



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

THIAGO AFONSO CARVALHO CELESTINO TEIXEIRA

**Qualidade de vida sexual da população masculina de 18-69 anos na cidade de
Macapá – Amapá**

MACAPÁ
2015

THIAGO AFONSO CARVALHO CELESTINO TEIXEIRA

**Qualidade de vida sexual da população masculina de 18-69 anos na cidade de
Macapá – Amapá**

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima.

MACAPÁ
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá

616.65

T266q

Teixeira, Thiago Afonso Carvalho Celestino.

Qualidade de vida sexual da população masculina de 18-69 anos na cidade de Macapá - Amapá / Thiago Afonso Carvalho Celestino Teixeira, orientadora, Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima. – Macapá, 2015.
132 f.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Saúde do homem – Macapá-AP. 2. Saúde sexual masculina. 3. Qualidade de vida - homem. 4. Vida sexual masculina - Qualidade. I. Nazima, Maira Tiyomi Sacata Tongu, orient. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título.

Nome: TEIXEIRA, Thiago Afonso Carvalho Celestino

Título: Qualidade de vida sexual da população masculina de 18-69 anos na cidade de Macapá – Amapá

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração de Epidemiologia e Saúde Pública

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profª Drª Maira Tiyomi S. Tongu Nazima - Instituição: Universidade Federal do Amapá

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr Jorge Hallak - Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr José Carlos Tavares Carvalho - Instituição: Universidade Federal do Amapá

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr Paulo Marcondes Carvalho Junior - Instituição: Faculdade de Medicina de Marília

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Silvia Maria Mathes Faustino - Instituição: Universidade Federal do Amapá

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao povo hospitaleiro da cidade de Macapá que muito bem me recebeu e acolheu quando aqui decidi morar e trabalhar como médico e professor.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima, por ter me aceito como seu aluno, demonstrando sempre não somente seu vasto conhecimento científico e seu comportamento ético, mas também sua dedicação por me querer fazer um docente cada vez mais qualificado e uma pessoa melhor. A ela, minha admiração e amizade eternas.

Ao amigo e colega de turma, Wilson Alfaia, grande incentivador para o ingresso na pós-graduação e companheiro inseparável de jornada acadêmica.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, pela oportunidade de realização de trabalho em minha área de pesquisa e dentro da cidade que escolhi para morar e trabalhar.

Ao Prof. MSc. Antônio Pinheiro Teles Júnior e a MSc. Alessandra Feijão, pela indispensável ajuda na metodologia e na análise estatística.

Aos amigos e docentes do curso de Medicina da UNIFAP Achilles Campos, Alberto Paes, Bráulio França, Leila Moraes e Roberto Marcel, que me apoiaram e ajudaram durante todo o processo de aprendizado no mestrado, incluindo a confecção desta dissertação.

Aos alunos da graduação do curso de Medicina da UNIFAP, Anselmo Filho, Atie Calado, Hernan Queiroz, Igor Hanon, Iuri Sena, Karoline Silva, Luís Pena, Maicon Barbosa, Nardiel Batista, Raiza Campos e Vitor Candido, membros do grupo de pesquisa, que ajudaram na coleta de dados e confecção da dissertação.

Por fim a minha mãe Helba Teixeira, que participou ativamente na logística do estudo, e meu filho Leonardo. A eles, minha admiração e meu amor.

“O sexo, grande e misteriosa força da vida humana,
é indubitavelmente objeto de profundo interesse para
humanidade através dos tempos”

Willian J. Brennan
Suprema Corte dos Estados Unidos da América

RESUMO

TEIXEIRA, T. A. C. C. **Qualidade de vida sexual da população masculina de 18-69 anos na cidade de Macapá – Amapá.** 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Amapá, 2015.

Qualidade de vida é a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto de seus sistemas cultural e de valores, considerando objetivos, preocupações e expectativas. A saúde sexual é um fator determinante para a qualidade de vida do homem durante o envelhecimento e a presença de disfunções sexuais influenciam bastante na qualidade de vida sexual masculina. Com base nestas questões, o presente estudo objetivou: (a) determinar a qualidade de vida sexual da população masculina de 18 a 69 anos na cidade de Macapá (AP), (b) destacar quais aspectos do domínio sexual da qualidade de vida masculina receberam influência do envelhecimento e (c) calcular as prevalências global de ejaculação prematura, ejaculação retardada e desejo sexual hipoativo nesta população. Foi realizado estudo transversal e quantitativo através de uma amostra de 385 homens divididas em cotas, demograficamente representativa da população masculina de 18 a 69 anos de Macapá, com os dados coletados de forma privativa nos domicílios dos participantes. A classificação de qualidade de vida sexual e a prevalência das disfunções sexuais estudadas foram derivadas das resposta ao questionário gênero-específico e validado nacionalmente denominado Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M). A análise estatística foi realizada para determinar as medidas de tendência central e verificar a significância da associação das diferentes faixas etárias tanto com a qualidade de vida sexual, quanto dos domínios da vida sexual masculina. A taxa de resposta à pesquisa foi de 81,69%. A média de idade da população estudada foi de $36,00 \pm 12,95$ anos, com predominância de indivíduos com nível de instrução de ensino médio completo a superior incompleto (39,22%), pardos (63,11%), trabalhadores autônomos (42,07%), com renda salarial de 0 a 2 salários-mínimos (46,75%) e solteiros (36,10%). A média da qualidade de vida sexual da população foi de $80,39 \pm 12,14$, classificando-a como “boa a excelente”. Na distribuição por faixa etária, o QS-M apresentou crescimento dos 18 anos ($79,99 \pm 12,82$) até atingir pico nos homens de 35 a 39 anos ($85,91 \pm 10,85$) e posterior queda nos homens de 65 a 69 anos ($72,44 \pm 18,44$). A qualidade de vida sexual é estatisticamente significativa quando comparada a idade ($p < 0,01$, teste de Kruskal-Wallis). Ao se comparar os domínios sexuais masculinos avaliados pelo QS-M, foram estatisticamente significativos o desejo ($p < 0,01$, teste de Kruskal-Wallis), a satisfação da(o) parceira(o) ($p = 0,04$, teste de Kruskal-Wallis) e a qualidade de ereção ($p < 0,01$ – 5ª questão, $p = 0,03$ - 6ª questão e $p = 0,02$ – 7ª questão do QS-M, teste de Kruskal-Wallis). As prevalências de ejaculação prematura, ejaculação retardada e desejo sexual hipoativo na população foram, respectivamente, 36,54%, 6,50% e 11,69%. Os resultados do estudo indicam forte associação da qualidade de vida sexual com o envelhecimento da população masculina de Macapá, principalmente em fatores ligados tanto a disfunções sexuais quanto a aspectos sócio-culturais e de relacionamento. A prevalência das disfunções sexuais são equivalentes às encontradas na literatura, exceto a ejaculação prematura, que é maior que a média nacional, que é de 25,8%.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde sexual. Saúde do homem

ABSTRACT

TEIXEIRA, T. A. C. C. **Sexual quality of life of men aged 18-69 years old at Macapa – Amapa**. 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Amapá, 2015.

