

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**



***“PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO ERÉTIL NA
ZONA URBANA DE PELOTAS/RS - BRASIL, EM HOMENS COM IDADE
ENTRE 40 E 70 ANOS.”***

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SÉRGIO LUIZ RICCI FALCHI

ORIENTADOR: Prof. Dr. RICARDO TAVARES PINHEIRO

Pelotas, 2006

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado teve como orientador o prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro, tendo sido desenvolvida no ano de 2006.

Este volume está dividido em quatro partes principais: **(1)** Projeto de Pesquisa, **(2)** Artigo - *“Prevalence and factors associated to erectile dysfunction in the urban zone, between men of 40 to the 70 years old.”* e **(3)** Anexos, onde constam os instrumentos utilizados para a pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, ao qual sempre me deu forças para prosseguir.

AO RICARDO TAVARES PINHEIRO, meu orientador, obrigado pela paciência, sinceridade e apoio imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

AOS MEUS PAIS, pelo exemplo humano, apoio e dedicação.

À MINHA FILHA, pela compreensão e carinho de todas as horas.

AOS COLEGAS DO CURSO, o meu agradecimento especial pelo companheirismo e troca constante.

A TODOS OS PROFESSORES DO CURSO, obrigado pelo conhecimento que nos transmitiram, pela paciência e dedicação a nós dispensada.

A FLAVIA, obrigado por dar suporte imprescindível ao nosso curso, pelas soluções com os equipamentos de informática, pelo cafezinho gostoso, enfim, pelo carinho e dedicação dispensados conosco.

AOS AUXILIARES DE PESQUISA, ENTREVISTADORES, DIGITADORES E COLABORADORES, EM ESPECIAL AO TIAGO por colocar o projeto em prática. A vocês nossos sinceros agradecimentos.

Gostaria ainda de agradecer ao **CURSO DE MESTRADO E A UCPEL** por disporem de recursos e profissionais para viabilizar o aperfeiçoamento da nossa formação.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	2
<i>Agradecimentos</i>	4
<i>Parte 1 - Projeto</i>	9
1. Identificação	11
2. Projeto de Pesquisa	11
2.1. Título	11
2.2. Responsável	11
2.3. Introdução	11
2.4. Objetivos	12
2.5. Justificativa	12
2.6. Importância	13
2.7. Fundamentação Teórica	13
2.8. Metodologia	16
2.8.1. Delineamento	17
2.8.2. Local e Época	17
2.8.3. Tamanho da Amostra	17
2.8.4. Treinamento, estudo piloto, controle de qualidade, critérios de exclusão	17
2.8.5. Coleta de dados	18
2.8.6. Análise de dados	18
2.9. Cronograma	21
2.10. Local	21
2.11. Pessoal auxiliar	21
2.12. Orçamento	21
2.13. Aspectos éticos	21
2.14. Referências Bibliográficas	22
<i>Parte 2 – Artigo “Prevalência e Fatores Associados à Disfunção Erétil na Zona Urbana de Pelotas/RS - Brasil, em Homens com Idade entre 40 e 70 anos.”</i>	26
1. Resumo	27
2. Abstract	29
3. Introdução	31

4. Métodos	33
5. Resultados	37
6. Discussão	41
7. Conclusão	44
8. Referência Bibliográficas	45
9. Ilustrações	48
<i>Parte 3 - Anexos</i>	57
Anexo 1. Questionário sobre disfunção erétil	58
Anexo 2. Manual de instruções	64

PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
ESCOLA DE MEDICINA**

PROJETO DE PESQUISA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO ERÉTIL EM HOMENS, DE
ZONA URBANA, ENTRE 40 E 70 ANOS DE IDADE.**

2006



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
ESCOLA DE MEDICINA



1. Identificação:

1.1. Nome do Professor: Sérgio Luiz Ricci Falchi

1.2. Escola: Medicina

1.3. Linha de Pesquisa: Epidemiologia

1.4. Núcleo de Pesquisa: NUPESMED

1.5. Carga horária destinada à pesquisa: 15 horas semanais

1.6. Titulação: Especialista em Urologia (CFM 4968), Pós-graduação em Metodologia de Ensino e Pesquisa pela UCPel.

1.7. Período da Pesquisa: Início: 01/02/2006 **Término:** 10/12/2006

1.8. Área de conhecimento do CNPq: 2.00.00.00.6

2. Projeto de Pesquisa:

2.1. Título: Prevalência e Fatores Associados à Disfunção Erétil na Zona Urbana de Pelotas/RS - Brasil, em Homens com idade entre 40 e 70 anos.

2.2. Responsável: Sérgio Luiz Ricci Falchi

2.3. Introdução:

A ereção peniana é uma resposta fisiológica dependente da integração de mecanismos psíquicos, vasculares, endócrinos, neurológicos e miogênicos, desencadeados por estímulos sensitivos locais dos órgãos genitais (ereções reflexogênicas) e ou por estímulos psicogênicos de origem central (ereções psicogênicas).

Entre 1987 e 1989, em Boston, Krane *et al.* realizaram uma pesquisa epidemiológica, randomizada, com 1.290 voluntários entre 40 e 70 anos de idade para avaliação da vida sexual destes indivíduos. Verificou-se ao final desse estudo que cerca de 52% deles apresentavam algum grau de DE, sendo que 10% eram totalmente impotentes. Notou-se que o índice de impotência está associado à idade, tanto que aos 40 anos a probabilidade de se ter algum grau de disfunção erétil era de 39% e aos 70 anos, 67%. Já, em 1994, Feldmann *et al.*, através dos resultados do *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS), um estudo sobre a prevalência de disfunção erétil realizado entre 1987 e 1989, em 11 cidades e vilarejos próximos a Boston nos Estados Unidos relataram a prevalência

combinada de impotência mínima (17%), moderada (25%) e completa (10%), perfazendo 52% da população geral.

No Brasil, as taxas da DE encontradas em dois estudos realizados nas cidades de Salvador/BA e Santos/SP foram 32% de disfunção mínima, 12% de disfunção moderada e 5% de disfunção completa, em homens com idade entre 40 e 70 anos. Já Rhoden et al., estudando a prevalência da disfunção erétil em Porto Alegre/RS, comprovaram que a disfunção erétil é uma enfermidade de prevalência significativa em homens com mais de 50 anos (45,5% dos pacientes com idades entre 50 e 59 anos).

2.4. Objetivos:

Geral:

Determinar a prevalência de disfunção erétil na zona urbana da cidade de Pelotas.

Objetivos específicos:

Avaliar se a ocorrência da disfunção erétil está relacionada com:

- variáveis socioeconômicas e demográficas (cor; idade; atividade laborativa; renda familiar; aposentado; nível sócio-econômico; escolaridade, estado civil; número de pessoas que convivem em um mesmo ambiente);

- estrutura familiar (estado civil);

- uso qualitativo e quantitativo de tabaco e álcool;

- qualidade de vida;

- obter estimativas ajustadas para possíveis fatores de confusão.

2.5. Justificativa:

Tendo em vista que a disfunção erétil é um problema multifatorial, é de extrema importância que se obtenham informações sobre a prevalência e os determinantes desta disfunção, a fim de melhorar a qualidade de vida da população por meio de alternativas eficazes, seguras e de baixo custo através de novos estudos, os quais são necessários para esclarecer possíveis associações e identificar novos fatores de risco para esse problema.

2.6. Importância:

A disfunção erétil é uma das situações mais comuns e angustiantes que aflige a população masculina. É um problema em crescimento, não só dos países desenvolvidos, como também naqueles em desenvolvimento. Estimativas baseadas na projeção da população americana para o ano 2005, em mais de 50 milhões de homens entre 40 e 70 anos, calculam que a disfunção erétil afetará mais de 25 milhões de homens. Ainda, foi observado que apesar de haver disponibilidade terapêutica, a maioria dos homens com disfunção erétil não busca tratamento, e entre os que o fazem apenas 36,3% ficaram satisfeitos com a orientação que receberam.

A disfunção erétil deve, portanto, ser considerada um problema de saúde pública importante em nosso meio. Tendo em vista que a disfunção erétil é um problema multifatorial, é de extrema importância que se obtenham informações sobre a prevalência e os determinantes desta disfunção, a fim de melhorar a qualidade de vida da população por meio de alternativas eficazes, seguras e de baixo custo através de novos estudos, os quais são necessários para esclarecer possíveis associações e identificar novos fatores de risco para esse problema.

2.7. Fundamentação Teórica:

A ereção peniana é uma resposta fisiológica dependente da integração de mecanismos psíquicos, vasculares, endócrinos, neurológicos e miogênicos, desencadeados por estímulos sensitivos locais dos órgãos genitais (ereções reflexogênicas) e ou por estímulos psicogênicos de origem central (ereções psicogênicas)¹.

As causas de disfunção erétil, que é a incapacidade persistente de obter e manter a ereção peniana para realizar uma relação sexual satisfatória, podem ser classificadas em psicogênicas (ansiedade, estresse e depressão) e orgânicas (vasculares, neurológicas, hormonais e teciduais). Nas causas vasculares tem-se: a doença córporo veno-oclusiva (alteração histopatológica da musculatura dos corpos cavernosos e veias e/ou alterações farmacológicas e bioquímicas que resultam em relaxamento incompleto das células musculares, impossibilitando uma efetiva retenção de sangue no corpo cavernoso durante a tumescência peniana); e a doença arterial oclusiva (de etiologia arterioesclerótica ou traumática do sistema vascular pélvico e peniano que acarreta em diminuição do fluxo sangüíneo para os espaços lacunares, reduzindo, portanto, sensivelmente a ereção peniana)¹.

Em se tratando das causas neurológicas, sabe-se que são as doenças que afetam o sistema nervoso, tais como alcoolismo, esclerose múltipla e diabetes mellitus, podem causar DE. Além disso, lesões da medula espinhal, cirurgias e radioterapia pélvica também podem destruir fibras

nervosas com prejuízo da função erétil. Referente às causas hormonais, é conhecido que os andrógenos aparentemente desempenham papel importante na manutenção de função erétil normal. Portanto, qualquer causa de hipoandrogenismo pode resultar em DE (tumores hipotálamo-hipofisários, hiperprolactinemia, hipogonadismo primário ou secundário). Alterações de função tireoidiana podem resultar em DE por apresentar alterações nos níveis séricos de testosterona livre ¹.

Por fim, as causas teciduais são inerentes ao tônus da musculatura lisa dos corpos cavernosos. Assim alterações na distribuição celular com aumento de fibras colágenas ou espaçamento do tecido erétil, freqüente em idosos, podem levar a DE. As patologias que acarretam alterações degenerativas do tecido erétil (D. Peyronie, trauma peniano, priapismo e esclerodermia) podem por alteração na síntese de óxido nítrico levar a disfunção sexual ¹.

A disfunção erétil (DE) é uma das situações mais comuns e angustiantes que aflige a população masculina. É um problema em crescimento, não só dos países desenvolvidos, como também naqueles em desenvolvimento. O primeiro e mais extenso estudo sobre o assunto foi realizado nos Estados Unidos por Kinsey *et al.* ² e publicado em 1948, no qual entrevistaram cerca de 15.781 homens, entre 10 e 80 anos, de uma amostra representativa da população geral estratificada por idade, instrução, atividade e domicílio, concluindo que, cerca de 1% dos homens abaixo dos 19 anos, 3% dos 20 até 45, 6,7% entre 45 e 55 anos e em 25% até a idade de 75 anos, admitiam a ocorrência de disfunção erétil.

Desde então, vários estudos têm procurado investigar a prevalência da DE. Em um estudo realizado com 100 casais, Frank *et al.* ³, observaram que a disfunção erétil e ejaculatória ocorreu em 40% dos homens, e queixas de disfunção sexual em 63% das mulheres. No Reino Unido, observou-se que em 32% das vezes era relatada alguma dificuldade em obter ereção durante a estimulação sexual e que 20% apresentaram problemas em manter a ereção por tempo suficiente para completar a relação sexual ⁴.

Entre 1987 e 1989, em Boston, Krane *et al.* ⁵ realizaram uma pesquisa epidemiológica, randomizada, com 1.290 voluntários entre 40 e 70 anos de idade para avaliação da vida sexual destes indivíduos. Verificou-se ao final desse estudo que cerca de 52% deles apresentavam algum grau de DE, sendo que 10% eram totalmente impotentes. Notou-se que o índice de impotência está associado à idade, tanto que aos 40 anos a probabilidade de se ter algum grau de disfunção erétil era de 39% e aos 70 anos, 67%.

Em 1990, Diokno *et al.* ⁶ relataram uma taxa de prevalência de disfunção erétil de 35% em homens casados e com idade acima de 60 anos, associada com história de ataque cardíaco,

incontinência urinária e uso de sedativos. No mesmo ano, Spector e Carey⁷ revisaram os resultados de 23 estudos realizados entre 1948 e 1988, encontrando uma prevalência de disfunção erétil entre 4 e 9%. Já, em 1994, Feldmann *et al.*,⁸ através dos resultados do *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS), um estudo sobre a prevalência de disfunção erétil realizado entre 1987 e 1989, em 11 cidades e vilarejos próximos a Boston nos Estados Unidos relataram a prevalência combinada de impotência mínima (17%), moderada (25%) e completa (10%), perfazendo 52% da população geral. E, em 1996, Giuliano *et al.*,⁹ constataram uma prevalência de disfunção erétil em 42% da população investigada, com índices de 35% em homens entre 18 e 35 anos e de 47% nos indivíduos entre 36 a 94 anos.

Apesar dos recentes avanços farmacológicos no tratamento da DE¹⁰⁻¹², estudos populacionais sobre a epidemiologia da DE ainda são escassos fora dos EUA e da Europa. No Brasil, as taxas da DE encontradas em dois estudos realizados nas cidades de Salvador/BA¹³ e Santos/SP¹⁴ foram 32% de disfunção mínima, 12% de disfunção moderada e 5% de disfunção completa, em homens com idade entre 40 e 70 anos. Taxas semelhantes foram encontradas na França, onde Virag *et al.*¹⁵ reportaram prevalência de 39% em homens de 18 a 70 anos.

Em Nova Deli, Verma *et al.*¹⁶ obtiveram 23,6% de queixas de disfunção erétil entre os homens examinados, sendo que a maioria deles tinha menos de 40 anos de idade (dois terços dos pacientes entre 20 e 29 anos), os quais denotavam um alto grau de ansiedade. Em 1999, Masumori *et al.*¹⁷, realizaram um estudo para investigar a função sexual em japoneses com idade entre 40 e 79 anos, através de um questionário auto-aplicável, e compararam os resultados com um estudo semelhante conduzido em Olmsted County, em Minnesota/Estados Unidos, revelando que os japoneses apresentaram maior índice de queixas que os americanos. Em outro estudo epidemiológico, realizado no Rio de Janeiro, foi verificada, após aplicação de questionário de padronização internacional, uma taxa de prevalência de disfunção erétil de 18,6% nos homens com idade entre 60 e 69 anos¹⁸.

