOREIRA JUNIOR, E.D. et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Salvador, northeastern Brazil: a population-based study. **Int J Imp Res**, v. 14, suppl. 2, p. S3–S9, 2002b.

MOREIRA JUNIOR, E.D. et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study. **Urology**, v. 61, p.431–6, 2003.

MOREIRA JUNIOR, E.D. et al. Epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: resultados da pesquisa nacional do Projeto Avaliar. **Rev Bras Med**, v. 61,p. 613-25, 2004.

MORILLO, L.E. et al. Prevalence of erectile dysfunction in Colômbia, Ecuador and Venezuela: a population-based study (DENSA). **Int J Impot Res**, v. 14, suppl. 2, p. 10-8, 2002.

MORRIS, J; PEREZ, D; MCNOE, B. The use of quality of life data in clinical practice. **Qual Life Res**, v. 7, n. 8, p. 5 – 91, 1998.

MSCPHARMCHEM et al. Longitudinal assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes and self-reported erectile dysfunction. **Diabetes Care**, v. 28, n. 11, nov 2005.

NACIONAL INSTITUTE OF HEALTH. NIH Consensus Statement. Impotence, v. 10, n. 4; 1992.

NARDOZZA JUNIOR, A. Disfunções Sexuais. In: NARDOZZA JÚNIOR, A; ZERATI FILHO, M.; REIS dos, R.B. Urologia Fundamental. 1 ed. São Paulo: Planmark Editora Ltda, 2010, v. 1, p.87 – 100.

NICOLOSI, A. et al. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. **Urology**, v. 61, p. 201-6, 2003.

O'DONNELL, A. B. et al. The validity of a single question self-report of erectile dysfunction – results from the Massachusetts Male Aging Study. **J Gen Intern Med**, v. 20, n. 515-19, 2005.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA da, G. S. N. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface**, Botucatu, vol.15, n.38, p. 845-58, jul./set. 2011.

PRINS, J. et al. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. **Int J Impot Res**, v. 14, p. 422-32, 2002.

REIS, M. M. F; ABDO, C. H. N. Prevalence of Erectile Dysfunction as Defined by the International Index of Erectile Function (IIEF) and Self-Reported Erectile Dysfunction in a Sample of Brazilian Men Who Consider Themselves Healthy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 36, n. 1, p. 87-100, 2010.

RHODEN E.L., et al. The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. **Int J Impot Res**, v. 14, p. 245 – 250, 2002.

RIBEIRO, J. P; SANTOS, A. Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 341-349. jul. 2005 .

ROSAS, et al. Association of decreased quality of life and erectile dysfunction in hemodialysis patients. **Kidney International**, v. 64, p. 232-238, 2003.

ROSEN, R.C. et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Urology**, v. 49, p. 822–30, 1997.

ROSEN RC, Cappelleri JC, Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-science review. **Int J Impot Res**. 2002;14:226–44.

ROSEN, R. C. et al. Quality of life, mood, and sexual function: a path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms. **International Journal of Impotence Research**, v. 16, p. 334–340, 2004.

SANCHEZ-CRUZ, J.J. et al. Male erectile dysfunction and health-related quality of life. **European Urology**, v. 44, n. 2, p. 245-253, 2003.

SANTOS, P. R. Disfunção erétil e qualidade de vida em pacientes jovens submetidos à hemodiálise. **J Bras Nefrol**, v. 30, n. 2, p. 132-6, 2008.

SCHRAIBER, L. B. GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 2005.

SEYAM, R. M. et al. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates in Egypt: a community-based study. **International Journal of Impotence Research**, v. 15, p. 237-245, 2003.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, apr. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil. São Paulo. Ed.BG CULTURAL, 1998.

SZWARCWALD, C. L. et al . Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, suppl.1, p. S54 – S64, 2005.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization . **Soc Sci Med**, v. 41, p. 1403-10, 1995.

UGARTE, F; BARROSO, A. J. Prevalencia de disfunción erétil em México y factores de riesgo asociados. **Rev Mex Urol**, v. 61, n. 2, p. 63-76, 2001.

VOGL M; Wenig CM; Leidl R; Pokhrel S. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. **BMC Public Health**; 12: 203, 2012

WARE, J.E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**. v. 30, p. 473-83, 1992.

WYSS K, W. A. K. et al. Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. **Qual Life Res**, v. 8, p. 111-20, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Boys in the picture. Geneva; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Men, ageing and health: achieving health across the life span. Geneva; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions. Geneva; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity. Geneva; 2010.

ANEXO I
IIFE- Índice Internacional de Função Erétil
[POR FAVOR MARQUE COM UM X SOMENTE EM UMA RESPOSTA]

Responda às seguintes questões da forma mais próxima da realidade. Ao responder. Considere as seguintes definições:

- 1- *Atividade sexual*: Inclui penetração, carícias preliminares e masturbação.
- 2- *Penetração*: penetração vaginal.
- 3- *Estímulo sexual*: preliminares com a parceira ver filmes ou revistas eróticas etc.
- 4- *Ejaculação*: saída de sêmen (ou a sensação).

1) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você foi capaz de ter uma ereção durante a atividade sexual?

- 0-não houve relação sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

2) Nas últimas 4 semanas, quando você teve ereções com estímulo sexual, com que frequência essas ereções foram duras o suficiente para permitir a penetração?

- 0-não houve relação sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

3) Nas últimas 4 semanas, quando você tentou ter relação sexual, com que frequência você conseguiu penetrar (entrar) na sua parceira?

- 0- não houve relação sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

4) Nas últimas 4 semanas, durante a relação sexual, com que frequência você foi capaz de manter sua ereção após ter penetrado (entrado) na sua parceira?

- 0- não houve relação sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

5) Nas últimas 4 semanas, durante a relação sexual, o quanto foi difícil para você manter sua ereção até o fim da relação?

- 0- não houve relação sexual
- 1-extremamente difícil
- 2-muito difícil
- 3-difícil
- 4-pouco difícil
- 5-sem dificuldade

6) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você tentou ter relação sexual?

- 0-não tentei
- 1-uma a duas tentativas
- 2-três a quatro tentativas
- 3-cinco a seis tentativas
- 4-sete a dez vezes
- 5-onze ou mais tentativas

7) Nas últimas 4 semanas, quando você tentou ter relação sexual, com que frequência ela foi satisfatória para você?

- 0-não tentei ter relação sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (bem menos da metade)
- 3-metade das vezes
- 4-muitas vezes (bem mais da metade)
- 5-quase sempre ou sempre

8) Nas últimas 4 semanas, o quanto você aproveitou a relação sexual?

- 0- não teve relação sexual
- 1- não aproveitei
- 2- aproveitei um pouco
- 3- aproveitei um tanto
- 4- aproveitei muito
- 5- aproveitei extremamente

9) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou relação sexual, com que frequência você ejaculou?

- 0-não tive estímulo ou relação sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (bem menos da metade)
- 3-metade das vezes
- 4-muitas vezes (bem mais da metade)
- 5-quase sempre ou sempre

10) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou relação sexual, com que frequência você teve sensação de orgasmo ou clímax?

- 0-não tive estímulo ou relação sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (bem menos da metade)
- 3-metade das vezes
- 4-muitas vezes (bem mais da metade)
- 5-quase sempre ou sempre

11) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você tem sentido desejo sexual?

- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (bem menos da metade)
- 3-metade das vezes
- 4-muitas vezes (bem mais da metade)
- 5-quase sempre ou sempre

12) Nas últimas 4 semanas, o quanto você consideraria o seu nível de desejo sexual?

- 1-muito baixo ou quase nada
- 2-baixo
- 3-moderado
- 4-alto
- 5-muito alto

13) Nas últimas 4 semanas, de modo geral, o quão satisfeito você tem estado com sua vida sexual?

- 1-muito insatisfeito
- 2-moderadamente insatisfeito
- 3-igualmente satisfeito e insatisfeito
- 4-moderadamente satisfeito
- 5-muito satisfeito

14) Nas últimas 4 semanas, de modo geral, o quão satisfeito você tem estado com o seu relacionamento sexual com a sua parceira?

- 1-muito insatisfeito
- 2-moderadamente insatisfeito
- 3-igualmente satisfeito e insatisfeito
- 4-moderadamente satisfeito
- 5-muito satisfeito

15) Nas últimas 4 semanas, como você consideraria a sua confiança em conseguir ter e manter uma ereção?