Quality of life is the individual's perception of his position in life in the context of the culture and value systems, in relation to his goals, concerns and expectations. Sexual health is a determining factor in the quality of life in aging men and the presence of sexual dysfunctions influence so much in male sexual quality of life. In this context, this research aimed: (a) to classify the sexual quality of life of men aged 18-69 years old at Macapa (AP), (b) to highlight which aspects of sexual domain in male quality of life have received influence of aging and (c) to calculate the global prevalence of premature ejaculation, delayed ejaculation and hypoactive sexual desire. This cross-sectional quantitative probability sample study (n=385) was done in a demographically representative population of men aged 18 to 69 years old, living at Macapa, with data collected privately inside the participants' houses. The classification of sexual quality of life and the prevalence of sexual dysfunctions were derived from the responses of a gender specific and nationally validated questionnaire called Male Sexual Quotient (MSQ). Statistical analysis was performed to determine the central tendency measures and to verify the level of significance between the different age groups with both sexual quality of life and sexual domains of male life. A response rate of 81.69% was achieved. The mean age of the sample was 36.00 ± 12.95 years, with predominance of men with complete high school to incomplete college level of education (39.22%), brown-skinned (63.11%), self-employed workers (42.07%), with monthly earned income of 0 to 2 minimum wages (46.75%) and singles (36.10%). The mean sexual male quality of life was 80.39 ± 12.14 (highly satisfied). There was an age-growth from 18 year-old men (79.99 ± 12.82) to 35-39 years (85.91 ± 10.85) and a subsequent age-decline to 65-69 years (72.44 ± 18.44). Sexual quality of life is statistically significant when compared with age ($p < 0.01$, Kruskal-Wallis test). In what concerns the male sexual domains, "desire" ($p < 0.01$, Kruskal-Wallis test), "partner satisfaction" ($p = 0.04$, Kruskal-Wallis test) and "erection quality" ($p < 0.01$ – question 5, $p = 0.03$ – question 6, $p = 0.02$ – question 7, Kruskal-Wallis test) were statistically significant. Global prevalences of premature ejaculation, delayed ejaculation and hypoactive sexual desire were, respectively, 36.54%, 6.50% and 11.69%. The results of this research indicate strong association of sexual quality of life and aging in male population at Macapa, primarily on factors such as sexual dysfunctions, socio-cultural and relationship aspects. Sexual dysfunction prevalence rates are similar to those previously found in literature, except the premature ejaculation prevalence, which is bigger than Brazilian average, which is 25.8%.

Keywords: Quality of life. Sexual health. Men's health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das frequências das idades da população masculina estudada, Macapá, 2014 -----	58
Gráfico 2 - Distribuição das frequências dos escores do QS-M, encontrados na população masculina de 18 a 69 anos, Macapá, 2014 -----	63
Gráfico 3 – Frequência das classificações de qualidade de vida sexual na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	64
Gráfico 4 - Frequência das respostas obtidas na questão "Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	64
Gráfico 5 - Frequência das respostas obtidas na questão "Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	65
Gráfico 6 - Frequência das respostas obtidas na questão "As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira (o)?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	66
Gráfico 7 - Frequência das respostas obtidas na questão "Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	66
Gráfico 8 - Frequência das respostas obtidas na questão "Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	67
Gráfico 9 - Frequência das respostas obtidas na questão "Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	68
Gráfico 10 - Frequência das respostas obtidas na questão "Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	68
Gráfico 11 - Frequência das respostas obtidas na questão "Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	69

Gráfico 12 - Frequência das respostas obtidas na questão "Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	70
Gráfico 13 - Frequência das respostas obtidas na questão "Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?" na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014 -----	70
Gráfico 14 - Diagrama em linhas da distribuição das médias de QS-M nas diferentes faixas etárias da população masculina de 18 a 69 anos, residente em Macapá, 2014 -----	74
Gráfico 15 - Gráfico em caixa dos valores de QS-M nas diferentes faixas etárias da população masculina de 18 a 69 anos, Macapá, 2014 -----	75
Gráfico 16 - Diagrama de dispersão dos valores de QS-M pela idade em anos dos homens de 18 a 69 anos, Macapá, 2014 -----	75
Gráfico 17 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	77
Gráfico 18 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	78
Gráfico 19 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira (o)?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	79
Gráfico 20 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "Seu desempenho sexual varia conforme sua(seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	80
Gráfico 21 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	81
Gráfico 22 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	81
Gráfico 23 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	83

Gráfico 24 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto desejar?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	83
Gráfico 25 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	84
Gráfico 26 - Diagrama de linhas das médias de escore da questão "Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?" nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014 -----	85
Gráfico 27 - Frequência da presença ou não da disfunção sexual ejaculação rápida ou precoce na população masculina de 18 a 69 anos de Macapá, 2014 -----	86
Gráfico 28 - Frequência da presença ou não da disfunção sexual ejaculação retardada ou anorgasmia na população masculina de 18 a 69 anos de Macapá, 2014 -----	87
Gráfico 29 - Frequência da presença ou não da disfunção sexual desejo sexual hipotativo na população masculina de 18 a 69 anos de Macapá, 2014 -----	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População do sexo masculino, residente na cidade de Macapá, com idade de 18 a 69 anos e respectivas cotas da amostra segundo faixa etária, 2010 -----	51
Tabela 2 – População masculina de 18 a 69 anos, por nível de instrução, da cidade de Macapá, com suas respectivas cotas da amostra, 2010 -----	51
Tabela 3 – População masculina de 18 a 69 anos, distribuídas por bairros e demais localidades, em Macapá, com suas respectivas cotas amostrais, 2010 -----	53
Tabela 4 – Medidas de tendência central da idade da amostra populacional de homens de 18 a 69 anos de Macapá, 2014 -----	57
Tabela 5 – Distribuição da amostra do estudo segundo faixas etárias, Macapá, 2014 -----	59
Tabela 6 – Distribuição da amostra do estudo segundo grupamentos de escolaridade, Macapá, 2014 -----	59
Tabela 7 – Distribuição da amostra do estudo segundo etnia, Macapá, 2014 -----	60
Tabela 8 - Distribuição da amostra do estudo segundo profissão, Macapá, 2014 -----	60
Tabela 9 - Distribuição da amostra do estudo segundo classes de renda mensal individual, Macapá, 2014 -----	61
Tabela 10 - Distribuição da amostra do estudo segundo estado civil, Macapá, 2014 -----	61
Tabela 11 – Valores estatísticos descritivos do QS-M da população de homens de 18 a 69 anos de Macapá, 2014 -----	62
Tabela 12 – Valores estatísticos descritivos do QS-M da população masculina nas diferentes faixas etárias, Macapá, 2014 -----	73
Tabela 13 – Níveis descritivos dos testes de Mann-Whitney obtidos nas comparações entre médias de QS-M das diferentes faixas etárias da população masculina de 18 a 69 anos, Macapá, 2014 -----	76