Em Poços de Caldas/MG, onde 1.000 homens foram entrevistados em suas residências, foi encontrada uma prevalência de disfunção erétil de 1,3%¹⁹. A determinação da prevalência da DE também foi motivo de estudo em Salvador/BA, realizado por Moreira Jr. *et al.*,²⁰ entre março e junho de 1998, onde 602 homens responderam a um questionário, obtendo-se uma prevalência de 40,4% na faixa etária entre 55 e 59 anos. Já Rhoden *et al.*,²¹ estudando a prevalência da disfunção erétil em Porto Alegre/RS, comprovaram que a disfunção erétil é uma enfermidade de prevalência significativa em homens com mais de 50 anos (45,5% dos pacientes com idades entre 50 e 59 anos).

Outro estudo de prevalência da DE realizado no sul da Austrália em 1999, o qual investigou o distúrbio em homens com idade entre 40 e 70 anos, demonstrou que 67% dos entrevistados acima de 60 anos apresentavam DE²². Em 2001, Barroso et al.²³ realizaram uma pesquisa sobre a prevalência da DE em homens de 18 a 40 anos na cidade do México, observando que, dos 1.513 entrevistados, 9,7% apresentavam disfunção erétil. Novamente em 2002, Moreira Jr. et al., através de estudo de prevalência e determinantes da disfunção erétil em Santos, sudeste do Brasil, observaram a presença de disfunção erétil em 45,9% em homens com idade entre 40 e 70 anos. Também foi verificado que as condições de saúde, hábitos de vida e sintomas de depressão foram significativamente associados à DE²⁴.

Comparar os resultados de vários estudos é uma tarefa árdua, devido às diferenças no tamanho das populações estudadas, as definições utilizadas para disfunção erétil e a época em que tais estudos foram realizados. Estimativas baseadas na projeção da população americana para o ano 2005, em mais de 50 milhões de homens entre 40 e 70 anos, calculam que a disfunção erétil afetará mais de 25 milhões de homens²⁵. Ainda, em outra pesquisa, foi observado que apesar de haver disponibilidade terapêutica, a maioria dos homens com disfunção erétil não busca tratamento, e entre os que o fazem apenas 36,3% ficaram satisfeitos com a orientação que receberam²⁶.

Até a poucos anos, a impotência sexual, devido aos tabus a respeito, não era considerada um problema médico e assim ficava escondida com seus portadores e cúmplices, no caso, as parceiras sexuais. Considerava-se normal o surgimento da impotência com o envelhecimento, não obstante, quando o indivíduo era jovem taxavam-no de psicologicamente desequilibrado, por falta de explicação mais convincente. Em 1993 o Instituto Nacional de Saúde Norte Americano²⁷, substituiu o termo impotência por disfunção erétil. Definiu-se DE como a incapacidade persistente de obter e manter uma ereção suficiente para uma função sexual satisfatória. Embora não seja uma ameaça à vida, essa disfunção sexual afeta o relacionamento interpessoal e compromete o bem-estar e a qualidade de vida de homens e mulheres.

A disfunção erétil deve, portanto, ser considerada um problema de saúde pública importante em nosso meio. A idade, baixa escolaridade/renda, tabagismo e alcoolismo são fatores diretamente associados à DE. E, entre as condições clínicas, diabetes, hipertensão arterial e doença cardiovascular têm sido associadas aos distúrbios na ereção.

2.8. Metodologia:

2.8.1. Delineamento:

Trata-se de um estudo transversal cuja população alvo consistiu-se de homens com idade entre 40 e 70 anos na zona urbana do município de Pelotas.

2.8.2. Local e época:

O presente trabalho foi desenvolvido na cidade de Pelotas, situado nas confluências das rodovias BR 116, BR 392 e BR 471, que, juntas, fazem a ligação aos países do Mercosul e a todas as capitais e portos do Brasil. Está localizada a 250 km de Porto Alegre, a 135 km da Fronteira do Uruguai e a 600 km da fronteira da Argentina²⁸.

Com uma área de 1.922 km² e altitude média de 7 metros acima do nível do mar, o município de Pelotas apresenta uma temperatura média anual de 17,6° C e clima subtropical úmido. De acordo com a estimativa para 2005, baseada no Censo Populacional, o município conta com 342.513 habitantes²⁹. Destes, 93,2% residem em áreas urbanas e 87,3% têm 10 anos ou mais de idade, suas populações masculina e feminina compreendem respectivamente 162.538 (47,5%) e 179.975 (52,5%) das pessoas^{28,29}. Com relação à população masculina, 49.782 homens, o equivalente a 32,3% da população, apresenta-se com idade igual ou superior a 40 anos²⁸.

2.8.3. Tamanho da Amostra:

A partir de um nível de confiança de 95% e de uma margem de 5 pontos percentuais, obteve-se estimativas do tamanho da amostra necessária para avaliação dos vários desfechos avaliados. A população alvo, de acordo com o plano municipal de saúde 2003/2004, é estimada em 46.214 indivíduos do sexo masculino, sendo o número mínimo de questionários necessários para a validação deste projeto de 433, sendo adicionado 15% como margem de segurança.

2.8.4. Treinamento, estudo piloto, controle de qualidade e critérios de exclusão:

O treinamento foi realizado durante uma semana e consistiu de: apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos, de leitura e discussão do questionário e manual do entrevistador. O estudo piloto foi realizado em uma semana em um setor não incluído na pesquisa.

Com a finalidade de garantir uma boa qualidade dos dados coletados, os questionários foram codificados logo após a entrevista e revisados à medida que forem entregues. Os questionários que

apresentaram problemas retornaram para serem discutidos com os entrevistadores. Com a finalidade de checar a veracidade dos dados coletados, 10% das casas visitadas foram revisitadas pelos coordenadores do trabalho de campo, que checaram a veracidade das informações.

Foram excluídas: as pessoas que não pertençam à faixa etária (40 a 70 anos de idade), aquelas que não residam no domicílio que está sendo visitado (mesmo fazendo parte desta população alvo do estudo em questão), que morem em domicílios coletivos como prisões, hospitais, casas de repouso, asilos, quartéis, motéis, hotéis, pensões e repúblicas.

2.8.5. Coleta de dados:

Foram entrevistados homens com idade entre 40 anos completos e 70 anos completos, residentes nos domicílios sorteados, após consentimento por escrito. Responderam a um questionário auto-aplicável, o qual já foi traduzido, validado e adaptado³⁰.

A amostragem foi feita em múltiplos estágios, a partir dos 448 setores censitários da zona urbana de Pelotas, conforme definição do IBGE. Desses, 50 serão sorteados sistematicamente para inclusão no estudo. A seguir foi selecionado, aleatoriamente, um quarteirão de cada setor e após, foi realizado um sorteio de uma esquina deste para ser o ponto inicial, a partir do qual 60 residências intercaladas foram visitadas de forma sistemática. Quando necessário, eram incluídas casas de outros quarteirões, escolhidas de forma padronizada, a fim de completar o número de 60 residências. No total, 3.000 domicílios foram visitados pela equipe da pesquisa.

2.8.6. Análise dos dados:

Os questionários foram digitados no programa SPSS “for Windows” versão 10.0, e cada um destes recebiam um número de identificação, o qual se faz necessário para as correções dos erros dos digitadores. Essas fichas foram repassadas para os bancos digitais por alunos das Escolas de Medicina das Universidades Católica e Federal de Pelotas e nunca pelos entrevistadores responsáveis pela coleta das mesmas. Antes de os dados dessas entrevistas serem passados para o computador, foi realizada uma entrevista com os digitadores na qual se formulou um roteiro para que os mesmos fossem capazes de reconhecer possíveis erros na codificação dos formulários.

Esses estagiários foram divididos em três grupos. A primeira checagem dos dados era realizada no momento da digitação pelo primeiro grupo de digitadores (permitindo a identificação de inconsistência na tabulação desses dados). Mesmo com essa verificação sistemática dos erros, um segundo grupo de digitadores realizou a primeira varredura pós-digitação através de análise da

freqüência das variáveis que constavam nos questionários e constatação de valores considerados anormais para tais variáveis. Quando o erro era encontrado, realizou-se a checagem da ficha em questão (isso foi feito através da seleção do possível erro e, logo após, com a realização de análise da freqüência do número das fichas) e a correção dos valores, quando necessário.

Por fim, um terceiro grupo de estagiários fez uma última revisão do banco de dados, seguindo os mesmos procedimentos acima citados. O objetivo dessa estratificação consistiu em evitar possíveis vícios da digitação dos dados, garantindo assim a qualidade e veracidade do que foi informado em cada formulário.

O Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) foi originalmente desenvolvido e validado para o uso em ensaios clínicos internacionais e multicêntricos em larga escala, sendo usado por urologistas e pesquisadores, na avaliação de homens em tratamento ou em condições que afetem a função sexual³¹. Além de ser um instrumento diagnóstico importante para classificar os níveis de gravidade da disfunção erétil, ou seja, seu grau de disfunção^{32,33}.

O IIEF abrange 15 questões, avaliando os cinco parâmetros da função sexual masculina: função erétil (questões 1, 2, 3, 4 e 5 – IIEF5; questões 1, 2, 3, 4, 5 e 15 – IIEF15), função orgásmica (perguntas 9 e 10), desejo sexual (questões 11 e 12), satisfação na relação (perguntas de números 6,7 e 8) e satisfação global (questões 3 e 14). O questionário com as 15 questões encontra-se no anexo 1.

A qualidade de vida foi medida através de questionário auto-aplicável constituído de 8 questões retiradas de um questionário de 100 questões organizado pela OMS³⁴ (anexo 2). As respostas obtidas nesses questionários foram avaliadas através do seguinte escore: 1= muito insatisfatória; 2= insatisfatória; 3= indefinido; 4= satisfatória; 5= muito satisfatória.

A análise univariada (realizada no programa SPSS *for Windows* versão 10.0) teve como objetivos obter freqüências de todas as variáveis de interesse e examinar suas distribuições e escolher pontos de corte para as variáveis quantitativas e recodificá-las, se for o caso. O teste do Qui quadrado foi usado na análise bivariada (realizada no programa Epi Info versão 3.3.2) que teve como objetivos descrever a relação entre as variáveis dependentes e independentes; controlar possíveis fatores de confusão na análise dos determinantes de cada situação, usando-se a análise multivariada.

Na regressão de Poisson (realizada no programa Stata SE versão 9.0 por intermédio do programa Stat/transfer versão 8.0), os dados serão analisados hierarquicamente: no primeiro nível, entraram as variáveis idade; renda familiar; aposentado; escolaridade, estado civil; no segundo, uso qualitativo (se bebeu ou não; se fumou ou não) de tabaco e álcool; no terceiro, qualidade de vida.

No modelo hierarquizado, cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído e realizou-se uma seleção retrógrada, descartando-se todas as variáveis com $p \geq 0,4$. Neste tipo de modelo, as variáveis situadas em um nível hierárquico superior ao da variável em questão serão consideradas como potenciais confundidoras da relação entre essa variável e o desfecho em estudo, enquanto que as variáveis situadas em níveis inferiores, como potenciais mediadoras da associação. As variáveis selecionadas em um determinado nível permanecem nos modelos subseqüentes e serão consideradas como fatores de risco, mesmo que com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, percam sua significância.

Para as próximas variáveis seguem as suas novas classificações: cor (1= branco; 2= não branco), estado civil (1= com mulher; 2= sem mulher), idade (1= de 40 a 50 anos; 2= de 51 a 60 anos; 3= acima de 61 anos), número de pessoas (1= até duas pessoas; 2= de três a cinco; 3= seis ou mais), idade em que se aposentou (1= até 54 anos; 2= acima de 55), escolaridade (1= baixo grau de instrução – até primário completo; 2= médio e alto – até ensino superior completo), renda (1= até um salário mínimo; 2= acima de um até três salários; 3= acima de três).

Ainda, fumo (1= não fuma; 2= fuma), idade que começou a fumar (1= até 18 anos; 2= acima de 19 anos), quantidade de fumo (1= até 10 cigarros – fumante leve; 2= de 11 a 20 cigarros – fumante moderado; 3= acima de 21 cigarros – fumante pesado), idade que parou de fumar (1= até 30 anos; 2= de 31 a 40 anos; 3= de 41 a 50 anos; 4= acima de 51 anos), álcool (0= não bebe, 1= bebe), álcool mês (0= não bebeu; 1= bebeu de 1 a 5 dias, 2= bebeu de 6 a 30 dias), idade que começou a beber (1= até 30 anos; 2= de 31 a 40 anos; 3= de 41 a 50 anos; 4= acima de 51 anos), função orgásmica (1= escore até quatro – baixo; 2= acima de cinco regular a bom), desejo sexual (1= escore até quatro – baixo; 2= acima de cinco moderado a alto), satisfação na relação (1= escore até sete – baixo; 2= acima de oito moderado a alto), satisfação global (1= escore até quatro – baixo; 2= acima de cinco moderado a alto).

Para efeitos de análise neste estudo consideramos um primeiro desfecho: com DE e sem DE, utilizando como ponto de corte o escore acima de 30 para a variável “sem DE” (0= sem DE; 1= com DE). O segundo desfecho (disfunção erétil grave) avaliado foi hierarquizado em: sem DE a DE moderada (0) e DE grave (1, escore de 0-6).

O instrumento utilizado para medir qualidade de vida, foi o questionário WHOQOL-100, faixa de domínio 4 o qual avalia as relações sociais, o suporte (apoio) social e a atividade sexual do indivíduos (OMS)³⁵, que não especifica ponto de corte (não há até o momento dados normativos populacionais dos escores do WHOQOL), sendo assim adotou-se a metodologia de divisão em

tercis. Assim, os primeiros 33% foram considerados insatisfatórios; o segundo tercil como indefinido e o terceiro como qualidade de vida satisfatória.

2.9. Cronograma:

As atividades decorrerão da seguinte forma: a revisão bibliográfica decorrerá em todo o período da pesquisa (Fevereiro/2006 – Outubro/2006); a redação do questionário será realizada em Abril/2006; o estudo piloto e o treinamento ocorrerão em Setembro/2006; a coleta dos dados transcorrerá no período de Outubro/2006 a Novembro/2006; a tabulação das informações obtidas, bem como sua verificação sistemática acontecerão em Outubro/2006 e Novembro/2006, a análise dos dados e a elaboração das novas variáveis em níveis hierárquicos serão realizados em Novembro/2006 ; e, por fim, a redação do artigo ocorrerá a partir do mês de Novembro/2006.

2.10. Local:

Laboratório de Fisiologia e Laboratório de Genética e Biologia Molecular, Escola de Medicina da UCPel.