- 1-muito baixa
- 2-baixa
- 3-moderada
- 4-alta
- 5-muito alta

ANEXO II
SF-36 PESQUISA EM QUALIDADE DE VIDA

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- .Excelente1
- . Muito boa 2
- . Boa.....3
- . Ruim4
- . Muito Ruim5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?**

(circule uma)

- . Muito melhor agora do que a um ano atrás 1
- . Um pouco melhor agora do que a um ano atrás 2
- . Quase a mesma de um ano atrás3
- . Um pouco pior agora do que a um ano atrás 4
- . Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.

Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(Circule um número em cada linha)

Atividade	Sim. Dificulta Muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos;	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa;	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos;	1	2	3
d. Subir vários lances de escada;	1	2	3
e. Subir um lance de escada;	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se;	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões ;	1	2	3

i. Andar um quarteirão;	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se;	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(Circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por ex.: necessitou de um esforço extra?).	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?**

(Circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- . De forma nenhuma1
- . Ligeiramente 2
- . Moderadamente 3
- . Bastante 4
- . Extremamente5

7. Quanta dor **no corpo** você teve nas **últimas 4 semanas?**

(circule uma)

- . Nenhuma 1
- . Muito Leve 2
- . Leve 3

- . Moderada 4
- . Grave 5
- . Muito grave 6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? **(circule uma)**

- . De maneira alguma 1
- . Um pouco 2
- . Moderadamente 3
- . Bastante 4
- . Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6

h.Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i.Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo **a sua saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo o tempo 1
- . A maior parte do tempo 2
- . Alguma parte do tempo 3
- . Uma pequena parte do tempo 4
- . Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(Circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação da função erétil e qualidade de vida de amostra de homens considerados saudáveis” de responsabilidade do pesquisador Tiago Lessa Rossi.

Essa pesquisa se justifica, pois com os seus resultados poderão ser elaboradas medidas de combate e controle a esse agravado, beneficiando toda população.

Ela tem por objetivo identificar e avaliar a relação entre a função erétil e a qualidade de vida de homens considerados saudáveis.

A sua participação na pesquisa será nesse único momento no HEMOES, respondendo a questionários auto aplicáveis e anônimos, compostos por 15 perguntas a respeito da função erétil e 36 perguntas sobre sua qualidade de vida; e ainda um questionário contendo perguntas sobre condições sócio-demográficas e de saúde, todas elas objetivas e de múltipla escolha; com duração média de 20 minutos.

Ressalta-se que a escolha do HEMOES como campo de pesquisa não quer dizer que homens que doam sangue são mais propícios a desenvolver disfunção erétil; você voluntário, só participa dessa pesquisa por ser um homem considerado hígido, ou seja, saudável. Você corre o risco de associar a doação sanguínea à ocorrência de disfunção erétil, porém, essa associação não é verdadeira.

Por se tratar de um tema tabu em nossa sociedade, você também corre o risco de sentir-se constrangido em responder aos questionários, caso isso ocorra, você tem total liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer hora.

Os benefícios promovidos por essa pesquisa atingirão não somente a você participante, mas também a uma instância maior, como chamar a atenção das autoridades de saúde caso a existência do problema.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa desse estudo.

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória, e poderá desistir em qualquer momento retirando seu consentimento.

Essa pesquisa é de livre participação e sem ônus ou bônus financeiro.

As informações obtidas por meio dela serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Esses questionários ficarão na guarda dos pesquisadores e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Caso você tenha dúvidas ou sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado, você poderá entrar em contato ou com o pesquisador (Tiago Lessa Rossi, (27) 9901-9798), ou com o Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva ((27) 3335-7287), ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFES pelo telefone (27) 3335-7211.

Elizabeth Regina Araújo Oliveira

Av. Maruípe S/N; CEP: 29043-210 – Tel.: (27) 3335-7281

Tiago Lessa Rossi

R. Eugenílio Ramos 201/207 – CEP: 29060-130 – Tel.: (27) 3026-8832/9901-9798

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS

CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil – Tel: (27) 3335-7211

Dessa forma, se você concorda em participar dessa pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o pesquisador.

RG: _____

Nome e assinatura do pesquisador

RG: _____

Sujeito da pesquisa

Vitória, ____ de _____, 2013.

APÊNDICE II
FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO EM PESQUISA

1. Qual é sua data de nascimento? ___/___/_____.

Leia e circule a resposta que achar mais adequada:

2. Você possui um relacionamento estável?

- a) Não;
- b) Sim, mais de 6 meses de namoro;
- c) Sim, mais de 6 meses de casado ou coabitação;

3. Com qual tipo(s) de parceiro(a) que você costuma se relacionar?

- a) Feminino;
- b) Masculino
- c) Feminino e Masculino

4. Qual das alternativas abaixo você classificaria sua raça/etnia?

- a) Branca; b) Negra; c) Amarela; d) Parda; e) Indígena.

5. Qual sua formação educacional?

- a) Ensino fundamental (1° grau) incompleto;
- b) Ensino fundamental (1° grau) completo;
- c) Ensino médio (2° grau) incompleto;
- d) Ensino médio (2° grau) completo;
- e) Ensino superior incompleto;
- f) Ensino superior completo.

6. Atualmente você está?

- a) Aposentado;
- b) Aposentado, mas ainda está trabalhando;
- c) Empregado;
- d) Desempregado.

7. Qual destas categorias melhor descreve sua ocupação (caso aposentado, sua ocupação anterior?) [CIRCULE SOMENTE UMA RESPOSTA]

- a) Trabalho profissional/técnico;
- b) Trabalho de gerência;
- c) Trabalho administrativo;
- d) Vendas;
- e) Setor de prestação de serviços;
- f) Serviço de segurança;
- g) Agricultura/pecuária/silvicultura/piscicultura;
- h) Transporte/comunicação;
- i) Mão-de-obra qualificada (mineração/manufatura/construção);
- j) OUTRO.

8. Em relação ao uso do cigarro, você:

- a) Não fuma;
- b) Já fumou, mas parou;
- c) Ainda fuma;

9. Qual seu estado civil atual?

- a) Solteiro;
- b) Casado;
- c) Separado;
- d) Divorciado;
- e) Viúvo;
- f) Morando junto da companheira

10. Alguma vez um médico ou outro profissional de saúde lhe disse que tinha algum desses outros problemas de saúde? (MARQUE UMA QUESTÃO OU MAIS)

- a) Úlcera gastrica ou duodenal;
- b) Câncer de próstata;
- c) Doença do coração;
- d) Hiperplasia de próstata benigna;
- e) Depressão.
- f) Nenhum dos problemas anteriores

11. Alguma vez um médico ou outro profissional de saúde lhe disse que tinha algum desses problemas de saúde? (MARQUE UMA QUESTÃO OU MAIS)

- a) Hipertensão
- b) Diabetes Tipo I
- c) Diabetes Tipo II
- d) Nenhuma das anteriores

12. Atualmente, você está tomando algum tipo de medicamento? Qual(is)?

() não () sim

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

13. Você já tomou algum medicamento para obter ereção?

- a) Sim
- b) Não

APENDICE III
ARTIGO DE OPINIÃO

A INSERÇÃO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL NA SAÚDE PÚBLICA

THE INSERTION OF THE ERECTILE DYSFUNCTION WITHIN PUBLIC HEALTH

Rossi, T.L.; Oliveira, E.R.A

Resumo

Desde o final do século XX, a saúde do homem ganhou maior destaque com o aumento da discussão em torno da disfunção erétil, porém, essa discussão se encontra localizada dentro da medicina especializada, tornando-se distante do campo da política e da saúde pública. Diante disso, este artigo se objetiva a apontar a disfunção erétil como problema de saúde pública e a situar essa disfunção dentro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. A disfunção erétil é um problema de saúde pública não só por ser uma morbidade de origem multifatorial que acomete milhões de brasileiros, mas também por ser impactante na qualidade de vida masculina. Essa disfunção está discretamente citada dentro da política nacional, o que diminui sua importância no campo da saúde pública, e vai de encontro a toda relevância dada à saúde sexual dentro dessa política. Trazer a disfunção erétil para o campo da saúde pública é atender a uma demanda verdadeira dos homens, que possuem por direito, ter essa necessidade atendida igualmente a todas as outras; é conseguir a mudança de paradigma necessária para que o homem seja inserido no desafio da atenção integral a sua saúde.