LISTA DE SIGLAS

- ABEI – Associação Brasileira para o Estudo da Impotência
- ABEIS – Associação Brasileira para o Estudo da Inadequações Sexuais
- AP – Amapá
- CBES – Círculo Brasileiro de Educação Sexual
- CESEX – Centro de Sexologia de Brasília
- CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição
- DE – Disfunção Erétil
- DSHM – Desejo Sexual Hipoativo Masculino
- DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5^a edição
- ECOS – Estudo do Comportamento Sexual Brasileiro
- EHS – Escore de Rigidez de Ereção (do inglês, *Erection Hardness Score*)
- EMAS – Estudo do Envelhecimento Masculino Europeu (do inglês, *European Male Aging Study*)
- EP – Ejaculação Precoce ou Prematura ou Rápida
- EPE – Estudo Populacional do Envelhecimento
- ER – Ejaculação Retardada
- EUA – Estados Unidos da América
- EVSB – Estudo da Vida Sexual do Brasileiro
- FAMAS – Estudo do Envelhecimento Masculino de Florey, Adelaide (do inglês, *Florey Adelaide Male Aging Study*)
- GBSS – Pesquisa Global para um Melhor Sexo (do inglês, *Global Better Sex Survey*)
- GSSAB – Estudo Global de Comportamentos e Atitudes Sexuais (do inglês, *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*)
- HC-FMUSP – Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- HPFS – Estudo de Seguimento de Profissionais de Saúde (do inglês, *Health Professionals Follow-up Study*)
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IELT – Tempo de Latência Ejaculatória Intravaginal (do inglês, *Intravaginal Ejaculatory Latency Time*)
- IPSS – Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (do inglês, *International Prostatic Symptoms Score*)

ISSM – Sociedade Internacional para Medicina Sexual (do inglês, *International Society for Sexual Medicine*)

LUTS – Sintomas do Trato Urinário Inferior (do inglês, *Lower Urinary Tract Symptoms*)

MALES – Atitudes Masculinas para Eventos da Vida e Sexualidade (do inglês, *Men's Attitudes to Life Events and Sexuality*)

MATeS – Pesquisa Telefônica dos Homens na Austrália (do inglês, *Men in Australia Telephone Survey*)

MMAS – Estudo do Envelhecimento Masculino Massachusetts (do inglês, *Massachusetts Male Aging Study*)

mSLQQ-QOL – Domínio de Qualidade de Vida Modificado do Questionário de Qualidade de Vida Sexual (do inglês, *modified Quality of Life domain of the Sexual Life Quality Questionnaire*)

NATSAL-3 – 3ª Pesquisa Nacional de Estilo de Vida e Atitudes Sexuais (do inglês, *Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*)

NHANES – Pesquisa Nacional do Exame de Saúde e Nutricional (do inglês, *National Health and Nutrition Examination Survey*)

NHSLS – Pesquisa Nacional de Saúde e Vida Social (do inglês, *National Health and Social Life Survey*)

NIH – Instituto Nacional de Saúde (do inglês, *National Institute of Health*)

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – significância ou nível descritivo do teste

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

ProSex – Projeto Sexualidade

QS-M – Quociente Sexual – Versão Masculina

SBRASH – Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida e Sexualidade Humana

SBS – Sociedade Brasileira de Sexologia

SEAR – Autoestima e Relacionamento (do inglês, *Self-Esteem And Relationship*)

SF-36 – Questionário de Qualidade de Vida – 36

SLAIS – Sociedade Latinoamericana para Estudo da Impotência e Sexualidade

SLAMS – Sociedade Latinoamericana de Medicina Sexual

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIFAP – Universidade Federal do Amapá

WHO – Organização Mundial de Saúde (do inglês, *World Health Organization*)

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	16
2 – OBJETIVOS	24
3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
3.1 – QUALIDADE DE VIDA E SEU ASPECTO SEXUAL	25
3.2 – QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO MASCULINA	26
3.3 – DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS	27
3.4 – DISFUNÇÃO ERÉTIL	32
3.5 – EJACULAÇÃO PRECOCE OU PREMATURA	35
3.6 – DESEJO SEXUAL HIPOATIVO MASCULINO	37
3.7 – EJACULAÇÃO RETARDADA	37
3.8 - ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS FUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS	39
3.9 - DIREITO SEXUAL NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	42
4 – MATERIAL E MÉTODOS	45
4.1 – DESENHO DO ESTUDO	45
4.2 – LOCAL DO ESTUDO	45
4.3 – POPULAÇÃO DO ESTUDO	46
4.4 – TAMANHO DA AMOSTRA	46
4.5 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	47
4.6 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS	47
4.7 – TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	50
4.8 - ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS	54
4.9 – ASPECTOS ÉTICOS	55
5 – RESULTADOS	57
5.1 – CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA AMOSTRA POPULACIONAL	57
5.2 – SCORE DO QS-M NA POPULAÇÃO MASCULINA DE 18 A 69 ANOS DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ	62
5.3 – SCORE DO QS-M POR FAIXA ETÁRIA NA POPULAÇÃO ESTUDADA	71
5.4 – PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS – EJACULAÇÃO RÁPIDA, EJACULAÇÃO RETARDADA E DESEJO SEXUAL HIPOATIVO	85
6 – DISCUSSÃO	88
7 – CONCLUSÕES	108
REFERÊNCIAS	110

APÊNDICE A	128
APÊNDICE B	130
ANEXO A	131
ANEXO B	132

1 – INTRODUÇÃO

O conceito de Sexualidade nem sempre permaneceu o mesmo durante a história da humanidade. A origem etimológica da palavra “Sexo” vem do latim *Sexus*, que significa “gênero, estado de ser macho ou fêmea”, relacionado primitivamente à palavra *Secare*, também de origem latina, com significado de “cortar, dividir”, como divisão da raça humana em duas partes (TAQUES JR, 2006).