2.11. Pessoal auxiliar:

Acadêmicos dos Cursos de Medicina das Universidades Católica e Federal de Pelotas.

2.12. Orçamento:

Entre os materiais usados para a impressão e outros (questionários, fichas de conglomerado, manual de instruções, transporte urbano para os alunos responsáveis pelo trabalho de campo, material para a confecção de crachás, entre outros) foi estimado um gasto de aproximadamente R\$ 600,00 (seiscentos reais).

Referente ao material científico (gastos com impressões de artigos, teses e resumos, bem como com a solicitação de artigos) foi despendido em torno de R\$ 500,00 (quinhentos reais).

Os custos do projeto foram financiados pelo responsável do mesmo.

2.13. Aspectos Éticos:

Ao entrevistado será comunicado do tipo de estudo e, que os resultados se tornarão ferramentas para auxiliar no manejo da disfunção erétil. Além disso, o questionário será auto-aplicado e depositado em uma urna logo após a entrevista, o que garantirá o sigilo das informações.

O presente estudo será submetido à avaliação da Comissão de Ética da Universidade Católica de Pelotas.

2.14. Referências Bibliográficas:

1. Gлина S, Puech-Leão P, dos Reis JMSM, Pagani E. Instituto H.Ellis. Disfunção Sexual Masculina. Instituto H. Ellis; São Paulo, 2002; 373 pp.
2. Kinsey AC *et al.* Sexual Behaviour in the Human Male. Saunders, Philadelphia; 1948.
3. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in “normal” couples. *N Engl J Med*, 1978; 299(3): 111-5.
4. Spector KR e Boyle M. The prevalence and perceived aetiology of male sexual problems in a non-clinical sample. *Br J Med Psychol*, 1986; 59: 351-8.
5. Krane RJ, Goldstein I, Saenz de Tejada I. Impotence. *N Engl J Méd*, 1989; 321 (24): 1648-59.
6. Diokno AC, Brown MB, Herzog AR. Sexual function in the elderly. *Arch Intern Med*, 1990; 150: 197.
7. Spector IP e Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav*, 1990; 19(4): 389-408.
8. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *J Urol*, 1994; 151: 54-61.
9. Giuliano FA, Knelleson S, Paturand JP. Epidemiologic study of erectile dysfunction in France. *Eur Urol*, 1996; 30(suppl 2) abstrat 934: 250.
10. Boolell M, Geppi-Attee S, Gingell JC, Allen MJ. Sildenafil, a novel effective oral therapy for male erectile dysfunction. *Br J Urol*, 1996; 78(2): 257-61.
11. Heaton JP, Morales A, Adams MA, Johnston B, el Rashidy R. Recovery of erectile function by the oral administration of apomorphine. *Urology*, 1995; 45(2): 200-6.
12. Morales A, Heaton JP, Johnston B, Adams M. Oral and topical treatment of erectile dysfunction. Present and future. *Urol Clin North Am*, 1995; 22(4): 879-86.
13. Moreira Jr 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.
14. Moreira Jr ED, Abdo CHN, Torres EB, Lôbo CFL, Fittipaldi JAS. A population-base survey to determine the prevalence of erectile dysfunction and its correlates in State of Bahia, Northeastern Brazil. *Journal of Urology*, 2000; 163(4) Suppl 15.

15. Virag R, Shoukry K, Floresco J, Nollet F, Greco E (1991) Intracavernous self-injection of vasoactive drugs in the treatment of impotence: 8-year experience with 615 cases. *J Urol* 145: 287-293.
16. Verma KK, Khaitan BK, Singh OP. The frequency of sexual dysfunction in patients attending a sex therapy clinic in north India. *Arch Sex Behav*, 1998; 27(3): 309-14.
17. Masumori N, Tsukamoto T, Kumamoto Y, Panser LA, Rhodes T, Girman CJ, Lieber MM, Jacobsen SJ. Decline of sexual function with age in Japanese men compared with American men – results of two community-based studies. *Urology*, 1999; 54: 335-45.
18. Berg OLD, Souza TA, Barreto AA, Costa FAP, Costa JER. Análise da prevalência da disfunção erétil em 1618 homens com idade entre 40 e 80 anos. *J Bras Urol*, 1999 número extraordinário T 71: 21.
19. Lopes JAM, Claro JFA, Nardoza JRA, de Oliveira FV, Aboim E, Srougi M. Prevalence of male dysfunction in a developing country. *J Urol*, 1999; (suppl.) 4 161: 269 (Abst 1042).
20. Moreira Jr ED, Lôbo CFL, Glasser D. A population based survey to determine the prevalence of erectile dysfunction and its correlates in the state of Bahia northeastern Brazil. *J Bras Urol*, 1999; número extraordinário T 1012: 254.
21. Rhoden E, Telöken C, Ting HY, Da Ros CT, Souto CAV. Disfunção erétil: prevalência entre a população masculina adulta de Porto Alegre. *J Bras Urol*, 1999; número extraordinário T 859: 216.
22. Pinnock CB, Stapleton AM, Marshall VR. Prevalência da disfunção erétil e fatores de risco, em homens com idade entre 40 e 70 anos, no sul da Austrália. *MJA*, 1999; 171: 353-357.
23. Barroso AJ, Ugarte RF, Pimentel ND. Prevalência de disfunção erétil em homens de 18 a 40 anos em México y factores de riesgo asociados. *Perinatol Reprod Hum*. 2001; 15(4): 254-61.
24. Moreira Jr ED, Abdo CHN, Torres EB, Lôbo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in Santos, southeastern Brazil. *São Paulo Med J*, 2002; 120(2): 49-54.
25. Melman A e Gingell JC. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *J Urol*, 1999; 161: 5-11.
26. Ansong KT, Lewis C, Jenkins P, Bell J. Help-seeking decisions among men with impotence. *Urology*, 1998; 52: 834-7.
27. NIH Consensus Conference: Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA*, 1993; 270: 83-87.
28. Plano Municipal de Saúde 2003 – 2004 / Prefeitura municipal de Pelotas (RS); Secretaria Municipal da Saúde. Pelotas, 2003.
29. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. <http://www.ibge.gov.br/> (acessado em 23 de Outubro de 2005).

30. Ferraz BM e Ciconelli MR. Índice Internacional de Disfunção Erétil. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa. *Revista Brasileira de Medicina*, 1998; vol 55.
31. O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, Barber B, Sagnier PP, Guess HÁ, Barry MJ. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*, 1995; 46: 697-706.
32. Broderick GA. The initial visit: self-administered questionnaires. In: *Male sexual dysfunction: diagnostic and treatment options*. AUA Office Education, 93rd Annual Meeting, 1998; pp 9-27.
33. Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the international index of erectile function. *Urology*, 1999; 54: 346-51.
34. Division of Mental Health/World Health Organization. WHO Questionnaire of Life-100 (WHOQOL-100). <http://www.who.int> (acessado em 30 de Novembro de 2003).
35. Flec MPA. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)100. Faixa de domínio 4, secção das relações pessoais. <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html> (acessado em 30 de Novembro de 2003).

ARTIGO

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED TO ERECTILE DYSFUNCTION IN THE URBAN ZONE OF PELOTAS/RS – BRAZIL, BETWEEN MEN OF 40 TO THE 70 YEARS OLD.

PREVALENCE OF ERECTILE DYSFUNCTION IN PELOTAS

Sérgio Luiz Ricci Falchi¹; Ricardo Tavares Pinheiro¹; Tiago Fontana^{1*}

¹. Universidade Católica de Pelotas

*. Bolsista BIC-UCPel

Sérgio Luiz Ricci Falchi.

Professor Assistente da Universidade Católica de Pelotas, RS.

Escola de Medicina

Rua Barão de Santa Tecla, 512/602.

Centro

Pelotas/RS - Brazil

CEP: 96010-140

E-mail: sfalchi3@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO: determinar a prevalência e os fatores associados à disfunção erétil (DE) em homens entre 40 e 70 anos de zona urbana.

MÉTODOS: estudo transversal de base populacional, realizado no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2006. Homens entre 40 e 70 anos de idade responderam a questionário auto-aplicável (índice internacional de função erétil – IIEF-15 –; questionário da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL 100 – faixa de domínio 4 e questionário sócio-demográfico). De 50 setores sorteados, foram visitados 60 domicílios em cada setor, totalizando 433 homens. A prevalência da disfunção erétil foi definida a partir do IIEF-15, mediante a utilização dos pontos de corte, ajustando o grau de disfunção erétil. Realizou-se análise multivariada com regressão de Poisson, considerando um modelo hierárquico das variáveis associadas ao grau de disfunção erétil.

RESULTADOS: a prevalência da DE foi de 44,9% e 9,3% da DE grave. O aumento da idade esteve associado à presença de DE com uma tendência linear, ou seja, homens de 50 a 60 anos apresentaram 1,7 vezes mais chances de ter DE e, os com 61 a 70 anos, uma chance de 1,9 vezes mais quando comparados ao grupo referência. Baixa renda (RP=1,86; IC95%=1,3-2,64), aposentadoria (RP=1,36; IC95%=1,06-1,76), baixa qualidade de vida (RP=1,89; IC95%=1,44-2,48) e tabagismo (RP=1,35; IC95%=1,11-1,65).

CONCLUSÕES: a DE afeta o relacionamento interpessoal e compromete o bem-estar e a qualidade de vida de homens e mulheres. A elevada prevalência deve ser

considerada como problema de saúde pública que deve receber atenção das políticas de saúde para a saúde do homem. A prevalência de DE na região é preocupante, embora semelhante à literatura nacional e internacional. É necessária a implantação de campanhas mais eficazes, direcionadas a orientar melhor a população para prevenir a disfunção erétil que é um problema de saúde pública mundial.

Descritores: Disfunção Erétil; Prevalência; Impotência Sexual; Epidemiologia; Fatores de Risco; Estudos Transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to assess the prevalence and factors associated to erectile dysfunction (ED) in urban area men.

METHODS: a cross-sectional population-based study was carried out in the municipality of Pelotas, Southern Brazil, 2006. Men between 40 and 70 years old were asked to complete a self-administered questionnaire (international index of erectile dysfunction – IIEF-15 –; to the World Health Organization quality of life questionnaire – WHOQOL 100 – domain 4 and to the sociodemographic questionnaire). Of 50 areas drawn, 60 dwellings were visited in each area, comprising a total of 433 men interviewed. Erectile Dysfunction prevalence was defined based on the international index of erectile dysfunction, according to cutoff values and adjusted to erectile dysfunction grade. Multivariate analysis with Poisson regression was performed using a hierarchical model of variables associated to erectile dysfunction grade.

RESULTS: erectile dysfunction and severe erectile dysfunction prevalence were 44,9% and 9,3% respectively. The age increase was associated to the presence of ED with a linear trend, or either, men of 50 to the 60 years had presented 1,7 times more possibilities to have ED e, with 61 to the 70 years, a 1,9 time possibility more when compared with the group reference. Also, low income (RP=1,86; IC95%=1,3-2,64), retirement (RP=1,36; IC95%=1,06-1,76), low quality of life (RP=1,89; IC95%=1,44-2,48) and tobaccoism (RP=1,35; IC95%=1,11-1,65) are factors associates to ED.

CONCLUSIONS: The ED affects the interpersonal relationship and compromises the well-being and the quality of life of men and women. The raised prevalence must be considered as a problem of public health that must receive attention from the politics of health for the health of the man. The prevalence of ED in the region is preoccupying, even so similar to national and international literature. There is a need to implement more effective campaigns to provide better guidance to the population to prevent the erectile dysfunction that is a problem of world-wide public health.

Keywords: Prevalence; Erectile Dysfunction; Epidemiology; Risk factors; Cross-sectional studies; Sexual impotence.

INTRODUÇÃO

A ereção peniana é uma resposta fisiológica dependente da integração de mecanismos psíquicos, vasculares, endócrinos, neurológicos e miogênicos, desencadeados por estímulos sensitivos locais dos órgãos genitais (ereções reflexogênicas) e ou por estímulos psicogênicas de origem central (ereções psicogênicas)¹. Em 1993 o Instituto Nacional de Saúde Norte Americano², substituiu o termo impotência por disfunção erétil. Definiu-se DE como a incapacidade persistente de obter e manter uma ereção suficiente para uma função sexual satisfatória.

A disfunção erétil deixou de ser um problema particular para se tornar um importante problema de saúde pública da atualidade. Sua prevalência vem aumentando nas últimas décadas em todo o mundo. A prevalência no nosso país apresenta os mesmos índices encontrados na literatura internacional³.

Estimativas baseadas na projeção da população americana para o ano 2005, calculam mais de 50 milhões de homens com idade entre 40 e 70 anos, e que a disfunção erétil afeta cerca de 25 milhões de homens⁴. A idade, condições de saúde, uso de tabaco e álcool, renda familiar, atividade laboral e a qualidade de vida foram indicados como fatores associados à DE⁵.

Estudos recentes, no Brasil, relataram que 45,1% dos homens (acima de 18 anos de idade) apresentavam algum grau de DE. E, que na faixa dos 40 aos 70 anos 9,6% apresentavam DE completa³.

Em um país com peculiaridades regionais, devido à carência de estudos acerca da disfunção erétil na metade sul do Rio Grande do Sul e das inúmeras contribuições que um trabalho deste tipo pode fornecer, o objetivo deste estudo é determinar a prevalência da disfunção erétil e disfunção erétil grave, além dos fatores associados, em homens com idade entre 40 e 70 anos na zona urbana do município de Pelotas/RS.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional formado por homens com idade entre 40 e 70 anos na zona urbana do município de Pelotas, sendo desenvolvido no ano de 2006. A amostragem foi feita em múltiplos estágios, a partir de 448 setores censitários da zona urbana de Pelotas, conforme definição do IBGE⁶. Desses, 50 foram sorteados sistematicamente para inclusão no estudo. A seguir foi selecionado, aleatoriamente, um quarteirão de cada setor e após, foi realizado um sorteio de uma esquina deste para ser o ponto inicial, a partir do qual 60 residências intercaladas foram visitadas de forma sistemática. Quando necessário, eram incluídas casas de outros quarteirões, escolhidas de forma padronizada, a fim de completar o número de 60 residências. No total, 3.000 domicílios foram visitados pela equipe da pesquisa e 433 homens responderam o questionário auto-aplicável.

A estimativa de DE foi de 40%, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5 pontos percentuais, a população alvo, de acordo com o plano municipal de saúde 2003/2004^{6,7}, é estimada em 46.214 indivíduos do sexo masculino, sendo o número mínimo de questionários necessários para a validação deste projeto de 433 (incluído 15% de margem de segurança).

Os questionários foram codificados logo após a entrevista e revisados à medida que foram entregues. Foram revisitados 10% dos domicílios pelos coordenadores do trabalho de campo, que checaram a veracidade das informações.