Abstract

Since the end of the Twentieth century, man's health has stood out due to the increase of the discussion about erectile dysfunction, but, such discussion is located inside the Specialized Medicine, being distant from the politics and public health field. Before that, this paper aims at indicating the erectile dysfunction as a public health problem and at situating such dysfunction inside the National Policy of Full Attention to Human Health. The erectile dysfunction is a public health issue not only because it is a morbidity of multifactorial origin that happens to thousands of Brazilians, but also because it is impacting for the masculine life quality. This dysfunction is discreetly mentioned within national policy, what decreased its importance in the public health field, and it goes against all the relevance given to the sexual health inside that policy. Bringing the erectile dysfunction discussion to the public health field means to attend a real demand of men, who have the right, to be equally assisted to all the other dysfunctions; it is to be able to change the paradigm necessary to insert the man in the challenge of full attention to health.

A disfunção erétil (DE) é uma morbidade que acomete milhões de homens em todo o mundo, não somente pela influência das questões orgânicas, mas também, porque abrange aspectos sociais e psicológicos, afetando a saúde do homem e impactando significativamente a sua qualidade de vida.

A função erétil pode ser prejudicada não só por maus hábitos de vida, mas também por uma série de condições físicas e psicológicas. Diversos estudos^{1,2,3,4,5} demonstram fatores de risco associados à DE, como tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, consumo excessivo de álcool, doenças prostáticas, alterações endócrinas, depressão e idade elevada. Além de condições socioeconômicas^{1,2,4}, como baixa renda, menor grau de escolaridade, desemprego e estado civil solteiro. Diante de tantos fatores envolvidos, o interesse a respeito dessa disfunção cresce.

No final do século XX com o desenvolvimento de novas tecnologias que propiciaram ao homem maior contato com sua saúde sexual, fez com que o debate em torno da saúde dos homens com DE se propagasse pelo campo científico, acadêmico e político.

No campo científico, o desenvolvimento de fármacos para o tratamento da DE chamou a atenção de pesquisadores para a mensuração desse problema em populações específicas, o que desencadeou uma série de publicações no meio acadêmico.

No campo político, a saúde do homem também ganha cada vez mais espaço, como o que ocorreu no Brasil, com o lançamento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009.

Diante do cenário apresentado, este texto tem por objetivo apontar a disfunção erétil como problema de saúde pública, assim como situar essa disfunção dentro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

DISFUNÇÃO ERÉTIL NÃO É SÓ UM FUNCIONAMENTO SEXUAL MASCULINO INADEQUADO, MAS TAMBÉM UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA?

O termo disfunção erétil, antes denominada impotência, é definida como a incapacidade do homem conseguir a ereção do pênis como parte de um processo global e multifacetado do funcionamento sexual masculino⁶.

Milhões de homens no mundo sofrem com algum grau de DE. Uma estimativa dessa disfunção no Brasil mostra que cerca de 25 milhões de homens apresentam DE, sendo que 11 milhões da forma moderada ou completa¹. Projeções do Massachusetts Male Aging Study (MMAS) indicam que aproximadamente 322 milhões de homens no mundo apresentarão essa disfunção no ano de 2025, sendo que a maior parte ocorrerá em países em desenvolvimento, como os da África, os da Ásia e os da América do Sul⁷.

No maior estudo⁸ epidemiológico realizado no Brasil sobre DE, 71.503 homens foram abordados entre agosto de 2002 e janeiro de 2003 em ambulatórios do Distrito Federal e em todos os 26 estados brasileiros, exceto Acre, Amapá e Roraima, e encontrou-se uma prevalência de 53,5% de DE. Além disso, antes dos 45 anos aproximadamente 75% dos participantes não apresentaram DE, com o aumento da idade desses participantes, somente 13 % não apresentavam essa disfunção após os 70 anos.

Nesse mesmo estudo⁸, o autor chama atenção para algumas atitudes e percepções que devem ser ressaltadas: nos últimos três anos somente 27% dos pacientes foram perguntados sobre problemas sexuais; 81% acham que esses questionamentos devem ser feitos pelo serviço de saúde e a maioria deles declaram ficar à vontade para responder a tais questionamentos; e por fim, talvez a atitude mais preocupante, esses homens demoram em média 2,3 anos para procurar ajuda médica. Tais dados levam a especular que homens que possuam essa disfunção demonstram uma clara dificuldade de terem sua saúde assistida.

O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB)³ avaliou 2.862 homens em 18 grandes cidades de todas as regiões brasileiras. Nessa pesquisa os participantes foram abordados em parques, em ruas, em praias, em shopping center para averiguação da DE da população masculina, e dessa maneira, constatou-se uma prevalência de 45,1% de DE.

Ainda nesse estudo³, os homens que apresentavam essa disfunção relataram baixa auto-estima, problemas em relacionamentos interpessoais, prejuízo na qualidade de vida, além de comprometer tanto atividades diárias como o trabalho, quanto atividades prazerosas como o lazer.

Fernando Gonini Martins⁹ também indica que a DE não está presente somente em adultos de meia idade ou idosos, mas também em adultos jovens. Em seu estudo realizado em 18 cidades brasileiras com uma amostra de 1.947 homens com idade de 18 a 40 anos, constatou-se uma prevalência de 35%. Esse autor devido à constatação dessa prevalência recomenda que ações educativas e de prevenção teriam um impacto positivo na disfunção desses jovens homens.

A DE é uma morbidade que vem sendo bem estudada no meio científico e sua alta prevalência na população ainda passa por um processo de expansão. Dessa maneira, há uma necessidade de aproximação da DE, assim como da saúde do homem, do campo da Saúde Pública para que ela possa ser explorada por seus atores e que o conhecimento dessa disfunção possa ser difundido para seus pares.

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM E SUA IMPORTÂNCIA NA ATENÇÃO AO HOMEM COM DISFUNÇÃO ERÉTIL.

A iniquidade em saúde quando se trata de gênero já é algo bastante discutido. Os diferentes meios de assistir homens e mulheres são conhecidamente como um dos entraves na promoção de saúde e prevenção de doenças das populações.

A perspectiva de gênero reconhece que a saúde do homem não pode ser vista separadamente do seu papel social previamente construído, e esse papel social se construiu numa cultura em

que a masculinidade é dominante, dessa maneira, a forma com que os homens se comportam parece ser um determinante importante na saúde dos homens de todas as sociedades¹⁰.

A World Health Organization¹¹ reforça que homens e mulheres são colocados em risco devido a aspectos da masculinidade. Em algumas situações ser homem significa ser corajoso, agressivo, resistente, assumir riscos e não cuidar do seu corpo, em outras, com a intenção de afirmação da masculinidade, homens e meninos assumem um comportamento de risco usando certas substâncias e praticando sexo inseguro. Ou seja, as noções dominantes da masculinidade podem aumentar a vulnerabilidade à saúde dos próprios homens, assim como, criar riscos para mulheres e meninas.

Para que se possa alcançar um serviço de saúde como um lugar receptivo não somente para mulheres, mas também para população masculina, as desigualdades existentes que comprometem a relação entre homens e esse serviço têm que ser igualadas.

Os processos políticos são, portanto, elementos chaves de qualquer esforço para alcançar a igualdade de gênero e promover a saúde; e para isso o empenho tem que ser focalizado em quatro pontos interligados: a) trabalhar com homem é fundamental para buscar a equidade de gênero, reduzir as inequidades na saúde e aumentar a saúde de homens e mulheres; b) programas e políticas de intervenção mostram positivas mudanças nos homens no seu comportamento e nas suas atitudes relacionados ao gênero; c) existência de um mandato internacional de aproximação e inclusão de homens e de meninos para alcançar a igualdade de gêneros e a equidade em saúde; e por fim, d) os programas têm que ser abrangentes e em larga escala para incluir, e não limitar, todos os níveis de políticas¹².

No Brasil, não é diferente, a saúde do homem está cada vez mais na agenda política brasileira e, no dia 28 de agosto de 2009, alcançou seu auge com a publicação no Diário Oficial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)¹³.

Esse documento se apresenta como resultado da parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, como uma das prioridades do Ministério da Saúde nos 20 anos do SUS. De maneira que, não vem somente fortalecer a saúde do homem como um problema de saúde pública, mas também promover ações de saúde que admitam os homens no seu contexto social cultural, possibilitando o enfrentamento das causas preveníveis e evitáveis que levam a morbimortalidade e, por consequência, o aumento de suas expectativas de vida¹⁴.

Nesse sentido, a formulação da PNAISH em sincronia com o Programa Nacional de Atenção Básica se faz necessário, pois o fortalecimento e a qualificação da atenção básica convidariam o homem mudar a sua rota de entrada nos serviços de saúde, ou seja, deixaria de procurar prioritariamente a atenção especializada, e passaria a frequentar os serviços da atenção primária.

Com isso, esse usuário deixaria de buscar um serviço que vise à recuperação em detrimento de um local onde a promoção à saúde e à prevenção dos agravos levam à diminuição do sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família.