Antes do século XVIII, o adjetivo “sexual” permanecia tão somente utilizado com este sentido de “pertencente ao gênero ou sexo”. Já o substantivo “sexualidade” foi cunhado em trabalhos científicos no ano de 1820, no título da monografia *Von der Sexualität der Pflanzen* (Da Sexualidade das Plantas) do botânico alemão August Henschel. Posteriormente este termo foi transferido aos estudos em humanos, contudo era reservado apenas ao aspecto reprodutor. Somente ao final do século XIX que “sexualidade” passou a representar também o aspecto de desejo e emotividade, adquirindo seu significado amplo atual (SCHULTHEISS; GLINA, 2010).

Desde a Pré-História, o homem expressa seus conceitos e ideias sobre sua sexualidade. Em cavernas europeias foram encontradas evidências gráficas relacionadas à atividade sexual, datadas do Alto Paleolítico (38000-11000 a.C.), com representação principalmente do pênis em ereção. Duas representações coitais se destacam dentre estes desenhos: uma nas paredes da Caverna Los Casares na Espanha Central (cerca de 20000 a.C.) e outra numa placa encontrada na Caverna La Marche, na França Ocidental, datada de aproximadamente 13000 a.C. (ANGULO; GARCÍA-DIEZ, 2011).

No Antigo Egito, a sexualidade era considerada parte integrante da vida e do além-vida. Os egípcios acreditavam que as forças eróticas eram extremamente poderosas, tanto que o poder sexual das múmias tinha que ser mantido para sua jornada pós-morte humana. As lendas de diversas divindades egípcias abordam diferentes aspectos da sexualidade, bem como registros médicos e literários sobre o assunto permeiam diferentes hieróglifos encontrados (EL-MELIEGY, 2008).

Na cultura greco-romana, inúmeras são as histórias mitológicas de deuses e inscrições médicas que descreviam fatos da sexualidade humana. Havia festivais consagrados à fertilidade, onde a procriação era estimulada. Era uma época onde o sexo era considerado não somente sagrado, mas culturalmente permissivo à toda sociedade (SKINNER, 2014).

No século V antes de Cristo, Hipócrates de Cós, em seu trabalho *De aëre aquis et locis* (Ares, Água e Lugares), descrevera a incidência elevada de disfunção erétil e infertilidade nos Citas (antigo povo iraniano de pastores nômades equestres) relacionando-as com o trauma perineal contínuo decorrente da equitação (CAIRUS; RIBEIRO JR, 2005).

Com o advento das religiões judaica, muçulmana e cristã, o ato sexual passou a ser visto como algo pecaminoso, com exceção após o casamento, onde era permitido com a justificativa da procriação. Estas religiões, portanto, desenvolveram seus códigos morais de conduta, estabelecendo normas e comportamentos sexuais que, quando transgredidos, tornavam-se ligados ao sentimento de culpa e ao pecado, selando, pois, o momento histórico em que a sexualidade se tornou tabu para a sociedade (RAMADAM; ABDO, 2012; SPADT; ROSENBAUM; DWECK et al., 2014).

Durante a Renascença, a beleza física e o corpo ganharam destaque nas artes. O nu representava uma nova ideologia do mundo. Alguns artistas renascentistas também desenvolveram estudos científicos em sexualidade, como Leonardo da Vinci (1452-1519) que não só descreveu que o fluxo sanguíneo aumentado levava à ereção peniana, conclusão obtida a partir de auto-observação e disseções em cadáveres humanos, bem como registrou casais durante o coito em alguns desenhos, juntamente com informações sobre suas hipóteses fisiológicas sobre o ato sexual (VINCI, 2011; HICKMAN, 2012).

Ainda durante o período renascentista, o cirurgião francês Ambroise Paré (1510-1590) escreveu o livro *De la generation de l'homme* (Da geração do homem) no ano de 1573, onde descrevia em detalhes como realizar adequadamente um ato sexual para aumentar as chances de gravidez. Outro renomado cirurgião, o inglês John Hunter (1728-1793), em sua obra *A Treatise on the venereal disease* (1786), afirmou que a impotência sexual (terminologia usada à época) era dependente também do aspecto psicológico e que o aspecto orgânico desta impotência dependia da ação de diferentes órgãos e sistemas (SCHULTHEISS; GLINA, 2010).

No início do século XIX, na Itália Setentrional católica, Paolo Mantegazza (1831-1910) já abordava em seus livros assuntos sobre a fisiologia do ato sexual, bem como suas disfunções. Na obra *Igiene dell'amore*, Mantegazza escreveu inclusive sobre disfunção erétil e *dysgenesis anticipans* (hoje ejaculação rápida ou precoce). Nestes trabalhos, ele curiosamente se referia aos estudos sexuais como a “Ciência do Abraço”. Vale destacar que ele usava a palavra “amor” ao invés de coito em seus manuscritos (SIGUSCH, 2008).

Em 1912, o médico neurologista e fundador da psicanálise, Sigmund Freud (1856-1939) escreveu o ensaio *Über die allgemeinste erniedrigung des liebeslebens* (A mais prevalente forma de degradação na vida erótica) onde abordou diretamente a disfunção erétil. Neste ensaio clássico, Freud introduziu o termo “impotência psíquica”, definida como uma recusa dos órgãos sexuais a executar o coito e destacou que a função ou disfunções sexuais não são processos isolados e são usualmente mais que simples falhas orgânicas (HARTMANN, 2009).

Os campos de estudo em Medicina Sexual experimentaram grande avanço após a Segunda Guerra Mundial. Dentre os inúmeros estudiosos da época, Alfred Charles Kinsey (1894–1956) merece destaque como o pioneiro nos estudos epidemiológicos com rigor científico em sexualidade humana. Em janeiro de 1948, Kinsey publicou o livro *Sexual Behavior in Human Male*, mais conhecido como Relatório Kinsey, o qual compilava 5.000 histórias sexuais de homens americanos, fornecendo uma série de revelações sobre comportamentos sexuais masculinos como masturbação, adultério e homossexualidade. Neste estudo, Kinsey discorreu que 92% dos homens participantes se masturbavam e que 37% já tinham mantido uma relação homossexual que resultou em orgasmo (KINSEY; POMEROY; MARTIN, 1948).

Em 1956, o urologista e cirurgião da universidade de Dukes, James H. Semans (1910-2005) publicou um artigo clássico sobre ejaculação precoce, no qual discutia abertamente as características comportamentais relacionadas à esta disfunção. Ele afirmava que a ejaculação precoce poderia levar à disfunção erétil e a recomendava como terapia comportamental a técnica do stop-start (SEMANS, 1956).