Foram excluídas as pessoas que não pertenciam à faixa etária (40 a 70 anos de idade), que não residem no domicílio que está sendo visitado, que moravam em domicílios coletivos.

Os dados foram digitados por membros da equipe que não estavam envolvidos na coleta. Os pacotes estatísticos utilizados incluíram os programas SPSS “for Windows” versão 10.0, EpiInfo versão 3.3.2, Stata SE versão 9.0 e Stat/Transfer versão 8.0.

O Índice Internacional de Função Erétil (IIEF), questionário auto-aplicável IIEF-15⁸ (traduzido, adaptado e validado)⁹, é um instrumento diagnóstico para classificar os níveis da disfunção erétil¹⁰. Para efeitos de análise neste estudo consideramos um primeiro desfecho: com DE e sem DE, utilizando como ponto de corte o escore acima de 30 para a variável “sem DE” (0= sem DE; 1= com DE). O segundo desfecho (disfunção erétil grave) avaliado foi hierarquizado em: sem DE a DE moderada (0) e DE grave (1, escore de 0-6).

O instrumento utilizado para medir qualidade de vida, foi o questionário WHOQOL-100, faixa de domínio 4 o qual avalia as relações sociais, o suporte (apoio) social e a atividade sexual do indivíduos (OMS)¹¹, que não especifica ponto de corte (não há até o momento dados normativos populacionais dos escores do WHOQOL), sendo assim adotou-se a metodologia de divisão em tercís. Assim, os primeiros 33% foram considerados insatisfatórios; o segundo tercil como indefinido e o terceiro como qualidade de vida satisfatória.

A análise univariada teve como objetivos obter frequências de todas as variáveis de interesse; examinar suas distribuições e escolher pontos de corte para as variáveis quantitativas (e recodificá-las, se necessário). O teste do Qui quadrado foi usado na análise bivariada que teve como objetivos descrever a relação entre as variáveis dependentes e independentes, para controlar possíveis fatores de confusão na análise dos determinantes de cada um dos desfechos.

Na regressão de Poisson (também realizada em ambos os desfechos), análise bruta e ajustada, os dados foram analisados hierarquicamente (no primeiro nível: idade, renda familiar, aposentado, escolaridade, condição civil; no segundo: uso qualitativo de tabaco e álcool; no terceiro: qualidade de vida).

No modelo hierarquizado, cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído e realizou-se uma seleção retrógrada, descartando-se todas as variáveis com $p \geq 0,4$. Nesse tipo de modelo, as variáveis situadas em um nível hierárquico superior ao da variável em questão serão consideradas como potenciais confundidoras da relação entre esta variável e o desfecho em estudo, enquanto que as variáveis situadas em níveis inferiores, como potenciais mediadoras da associação. As variáveis selecionadas em um determinado nível permanecem nos modelos subseqüentes e serão consideradas como fatores associados, mesmo que com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, percam sua significância. Ao entrevistado foi comunicado do tipo de estudo e, que os resultados se tornariam ferramentas para auxiliar no manejo da disfunção erétil. Além disso, o questionário foi auto-aplicado e depositado em uma urna logo após a entrevista, o que garante o sigilo das

informações. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Católica de Pelotas.

RESULTADOS

A prevalência da disfunção erétil obtida neste estudo foi de 44,9% para algum grau de disfunção erétil e 9,3% para a DE grave (Gráfico 1). A análise univariada foi realizada e, através desta, foram hierarquizadas algumas variáveis (tabela 1).

No cruzamento das variáveis dependentes com o IIEF15 foram obtidos os resultados que seguem abaixo.

A DE foi encontrada em 41,8% dos indivíduos da raça branca e 55,3% dos não brancos. Foi verificado que 61,6% dos homens que não trabalham e 34,5% dos que exercem atividade remunerada apresentavam algum tipo de disfunção erétil. Uma vez que a maioria dos homens aposentou-se antes dos 55 anos, foi realizado o cruzamento desta variável com o IIEF15, obtendo-se que 62% dos aposentados e 34,5% dos não aposentados relataram algum nível de disfunção erétil (Tabela 2).

Da escolaridade, verificou-se que 50,7% dos que relataram baixo nível de escolaridade e 34,6% os quais referiram médio e alto nível de instrução tinham algum grau de disfunção erétil. Referente à renda familiar, a DE foi observada em 52,3% dos que afirmaram ganhar até um salário mínimo, em 43,1% dos que relataram receber mais de um e até três salários e em 27,4% dos que recebiam mais de 3 salários. Ainda, foi observado que 26,7% dos homens de 40 a 50 anos; 49,4% de 51 a 60 anos e 70,1% de 61 a 70 anos referiram apresentar DE (Gráfico 2) (Tabela 2).

Homens casados relataram DE em 44,2% das vezes, frente aos 50% relatados pelos homens solteiros, viúvos ou separados. Foi referido D.E. em 50,7% dos casos

que residem com até 2 pessoas, 37,9% com 3 a 5 pessoas e 55% com 6 ou mais pessoas (Tabela 2).

A DE também foi observada em 52,5% dos fumantes e em 40,7% dos que pararam de fumar ou dos não fumantes. E referente ao tipo de fumantes, verificou-se que 57,6% dos fumantes leves; 52,4% dos fumantes moderados e 56,5% dos fumantes pesados apresentavam DE. Foi averiguado que 54,6% dos que não ingeriam bebidas alcoólicas e 41,7% dos que faziam uso de álcool tinham alguma forma de disfunção erétil. Referente à frequência da ingestão de álcool no último mês, relataram DE: 47,9% dos que não beberam no último mês, 43,1% dos que beberam em 1 e até 5 dias e 34,5% dos que ingeriram bebida alcoólica em 6 e até 30 dias (Tabela 2).

Por fim, os indivíduos que informaram apresentar índice de qualidade de vida insatisfatória (66,7%); qualidade de vida indefinida (65,6%) e qualidade de vida satisfatória (31,2%), tinham algum grau de DE (Gráfico 3) (Tabela 2).

Na regressão de Poisson, foram excluídas as variáveis independentes cujos resultados das análises bivariadas apresentaram valores de $p \geq 0,4$. No primeiro nível da regressão foram incluídas: idade, escolaridade, renda, condição civil e aposentadoria; no segundo nível foram acrescentados: álcool e fumo; e no terceiro nível: qualidade de vida. A escolaridade e a condição civil foram excluídas da análise ajustada.

Os resultados dessa regressão por ponto e por intervalo de confiança 95%, para DE, foram os seguintes: idade de 51 a 60 anos (RP=1,7; IC95%=1,2–2,3); idade de 61 a 70 anos (RP=1,9; IC95%=1,3–2,8); renda de até 1 salário mínimo (RP=1,8;

IC95%=1,3–2,6); renda de mais de 1 e até 3 salários (RP=1,3; IC95%=0,8–2); aposentado (RP=1,3; IC95%=1–1,7); bebe álcool (RP=0,9; IC95%=0,7–1,1); fuma (RP=1,3; IC95%=1,1–1,6); qualidade de vida insatisfatória (RP=1,8; IC95%=1,4–2,4); e, qualidade de vida indefinida (RP=1,7; IC95%=1,3–2,2) (Figura 1).

Uma nova regressão e análise bivariada foram realizadas a fim de aferir DE grave e fatores associados. Os resultados dessa análise estão descritos abaixo.

A DE grave foi observada em 7,1% dos indivíduos da raça branca e em 16,5% dos não brancos. Foi encontrado que 17% dos homens que não trabalham e 4,9% dos que exercem atividade remunerada apresentavam disfunção erétil grave. A DE grave foi verificada em 17,5% dos indivíduos aposentados e em 4,2% dos não aposentados (Tabela 3).

Da escolaridade, verificou-se que 11,1% dos que relataram baixo nível de escolaridade e 5,7% os quais referiram médio e alto nível de instrução tinham disfunção erétil grave. Referente à renda familiar, a DE grave foi observada em 10,7% dos que afirmaram ganhar até um salário mínimo, em 7,7% dos que relataram receber mais de um e até três salários e em 6% dos que recebiam mais de 3 salários. Ainda, foi observado que 2,4% dos homens de 40 a 50 anos; 9% de 51 a 60 anos e 23% de 61 a 70 anos referiram apresentar DE grave (Tabela 3).

Homens casados relataram DE grave em 6,4% das vezes, frente aos 22% relatados pelos homens solteiros, viúvos ou separados. Foi referido DE grave em 14,3% dos casos que residem com até 2 pessoas, 5,7% com 3 a 5 pessoas e 15% com 6 ou mais pessoas (Tabela 3).

A disfunção erétil grave também foi observada em 11,4% dos fumantes e em 8,1% dos que pararam de fumar ou dos não fumantes. E referente ao tipo de fumantes, verificou-se que 13,6% dos fumantes leves; 9,7% dos fumantes moderados e 13% dos fumantes pesados apresentavam DE grave. Foi averiguado que 13% dos que não ingeriam bebidas alcoólicas e 8,1% dos que faziam uso de álcool tinham disfunção erétil grave. Referente à frequência da ingestão de álcool no último mês, relataram DE grave: 11% dos que não beberam no último mês, 6,2% dos que beberam em 1 e até 5 dias e 8% dos que ingeriram bebida alcoólica em 6 e até 30 dias (Tabela 3).

Foi encontrado que 20%; 14,8% e 4,6% dos indivíduos que informaram índices de qualidade de vida insatisfatório, indefinido e satisfatório, respectivamente, tinham DE grave (Tabela 3).

As variáveis que permaneceram no modelo hierárquico foram idade, renda familiar, estar aposentado e estado civil no nível 1 e qualidade de vida no nível 2 (Figura 2).

DISCUSSÃO

A prevalência para algum grau de disfunção erétil e disfunção erétil grave foi respectivamente de 44,9% e 9,3%, semelhante às citações nacionais e internacionais^{5,12,13,14}, dados que podem indicar existência de um padrão de prevalência no mundo atual, não obstante as peculiaridades regionais.

Estar aposentado é um achado que acarreta 36% a mais de chances para a DE e cerca de 2 vezes mais para a DE grave. Os resultados mostraram que mais de 60% dos indivíduos aposentaram-se antes dos 55 anos e como a sexualidade é associada a um delicado equilíbrio entre as emoções e as causas psicológicas, pode-se inferir que a aposentadoria e outras mudanças no estilo de vida podem estar associadas a DE¹².

Referente à condição civil, não ter parceira fixa correspondeu a chances 2,3 vezes maiores para a DE grave. A literatura não é clara quanto as razões da DE em homens sem parceira fixa.

Quando comparados com o grupo referência, averiguou-se que os indivíduos da faixa etária dos 51 aos 60 anos têm 70% mais chances para DE e, que de 61 a 70 anos, o risco é duas vezes maior. Ainda, esses riscos modificam para cerca de 3 vezes (61 a 70 anos) quando a análise foi ajustada para a DE grave. Assim como relatado em outros estudos^{13,15}, tanto a prevalência como a severidade da disfunção erétil aumentam com a idade.

Indivíduos com baixa renda apresentaram 86% mais chances para algum grau de disfunção erétil e 2,5 vezes mais propensos a DE grave. Os ganhos diminuídos traduzem-se em condições sociais desfavoráveis, e em termos que podem ser

traduzidos como predisponentes para uma baixa qualidade de vida (que está associada a fatores psicogênicos e orgânicos que levam a DE). Além disso, outros estudos demonstram que a prevalência da DE está associada com a condição econômica desfavorável^{12,16,17}.

O uso de tabaco acarreta em 35% mais chances de se ter disfunção erétil. A explicação de como o cigarro pode causar DE foram demonstradas por Elhanbly et al.¹⁸, os quais explanaram que seu uso acarreta em distúrbios da tumescência e rigidez peniana e nos mecanismos veno-oclusivos penianos. Além de outros estudos que constataram que o uso de tabaco está fortemente ligado a DE¹⁹⁻²¹.

A associação uso de álcool/DE, por se tratar de estudo transversal, é uma das limitações do estudo, uma vez que não é possível identificar a causa primária de um desfecho (no caso, usa álcool por ter DE ou tem DE por usar álcool). A literatura é inconclusiva quanto ao uso de álcool, mostrando que o seu consumo pode alterar as chances para mais ou para menos em relação a DE^{17,22}. A quantidade do consumo das substâncias alcoólicas está relacionada a esses achados contraditórios. Wetterling et al.²³ demonstraram que pacientes que ingerem quantidades elevadas de álcool tem chances maiores para a DE. Moreira Jr. Et al.²¹ relataram que quando o consumo de álcool é moderado há uma menor probabilidade para desenvolver DE. Uma provável explicação para que o álcool, desde que ingerido de forma moderada, tenha efeito inverso para a DE seria a de que ele aumente a flexibilidade do comportamento^{3,17,21-}

Os indivíduos que relataram ter qualidade de vida insatisfatória apresentaram 89% mais chances para algum grau de disfunção erétil, já a qualidade de vida indefinida foi estimada em 72% mais chances para algum grau de DE. A associação disfunção erétil grave e qualidade de vida é direta. Sendo considerado que indivíduos com qualidade de vida indefinida e a qualidade de vida insatisfatória têm riscos 3 e 5 vezes maiores, respectivamente. Outrossim, hábitos de vida, condições sócio-econômicas, atividade laborativa são elementos determinantes da qualidade de vida e estão associados a DE.

CONCLUSÃO

A prevalência e a gravidade da disfunção erétil aumentam com a idade. A qualidade de vida insatisfatória, o uso de tabaco, a baixa renda e o fato de estar aposentado são fatores associados para a ocorrência dos distúrbios da ereção.

A possibilidade do viés de causalidade reversa, principalmente, no que diz respeito à qualidade de vida pode indicar limitação uma vez que pelo delineamento transversal não é possível afirmar se é a presença da DE que ocasiona a insatisfação com a qualidade de vida ou o processo inverso.

Aspecto importante que se deve considerar é o fato de não terem sido aferidas condições médicas associadas à DE. Diabete, hipertensão arterial, efeitos de medicamentos, neuropatias e patologias pélvicas podem estar associadas à DE e estas são possíveis fatores de confusão. Estudos que controlem tais fatores são necessários, isto, entretanto, não invalida os resultados desta investigação.

O estudo identifica a prevalência de disfunção erétil em percentuais semelhantes à bibliografia internacional, a elevada prevalência assinala um importante problema de saúde pública também em nossa região, devendo receber especial atenção dos órgãos governamentais responsáveis pela prevenção deste problema.