Nessa política, é colocado que existem dois entraves para o acesso dos homens aos serviços de saúde, que são as barreiras sócio-culturais e as barreiras institucionais; e são citados como mecanismos de não adesão ao homem às ações de saúde: os estereótipos dos gêneros, as crenças de invulnerabilidade que estimulam um pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer, a masculinidade hegemônica, a posição de provedor, o acesso aos serviços assistenciais e o horário de atendimento dos serviços de saúde¹⁴.

Mas essa política ressalta que o conhecimento dessas barreiras são fundamentais para rompê-las em busca da libertação desses entraves que historicamente e culturalmente deixam descoberta uma demanda importante dos serviços de saúde, o que certamente melhorará o acesso à saúde aos homens.

Alem disso, é colocado que um dos desafios da PNAISH é a politização da população masculina, conscientizando-a do seu direito social à saúde, sensibilizando-a para que possa perceber seu estado e fazê-las protagonista de suas necessidades para exercer sua cidadania.

COMO QUE A DISFUNÇÃO ERÉTIL ESTÁ INSERIDA NA PNAISH

Necessitou o SUS fazer seus 20 anos para que, enfim, a saúde do homem fosse olhada com maior apreço. Durante duas décadas o distanciamento dos homens dos serviço de atenção básica se elevou de tal maneira, que estava nítida a falta de intimidade na comunicação dos serviços de saúde com a população masculina.

No passar desses anos os sistemas de saúde foram evoluindo com o acesso para população, facilitado, os serviços mais humanizados, a integralidade da assistência à saúde se ampliou, as inequidades diminuídas, e novas tecnologias também foram desenvolvidas visando à melhoria da assistência de toda população.

Um dos grandes beneficiados com o desenvolvimento da indústria farmacêutica no final do século XX foram os homens. Foi lançada no mercado uma classe de medicamento que viria para revolucionar a saúde sexual da população masculina, o medicamento para ereção.

Juntamente com o advento do medicamento também foi dada maior atenção para a saúde, não só sexual, mas também a saúde como um todo, de uma população, que até então, pouco era discutido ao seu respeito.

Com o aumento dos debates em torno dessa disfunção, novos estudos foram sendo desenvolvidos e revelou-se uma significativa prevalência dessa doença nos homens por toda parte. Talvez seja esse um dos motivos pelo qual antes mesmo do lançamento oficial da PNAISH em agosto de 2009, a Sociedade Brasileira de Urologia promoveu, com apoio do Ministério da Saúde, o lançamento da Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, cujo tema escolhido foi a disfunção erétil¹⁵.

Como a DE é uma das causas que comprometem a saúde sexual dos homens a PNAISH aborda essa disfunção de maneira indireta dentro dos desafios que a saúde sexual masculina está inserida.

E para demonstrar a importância com que essa política aborda esse tema, a saúde sexual é apresentada com destaque no item Diagnóstico: “Os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem podem se estruturar em torno de três eixos: violência, tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade, e saúde sexual e reprodutiva.”¹⁴

Ainda no sentido de reforçar o interesse sobre o tema, o mesmo item Diagnóstico apresenta em um dos seus subitens os “Direitos sexuais e direitos reprodutivos”. Apesar de em seus esclarecimentos não constarem questões particulares acerca da DE, uma abordagem mais detalhada sobre esses aspectos sexuais contribui para chamar atenção desse problema.

O que chama atenção ao que está posto em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, é o enfoque de que a sexualidade é um fator essencial na vida independente da faixa-etária, como mostra essa passagem: “a sexualidade é uma importante dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas, sendo necessário superar a sua compreensão como possibilidade apenas do adolescente, jovem e adulto.”¹⁴

O único momento em que é possível encontrar uma abordagem direta a respeito da DE dentro da PNAISH é quando se trata dos tumores como causa de mortalidade masculina. Nesse momento, é chamada a atenção para o comprometimento da qualidade de vida causado pela DE em homens submetidos à prostatectomia, como é mostrado a seguir: “a propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária”¹⁴.

A DE pode ser causada por diversos tipos de problemas, como se tem acompanhado durante o texto, e uma única abordagem direta da DE dentro dessa política ser dada em uma situação tão específica como a prostatectomia, acaba por diminuir a importância dessa disfunção no campo da saúde pública, e vai de encontro a toda relevância dada a saúde sexual até agora, pois a aplicação do termo de uma maneira tão particular pode limitar o olhar sobre essa doença.

Por fim, a saúde sexual masculina volta à tona em um dos três objetivos específicos dessa política¹⁴: “[...]Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde[...]”. Além de um dos vários subitens que compõem esse objetivo específico¹⁴: ” [...]estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculina[...]”.

Entende-se que uma abordagem política acerca da DE é uma estratégia imprescindível para o alcance integral da saúde da população masculina, e que apesar da relutância na utilização desse termo no texto que compõe a PNAISH, de certa maneira, ela trouxe o debate das questões sexuais masculinas para o campo da Saúde Pública. Desse modo, encarar as questões envolvendo a DE como problema de saúde pública é estar se preparando para lidar com uma possível demanda presente na população masculina.

Como a PNAISH é uma política relativamente nova, a discussão em torno dela está apenas no início, mas já pode ser encontrado ponto de vista diferente do que é apresentado nesse manuscrito. Carrara et al. diz que a atenção dada a saúde sexual no documento dessa política ultrapassa em grau de importância outros problemas, como a violência e os relacionados a saúde mental, o que contribui para o incentivo a medicalização do corpo masculino¹⁵.

Com todo esse debate em torno da DE, a intenção não é limitar a saúde do homem a essa disfunção, e sim abrir novos horizontes de discussão sobre a saúde desses homens. E talvez, como diz Romeu Gomes¹⁶ ter encontrado a consolidação do homem como foco da Saúde

Pública, buscando a singularidade de um dos gêneros, e estar preparado para uma nova demanda de ressignificação do masculino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Haja vista o lançamento recente da PNAISH é preciso fomentar no meio científico discussões a respeito do alcance dessa política, a fim de que se consiga a mudança de paradigma necessária para que o homem seja inserido no desafio da atenção integral a sua saúde, bem como no processo de humanização e de formação de cidadãos sabedores dos seus direitos.

Em nenhum momento dessa discussão, incentiva-se a medicalização do corpo masculino e, muito menos, da disfunção erétil, a intenção maior é tirar essa disfunção das convenções e dos consultórios de urologistas e de andrologistas, e trazer para o campo da saúde pública como uma demanda verdadeira dos homens, que têm por direito, ter essa necessidade atendida igualmente a todas as outras.

Em razão disso, busca-se a problematização das questões envolvidas em torno da disfunção erétil, que sejam consideradas as diversas morbidades que levam a essa disfunção, que seus determinantes sociais e orgânicos possam ser elucidados para que a assistência à saúde seja efetiva e integral, que o sofrimento psíquico que pode estar sendo causado seja interrompido, que medidas sejam adotadas levando aos homens dos serviços de saúde ações de promoção e de prevenção, e que a disfunção erétil seja vista por todos como um real problema da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Moreira Junior ED, Abdo CHN, Torres EB, Lôbo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology*. 2001;58:583–8.
2. Lyngdorf P, Hemmingsen L. Epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors: a practice-based study in Denmark. *Int J Impot Res*. 2004; 16:105–111.

3. Abdo CHN, Oliveira Junior WM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52:424-29.
4. Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from The Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 2000; 163:460-3.
5. De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S, Kaplan SH, Rossi MC, Sacco M, Tognoni G, Valentini M, Nicolucci A. Longitudinal assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes and self-reported erectile dysfunction. *Diabetes Care*. 2005 Nov; 28(11):2637-43.
6. Nacional Institute of Healt. *NIH Consensus Stateman*. Impotence, v. 10, n. 4; 1992.
7. Aytaç IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int*. 1999;84(1): 50-6.
8. Moreira Junior ED, Santos DB, Abdo CHN; Wroclawski E, Fittipaldi JAS. Epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: resultados da pesquisa nacional do Projeto Avaliar. *Rev Bras Med*. 2004; 61:613-25.
9. Martins FG; Abdo CH. Erectile dysfunction and correlated factors in Brazilian men aged 18-40 years. *J Sex Med*. 2010 Jun; 7(6):2166-73.
10. World Health Organization. *Men, ageing and health: achieving health across the life span*. Geneva; 2001.
11. World Health Organization. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Geneva; 2007.
12. World Health Organization. *Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity*. Geneva; 2010.