Nos anos de 1960, o casal, William Howell Masters (1915-2001) e Virginia Eshelman Johnson (1925-2013), visando conferir ao prazer sexual uma “objetividade científica”, preconizou uma terapêutica sexual baseada em escores de desempenho, desprezando o psiquismo como fator estrutural importante da sexualidade. Masters e Johnson estudaram a anatomia, a fisiologia e a resposta sexual humana dentro de laboratórios em 1954, pois acreditavam que a comunidade médica pouco sabia sobre sexualidade para compreender as queixas de seus pacientes. Usando dados derivados de aferições em laboratório, eles descreveram o ciclo de quatro fases da resposta sexual masculina e feminina, culminando na publicação *Human sexual response*. (MASTERS; JOHNSON, 1966).

Basson (2000), ao estudar a resposta sexual feminina, percebeu que esta ocorria de maneira diferente da masculina, ao contrário do que defendiam Masters e Johnson. Ela

desenvolveu, então, o chamado modelo “circular” da resposta sexual feminina, o qual demonstra que parte das mulheres iniciam sua experiência sexual em estado de neutralidade e, caso condições favoráveis se desenvolvam, ela iniciaria uma busca deliberada por estímulos sexuais, o que desencadearia a fase de excitação sexual propriamente dita. Em outras situações, o desejo sexual espontâneo da mulher, de maneira similar ao do sexo masculino, poderia desencadear tanto o estímulo sexual, quanto diretamente a excitação (BASSON, 2002).

Durante a década de 1970, diversos médicos trabalhavam com questões relacionadas à área da Medicina Sexual, sendo este o período de definição desta nova linha acadêmica de estudos. Antes, porém, o termo Medicina Sexual era utilizado na literatura científica mundial, como no artigo científico intitulado *Forensische Sexualmedizin* (Medicina Sexual Forênsica) contido no jornal *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* (Revista de Ciência Sexual), escrito pelo advogado alemão Joh Werthauer e datado de 1908, onde abordava casos de má conduta e crimes sexuais em Medicina Legal. Em 1972, o alemão Volkman Sigusch publicou seu livro intitulado *Ergebnisse zur Sexualmedizin* (Resultados da Medicina Sexual) que não somente definia a Medicina Sexual como linha de pesquisa acadêmica, mas também criticava da maioria da comunidade médica por recusar aceitar esta nova disciplina de estudos (SCHULTHEISS; GLINA, 2010).

Ainda em 1972, saiu a publicação do primeiro jornal em Medicina Sexual, também alemão, denominado *Sexualmedizin*. Este periódico foi seguido por outros em diferentes países: no Reino Unido, pelo *British Journal of Sexual Medicine* em 1973 e o *Sexual Medicine Today* nos Estados Unidos em 1977. O conteúdo destas publicações era predominantemente instrucional-educativo, ainda carecendo da abordagem de metodologias específicas para práticas médicas. Em 1978, Eric Trimmer publicou na língua inglesa livro específico sobre Medicina Sexual, o *Basic Sexual Medicine*. Já em 1979, saiu o *Textbook of Sexual Medicine*, de autorias de Robert Kolodny, Bill Masters e Virginia Johnson e, em 1980, o *Sexual Medicine*, escrito por Max Elstein. Em 1997, Jona Lewin e Michael King, em artigo publicado no *British Medical Journal*, destacam a importância da Medicina Sexual como disciplina de estudos integrados com forte interação clínica com especialistas das áreas de Urologia, Ginecologia, Endocrinologia e Psiquiatria (RILEY, 2007).

Com o desenvolvimento da Medicina Sexual como área de atuação e estudos, inúmeras sociedades científicas se desenvolveram por todo mundo. Em 1978, o evento *First International Conference on Corpus Cavernosum Revascularization*, em Nova Iorque,

culminou primeiramente na formação da *International Society of Impotence Research*, a qual, após abertura para outras especialidades afins como Psiquiatria, Psicologia e Ginecologia, acabou por mudar para o nome para *International Society for Sexual Medicine*, que reúne as seis sociedades continentais atuais: *European Society for Sexual Medicine*, *Sexual Medicine Society of North America*, *Sociedad Latino-Americana de Medicina Sexual*, *Asia Pacific Society for Sexual Medicine*, *Middle East Society for Sexual Medicine* e *South Asian Society for Sexual Medicine* (LEWIS; WAGNER, 2008).

No Brasil, a evolução dos estudos em sexualidade acompanharam os acontecimentos do exterior. No período que vai do final do século XIX até o final da década de 1920, o discurso sobre sexo no país se estabeleceu de modo mais intenso. Uma das primeiras publicações científicas nacionais sobre sexualidade, basicamente ligada ao estudo dos “desvios funcionais do instinto sexual” foi *Psiconeuroses e sexualidade* de Antônio Austregésilo, lançada em 1919 (REIS; RIBEIRO, 2004).

Na década de 1930, surgiram os pioneiros do estudo da sexualidade no Brasil, os médicos Hernani de Irajá e José de Albuquerque, ambos radicados no Rio de Janeiro. Hernani de Irajá produziu inúmeras publicações em sexologia, principalmente com foco na sexualidade feminina. Dentre suas obras, destacam-se: *Morphologia da mulher* e *A plástica feminina no Brasil*, publicadas em 1931. José de Albuquerque destacou-se na luta pela institucionalização da Andrologia como ciência dos estudos dos problemas sexuais masculinos. Ele fundou duas revistas especializadas: o *Jornal de Andrologia* (1932-1938) e o *Boletim de Educação Sexual* (1933-1939), além de ter fundado o *Círculo Brasileiro de Educação Sexual* (CBES), instituição brasileira com propósito de promover a educação sexual no país. O período da Segunda Guerra Mundial freou a expansão da educação sexual no Brasil, voltando a florescer nas últimas décadas do século XX, porém com enfoques diferentes dos anteriores, quer seja no aspecto educacional, quer seja no aspecto clínico, em um movimento que reuniu principalmente médicos ginecologistas e psicólogos. No início dos anos de 1970, o ginecologista Ricardo Cavalcanti formou o Centro de Sexologia de Brasília (CESEX), um núcleo de estudos de professores universitários médico e psicólogos. Em 1973, o psiquiatra Isaac Charam fundou no Rio de Janeiro a Sociedade Brasileira de Sexologia (SBS), associação responsável pela organização do XI Congresso Mundial de Sexologia, na cidade do Rio de Janeiro em 1993. Apesar de atualmente estar desativada, a SBS possui relevância histórica pois foi responsável por regulamentar a atuação no campo da sexologia no país (RUSSO; RHODEN, 2011).

No ano de 1978, na cidade de São Paulo, aconteceu o I Congresso Brasileiro de Educação Sexual, organizado pela sexóloga Maria Helena Matarazzo. Este evento merece destaque histórico por ter abordado exclusivamente a temática sexual (RUSSO; RHODEN; TORRES et al., 2011).