Mesmo com a alta prevalência encontrada neste e em outros estudos, esses valores tendem a serem subestimados uma vez que o assunto é intimista. Campanhas acerca do que é a disfunção erétil, suas causas e seu manejo devem ser encorajadas para uma mudança efetiva e não temporária deste quadro da disfunção erétil no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Glina S, Puech-Leão P, dos Reis JMSM, Pagani E: Instituto H.Ellis. Disfunção Sexual Masculina. Instituto H. Ellis, São Paulo. 2002; 373 pp.
2. NIH Consensus Conference: Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA. 1993; 270:83-87.
3. Abdo CHN: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. Editora Bregantini, São Paulo. 2004; 202 pp.
4. Melman A e Gingell JC. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. J Urol. 1999; 161:5-11.
5. Moreira Jr ED, Abdo CHN, Torres EB, Lôbo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in Santos, southeastern Brazil. São Paulo Méd J. 2002; 120(2):49-54.
6. Plano Municipal de Saúde 2003 – 2004 / Prefeitura municipal de Pelotas (RS); Secretaria Municipal da Saúde. Pelotas, 2003.
7. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. <http://www.ibge.gov.br/> (acessado em 23 de Outubro de 2005).
8. Ferraz BM e Ciconelli MR. Índice Internacional de Disfunção Erétil. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa. Revista Brasileira de Medicina. 1998; 55:35-40.
9. O’Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, Barber B, Sagnier PP, Guess HÁ, Barry MJ. A brief male sexual function inventory for urology. Urology. 1995; 46:697-706.

10. Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the international index of erectile function. *Urology*. 1999; 54:346-51.
11. Flec MPA. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)100. Faixa de domínio 4, secção das relações pessoais. <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html> (acessado em 30 de Novembro de 2003).
12. Al Helali NS, Abolfotouh MA, Ghanem HM. Pattern of erectile dysfunction in Jeddah city. *Saudi Med J*. 2001; 22(1):34-8.
13. Corona G, Mannucci E, Mansani R, Petrone L, Bartolini M, Giommi R, Mancini M, Forti G, Maggi M. Aging and pathogenesis of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2004; 16(5):395-402.
14. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *J Urol*. 1994; 151:54-61.
15. Fabbri A, Caprio M, Aversa A. Pathology of erection. *J Endocrinol Invest*. 2003; 26(3 Suppl):87-90.
16. Cho BL, Kim YS, Choi YS, Hong MH, Seo HG, Lee SY, Shin HC, Kim CH, Moon YS, Cha HS, Kim BS. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in primary care: results of a Korean study. *Int J Impot Res*. 2003; 15(5):323-8.
17. Neto AF, de Freitas Rodrigues MA, Saraiva Fittipaldi JÁ, Moreira ED Jr. The epidemiology of erectile dysfunction and its correlates in men with chronic renal

- failure on hemodialysis in Londrina, southern Brazil. *Int J Impot Res.* 2002; 14(Suppl 2):19-26.
18. Elhanbly S, Abdel-Gaber S, Fathy H, El-Bayoumi Y, Wald M, Niederberger CS. Erectile dysfunction in smokers: a penile dynamic and vascular study. *J Androl.* 2004; 25(6): 991-5.
 19. Gades NM, Nehra A, Jacobson DJ, McGree ME, Girman CJ, Rhodes T, Roberts RO, Lieber MM, Jacobsen SJ. Association between smoking and erectile dysfunction: a population-based study. *Am J Epidemiol.* 2005; 161(4):346-51.
 20. Austoni E, Mirone V, Parazzini F, Fasolo CB, Turchi P, Pescatori ES, Ricci E, Gentile V, on behalf of the Andrology Prevention Week centres. Smoking as a Risk Factor for Erectile Dysfunction: Data from the Andrology Prevention Weeks 2001-2002 A Study of the Italian Society of Andrology (S.I.A.). *Eur Urol.* 2005 Mar 16.
 21. Moreira Jr ED, Bestane WJ, Bartolo EB, Fittipaldi JAS. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in Santos, southeastern Brazil. *Sao Paulo Med J.* 2002; 120(2):49-54.
 22. de Boer BJ, Bots ML, Lycklama a Nijeholt AA, Moors JP, Pieters HM, Verheij TJ. Erectile dysfunction in primary care: prevalence and patient characteristics. The ENIGMA study. *Int J Impot Res.* 2004; 16(4):358-64.
 23. Wetterling T, Veltrup C, Driessen M, John U. Drinking Pattern and Alcohol-Related Medical Disorders. *Alcohol and Alcoholism.* 1999; 34(3):330-336.

IX. ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Prevalência de DE na região urbana de Pelotas.

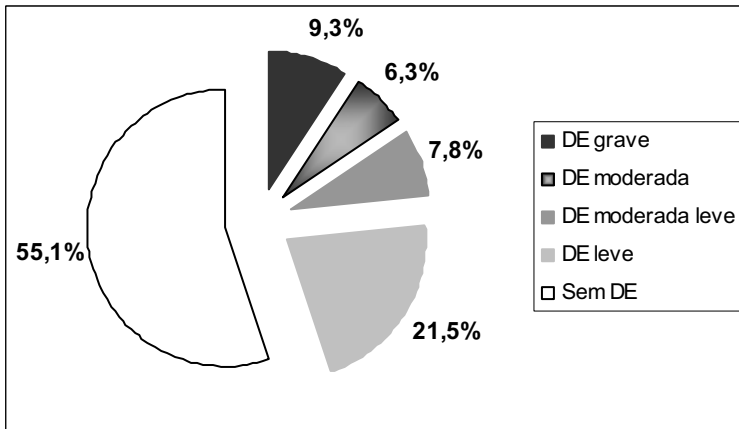


Gráfico 2 – Idade em anos x algum grau de DE.

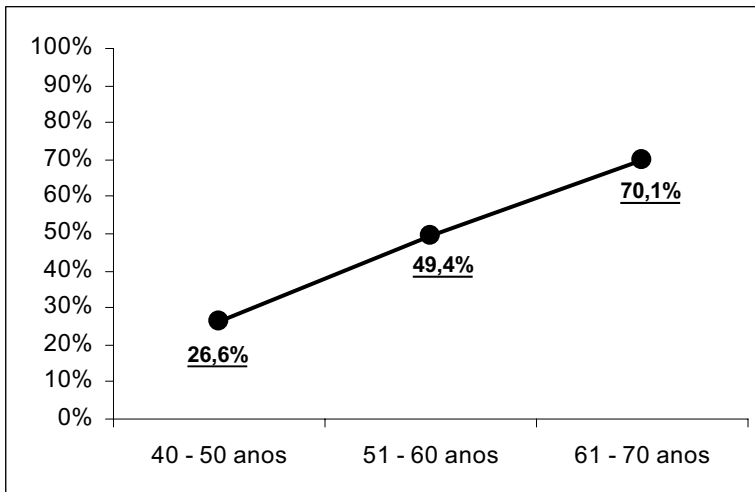


Gráfico 3 – Algum grau de disfunção erétil x Qualidade de vida.

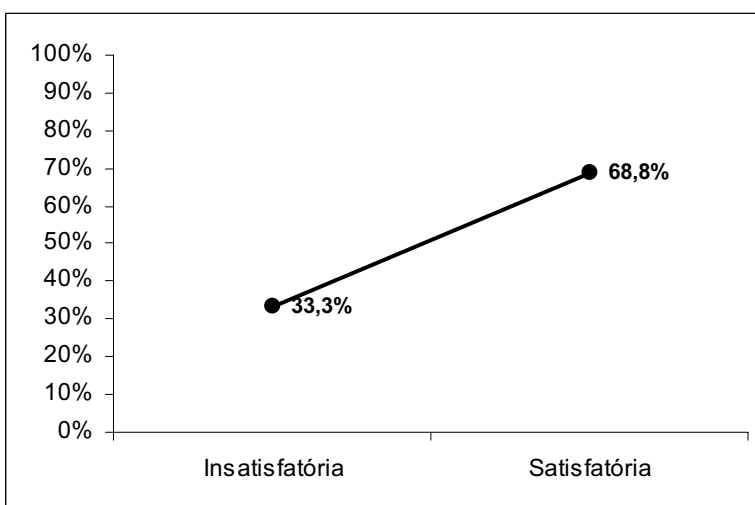


Figura 1. Modelo hierárquico final para Disfunção Erétil e IC 95%.

Idade (anos)	Renda (sal. min.)	Estar Aposentado
<u>40 a 49</u>	<u>0 a 1</u>	<u>Não</u>
Referência	1,86 (1,3–2,64)	Referência
<u>50 a 60</u>	<u>>1 a 3</u>	<u>Sim</u>
1,7 (1,25–2,32)	1,37 (0,89–2,09)	1,36 (1,06–1,76)
<u>>de 60</u>	<u>04 ou mais</u>	
1,98(1,39–2,82)	Referência	
	Uso de Tabaco	Uso de Álcool
	<u>Não</u>	<u>Não</u>
	Referência	Referência
	<u>Sim</u>	<u>Sim</u>
	1,35 (1,11–1,65)	0,9 (0,73–1,1)
	Qualidade De Vida	
	<u>Satisfatória</u>	
	Referência	
	<u>Indefinida</u>	
	1,72 (1,35–2,2)	
	<u>Insatisfatória</u>	
	1,89 (1,44–2,48)	

Figura 2. Modelo hierárquico final para Disfunção Erétil Grave e IC 95%.

Idade (anos)	Renda (sal. min.)	Estar Aposentado	Estado Civil
<u>40 a 50</u>	<u>0 a 1</u>	<u>Não</u>	<u>Com parceira fixa</u>
Referência	2,58 (1,08–6,15)	Referência	Referência
<u>51 a 60</u>	<u>>1 a 3</u>	<u>Sim</u>	<u>Sem parceira fixa</u>
1,96 (0,92–4,18)	1,61 (0,58–4,43)	2,26 (1,21–4,19)	2,29 (1,54–3,39)
<u>>de 60</u>	<u>04 ou mais</u>		
2,98 (1,25–7,08)	Referência		
Qualidade De Vida			
<u>Satisfatória</u>			
Referência			
<u>Indefinida</u>			
2,9 (1,56–5,39)			
<u>Insatisfatória</u>			
4,78 (2,54–8,97)			

Tabela 1. Análise univariada¹ (%). *(continua)*

Cor	
Branco	80
Não-Branco	20
Idade	
40 – 50 anos	38,3
51 – 60 anos	41,5
61 – 70 anos	20,2
Condição Civil	
Casados	80,6
Viúvos, solteiros e desquitados	19,4
Número de Pessoas na mesma residência	
Até 2 pessoas	34,4
3 a 5 pessoas	55,8
6 ou mais	9,8
Estar Aposentado	
Sim	39
Não	61
Atividade Laborativa	
Trabalham	62,5
Não trabalham	37,5
Ajuda Financeira	
Recebem	11
Não recebem	89
Renda	
Até 1 salário	17,6
Mais de 1 e até 3	45,8
Mais de 3	36,6
Escolaridade²	
Baixo grau	63
Médio e Alto grau	37
Uso de Álcool	
Sim	74,9
Não	25,1
Período do Uso de Álcool	
Não usaram	23,1
De 1 até o momento da entrevista ³	76,9
Idade do Uso de Álcool	
Início antes dos 30 anos	96,6
Início após os 30 anos	3,4

Tabela 1. Análise univariada (%). (conclusão)

Uso de Tabaco	
Sim	63,4
Não	36,6
Idade do Uso de Tabaco	
Início antes dos 18 anos	76,7
Início após os 18 anos	23,3
Tipo de Tabaco	
Cigarro	92,7
Charuto, Palheiro, Cachimbo, Outros	7,3
Tipo de Fumante	
Leve (até 10 cigarros por dia)	28
Moderado (de 11 a 20 cigarros por dia)	52,5
Pesado (21 ou mais cigarros por dia)	19,5
Qualidade de Vida	
Insatisfatória	14,3
Indefinida	61
Satisfatória	24,7

¹. Foram respondidos 433 questionários com perda de 10%.

². Baixo grau de escolaridade (indivíduos analfabetos ou com estudo fundamental incompleto).
Médio e alto grau de escolaridade (indivíduos com ensino fundamental completo; com ensino médio incompleto ou completo e com nível superior incompleto e completo).

³. 76,9% informaram ter feito uso de álcool no último mês (até o momento da realização do questionário).

Tabela 2. Disfunção erétil e fatores associados (Razão de prevalência não ajustada e IC95%). *(continua)*

Variável	Com DE	RP (IC 95%)	p
Idade			<0,001
40 – 50 anos	44 (26,7%)	1	
51 – 60 anos	88 (49,4%)	2,69 (1,67 – 4,34)	
61 – 70 anos	61 (70,1%)	6,45 (3,5 – 11,96)	
Atividade Laborativa			<0,001
Trabalham	92 (34,5%)	1	
Não trabalham	98 (61,6%)	3,06 (1,99 – 4,69)	
Estar Aposentado			<0,001
Sim	103 (62%)	3,11 (2,03 – 4,75)	
Não	90 (34,5%)	1	
Escolaridade			=0,001
Baixo grau	137 (50,7%)	1,95 (1,27 – 2,98)	
Médio e Alto grau	55 (34,6%)	1	
Renda			<0,001
Até 1 salário	127 (52,3%)	2,9 (1,64 – 5,18)	
Mais de 1 e até 3	28 (43,1%)	2,01 (0,96 – 4,23)	
Mais de 3	23 (27,4%)	1	
Condição Civil			=0,4
Com parceira	152 (44,2%)	1	
Sem parceira	41 (50%)	1,26 (0,76 – 2,1)	
Número de Pessoas na mesma residência			<0,05
Até 2 pessoas	71 (50,7%)	1,69 (1,08 – 2,64)	
3 a 5 pessoas	86 (37,9%)	1	
6 ou mais	22 (55%)	2 (0,97 – 4,17)	
Uso de Tabaco			<0,05
Sim	83 (52,5%)	1,62 (1,07 – 2,44)	
Não	111 (40,7%)	1	
Tipo de Fumante			=0,76
Fumante leve	38 (57,6%)	1	
Fumante moderado	65 (52,4%)	0,81 (0,43 – 1,55)	
Fumante pesado	26 (56,5%)	0,96 (0,42 – 2,2)	

Tabela 2. Disfunção erétil e fatores associados (Razão de Prevalência não ajustada e IC95%). *(conclusão)*

Variável	Com DE	RP (IC 95%)	p
Uso de Álcool			<0,05
Bebe	59 (54,6%)	1,68 (1,06 – 2,67)	
Não bebe	134 (41,7%)	1	
Período do Uso de Álcool			=0,16
Não bebeu	35 (47,9%)	1	
Bebeu em 1 a 5 dias	56 (43,1%)	0,82 (0,44 – 1,52)	
Bebeu em 6 a 30 dias	39 (34,5%)	0,57 (0,3 – 1,09)	
Qualidade de Vida			<0,001
Insatisfatória	30 (66,7%)	4,42 (2,15 – 9,16)	
Indefinida	80 (65,6%)	4,21 (2,6 – 6,83)	
Satisfatória	81 (31,2%)	1	