13. Brasil. Portaria MS/GM nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial da União* 2009; 28 ago.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
15. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19(3):659-678.
16. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT. O homem como foco da Saúde Pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):4-4.

APENDICE IV
ARTIGO ORIGINAL

Assessment of erectile function and quality of life of male blood donors
Evaluación de la función erétil y la calidad de vida de los donantes de sangre
varones

Resumo

Introdução: A disfunção erétil (DE) é uma morbidade que acomete milhões de homens em todo mundo, afetando sua saúde e impactando sua qualidade de vida. Objetivo: Identificar a relação entre função erétil e qualidade de vida de homens doadores de sangue. Metodologia: Estudo transversal, realizado com uma amostra de 359 homens considerados saudáveis, com idade entre 18 e 59 anos, em que se utilizou o *International Index of Erectile Functions* (IIEF), para mensurar a função erétil e o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), para averiguar a qualidade de vida. Resultados: Dos 359 homens, 128 (35,8%) foram classificados como tendo algum grau de DE, sendo 107 (29,7%) disfunção leve, 5 (1,4%) disfunção moderada e 16 (4,4%) disfunção completa. Faixa etária ($p=0,014$), relacionamento ($p=0,004$) e escolaridade ($p=0,026$) apresentaram significância estatística para a ocorrência de disfunção erétil. Conclusão: os resultados encontrados levam a crer que a DE impacta diretamente na qualidade de vida de homens doadores de sangue.

Palavras-chaves: Disfunção erétil; Qualidade de vida; Saúde do homem; Epidemiologia; Doadores de sangue.

INTRODUÇÃO

A disfunção erétil (DE) é uma morbidade que acomete milhões de homens em todo o mundo, não somente pela influência nas questões orgânicas, mas também, porque abrange aspectos sociais e psicológicos, afetando a saúde do homem e impactando significativamente a sua qualidade de vida.

Estudo¹ realizado no Brasil mostra que a incidência dessa disfunção em homens brasileiros foi 2,5 vezes maior do que em homens americanos na comparação com o Massachusetts Male Aging Study (26/1000 pessoas-ano). Essa diferença esteve relacionada com o aumento da idade, com a menor escolaridade, com o diabetes, com a hipertensão e com a hiperplasia benigna da próstata.

A prevalência da DE também pode ser comprovada por estudo² realizado em Porto Alegre, onde se encontrou 53,9% dessa disfunção em homens com idade entre 40 e 90 anos; e em outro estudo³ realizado na Bahia, estimou-se que 39,5% dos homens, entre 40 e 70 anos, apresentavam algum grau de DE.

A função erétil pode ser prejudicada não só por maus hábitos de vida, mas também por uma série de condições físicas e psicológicas. Diversos estudos^{4,5,6,7,8,9} demonstram fatores de risco associados à DE, como tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, consumo excessivo de álcool, doenças prostáticas, alterações endócrinas, depressão e idade elevada. Além de condições socioeconômicas^{4,5,7}, como baixa renda, menor grau de escolaridade, desemprego e estado civil solteiro. Diante de tantos fatores envolvidos, o interesse a respeito dessa disfunção cresce.

Porém, muitas vezes, os homens que participam de estudos sobre DE já possuem alguma condição específica, dessa maneira, a proposta deste estudo não é contar com a participação desses sujeitos, mas sim de homens considerados saudáveis, que nesse caso, são os doadores de sangue.

Partindo do princípio que doadores de sangue são considerados hígidos e, teoricamente, são pouco afetados pelos fatores de risco dessa disfunção e possuem menor probabilidade de apresentarem problemas de saúde, a estimativa da prevalência da DE nesse grupo populacional leva-nos a acreditar que essa disfunção é realmente um problema de saúde pública. Então, este estudo tem por objetivo identificar a relação entre função erétil e da qualidade de vida de homens doadores de sangue, assim como suas características sociodemográficas e estado de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, que busca um retrato instantâneo da função erétil e da qualidade de vida de homens doadores de sangue, assim como suas características sociodemográficas e estado de saúde, do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES.

Foram incluídos no estudo todos os homens: que tiveram feito à doação de sangue, sendo considerado hígido pela avaliação médica do próprio hemocentro; que consentiram com a pesquisa; que tiveram todas as perguntas dos questionários respondidas; que estavam com idade entre 18 a 59 anos no momento da pesquisa, até que o número amostral fosse concluído; que demonstraram capacidade para compreender e responder aos questionários; que possuíam tempo de relacionamento estável com uma parceira maior que seis meses; que não estavam fazendo uso de cigarro; que não estiveram em uso de quaisquer medicações, incluindo-as para obter ereção; que não possuíam morbidades como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer de próstata, hiperplasia benigna de próstata, úlcera duodenal ou gástrica, doenças do coração e depressão.

Foram excluídos do estudo os homens: que demonstraram incapacidade para compreender e responder aos questionários; que possuíam tempo de relacionamento estável com uma parceira menor que seis meses; que estavam fazendo o uso de cigarro; que estiveram em uso de quaisquer medicações, incluindo-as para obter ereção; que possuíam morbidades como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer de próstata, hiperplasia benigna de próstata, úlcera duodenal ou gástrica, doenças do coração e depressão.

A coleta dos dados ocorreu na unidade de Vitória do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo- HEMOES no ano de 2013.

Nesse hemocentro, os doadores foram acolhidos e passaram por todo o processo de cadastramento e triagem e, enfim, realizaram a doação. Após esse processo, o pesquisador convidou esses doadores a participar desta pesquisa apresentando-lhes o Termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e, quando houve o consentimento, realizou-se a assinatura nesse documento.

Com a participação consentida, o indivíduo recebeu um envelope com uma Ficha de Caracterização do Sujeito em Pesquisa, para colher dados sócio-demográficos e do estado de saúde dos participantes; o instrumento de avaliação da função erétil *International Index of Erectile Functions* (IIEF)^{10,11}; e o instrumento de mensuração da qualidade de vida *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36)^{12,13}; todos auto-aplicáveis e anônimos.

Para o cálculo amostral utilizou-se não só a prevalência de 38,95% encontrada no estudo piloto, mas também o fluxo de homens doadores de sangue no ano de 2011, que foi de 16.797 doadores.

Considerando uma confiança de 95% e um erro estimado de 5%, a amostra a ser estudada foi de 359 indivíduos.

Além disso, estratificou-se a amostra por idade, em que os percentuais das faixas etárias encontradas nesse piloto se refletiram nessa amostra.

Os dados foram gerenciados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 18)* e foi adotado um nível de 5% de significância. Além disso, interpretou-se esses dados conforme preconizado na literatura de cada instrumento.

Aplicou-se o teste de normalidade chamado Kolmogorov-Smirnov em cada domínio do SF-36 para verificar se a distribuição dos dados era normal. Como esses domínios não apresentaram uma distribuição normal optou-se pelo teste de Mann-Whitney para comparação desses domínios com a variável função erétil.

Para o cruzamento entre a disfunção erétil e as variáveis sócio-demográficas, escolheu-se o teste qui-quadrado. Como na variável idade houve rejeição da hipótese de normalidade, o teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi o escolhido.

Utilizou-se o teste de ajuste de modelo Hosmer-Lemeshow. Esse teste é baseado em agrupar os riscos e em comparar as probabilidades observadas com a prevista dentro de cada grupo.

As variáveis independentes que entraram no modelo de regressão foram aquelas que apresentaram um p-valor menor que 0,100, para as variáveis sócio-demográfica, e 0,050, para os domínios de qualidade de vida; a escolaridade e a idade apesar de não apresentarem p-valor significantes, entraram nesse modelo de regressão por sua importância dentro da disfunção erétil. A variável dependente é a presença ou não de DE.

O estudo seguiu as recomendações da *Resolução no. 196/96*, do Conselho Nacional de Saúde de 1996, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo com o número 179.140 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória. Para todos os participantes foram oferecidas informações sobre a pesquisa e, após anuência, assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

RESULTADOS

Os indivíduos que participaram da pesquisa eram, em sua maioria, da raça branca e com pelo menos o ensino médio completo; além disso, a amostra estudada também se caracterizou por

ter homens que não só possuíam relacionamento estável do tipo casado ou coabitação, mas também que possuíam vínculo empregatício e não faziam uso de cigarros.

Dos 359 desse participantes em análise, 128 (35,8%) foram classificados como tendo algum grau de DE de acordo com o IIEF, sendo 107 (29,7%) possuíam disfunção leve, 5 (1,4%) possuíam disfunção moderada e 16 (5,7%) possuíam disfunção completa. A Tabela 1 apresenta como a DE se comportou quando comparada com as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1 - Cruzamento entre disfunção erétil com as variáveis sociodemográficas dos doadores de sangue. Vitória-ES.