A partir da década de 1980, intensificou-se a articulação de profissionais voltados ao campo da sexualidade. Durante este período, inúmeros eventos científicos se sucederam, culminando no I Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, realizado em 1989 na cidade do Rio de Janeiro, organizada pela Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida e Sexualidade Humana (SBRASH), associação realmente multidisciplinar para estudos sexuais do Brasil, fundada em 1986. Na mesma década, outro ator social nacional entra no circuito de estudos em sexualidade: os urologistas. Um grupo de médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), liderados pelos urologistas Sidney Glina e Milton Borelli, juntamente com uma equipe multiprofissional, iniciou estudos em pacientes que faziam implantes de próteses penianas, revascularização deste órgão, associados ou não à psicoterapia. Em 1987, um grupo de profissionais, incluindo Sidney Glina e Moacir Costa (psiquiatra), criaram a Associação Brasileira para o estudo da Impotência (ABEI), a qual foi a principal instituição divulgadora da Medicina Sexual no país. No ano de 2003, após mudança do termo *impotência sexual* para *disfunção erétil*, a ABEI transformou-se na Associação Brasileira para o Estudo das Inadequações Sexuais – ABEIS (RUSSO; RHODEN, 2011).

Nos anos de 1990, inúmeros núcleos de estudo em sexualidade surgiram em universidades públicas brasileiras, com o intuito de oferecer disciplinas para graduação, promover cursos de especialização, produzir pesquisa científica, oferecer estágio supervisionado e organizar encontros de diferentes níveis. Dentre estes destaca-se o Projeto Sexualidade (ProSex), fundado em 1993 pela Prof^a Carmita Abdo, do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Este núcleo possui atuação voltada à Sexologia Clínica, tendo se destacado por inúmeros trabalhos científicos publicados, como o Estudo do Comportamento Sexual Brasileiro (ECOS) de 2000-2001, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSBS) de 2002-2003, e o Estudo Populacional do Envelhecimento (EPE) de 2006 (INSTITUTO DE PSIQUIATRIA/HC-FMUSP, 2011).

Em setembro de 1990, foi criada outra associação médica, predominantemente formada por urologistas, relacionada aos estudos em impotência, a *Sociedad Latinoamericana para el Estudio de la Impotencia y la Sexualidad* (SLAIS), como marco do

IV Congresso Mundial de Impotência, realizado na cidade do Rio de Janeiro. Em 2007, a SLAIS muda sua nomenclatura para *Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual* (SLAMS), tornando-se a maior sociedade continental em Medicina Sexual da América Latina e sociedade regional afiliada da ISSM - *International Society for Sexual Medicine* (SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL, 2014).

No Brasil, de uma forma em geral, o ensino da sexualidade na graduação médica é ofertado de uma maneira fragmentada em diversas disciplinas nos cursos de currículos tradicionais. Ginecologia é a disciplina onde normalmente a maioria dos tópicos sobre sexualidade é lecionado (51,5%), seguida pela Urologia (18%). Frequentemente esta abordagem se baseia no ensino de doenças de transmissão sexual ou disfunções, com menos de 50% dos professores abordando os aspectos sociais em sexualidade (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2014).

Os estudos acadêmicos médicos no estado do Amapá, região Norte do Brasil, praticamente se iniciam com as implantações do curso de Medicina e do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), ambos em 2010.

O curso de Medicina da UNIFAP adota como metodologia ativa de ensino a aprendizagem baseada em problemas. O ensino dos aspectos sexuais masculinos e femininos, bem como suas disfunções, são abordados em um módulo de estudos no quarto semestre letivo, com carga horária de 108 horas totais, denominado *Saúde da Mulher, Sexualidade Humana e Planejamento Familiar*, com abordagem multidisciplinar e participação docente das áreas de Bioética, Ginecologia, Psicologia, Psiquiatria e Urologia (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, 2014).

O programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da UNIFAP oferece em seu mestrado acadêmico a área de concentração em Epidemiologia e Saúde Pública, na qual é possível desenvolver pesquisas em sexualidade. No entanto, em sua grade curricular ainda não é ofertada a disciplina específica ligada à Sexualidade ou Medicina Sexual (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, 2014).

No estado do Amapá, a realização de estudos científicos médicos ainda é insipiente. É raro encontrar publicação científica que aborde aspectos da saúde sexual masculina da região. A presente pesquisa, portanto, possibilita o diagnóstico de aspectos sexuais da população masculina da cidade de Macapá, capital do estado, o que certamente subsidiará o debate para a implantação de políticas públicas voltadas para a melhoria das

condições de saúde masculina, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem/ Sistema Único de Saúde (PNAISH/SUS), a qual busca em um de seus objetivos específicos o estímulo à implantação da assistência à saúde sexual (BRASIL, 2009a).

2 – OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa é classificar a qualidade de vida sexual média da população masculina de 18 a 69 anos na cidade de Macapá, estado do Amapá.

Além disso, este estudo tem como objetivos específicos:

- 1) Caracterizar epidemiologicamente a amostra estudada;
- 2) Destacar quais aspectos do domínio sexual da qualidade de vida masculina receberam influência do envelhecimento;
- 4) Calcular a prevalência global para a população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá das seguintes disfunções sexuais: ejaculação rápida (ou precoce), ejaculação retardada (ou anorgasmia) e desejo sexual hipotativo masculino.

3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 – Qualidade de vida e seu aspecto sexual

Conceitua-se qualidade de vida como a satisfação do indivíduo com relação a sua posição na vida, em consonância com seu contexto cultural e seu sistema de valores, levando em consideração seus objetivos, preocupações e expectativas (WHO, 1993).

Nas últimas décadas, o aspecto da qualidade de vida ligado à saúde assumiu grande relevância em pesquisas populacionais, não somente para avaliações de qualidade do cuidado individual com a saúde, mas também como método de aferição da eficácia de intervenções em saúde pública (ALTHOF, 2002; SÁNCHEZ-CRUZ; CABRERA-LÉON; MARTÍN-MORALES et al., 2003).

O objetivo dos estudos em qualidade de vida ultrapassam a visão do binômio saúde-doença e incluem os sentimentos de bem-estar e satisfação, assim como a percepção subjetiva do apropriado funcionamento ou impedimento de determinada ação humana. Estas avaliações, portanto, introduzem o caráter humanístico ao cuidado à saúde, predominantemente associado ao tratamento de doenças e à melhora de sintomas (AVASTHI; GROVER; BHANSALI et al., 2011).