Tabela 3. Disfunção erétil grave e fatores associados (Razão de prevalência não ajustada e IC95%).
(continua)

Variável	DE Grave	RP (IC 95%)	p
Idade			<0,001
40 – 50 anos	4 (2,4%)	1	
51 – 60 anos	16 (9%)	3,98 (1,21 – 14,4)	
61 – 70 anos	20 (23%)	12,01 (3,69 – 43,31)	
Atividade Laborativa			<0,001
Trabalham	13 (4,9%)	1	
Não trabalham	27 (17%)	4 (1,91 – 8,48)	
Estar Aposentado			<0,001
Sim	29 (17,5%)	4,81 (2,22 – 10,6)	
Não	11 (4,2%)	1	
Escolaridade			=0,08
Baixo grau	30 (11,1%)	2,08 (0,92 – 4,87)	
Médio e Alto grau	9 (5,7%)	1	
Renda			=0,38
Até 1 salário	26 (10,7%)	1,89 (0,66 – 5,33)	
Mais de 1 e até 3	5 (7,7%)	1,32 (0,31 – 5,55)	
Mais de 3	5 (6%)	1	
Condição Civil			<0,001
Com parceira	22 (6,4%)	1	
Sem parceira	18 (22%)	4,12 (1,98 – 8,54)	
Número de Pessoas na mesma residência			<0,05
Até 2 pessoas	20 (14,3%)	2,74 (1,25 – 6,08)	
3 a 5 pessoas	13 (5,7%)	1	
6 ou mais	6 (15%)	2,9 (0,91 – 8,95)	
Uso de Tabaco			=0,32
Sim	18 (11,4%)	1,47 (0,72 – 2,96)	
Não	22 (8,1%)	1	
Tipo de Fumante			=0,66
Fumante leve	9 (13,6%)	1	
Fumante moderado	12 (9,7%)	0,86 (0,25 – 1,87)	
Fumante pesado	6 (13%)	0,95 (0,27 – 3,23)	

Tabela 3. Disfunção erétil grave e fatores associados (Razão de Prevalência não ajustada e IC95%). *(conclusão)*

Variável	DE Grave	RP (IC 95%)	p
Uso de Álcool			=0,18
Bebe	26 (8,1%)	0,59 (0,28 – 1,25)	
Não bebe	14 (13%)	1	
Período do Uso de Álcool			=0,47
Não bebeu	8 (11%)	1	
Bebeu em 1 a 5 dias	8 (6,2%)	0,53 (0,17 – 1,65)	
Bebeu em 6 a 30 dias	9 (8%)	0,7 (0,23 – 2,13)	
Qualidade de Vida			<0,001
Insatisfatória	9 (20%)	5,17 (1,85 – 14,35)	
Indefinida	18 (14,8%)	3,58 (1,57 – 8,23)	
Satisfatória	12 (4,6%)	1	

ANEXOS

ANEXO 1. QUESTIONÁRIO SOBRE DISFUNÇÃO ERÉTIL

FATORES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

Cor da pele: (1) Branca (2) Não branca Qual sua idade? __ anos

Qual seu estado civil? (1) Casado (2) Viúvo (3) Solteiro

Até que série o Sr. estudou? __ série _ grau (00= analfabeto ou não estudou)

Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo o Sr. ? __ pessoas (88)NSA

O Sr. trabalha atualmente? (0) Não (1) Sim

O Sr. é aposentado? (0) Não (1) Sim

Com qual idade o Sr. se aposentou? __ anos (88) NSA

O Sr. recebe ajuda financeira de outra pessoa? (0) Não (1) Sim

Quanto o Sr. recebeu no último mês? R\$ _____

Qual o último ano de estudo do chefe de família?

(0) Não estudou

(1) Primeiro grau incompleto ou ginásial incompleto

(2) Ginásial ou primeiro grau completo ou segundo grau incompleto

(3) Segundo grau completo ou superior incompleto

(4) Superior completo

O Sr. fuma ou já fumou?

(0) Nunca fumou (1) Sim (2) Parou de fumar

Que idade o Sr. tinha quando começou a fumar?

(1) eu tinha __ anos (9) Não lembro

O que o Sr. fuma(ou)?

(1) Cigarro (2) Charuto (3) Cachimbo (4) Mais de um tipo de fumo

Quantos cigarros o Sr. fuma por dia? __ cigarros/ dia

Se parou, que idade o Sr. tinha quando parou de fumar?

__ anos (9) Não lembro (88) Se ainda estiver fumando

O Sr. bebe ou já bebeu bebidas alcoólicas?

(0) Não (1) Sim

Que idade o Sr. tinha quando bebeu bebida alcoólica pela primeira vez?

_ anos (9) Não lembro (88) NSA

De um ano para cá em o Sr. bebeu alguma bebida alcoólica?

(0) Não (1) Sim

De um mês para cá em quantos dias o Sr. bebeu alguma bebida alcoólica?

(0) Não tomei em nenhum dia (1) Tomei em 1 a 5 dias

(2) tomei em 6 a 19 dias (3) Tomei em 20 ou mais

ESTAS QUESTÕES REFEREM-SE AO EFEITO QUE OS SEUS PROBLEMAS DE EREÇÃO TÊM ACARRETADO NA SUA VIDA SEXUAL NAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS (IIEF15).

POR FAVOR, RESPONDA A ESTAS QUESTÕES O MAIS HONESTAMENTE E CLARAMENTE POSSÍVEL.

POR FAVOR, RESPONDA A CADA QUESTÃO MARCANDO COM UM “X” O QUADRINHO CORRESPONDENTE.

SE VOCÊ TEM CERTEZA DE COMO RESPONDER, POR FAVOR DÊ A MELHOR RESPOSTA QUE VOCÊ PUDER.

Ao responder estas questões, observe as seguintes definições:

Relação sexual: É definida como penetração (entrada) na vagina da parceira.

Atividade sexual: Inclui relação sexual, carícias, brincadeiras amorosas e masturbação.

Ejaculação: É definida como a ejeção de sémen pelo pênis (ou a sensação desta ejeção).

Estimulação sexual: Inclui situações como brincadeiras amorosas com uma parceira, olhar fotos eróticas, etc.

Por favor marque com um "X" somente um parêntese

Nas últimas 4 semanas, com que frequência o senhor foi capaz de ter ereções durante uma atividade sexual?

- sem atividade sexual
- quase sempre ou sempre
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- quase nunca ou nunca

Nas últimas 4 semanas quando o senhor teve ereções com estimulação sexual, com que frequência suas ereções permaneceram o suficiente para a penetração?

- sem atividade sexual
- quase sempre ou sempre
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

quase nunca ou nunca

As próximas três perguntas referem-se as ereções que o senhor pode ter tido durante a relação sexual.

Nas últimas 4 semanas, quando o senhor tentou ter relação sexual, com que frequência você foi capaz de penetrar (entrar) na sua parceira?

sem atividade sexual

quase sempre ou sempre

a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)

algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)

poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

quase nunca ou nunca

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

sem atividade sexual

quase sempre ou sempre

a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)

algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)

poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

quase nunca ou nunca

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

não tentei ter relação sexual extremamente difícil difícil

muito difícil pouco difícil sem dificuldade

Nas últimas 4 semanas, quantas vezes o senhor tentou ter relação sexual?

não tentou 1 - 2 tentativas 3 - 4 tentativas

5 - 6 tentativas 7 - 10 tentativas 11 ou mais tentativas

Nas últimas 4 semanas, quando o senhor tentou ter relação sexual, com que frequência ela foi satisfatória para o senhor?

não tentei ter relação sexual

- quase sempre ou sempre
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- quase nunca ou nunca

Nas últimas 4 semanas o quanto o senhor aproveitou a relação sexual?

- não teve relação sexual
- aproveitou extremamente
- aproveitou muito
- aproveitou um tanto
- aproveitou muito pouco
- não aproveitou

Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com qual frequência teve uma ejaculação?

- não teve estimulação sexual ou relação sexual
- quase sempre ou sempre
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- quase nunca ou nunca

Nas últimas 4 semanas, quando o senhor teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você teve a sensação de orgasmo com ou sem ejaculação?

- não teve estimulação sexual ou relação sexual
- quase sempre ou sempre
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- quase nunca ou nunca

As próximas 2 questões referem-se ao desejo sexual, que é definido como uma sensação que inclui auerer ter uma experiência sexual (masturbação ou relação), pensamento sobre sexo, ou sentimento de frustração devido à falta de sexo.

Nas últimas 4 semanas, com que frequência o senhor tem sentido desejo sexual?

- quase sempre ou sempre
- frequentemente (muito mais que a metade das vezes)
- algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- quase nunca ou nunca

Nas últimas 4 semanas, como o senhor consideraria o seu nível de desejo sexual?

- muito alto
- alto
- moderado
- baixo
- muito baixo ou inexistente

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

- muito satisfeito
- moderadamente satisfeito
- mais ou menos igualmente satisfeito e insatisfeito
- moderadamente insatisfeito
- muito insatisfeito

Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeito o senhor tem estado com seu relacionamento sexual com sua parceira?

- muito satisfeito
- moderadamente satisfeito
- mais ou menos igualmente satisfeito ou insatisfeito
- moderadamente insatisfeito

muito insatisfeito

Nas últimas 4 semanas, como o senhor consideraria a sua confiança em conseguir ter e manter uma ereção?

muito alto alto

moderado baixo

muito baixo

Questionário de Qualidade de Vida

Quão satisfatório são estes diferentes aspectos na sua vida?

Marque com um "X" no parêntese que melhor se adequa a sua situação.

	Muito insatis- fatória	Insatis- fatória	Nem satisfeito ou insatisfeito	Satisfatória	Muito satisfatória
Minha vida como um todo (nível de alegria) é:					
Minha vida sexual é:					
Minha relação com minha parceira é:					
Minha vida familiar é:					
Meu contato com amigos e conhecidos é:					
Minha situação de lazer é:					
Minha situação vocacional (no trabalho) é:					
Minha situação financeira é:					

ANEXO 2. MANUAL DE INSTRUÇÕES

MANUAL DE INSTRUÇÕES

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA DA CIDADE DE PELOTAS

INSTRUÇÕES GERAIS

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população adulta da cidade de Pelotas. Para isso, foram escolhidos de forma sistemática setores censitários da zona urbana de Pelotas. Abaixo descreveremos como você deverá fazer para identificar os domicílios a serem visitados em cada setor.

1. Critérios de inclusão no estudo

Serão incluídas todas as pessoas com 40 anos de idade ou mais. Quando o entrevistado não tiver condições de responder ao questionário, este será respondido por outro morador da casa ou alguém que esteja cuidando do mesmo.

2. Critérios de exclusão no estudo

Serão excluídas as pessoas que, embora pertencendo à faixa etária de interesse, não residam no domicílio que está sendo visitado. Por exemplo: parentes ou amigos que estejam visitando a família, naquele momento ou temporariamente, e empregada doméstica que não durma no emprego. Empregados domésticos que durmam no emprego devem ser considerados como moradores do domicílio.

3. Definição de Família: Serão considerados membros da família, todos aqueles que façam, regularmente, as refeições juntos (ou algumas das refeições do dia), mesmo que não durmam na mesma casa (e sim numa outra nos fundos, por exemplo).

4. Etapas do trabalho de campo

4.1. Reconhecimento do setor: o entrevistador deverá fazer um reconhecimento do setor com a marcação dos domicílios antes de iniciar as visitas, de acordo com os critérios abaixo.

4.2. Escolha das casas a serem visitadas: para este estudo, foram sorteados 50 setores censitários aleatoriamente a partir de um total de 448 setores, conforme definição do IBGE.

Inicialmente sortearmos a quadra por onde começarão as entrevistas. Chegando-se na esquina definida pela coordenação da pesquisa, você deverá ficar de frente para a edificação da esquina. Se esta edificação estiver com a porta de entrada voltada para você, será considerada como a primeira casa. Caminha-se para a direita e conta-se como segunda casa a próxima, escolhendo para visitar a terceira residência a partir da primeira contada; continua-se andando para a direita e conta-se mais uma casa ou apartamento, para então realizar a nova entrevista na segunda casa. Se a edificação da esquina estiver com a porta de entrada voltada para a rua da sua esquerda, você não a considera como a sua primeira casa; continue andando pela direita e conte como primeira a casa

seguinte e a seguir entreviste a próxima casa. Caso na esquina sorteada haja um terreno, a primeira casa será a próxima da direita. Quando terminar esta quadra, o entrevistador passará para a próxima da seguinte maneira: ficando de costas para a esquina por onde iniciou as entrevistas, o entrevistador enxergará três esquinas, devendo atravessar a rua no sentido da esquina mais da sua direita, continuando as visitas como descrito na primeira quadra.

Se durante a contagem das casas houver uma completamente desabitada, terreno vazio, casa comercial onde ninguém more, não conte como casa estes locais. Não esqueça que nas vilas é comum haver uma casa ou até várias atrás da outra; cada uma deve ser contada como uma casa. Nos edifícios, cada apartamento é considerado como uma casa, inclusive o apartamento do zelador, se ele morar no prédio. Quando você estiver num setor de blocos de edifícios, não esqueça que o bloco A vale como bloco I e assim por diante. As quadras irregulares apresentarão mais de 4 esquinas, pois cada entrada, mesmo que não seja uma esquina convencional, deve ser considerada uma nova esquina. Após completar 42 domicílios em cada setor, considere o setor como terminado. Se você não encontrar os 42 domicílios necessários ao término do setor, considere também o mesmo como encerrado.

Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidados com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio para os vizinhos para chamar o morador da casa.

4.3. Apresentação do entrevistador ao informante: explicar que é aluno da Universidade Católica de Pelotas e que está fazendo um trabalho sobre a saúde dos adultos em Pelotas. Mostrar a identificação e dizer que o estudo está sendo realizado em vários locais da cidade e que gostaria de fazer algumas perguntas para algumas pessoas da família. Perguntar a idade dos membros da família, além do número total de habitantes. Havendo moradores com 40 anos ou mais, solicitar para entrevistá-los. Sempre salientar que é muito importante a sua colaboração neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre os problemas relacionados à população adulta e idosa. Se houver recusa, anotar na folha de conglomerado, mas não desistir antes de 3 tentativas, pois a recusa será considerada uma perda, isto é, não será selecionada outra casa para substituir esta. Tente marcar um novo horário para a pessoa, diga que você sabe o quanto ela é ocupada e que responder um questionário pode ser cansativo, mas insista na importância do trabalho e na sua colaboração.

4.4. Sigilo: explicar que o estudo é absolutamente confidencial, e que as informações prestadas pelas pessoas não serão reveladas a ninguém.