Variáveis sociodemográficas	Disfunção erétil		p-valor
	Sem disfunção	Com disfunção	
Faixa etária			
18 a 29 anos	103 (44,6%)	53 (41,4%)	0,217
30 a 39 anos	74 (32,0%)	41 (32,0%)	
40 a 49 anos	46 (19,9%)	23 (18,0%)	
50 a 59 anos	8 (3,5%)	11 (8,6%)	
Relacionamento			
Sim, namoro	67 (29,0%)	55 (43,0%)	0,007
Sim, casado/coabitação	165 (71,0%)	73 (57,0%)	
Raça / Cor			
Branca	66 (28,6%)	31 (24,2%)	0,242**
Negra	42 (20,3%)	37 (28,9%)	
Amarela	11 (4,8%)	10 (7,8%)	
Parda	100 (43,3%)	46 (35,9%)	
Indígena	7 (3,0%)	4 (3,1%)	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	16 (6,9%)	16 (12,5%)	0,315
Fundamental completo	14 (6,1%)	12 (9,4%)	
Médio incompleto	19 (8,2%)	10 (7,8%)	
Médio completo	116 (50,2%)	56 (43,8%)	
Superior incompleto	38 (16,5%)	23 (18,0%)	
Superior completo	28 (12,1%)	11 (8,6%)	
Fumante			
Não fuma	197 (85,3%)	115 (89,8%)	0,220
Já fumou, mas parou	34 (14,7%)	13 (10,2%)	
Estado civil			
Solteiro	65 (28,1%)	45 (35,2%)	0,063**
Casado	127 (55,0%)	69 (53,9%)	
Separado / Divorciado	7 (3,0%)	4 (3,1%)	
Morando junto com companheira	32 (13,9%)	10 (7,8%)	
Total	231 (100,0%)	128 (100,0%)	-

* Teste exato de fisher.

** Máxima verossimilhança.

Os domínios do SF-36 foram comparados entre indivíduos com e sem DE. Como se pode ver na Tabela 2 todos esses domínios desse instrumento tiveram um decréscimo em suas médias em participantes com DE quando comparamos com homens sem DE, exceto os domínios Limitação por Aspectos físicos e Aspectos emocionais, que mesmo o participante possuindo essa disfunção permaneceu com a média maior que indivíduos sem DE.

Tabela 2 – Estatística descritiva dos domínios do SF-36 segundo a presença da disfunção erétil em doadores de sangue. Vitória-ES, 2013.

SF36	Disfunção erétil	N	Menor Valor	Maior Valor	P25	P50	P100	Média	Desvio-Padrão	p-valor
Capacidade funcional	Sem	231	5,00	100,00	95,00	100,00	100,00	93,48	13,21	0,115
	Com	128	0,00	100,00	90,00	100,00	100,00	90,31	17,46	
Limitação por aspectos físicos	Sem	231	0,00	100,00	75,00	100,00	100,00	87,45	23,99	0,277
	Com	128	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00	88,87	25,06	
Dor	Sem	231	10,00	100,00	61,00	84,00	100,00	76,10	22,75	0,068
	Com	128	0,00	100,00	42,50	74,00	100,00	70,93	25,03	
Estado geral de saúde	Sem	231	30,00	100,00	62,00	82,00	100,00	78,10	20,72	0,000
	Com	128	10,00	100,00	50,00	72,00	87,00	69,00	22,01	
Vitalidade	Sem	231	20,00	100,00	65,00	75,00	87,50	74,96	16,16	0,031
	Com	128	30,00	100,00	55,00	72,50	85,00	70,89	17,40	
Aspectos sociais	Sem	231	12,50	100,00	62,50	87,50	100,00	81,66	22,86	0,224
	Com	128	12,50	100,00	50,00	87,50	100,00	78,03	25,18	
Aspectos emocionais	Sem	231	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00	86,60	24,86	0,496
	Com	128	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00	86,72	26,57	
Saúde mental	Sem	231	20,00	100,00	68,00	84,00	92,00	79,64	16,06	0,000
	Com	128	28,00	100,00	60,00	76,00	88,00	73,15	17,55	

Com a comparação entre os domínios da QV e a presença ou não de DE na amostra, observou-se que o resultado foi estatisticamente significativo ($<0,05$) em dois domínios, Estado geral de saúde (p-valor = 0,00) e Saúde Mental (p-valor = 0,00), com isso pode-se dizer que indivíduos sem DE possuem maiores escores desses domínios da QV. Os outros domínios como Capacidade funcional, Limitação por aspectos físicos, Dor, Vitalidade, Aspectos sociais e Limitação por aspectos emocionais não apresentaram significância estatística.

Na análise multivariada as variáveis Faixa etária (50 a 59 anos), Escolaridade (fundamental incompleto e completo) e Relacionamento apresentaram significância estatística (Tabela 3).

Tabela 3 – Modelo de regressão logística.

Variáveis	p-valor	OR ajustado	IC 95%
Saúde mental	0,069	0,984	0,966-1,001
Estado geral de saúde	0,110	0,989	0,975-1,003
Faixa etária			
18 a 29 anos	-	-	-
30 a 39 anos	0,747	1,102	0,612-1,983
40 a 49 anos	0,826	0,922	0,446-1,904
50 a 59 anos	0,014	4,330	1,350-13,887
Escolaridade			
Fundamental incompleto	0,026	3,383	1,135-10,084
Fundamental completo	0,019	4,065	1,257-13,151
Médio incompleto	0,273	1,912	0,600-6,091
Médio completo	0,325	1,546	0,649-4,683

Superior incompleto	0,356	1,586	0,596-4,221
Superior completo	-	-	-
Estado Civil			
Solteiro	-	-	-
Casado	0,150	2,143	0,760-6,041
Separado / Divorciado	0,683	0,738	0,171-3,173
Morando junto com a companheira	0,454	1,565	0,484-5,057
Relacionamento			
Sim, namoro	0,004	4,326	1,614-11,595
Sim, casado/coabitação	-	-	-

* Teste de Homer-Lemeshow = 0,667 – o modelo se ajustou bem aos dados

Os indivíduos presentes na faixa etária de 50 a 59 anos tem um risco 4,3 vezes maior de ter DE do que os de idade entre 18 a 29 anos.

Já os participantes que possuem o ensino fundamental (incompleto e completo) possuem um risco maior que 3,4 de apresentar DE do que aqueles com o ensino superior completo.

O relacionamento foi outra variável importante nesse modelo, os homens que estavam namorando possuem um risco 4,3 maior de apresentar DE do que os que estavam casados/coabitação.

Por fim, para um aumento de 1 ponto no escore do domínio Estado geral de saúde, há uma redução de 1,1% no risco de desenvolver DE, já para o aumento de 1 ponto no domínio de Saúde Mental, há a mesma redução, porém de 1,6%.

DISCUSSÃO

Constatou-se neste estudo a prevalência de 35,8% de DE de acordo com o instrumento IIEF, que mensura a prevalência e a gravidade dessa disfunção em diversas populações. A DE encontrada se dividiu de acordo com sua gravidade em três tipos: 29,7% de disfunção leve, 1,4% de disfunção moderada e 4,4% de disfunção completa.

A prevalência encontrada neste estudo se apresentou pouco diferente da encontrada em outros estudos nacionais, como os realizados em Santos (45,9% de DE)¹⁴, em Salvador (39,5% de DE)³ e em estudo⁴ realizado em nove importantes cidades brasileiras (46,2% de DE).

O que poderia explicar essa diferença dessas prevalências são as metodologias empregadas em cada um desses estudos e as populações estudadas por cada um deles, uma vez que nenhuns desses estudos tiveram como população alvo os homens saudáveis e, além disso, o instrumento de avaliação da DE também não foi o mesmo desta pesquisa.

Em estudos^{5,15} que utilizaram o mesmo método de abordagem a função erétil dos participantes deste estudo, ou seja, utilizaram o IIEF ou sua versão breve, também encontraram uma prevalência díspar ao desta pesquisa. A prevalência de DE encontrada em estudo¹⁵ com pacientes atendidos num serviço de atenção primária no Canadá se observou 49,4% dessa

disfunção, enquanto que na Dinamarca, em estudo⁵ com pacientes de clínicas médicas de uma cidade dinamarquesa, 53% dos homens apresentaram algum grau de DE.