O conceito de qualidade de vida se torna complexo na prática, visto abranger inúmeros componentes, como a saúde física e psicológica, o nível de independência do indivíduo, suas relações interpessoais e seus relacionamentos com características próprias do ambiente em que vivem. Dentre estes diversos fatores, destaca-se a satisfação sexual como um dos mais proeminentes na espécie humana. Este estado de prazer e contentamento que advém da realização do que se espera sexualmente perpassa por uma saúde sexual adequada a cada um dos indivíduos que se relacionam. Saúde sexual é, pois, definida como um estado de bem estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade. Ela não se resume somente à ausência de doenças ou disfunções, pois as experiências sexuais usualmente desencadeiam respostas emocionais fortes em homens (TAN; TONG; HO, 2011; ROWLAND; LECHNER; BURNETT, 2012).

A satisfação sexual, dentro dos estudos em saúde sexual, corresponde a resposta afetiva decorrente da avaliação individual das dimensões positiva e negativa associadas a uma relação sexual (SÁNCHEZ-FUENTES; SANTOS-IGLESIAS; SIERRA, 2013).

A sexualidade, como função e necessidade humanas básicas, exerce grande influência na bem-estar geral e na qualidade de vida. Com isso, o destaque na abordagem científica da qualidade de vida sexual se torna cada vez maior na literatura (ALTHOF, 2002; ARRINGTON; CONFRANCESCO; WU, 2004; MULHALL, KING, GLINA et al., 2008).

Os aspectos peculiares da função sexual humana e seus respectivos problemas raramente são explorados no contexto das políticas em Saúde Pública, mesmo com o conhecimento de que as disfunções sexuais influenciam negativamente na qualidade de vida dos pacientes e de suas(seus) parceiras(os), com evidente associação com perda de autoestima, ansiedade, depressão, contribuindo para dificuldades no relacionamento íntimo interpessoal (BACON; MITTLEMAN; KAWACHI et al., 2003; CAPPELLERI; ALTHOF; SIEGEL et al., 2004; ALTHOF; ROSEN; PERELMAN et al., 2013; MITCHELL; MERCER; PLOUBIDIS et al., 2013).

3.2 – Quociente sexual – versão masculina (QS-M)

A qualidade de vida sexual e as disfunções desta esfera são importantes aspectos da vida humana, tanto na âmbito da pesquisa clínica, quanto no cuidado individual e coletivo em saúde (RIZVI; YEUNG; KENNEDY, 2011).

Existem diversos métodos para avaliar tanto a função sexual, quanto a qualidade de vida relacionada a este aspecto em particular e dentre estes instrumentos destacam-se os questionários como medidas auto-responsivas das mais utilizadas em pesquisas populacionais (ARRINGTON; CONFRANCESCO; WU, 2004).

Há inúmeros destes instrumentos sendo utilizados para aferir diferentes aspectos da vida sexual, incluindo: atitudes em relação ao ato em si, comportamento, excitação, disfunções e qualidade de vida; contudo ainda não há na literatura consenso sobre quais instrumentos são melhores para determinadas situações e objetivos (HEINEMANN; POTTHOFF; HEINEMANN et al., 2005; ABRAHAM; SYMONDS; MORRIS, 2008; LEVINSON; WARD; SANDA et al., 2010; THIEL, 2014).

Os questionários auto-aplicados são costumeiramente instrumentos multidimensionais que avaliam as funções sexuais através de um certo número de domínios ou aspectos, como desejo, excitação, preliminares, orgasmo e satisfação pessoal ou da parceira ou parceiro (ROSEN, 2001).

No Brasil, foi desenvolvido no ProSex do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, um questionário, de fácil manuseio e com linguagem acessível, que contempla os vários domínios da função sexual masculina (desejo, excitação, desempenho, ejaculação, orgasmo e satisfação). Tal instrumento é denominado Quociente Sexual - Versão Masculina - QS-M (ABDO, 2006).

O QS-M foi elaborado e validado em português com o intuito de aferir a função sexual em diversos aspectos da sexualidade masculina, visando ajudar o indivíduo a melhorar sua satisfação sexual global (ABDO, 2007).

Este instrumento é composto por dez questões auto-responsivas numa escala de 0 a 5 (nunca a sempre) e avalia diferentes aspectos do ciclo sexual: desejo, autoconfiança, qualidade das preliminares, qualidade da ereção, controle da ejaculação, capacidade de atingir orgasmo, satisfação pessoal com o ato em si e satisfação da parceira/parceiro. Outra característica importante é que este instrumento possibilita a detecção de prováveis disfunções sexuais, tais como desejo sexual hipotativo masculino (DSHM), ejaculação precoce (EP) e ejaculação retardada (ER) ou anorgasmia (ABDO, 2007; THIEL, 2014).

Dessa maneira, o QS-M identifica áreas da sexualidade a serem discutidas entre parceiros e/ou com equipe de saúde, além de disfunções sexuais específicas que podem ser triadas de forma populacional e encaminhadas para avaliação e tratamento adequados (THIEL, 2014).

Embora já em uso clínico e em pesquisa de forma frequente no Brasil, o QS-M foi submetido somente às primeiras etapas no estudo do desempenho psicométrico desta escala, faltando ainda alguns testes de validade, seja de conteúdo, critério ou construção (ABDO, 2006; ABDO, 2007; THIEL, 2014).

3.3 – Disfunções sexuais masculinas

Disfunção sexual é definida como quaisquer distúrbios no desejo sexual ou nos mecanismos psicofisiológicos que ocorrem durante o ciclo de resposta sexual nos indivíduos

de ambos gêneros. Estas disfunções constituem a maioria dos transtornos de sexualidade no homem e formam um grupo heterogêneo que se caracterizam por uma dificuldade clinicamente expressa na capacidade de um indivíduo experimentar prazer sexual ou responder sexualmente a estímulos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Historicamente, as disfunções sexuais são sub-diagnosticadas e sub-tratadas, muita embora esteja já mais que comprovado na literatura que estes transtornos comprometem a qualidade de vida, o relacionamento interpessoal e a autoestima da pessoa (JØNLER; MOON; BRANNAN et al., 1995; LITWIN; NIED; DHANANI, 1998; LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; GIULIANO; PEÑA; MISHRA, 2001; ALTHOF, 2002; GUEST; DAS GUPTA, 2002; FUJISAWA; SAWADA; OKADA et al., 2002; SÁNCHEZ-CRUZ; CABRERA-LÉON; MARTÍN-MORALES et al., 2003; SYMONDS; ROBLIN; HART et al., 2003; TOMLINSON; WRIGHT, 2004; CAPPELLERI; ALTHOF; SIEGEL et al., 2004; OLFSON; UTTARO; CARSON et al., 2005; LAU; KIM; TSUI, 2005; GRIECO; SIMÕES; RODRIGUES et al., 2008; MARTÍN; IZQUIERDO; MOYANO et al., 2008; RIZVI; YEUNG; KENNEDY, 2011; CAI; MORGIA; CARRIERI et al., 2013).