4.5. Casa não incluída: se a casa estiver desabitada, anotar este dado na folha de conglomerado e selecionar uma casa a mais no final deste setor, para substituir a que faltou.

4.6. Domicílios coletivos: prisões, hospitais, casas de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis, pensões e repúblicas serão excluídos.

4.7. Folha do conglomerado: deverá ser preenchida ao término de cada setor. Cada dupla de entrevistadores receberá uma ficha de conglomerado para cada setor. Nesta folha deverá constar o número de setor visitado, o endereço da casa visitada, o número de pessoas em cada faixa etária de interesse, o número total de pessoas que moram na casa, o número de casas visitadas, desabitadas, com moradores ausentes e recusas. Casa onde os vizinhos informam que não mora ninguém, devem

ser excluídas e seleciona-se uma nova casa para completar o número desejado e, na folha de conglomerado anota-se como casa desabitada. Em casas onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos se a mesma é habitada. Se afirmativo, retornar em outra hora para entrevista. Aquelas pessoas que não respondem ao questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, o questionário poderá ser respondido por um familiar ou acompanhante.

5. Instruções gerais sobre as entrevistas

Quando no domicílio houver mais de uma pessoa com 40 anos de idade ou mais, aplicar o questionário naquela pessoa cuja data de aniversário for mais próxima do dia da entrevista;

5.1. Procurar conversar ou responder as perguntas ou colocações feitas pelo entrevistados somente no final da entrevista. **SEJA GENTIL!**

5.2. Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de resposta. Se necessário explicar a pergunta de uma segunda maneira e, em último caso enunciar todas as opções, tendo cuidado de não induzir a resposta.

5.3. As instruções nos questionário em letras em **negrito** servem apenas para orientar o entrevistador, não devem ser perguntadas para o entrevistado. Apenas deverá ser lido o que estiver em *itálico*.

5.4. Sempre que houver dúvida escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o supervisor decidir no final do dia.

5.5. Quando a resposta for "OUTRO", especificar junto à questão, segundo as palavras do informante. **Estas respostas serão codificadas posteriormente.**

5.6. Quando uma resposta do informante parecer pouco confiável, anotá-la e fazer um comentário sobre a sua má qualidade.

5.7. Não deixar respostas em branco: observar a aplicação dos códigos especiais: IGNORADO: código 9, 99 ou 999 = resposta desconhecida do informante ou informação muito pouco confiável. Use a resposta IGNORADO somente no último caso. Aproveite mesmo as respostas aproximadas, como por exemplo, renda entre 5000 e 6000, anotar 5500. NÃO SE APLICA: código 8, 88 ou 888..= quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso. Quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra mais adiante, utiliza-se o código 8 ou 88... nas perguntas que não foram aplicadas.

5.8. Não tente fazer contas durante a entrevista, porque isso muitas vezes resulta em erros. Por exemplo, se o salário for indicado sobre a forma de pagamento diário ou semanal, anotá-lo por extenso, e não tentar a multiplicação para obter o valor mensal. Isto será feito posteriormente.

5.9. Em resposta de tempo ou idade, renda ou gastos, quando for necessário arredondar, faça-o sempre para menos. Proceda da mesma maneira com o peso e a altura do entrevistado. Em caso de dúvidas escrever por extenso e deixar o supervisor decidir.

5.10. Preencha o questionário sempre a **lápiz**, e durante a entrevista leve sempre com você a borracha para correções, o apontador e a identificação.

5.11. Preencha o questionário com letra e os números de forma legível.

5.12. Lembre-se de esclarecer aos entrevistados que as respostas dadas são sigilosas.

5.13. Ao terminar a entrevista, agradeça pela atenção e diga que o entrevistado poderá receber outra visita de nossos entrevistadores.

5.14. A codificação deverá ser feita no mesmo dia, após a aplicação de todos os questionários, também a lápis.

5.15. Para a codificação, serão usados os campos- da coluna direita dos questionários. O número a ser colocado nestes campos é o número que está ao lado da alternativa marcada como resposta, exceto nas exceções já citadas (outro, não se aplica - NSA - ou ignorado).

O MANUAL DE INSTRUÇÕES SERVE PARA ESCLARECER SUAS DÚVIDAS, PORTANTO DEVERÁ ESTAR **SEMPRE** COM VOCÊ. RECORRA AO MANUAL DE INSTRUÇÕES SEMPRE QUE SURGIR UMA DÚVIDA. ERROS DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO INDICARÃO QUE VOCÊ NÃO CONSULTOU O MANUAL.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO

- ⇒ <Número do questionário> Não numerar o questionário
- ⇒ <Data da entrevista> Coloque o dia, mês e ano em que foi realizada a entrevista.
- ⇒ <Setor censitário> Coloque o número do setor censitário onde se localiza a residência.
- ⇒ <Número da casa> Coloque o número conforme a ordem da casa dentro do setor censitário.
- ⇒ <Endereço> Colocar o endereço completo da casa.
- ⇒ <Qual seu nome completo> Colocar o nome da pessoa que está sendo entrevistada. (Este não é o nome de quem responde o questionário se o sujeito da pesquisa estiver impossibilitado de fazê-lo).
- ⇒ <O(A) Sr.(a) tem telefone?> Anote o telefone da casa.

Pergunta 1. <Sexo> Coloque o sexo do <sujeito da pesquisa>, conforme sua observação.

Pergunta 2. <Cor da pele> Nesta Pergunta, coloque a cor de pele que você observa.

Pergunta 3. <Qual sua idade? __ __ anos?> Pergunte qual a idade completa do entrevistado na data da entrevista. Se ela for fazer aniversário no dia seguinte, assim mesmo você registrará a idade do entrevistado no momento da entrevista. Se houver dificuldade, peça para ver algum documento onde conste a data de nascimento do entrevistado. Algumas vezes, o entrevistado pode dizer "tenho XXX anos de idade, mas fui registrado no ano XXXX"; neste caso, considere a idade que o entrevistado diz que tem.

Pergunta 4. <Qual seu estado civil> Preencher conforme as opções.

Pergunta 5. <Até que série o Sr.(a) estudou?> Se o entrevistado não estudou ou é analfabeto codifique como 00. Se o entrevistado estudou coloque do lado do item correspondente até que série ele cursou e de que grau. OBS: O primário tem 5 séries, o ginásial tem 4 series e o científico/normal/clássico tem 3 series. Para codificar a resposta coloque antes da barra o número da série e após o grau.

Pergunta 6. <Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo o Sr.(a)> Colocar direto o número de pessoas que moram no domicílio incluído o entrevistado e moradores de casas no mesmo terreno.

Pergunta 7. <O(A) Sr.(a) trabalha atualmente?> Marque (0) Não (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 8. <O(A) Sr.(a) é aposentado?> Marque (0) Não, **SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 10** (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 9. <Qual a idade que o Sr.(a) se aposentou?> Coloque a idade que o entrevistado tinha quando se aposentou em anos. Se ele tiver respondido não coloque o código 88 (Não se aplica).

Pergunta 10. <O Sr.(a) recebe ajuda financeira de outra pessoa?> Marque (0) Não (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 11. <Quanto o Sr.(a) recebeu no último mês? R\$ _____> Preencha com a renda recebida no último mês. Se o entrevistado não tiver renda preencha com zeros os espaços.

Pergunta 12. <No mês passado, quanto receberam as outras pessoas da casa?>

- Pessoa 1 R\$ _ _ _ _ _
- Pessoa 2 R\$ _ _ _ _ _
- Pessoa 3 R\$ _ _ _ _ _
- Pessoa 4 R\$ _ _ _ _ _
- Pessoa 5 R\$ _ _ _ _ _

Preencha com a renda recebida no último mês por cada uma das pessoas da casa. Observe que há espaço para cinco pessoas; se houver menos pessoas com rendimento em casa, preencha os campos que sobram com zeros (00000).

Pergunta 13. <O Sr.(a) tem rádio em casa?> (0) Não Se sim: Um ou mais de um ? _ rádios. A pergunta deve ser feita e em caso de resposta afirmativa, tentar quantificar o número de rádios. Considere qualquer tipo de rádio no domicílio mesmo que esteja incorporado a outro aparelho de som ou televisor. Não deve ser considerado o rádio do automóvel. Para codificação: 1=1, 2=2, 3=3, >=4=4.

Pergunta 14. <O Sr.(a) tem televisão a cores em casa?> (0) Não Se sim: Um ou mais de uma? _ televisões. Não considere televisão preto e branco que conta com ZERO (Não) mesmo que mencionada. Se houver mais de uma TV, perguntar e descontar do total as que forem preto e branco. Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil desde que seja a cores. Televisores de uso de empregada doméstica (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora. Para codificação 1=2, 2=3, 3=4, >=4=5.

Pergunta 15. <O Sr.(a) ou sua família tem carro> (0) Não Se sim: Um ou mais de um ? _ carros. Só contam veículos de passeio, não conta veículos como táxis, vans ou pick ups usados para fretes ou qualquer outro veículo utilizados para atividade profissionais. Veículos de uso misto, lazer e profissional, não deve ser considerado. Para codificação: 1=2, 2=4, >=3=5.

Pergunta 16. <Quais dessas utilidades domésticas o Sr.(a) tem em casa?> Marcar no formulário conforme resposta do entrevistado. Não existe preocupação com quantidade, tamanho ou modelo.

Pergunta 17. <Quantos banheiros o Sr.(a) tem em casa?> (0) Nenhum Se Sim: Um ou mais de um? _ Banheiros. Todos os banheiros com presença de vaso sanitários serão computados, mesmo os de empregada, lavabos e localizados fora da casa. Para codificação: 1=2, 2=3, >=3=4.

Pergunta 18. <O Sr.(a) tem empregada(o) doméstica(o) em casa?> (0) Nenhum Se Sim: Um ou mais de um? _ empregadas. Considerar como empregada(o) doméstica(o) somente os mensalistas, não esquecendo de incluir babas, motoristas, jardineiros, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, etc. trabalhando pelo menos 5 dias por semana. Para codificação: 1=2, >=2=4.

Pergunta 19. <Qual o último ano de estudo do chefe da família ?> Anote a opção correspondente. OBS: O primário tem 5 séries, o ginásial tem 4 series e o científico/normal/clássico tem 3 series.

COMPORTAMENTO

Pergunta 20. <O Sr.(a) fuma ou já fumou?> Considere como fumante qualquer indivíduo que responder que fumou pelo menos um cigarro por semana durante pelo menos um mês na sua vida. (0) Não, SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 25 (1). Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 21. <**Que idade o Sr.(a) tinha quando começou a fumar?**> Considere a idade na qual o entrevistado começou a fumar regularmente, conforme definição apresentada na pergunta 20.

Pergunta 22. <**O quê o Sr.(a) fuma(ou)?**> Marcar (1) cigarro (2) charuto (3) cachimbo (4) mais de um tipo de fumo.

Pergunta 23. <**Quantos cigarros o Sr.(a) fuma por dia?**> Colocar o número de cigarros fumados por dia.

Pergunta 24. <**Se parou, que idade o Sr.(a) tinha quando parou de fumar?**> Anotar a idade do entrevistado em anos. Quando o entrevistado não lembrar marcar (9) e marcar (88) Se o entrevistado ainda estiver fumando.

Pergunta 25. <**O Sr.(a) bebe ou já bebeu bebidas alcoólicas?**> Marcar (0) Não; **SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 34**, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 26. <**Que idade o Sr.(a) tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?**> Anotar a idade em anos, se não lembrar marcar 9 ou 88 conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 27. <**De um ano para cá o Sr.(a) bebeu alguma bebida alcoólica?**> Marcar (0) Não, **SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 33**, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 28. <**De um mês para cá em quantos dias o Sr.(a) bebeu alguma bebida alcoólica?**> Marcar (0) quando não bebeu neste mês (1) quando bebeu de um a cinco dias no mês (2) quando bebeu de 6 a 19 dias no mês e (3) quando bebeu 20 dias ou mais num mês, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 29. <**Onde o Sr.(a) costuma beber bebidas alcoólicas com mais frequência?**> Marcar (1) quando for em casa, (2) quando for fora de casa conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 30. <**Em que horário o Sr.(a) costuma beber bebidas alcoólicas?**> Marcar mais de uma resposta quando necessário. (1) quando for de manhã (antes do almoço), (2) no almoço, (3) de tarde, (4) na janta, (5) de noite após a janta e (6) de madrugada conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 31. <**Qual o tipo de bebida alcoólica que o Sr.(a) costuma beber com mais frequência?**> Marcar (1) cachaça, caipira, samba, ou derivados da cachaça (2) uísque, vodca ou conhaque (3) cerveja ou chopp, (4) vinho e (5) outros, citar quando necessário.

Pergunta 32. <**Qual a quantidade que o Sr.(a) costuma beber por dia de bebida alcoólica?**> Preencha a primeira coluna do questionário com um X colocando no espaço a quantidade mencionada.

Pergunta 33. <**Que idade o Sr.(a) tinha quando parou de beber bebidas alcoólicas?**> Anotar resposta em anos, se não lembrar marcar (9), marcar (88) se ainda bebe.

Pergunta 34. <**Qual a sua religião?**> Marcar (0) Não tenho, **SE A RESPOSTA FOR (0) NÃO TENHO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 37**, (1) católica, (2) espírita, (3) protestante (luterana, anglicana), (4) evangélica, (5) religiões afro-brasileiras (baturique, umbanda, etc...), (6) outras, citá-las. Se ficar em dúvida que a religião que o (a) entrevistado (a) refere é evangélica ou outra, colocar no item 6. Por exemplo, Jeová ou Universal, etc.

Pergunta 35. <**No último mês o Sr.(a) foi ao culto ou missa da sua religião?**> Marcar (0) Não (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 36. <**O Sr.(a) participa de algum grupo ou movimento ligado à sua religião?**> O grupo ou movimento pode ser tanto de estudo ou ensinamento religioso, como também de assistência

social. Se frequenta pelo menos uma vez por mês é (1) sim. Se for referido menos (2 a 3 vezes por ano) é (0) não.

Pergunta 37. <**O Sr.(a) acredita em Deus?**> Marcar (0) Não, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 38. <**O Sr.(a) costuma rezar quando tem algum problema?**> A resposta é independente das questões acima e não deve ser comparada ou questionada. Qualquer tipo de reza ou referencia a Deus, deve marcar Sim. Marcar (0) Não, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 39. <**O Sr.(a) faz algum tipo de exercício?**> Marcar (0) Não, **SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 44**, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 40. <**Há quanto tempo o Sr.(a) faz exercícios?**> Marcar o tempo em anos. Se o tempo for menos de um ano preencher com zeros (00) ou (88) se a resposta não se aplica.