Possivelmente a inclusão de indivíduos a partir de recrutamento em serviços de saúde, como em ambulatórios, em clínicas médicas ou em campanhas de saúde, levaria ao maior número de casos de DE, uma vez que esses homens provavelmente estariam com alguma queixa clínica que afetaria sua função erétil.

A prevalência de DE se mostrou bem semelhante a desta pesquisa quando a população alvo pesquisada foram homens saudáveis. Como em estudo¹⁶ realizado em Portugal para estimativa da DE em nesses homens, encontrou-se uma prevalência de 32,8% de DE, segundo o IIEF.

Por outro lado, em pesquisa para associar a DE a fatores de risco em asiáticos saudáveis, constatou-se uma prevalência de 89% dessa disfunção em uma comunidade rural japonesa⁹.

Em estudo¹⁷ que determina a DE em homens doadores de sangue, aconteceu em um hospital filantrópico da cidade de São Paulo. Essa pesquisa investigou a DE nesses doadores com idade entre 40 a 60 anos, e encontrou, por meio do mesmo instrumento que este experimento, uma prevalência de 31,9% dessa disfunção.

Embora a prevalência de DE tenha sido alvo de vários estudos, os resultados não são consensuais. Tal disparidade pode ser atribuída aos diferentes instrumentos e metodologias aplicados às populações estudadas, o que além de dificultar estabelecer uma estimativa para essa disfunção, tornam-se difíceis as comparações entre pesquisas. Um dos motivos para que isso aconteça pode ser atribuída a maneira como que são feitas essas pesquisas, uma vez que diferentes instrumentos e metodologias levam a resultados distintos^{18,19,20}.

Os resultados do impacto da DE na QV dos homens deste estudo acompanhou o resultado da maioria dos estudos^{8,21,22,23,24} que avaliam essa relação, uma vez que também relataram que a presença de dessa disfunção diminui as médias dos escores dos domínios de qualidade de vida do SF-36. Pesquisas^{25,26,27,28} que utilizaram outros instrumentos de mensuração de QV também acompanharam essa relação.

Estudos^{21,23} que incluíram homens que tiveram suas funções eréteis avaliadas e estavam submetidos à hemodiálise, apresentaram suas qualidades de vida ainda mais afetada pela presença da DE.

Em estudo²³ realizado no Ceará 42,4% dos participantes apresentaram DE, o que representou uma queda na QV dessa população, uma vez que todos os escores de QV se mostraram menores naqueles com DE, quando comparados com os homens sem essa disfunção.

Contudo, dentre os domínios de QV, somente a dimensão Saúde mental apresentou significância estatística.

Em outro estudo²¹ também com pacientes em hemodiálise, a DE impactou na QV dessas pessoas. Ao utilizar o SF-36 para mensurar essa QV, percebeu-se que os domínios Saúde mental, Aspecto emocional e Aspecto social se apresentaram estatisticamente significantes, ou seja, a diminuição dos escores desses domínios esteve associada a essa disfunção.

Em estudo longitudinal⁸ que durante três anos acompanhou 1.456 homens com diabetes tipo 2 para verificar as mudanças na QV provocadas pela presença ou pelo desenvolvimento da DE. Percebeu-se que a DE esteve associada com o agravamento na QV dos domínios Capacidade funcional, Estado geral de saúde e Aspecto social.

Em estudo²² com 2.476 homens não institucionalizados na Espanha, observou-se que o aumento da gravidade da DE diminuiu os escores dos domínios de QV do SF-36, no qual o domínio Capacidade funcional esteve mais intimamente ligado com essa disfunção, embora todos os outros domínios tenha sido afetados, porém em menor grau.

Se a DE prejudica a QV, o tratamento dessa morbidade leva a uma melhora nessa QV. Estudo²⁹ em que homens portadores de DE foram submetidos ao tratamento com o medicamento citrato de sildenafil apresentaram melhora em suas QV nos domínios Capacidade funcional, Aspecto emocional e Estado geral de saúde.

Embora os estudos previamente mencionados serem de difícil comparação por não abordarem populações com as mesmas características e também, por utilizarem diferentes métodos de pesquisa, todos esses estudos indicaram que existe um padrão claro de associação entre a QV e a DE.

A identificação dos fatores sócio-econômicos que se relacionam com a DE são essenciais para entender a dinâmica que esses fatores possam ser risco para o desenvolvimento dessa disfunção³⁰. Neste estudo não se mostrou diferente, e se buscou a apreciação desses fatores que se relacionam, ou não, com a DE.

Entretanto, algumas condições de saúde (uso de cigarro, uso de medicações e presença de doenças associadas) que favorecem o aparecimento dessa morbidade foram excluídas da análise por não atenderem ao objetivo desta pesquisa.

Se por um lado essas condições de saúde foram retiradas deste estudo, por outro lado os oito domínios (Capacidade funcional, Dor, Limitações por aspectos físicos, Vitalidade, Aspectos emocionais, Aspectos sociais, Saúde mental e Estado geral de saúde) do instrumento de QV SF-36 entraram como variáveis independentes na comparação com a DE.

As variáveis raça e uso de cigarro progresso não preencheram os critérios de inclusão para entrar no modelo de regressão logística, dessa maneira, as variáveis do modelo foram: faixa etária, escolaridade, relacionamento e estado civil e os domínios do SF-32 Estado geral de saúde e Saúde mental.

Após a realização da análise multivariada os fatores associados à presença da DE detectada pelo IIFE foram: faixa etária de 50 a 59 anos (OR = 4,3; IC95%: 1,3 – 13,9); ensino fundamental (incompleto e completo) de escolaridade (OR = 3,4; IC95%: 1,3 – 10,1) e relacionamento namoro (OR = 4,3; IC95%: 1,6 – 11,6).

Inicialmente, a idade, assim como a escolaridade (OR = 3,4), não apresentaram significância estatística na análise univariada, entretanto ao lança-la no modelo de regressão, os indivíduos presentes na faixa etária de 50 a 59 anos apresentaram um risco de 4,6 vezes maior que aqueles homens com idade entre 18 a 29 anos.

De maneira geral, os estudos^{1,3,4,6,31} mostram que a idade eleva tanto a prevalência quanto à severidade da DE, pois devido ao aumento dessa idade, aumenta também a possibilidade de ocorrência das condições que afetam a saúde aparecerem e, assim, comprometerem essa função erétil³².

Em outro estudo¹⁷ que avalia a disfunção erétil em doadores de sangue, não se encontrou relação entre essa disfunção e a idade; os autores justificam que essa não associação é devido a população estudada ser considerada saudável e jovem, comparada a populações de outros estudos^{1,3,4,6,31}.

O nível de escolaridade foi outra variável que se mostrou associada a essa disfunção. Os achados deste estudo corroboram com os resultados de outros estudos^{5,6,33} uma vez que o risco da ocorrência da DE aumentou significativamente em homens com baixo grau de escolaridade.

Essa associação do baixo grau de escolaridade com a DE pode estar relacionada não só aos diferentes estilos de vida que as pessoas de baixo nível educacional adquiriam como o tabagismo, como o uso de drogas, como a utilização de medicamentos e como a ingestão de alimentos não saudáveis⁵, mas também pode ser que esses indivíduos tenham menor acesso aos cuidados com a saúde e apresentam maior desconhecimento acerca da função sexual, além de estarem impregnados de mitos, de tabus e de conceitos errôneos que são prejudiciais ao desempenho sexual⁶.

A variável relacionamento é composta por duas possibilidades: ou está em um relacionamento tipo namoro, ou está em um relacionamento tipo casado/coabitação, uma vez que neste estudo não foram incluídos os homens sem qualquer tipo de relacionamento.

Dessa maneira, foram considerados os homens em estado civil solteiro aqueles em relacionamento tipo namoro e, obviamente, permaneceram sendo considerados estado civil casado, os que estão casados ou amasiados.

Essa explicação é necessária, pois na análise dos dados a variável estado civil foi composta por quatro possibilidades (solteiro, casado, separado/divorciado e morando junto com a companheira), o que fez com que essa variável perdesse poder de associação devido as varias possibilidades de resposta.

Expostas essa premissas, na análise multivariada a variável relacionamento manteve sua significância estatística, o que quer dizer que a DE tem 3,2 vezes mais risco de ocorrer em homens solteiros do que naqueles que estão casados.

Estudos no Canadá¹⁵ e na Austrália³⁴ a prevalência de DE se mostrou maior entre os homens solteiros, de que naqueles que estavam casados ou amasiados.

Não é possível estabelecer relação de causa e efeito entre os estados civil solteiro e casado com a presença de DE, uma vez que o presente estudo avaliou essas condições simultaneamente, dessa maneira não é possível dizer se os homens ficam solteiros devido a DE, nem que essa disfunção fez com que esses homens fiquem solteiros.

Os domínios do SF-36, Estado geral de saúde e Saúde mental, não apresentaram significância dentro do modelo de regressão logística, entretanto não significa que esses domínios não estejam associados à presença da DE, mas apenas que não acrescenta nenhuma informação adicional.

A associação da DE com o domínio Estado geral de saúde já fora relatada na literatura⁸, porém é difícil encontrar estudos que relacionam essa disfunção com esse domínio.

A relação encontrada que o aumento de 1 ponto desse domínio, diminui em 1,1% o risco de ocorrer a DE, não se encontrou em outro estudo.

Esse domínio do SF-36 é composto por poucos itens para mensurar a percepção subjetiva da saúde, ao contrário dos outros domínios desse instrumento que possuem maior especificidade³⁵ para detectar essas percepções. Desse modo, essa pouca especificidade pode dificultar elucidar a associação entre esse domínio e a DE nesta população em outras mais.

Dentre as limitações encontradas no presente estudo, pode-se destacar a obtenção de dados por meio de questionário autoaplicável, o que limita ao relato dos sujeitos à avaliação da presença, ou não, de condições médicas, uma vez que o ideal seria a averiguação clínica das queixas feitas pelos participantes deste estudo.

Além disso, todas as limitações inerentes aos estudos de desenho transversal, incluindo a impossibilidade de fazer relação causal com as associações encontradas.

Apesar dos pesquisadores favorecerem os participantes a ficarem bem a vontade para participar, ou não, da pesquisa e também para responder os questionários, sabe-se que o tema sexualidade ainda se constitui um tabu na sociedade e pode ser que os participantes ficaram constrangidos com as perguntas e não foram francos suficientes em suas respostas. Todavia, esse processo de questionamento estimula os homens a autoperceberem sua função erétil e faz com que esse homem tomem consciência do seu problema e procure tratamento.

Já existe um grande número de publicações que estudam populações expostas aos fatores de risco da DE, talvez seja a hora de buscar novas maneiras de elucidar esses fatores de uma doença tão importante, mas ao mesmo tempo, complexa. Dessa maneira, estudos com maior capacidade de evidencia científica se faz necessário para elucidar a relação da DE com seus determinantes.

CONCLUSÃO

Este estudo mostra que a prevalência de 35,8% de disfunção erétil na população estudada se apresentou associada não só com o aumento da idade, a baixa escolaridade e o relacionamento do tipo namoro, mas também que a presença dessa disfunção fez com que todos os domínios da qualidade de vida, exceto Limitação por Aspectos físicos e Aspectos emocionais, apresentassem uma diminuição na média de seus escores.

Diante disso, pode-se perceber que os resultados encontrados levam a crer que a DE impacta diretamente na qualidade de vida de homens doadores de sangue.

REFERÊNCIAS

1. Moreira ED, Lisboa Lobo CF, Diamant A, Nicolosi A, Glasser DB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. *Urology*. 2003;61:431–436.
2. Rhoden EL, Teloken C, Sogari PR, Vargas Souto CA. The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2002;14(4):245-50.
3. Moreira ED Jr, Lisboa Lobo CF, Villa M, Nicolosi A, Glasser DB. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Salvador, northeastern Brazil: a population-based study. *Int J Impot Res*. 2002;14(Suppl 2):S3-9.
4. Moreira ED Jr, Abdo CH, Torres EB, Lobo CF, Fittipaldi JA. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology*. 2001;58(4):583-8.
5. Lyngdorf, P., Hemmingsen, L. Epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors: A practice-based study in Denmark. *Int J Impot Res*. 2004;16:105–111.

6. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção Erétil - Resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(6):424-9.
7. Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40–69 years old: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 2000;163:460–463.
8. De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S, et al. Longitudinal assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes and self-reported erectile dysfunction. *Diabetes Care.* 2005;28:2637–2643.
9. Imai A, Yamamoto H, Hatakeyama S, Iwabuchi I, Yoneyama T, Hashimoto Y, et al. Risk factors for erectile dysfunction in healthy Japanese men. *Int J Androl.* 2010;33:569–573.
10. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile function. *Urology.* 1997;49:822–830.
11. Ferraz MB, Ciconelli M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. *Rev Bras Med.* 1998;55(1):35-40.
12. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30:473-483.
13. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36)". Tese de doutorado. UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1997: 143p.
14. Moreira ED Jr, Bestane WJ, Bartolo EB, Fittipaldi JA. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in Santos, southeastern Brazil. *Sao Paulo Med J.* 2002;120(2):49-54.
15. Grover SA, Lowensteyn I, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, DeCarolis E, et al. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: importance of risk factors for diabetes and vascular disease. *Arch Intern Med.* 2006;166:213–219.
16. Ribeiro JP, Santos A. Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica.* 2005;23:341-9.
17. Reis MM, Abdo CH. Prevalence of erectile dysfunction as defined by the International Index of Erectile Function (IIEF) and self-reported erectile dysfunction in a sample of

- Brazilian men who consider themselves healthy. *J Sex Marital Ther.* 2010;36(1):87-100.
18. Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, et al. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population based studies. *Int J Impot Res.* 2002;14:422-32.
 19. Kubin M, Wagner G, Fugl-Meyer AR. Epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2003;15:63–71.
 20. Englert H, Schaefer G, Roll S, Ahlers C, Beier K, Willich S. Prevalence of erectile dysfunction among middle-aged men in a metropolitan area in Germany. *Int J Impot Research.* 2007;19(2):183-8.
 21. Rosas SE, Joffe M, Franklin E, Strom BL, Kotzker W, Brensinger C, et al. Association of decreased quality of life and erectile dysfunction in hemodialysis patients. *Kidney Int.* 2003;64:232-8.
 22. Sánchez-Cruz JJ, Cabrera-León A, Martín-Morales A, Fernández A, Burgos R, Rejas J. Male erectile dysfunction and health-related quality of life. *Eur Urol.* 2003;44:245-253.
 23. Santos PR. Disfunção erétil e qualidade de vida em pacientes jovens submetidos à hemodiálise. *J Bras Nefrol.* 2008;30(2):132-6.
 24. Asmara K, Marisha M, Hengky, Agustanti F, Tampubolon HP. Erectile dysfunction and health-related quality of life in elderly males. *Univ Med.* 2011;30:182-8.
 25. Litwin MS, Nied RJ, Dhanani N. **Health-related quality of life in men with erectile dysfunction.** *J Gen Intern Med.* 1998;**13**:159-166.
 26. Guest JF, Das Gupta R. Health-related quality of life in a UK-based population of men with erectile dysfunction. *Pharmacoeconomics.* 2002;20:109–117.
 27. Avasthi A, Grover S, Bhansali A, Dash RJ, Gupta N, Sharan P, Sharma S. Erectile dysfunction in diabetes mellitus contributes to poor quality of life. *Int Rev Psychiatry.* 2011;23:93-9.
 28. Idung AU, Abasiubong F, Udoh SB, Akinbami OS, et al. **Quality of life in patients with erectile dysfunction in the Niger Delta region, Nigeria.** *J Ment Health.* 2012;21:236-43.
 29. Fujisawa M, Sawada K, Okada H, Arakawa S, Saito S, Kamidono S. Evaluation of health-related quality of life in patients treated for erectile dysfunction with viagra (sildenafil citrate) using SF-36 score. *Arch Androl.* 2002;48:15-21.

30. Aytac IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int.* 1999;84:50-6.
31. Morillo LE, Diaz J, Estevez E, Costa A, Mendez H, Davila H et al. Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a population-based study (DENSA). *Int J Impot Res.* 2002;14(Suppl 2):S10-8.
32. NIH Consensus Development Panel on Impotence. NIH Consensus Conference. Impotence. *JAMA.* 1993;270:83-90.
33. Nicolosi A, Moreira Jr ED, Shirai M, Bin Mohd Tambi MI, Glasser DB. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: Cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology.* 2003;61:201-6.
34. Chew KK, Stuckey B, Bremner A, Earle C, Jamrozik K. Male erectile dysfunction: its prevalence in Western Australia and associated sociodemographic factors. *J Sex Med.* 2008;5:60-69.
35. Gonçalves AK, Teixeira AR, Freitas CR, Blessmann EJ, Roedel L, Martins MG, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos entre 50 e 80 anos praticantes de atividade física regular: aplicação do sf-36. *Estud. interdiscip. envelhec.* 2011;16:407-20.