Pergunta 41. <**Qual o tipo de exercício que o Sr.(a) faz com maior frequência?**> Anotar o tipo de exercício conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 42. <**Quantas vezes por semana o Sr.(a) faz este exercício?**> Anotar o número de vezes conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 43. <**Quanto tempo de cada vez?**> Anotar o tempo total em minutos. Se o entrevistado fizer exercícios mais de uma vez por dia, somar os minutos, anotar (99) quando a resposta for ignorada.

QUEDAS

Pergunta 44. <**O Sr.(a) sofreu alguma queda no último ano?**> Considere como queda, qualquer situação na qual acidentalmente o entrevistado(a) tenha caído ao solo. **SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 52**, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

OBS: Se o entrevistado possuir algum problema que o impeça de caminhar **pule para a pergunta número 53**.

Pergunta 45. <**Qual o número de quedas sofridas no último ano?**> Enumere quantas vezes o entrevistado caiu no último ano conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 46. <**Onde ocorreu sua última queda?**> Marcar (1) em casa (quando for dentro de algum domicílio), (2) na rua, conforme a resposta do entrevistado. **SE A RESPOSTA FOR NA RUA, PULE PARA A PERGUNTA NUMERO 48**.

Pergunta 47. <**Se em casa, em qual peça ocorreu essa queda?**> Anotar o nome da peça conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 48. <**Qual a parte de seu corpo foi atingida?**> Anotar as partes atingidas conforme a resposta do entrevistado, ou 8 caso a resposta não se aplique.

Pergunta 49. <**Em que turno do dia ocorreu sua queda?**> Marcar (1) manhã, (2) tarde e (3) noite conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 50. <**A queda foi ocasionada por?**> Marcar (1) degrau, (2) tapete, (3) piso liso (4) outros, citar, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 51. <**O Sr.(a) lembra do tipo de sapatos que usava no momento da queda?**> Marcar (0) quando não lembrar, (1) estava descalço(a), (3) sapatos de salto baixo (considerar ténis), (4) sapatos com salto alto, (5) chinelos, (6) tamanco e (7) outros. Citá-los.

Pergunta 52. <Para caminhar o Sr.(a)?> Marcar (0) quando não há dificuldade alguma, (1) quando necessita de muleta ou bengala (2) necessita de outra pessoa ou andador (3) Outros, citá-los ou (8) quando a resposta não se aplica.

SAÚDE - DOR TORÁCICA DE ESFORÇO/POSSÍVEL INFARTO

Pergunta 53. <O Sr.(a) sentiu alguma vez dor ou incômodo no peito?> Marcar (0) Não, **SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 62**, (1) Sim, se o entrevistado(a) se já sentiu, em alguma ocasião, qualquer tipo de dor ou mal estar (aperto) no peito.

Pergunta 54. <O Sr.(a) sente essa dor quando sobe uma ladeira ou caminha rápido?> Marcar (0) Não, (1) Sim e (2) se o entrevistado(a) nunca sobe ladeira nem caminha com rapidez, conforme a resposta do entrevistado.

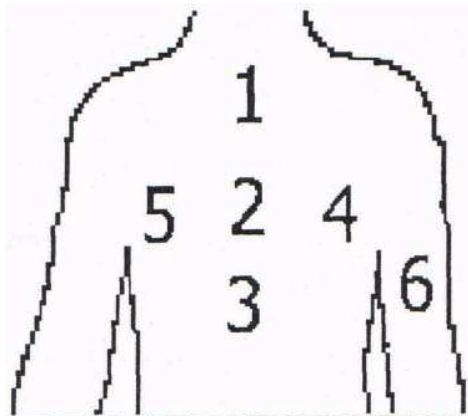
Pergunta 55. <O Sr.(a) sente essa dor quando caminha com passo normal em terreno plano?> Marcar (0) Não (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado .

Pergunta 56. <O que o Sr.(a) faz se a dor ou o incômodo aparece ao caminhar?> Marcar (0) se o entrevistado(a) continua caminhando normalmente, (1) se parar ou caminhar mais devagar mesmo depois de usar nitrato sublingual.

Pergunta 57. <Se o Sr.(a) para o que acontece?> Marcar (0) se não se sentir aliviado(a) e (1) se sentir alívio ao parar, não usando o nitrato sublingual.

Pergunta 58. <Em quanto tempo cede essa dor?> Marcar (1) se a dor cede em 10 minutos ou menos e (2) se a dor durar mais de 10 minutos.

Pergunta 59. <O Sr.(a) pode mostrar o lugar onde sente dor ou incômodo?> Pedir para o paciente mostrar o lugar onde sente a dor ou incômodo e anotar a região apontada conforme a resposta do entrevistado considerando o desenho abaixo.



Região Esternal superior

Região Esternal Média

Região Esternal Inferior

Hemitorax Esauerdo

Hemitorax Direito

6->MSE

Pergunta 60. <O Sr.(a) notou incômodo em outro lugar?> Marcar (0) Não, (1) Sim anotando qual o lugar em que também sentiu o mal estar, conforme a resposta do entrevistado

Pergunta 61. <O Sr.(a) teve alguma vez dor forte no peito que durasse meia hora ou mais?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

OUTRAS DOENÇAS

Pergunta 62. <O Sr.(a) tem algum(s) dos problemas que eu vou citar?> Para cada problema citado marcar (0) Não ou (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 63. <O Sr.(a) tem algum(s) desses problemas de saúde?> Para cada problema citado marcar (0) Não ou (1) Sim.

Pergunta 64. <O Sr.(a) tem diabetes ou açúcar no sangue?> Marcar (0) Não ou (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 65. <O Sr.(a) tem algum tumor ou câncer?> Marcar (0) Não ou (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 66. <O Sr.(a) tem dificuldade para enxergar?> Marcar (0) Não, **SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 71**, ou (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 67. <A dificuldade é para enxergar?> Marcar (1) Longe, (2) Perto, (3) Longe e perto, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 68. <O Sr.(a) usa óculos?> Marcar (0) Não, **SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 71**, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 69. <Quem lhe indicou o uso do óculos?> Marcar (1) Médico Oftalmologista, (2) Médico que trabalha em ótica, (3) Camelo), (4) Familiar, (5) Balconista de ótica ou (6) Emprestado, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 70. <Se você tivesse alguma dificuldade para enxergar, onde você iria?> Marcar (1) Oculista, (2) Médico, (3) Posto de Saúde, (4) Ótica, (5) Farmácia ou (4) Outro, citar, conforme a resposta do entrevistado

Pergunta 71. <O Sr.(a) tem outra doença diferente das que lhe perguntamos?> Em caso afirmativo, anotá-la.

TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO MENOR SRQ-20

(As questões de número 72 até 91 serão respondidas somente quando o próprio entrevistado estiver respondendo ao questionário, se não, pule-as).

Pergunta 72. <O Sr.(a) tem tido dores de cabeça com frequência?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 73. <O Sr.(a) tem falta de apetite?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 74. <O Sr.(a) dorme mal?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 75. <O Sr.(a) se assusta com facilidade?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 76. <O Sr.(a) tem tremores nas mãos?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 77. <O Sr.(a) se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 78. <O Sr.(a) tem má digestão?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 79. <O Sr.(a) sente que suas ideias ficam embaralhadas de vez em quando?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 80. <O Sr.(a) tem se sentido triste ultimamente?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 81. <O Sr.(a) tem chorado mais do que de costume?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 82. <O Sr.(a) tem sentido algum prazer nas suas atividades diárias?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 83. <O Sr.(a) tem tido dificuldade de tomar decisões?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 84. <O Sr.(a) acha que seu trabalho diário é penoso ou causa sofrimento?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 85. <O Sr.(a) acha que tem um papel útil na sua vida?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 86. <O Sr.(a) tem perdido o interesse pelas coisas?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 87. <O Sr.(a) se sente uma pessoa sem valor?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 88. <O Sr.(a) alguma vez pensou em acabar com sua vida?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 89. <O Sr.(a) se sente cansado(a) o tempo todo?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 90. <O Sr.(a) sente alguma coisa desagradável no estômago?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 91. <O Sr.(a) se cansa com facilidade?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

MEDICAMENTOS

Pergunta 92. <O Sr.(a) esta usando ou usou nos últimos 15 dias algum medicamento (remédio)?> Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 93. <Quais são os medicamentos (remédio) que o Sr.(a) está usando ou usou nos últimos 15 dias?> QUADRO MEDICAMENTOS

Preencher o quadro conforme as perguntas da coluna esquerda para cada um dos medicamentos citados, considerando até 10 medicamentos. Considerar apenas aqueles lembrados pelo entrevistado(a) nos últimos 15 dias.

Agora eu gostaria de ver o seu peso, sua altura e medir a sua pressão arterial. Favor ficar descalço (a) e tirar o casaco, caso esteja vestindo.

Peso: ___ Kg

Altura: ___ cm

Circunferência Abdominal: ___ cm

Circunferência braquial: ___ cm

Pressão Arterial: Inicial→ _____ / _____ mmHg

Pressão Arterial: Final → _____ / _____ mmHg

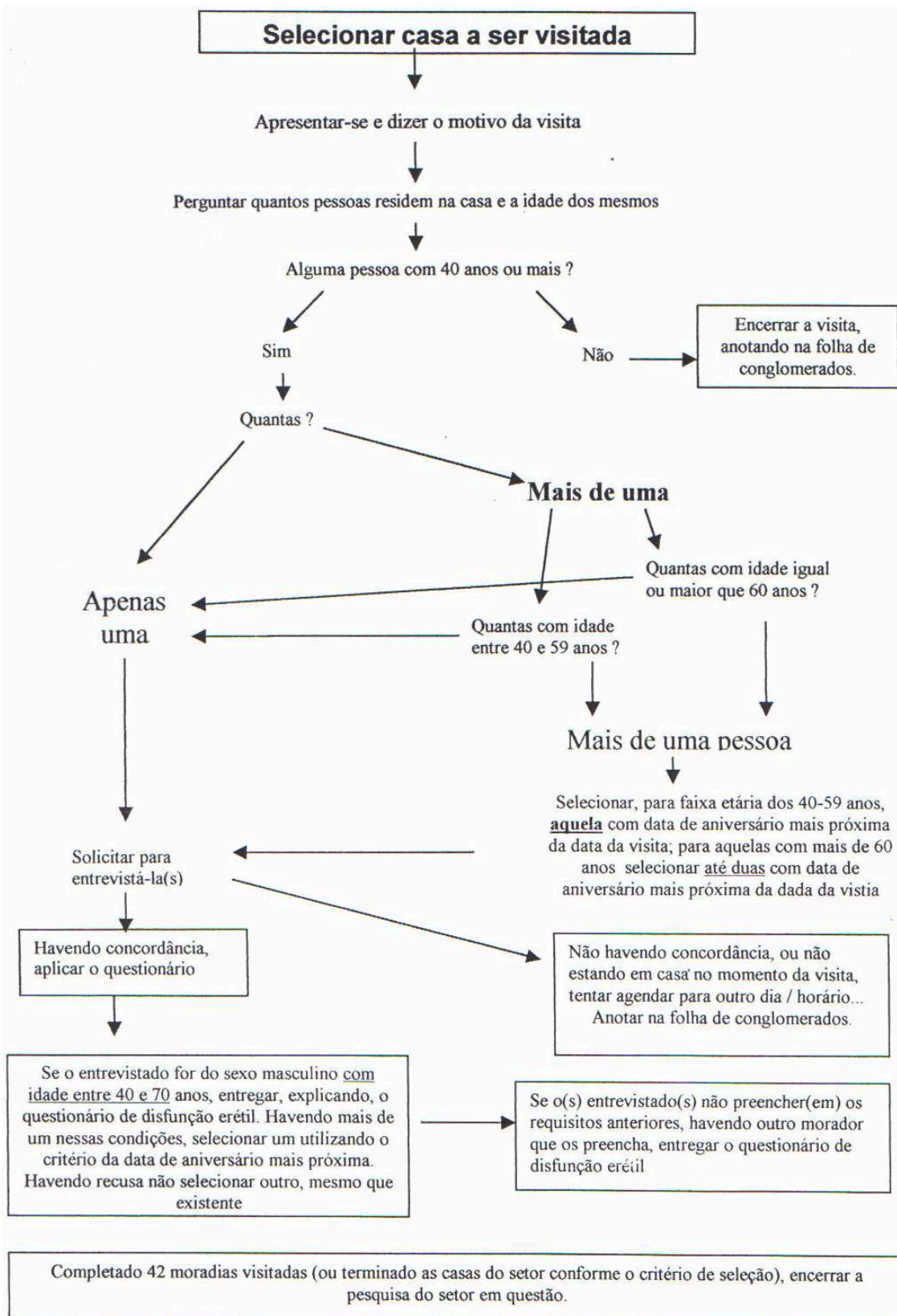
Quem respondeu o questionário: (1) O próprio entrevistado

(2) próprio entrevistado com ajuda

(3) outra pessoa _____

Entrevistador: _____

Codificador: _____



ORIENTAÇÕES

Algumas modificações foram feitas após o início da pesquisa, não constando no manual. O que está determinado nesta folha prevalece sobre o manual.

1 - Sortear a ordem em que as quadras serão visitadas a partir do mapa. Não está valendo a orientação que consta no manual da maneira de selecionar as quadras seguintes após completada a(s) anterior(es).

2 - Sortear a esquina (em cada quadra) por onde vão dar início a seleção das moradias para as entrevistas.

3 - Em cada casa poderão ser entrevistados nenhuma pessoa (não existirem pessoas com 40 anos ou mais ou existirem mas recusarem) até 03 pessoas (uma na faixa dos 40 aos 59 anos e até duas na faixa dos 60 anos ou mais). Essas orientações diferem das constantes no item 5. do Manual (Instruções gerais sobre as entrevistas)

4 - O questionário de disfunção erétil será deixado para apenas um homem morador da casa com idade entre 40 e 70 anos. O critério adotado para selecionar quem responderá, quando houver mais de um possível, será o da proximidade da data de aniversário com a data da visita.

5 - Se dentre os selecionados para as entrevistas não houver homem nas condições determinadas para responder o questionário de disfunção erétil, havendo na casa outro que preencha as condições o questionário será deixado para este último responder.

G - Se o selecionado para responder o questionário de disfunção erétil recusar, não será deixado o questionário para outro da moradia.

7 - Anotar na folha de conglomerado: o setor correspondente, o nome dos componentes da dupla, os endereços selecionados, o número de moradores em cada faixa etária, o número de entrevistados. Anotar se houver recusa.

8 - Anotar se houve recusa em receber o questionário de disfunção erétil.

9 - Qualquer dúvida que não seja esclarecida pela leitura do Manual / estas orientações, entre em contato com o orientador da pesquisa.

10 - Não esquecer de anotar no questionário o setor e o endereço da moradia do entrevistado.

11 - Havendo dúvida quanto ao modo de anotar a informação prestada pelo entrevistado, anotar o que ele está referindo da melhor maneira possível.