São substanciais os valores das prevalências das disfunções sexuais no mundo inteiro. Estudos globais estimam que cerca de 9-51% dos homens sofrem com estes distúrbios (LAU; KIM; TSUI, 2005; LAU; WANG; CHENG et al., 2005; LAUMANN, NICOLOSI, GLASSER et al., 2005; ABDO; OLIVEIRA JR; SCANAVINO et al., 2006; ALTHOF, ROSEN, PERELMAN et al., 2013).

Dois são os principais sistemas de classificação das disfunções sexuais masculinas: a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), escrito pela Associação Psiquiátrica Americana (HATZIMOURATIDIS; HATZICHRISTOU, 2007; REICHENBERG, 2014).

O CID-10 é considerado o padrão internacional de classificação diagnóstica das doenças para fins epidemiológicos e de gestão em saúde. O CID-10 foi avalizado internacionalmente em maio de 1990 pela 43ª Assembleia Mundial de Saúde e colocado em uso pelos Estados Membros da OMS em 1994. A característica básica do CID-10 para definições das diferentes disfunções sexuais masculinas é que a função sexual *per se* é estabelecida pelas diversas maneiras nas quais um indivíduo é capaz de atuar numa relação sexual, usando categorias definidas, sub-categorizadas em não-orgânicas (série F) e orgânicas (série N). Vale ressaltar que o CID-10 não inclui o conceito de ejaculação retardada como

categoria única, considerando-a equivalente à ausência de orgasmo (HATZIMOURATIDIS; HATZICHRISTOU, 2007).

Segue a classificação CID-10 das disfunções sexuais masculinas (WHO, 1992):

N48.4 – *Impotência de origem orgânica* – disfunção erétil orgânica (dificuldade em obter ou manter uma ereção adequada para um intercuro sexual satisfatório, decorrente de doença orgânica).

F52 – *Disfunção sexual, não causada por desordem ou doença orgânica* – abrange as diferentes maneiras na qual o indivíduo é incapaz de participar de uma relação sexual como ele gostaria.

F52.0 – *Ausência ou perda do desejo sexual* – distúrbio do desejo sexual hipoativo, excluindo-se àquele secundário à outras disfunções, como disfunção erétil.

F52.1 – *Aversão sexual e perda do prazer sexual* – a hipótese de interação sexual produz ansiedade ou medo suficientes para se evitar a atividade sexual (aversão sexual) ou a resposta sexual ocorre normalmente, incluindo orgasmo, contudo há ausência do prazer apropriado (perda do prazer sexual).

F52.2 – *Falha na resposta genital* – nos indivíduos do sexo masculino, é onde se inclui a disfunção erétil psicogênica.

F52.3 – *Disfunção orgásmica* – onde o orgasmo pode tanto não ocorrer ou ser marcadamente retardado (anorgasmia).

F52.4 – *Ejaculação precoce* – incapacidade de controlar suficientemente a ejaculação para que ambos parceiros obtenham satisfação sexual.

F52.7 – *Impulso sexual excessivo* – nos homens, denominado satirismo

F52.8 – *Outra disfunção sexual, não causada por doença orgânica.*

F52.9 – *Disfunção sexual inespecífica, não causada por doença orgânica.*

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais é o livro de referência para qualquer profissional médico que realiza diagnósticos psiquiátricos na maioria dos países. A versão atual é a 5ª edição, editada em 2013, e descreve todas os distúrbios mentais em crianças e adultos. O DSM-5 inclui um capítulo específico para as disfunções sexuais. Importante destacar que este manual orienta que o diagnóstico de uma disfunção sexual requer um tempo de persistência dos sintomas de pelo menos 6 meses, assim como a exclusão de problemas que são melhor explicados por algum transtorno mental não-sexual, pelos efeitos de alguma substância exógena como medicamentos ou drogas ilícitas, por uma doença orgânica, bem como devido à violência do(a) parceiro(a) ou à

perturbação grave no relacionamento. Nesta classificação, os subtipos designam o início do distúrbio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014):

Ao longo da vida – problema sexual presente desde as primeiras experiências sexuais.

Adquirido – transtorno sexual que se desenvolve após período de função sexual relativamente normal.

Generalizado – dificuldade sexual não se limita a certos tipos de estimulação, situação ou parceiros.

Situacional - dificuldade sexual ocorre somente com certos tipos de estimulação, situação ou parceiros.

A seguir, descreve-se a classificação do DSM-5 para as disfunções sexuais masculinas e sua respectiva associação ao CID-10 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; REICHENBERG, 2014):

Ejaculação retardada (F52.32) – retardo acentuado ou incapacidade de atingir a ejaculação. Inclui a anorgasmia. No DSM-5, o conceito de “retardo” não apresenta limites bem definidos, pois não houve consenso sobre qual deveria ser o tempo razoável para atingir o orgasmo.

Transtorno erétil (F52.21) – falha repetida em obter ou manter ereções durante as atividades sexuais com parceira, podendo coexistir com ejaculação precoce e com transtorno do desejo sexual masculino hipoativo.

Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo (F52.0) – ausência de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas e do desejo para se iniciar atividade sexual, de forma persistente ou recorrente.

Ejaculação prematura ou precoce (F52.4) – ejaculação que ocorre antes ou logo após a penetração vaginal, avaliada pela estimativa individual de latência ejaculatória, ou seja, pelo tempo decorrido da penetração até a ejaculação. No DSM-5, o tempo de latência ejaculatória intravaginal de 60 segundos é o ponto de corte estabelecido para o diagnóstico de ejaculação prematura ao longo da vida de homens heterossexuais. Este manual, entretanto, não estabeleceu um critério temporal que pudesse ser aplicado à ejaculação prematura adquirida.

Disfunção sexual induzida por substância/medicamento (sem código específico no CID-10).

Outra disfunção sexual especificada (F52.8) – quando os sintomas não satisfazem todos critérios para qualquer dos outros transtornos anteriores, sendo utilizada em situações que o médico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios de enquadramento. Escreve-se, pois, “outra disfunção sexual especificada”, seguido da razão específica.

Disfunção sexual não especificada (F52.9) - quando os sintomas não satisfazem todos critérios para qualquer dos outros transtornos anteriores e o médico opta por não comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios de para uma das disfunções sexuais específicas.

Em virtude desta multiplicidade de conceitos muitas vezes não equivalentes entre si, inúmeras iniciativas foram tomadas na busca de melhores definições e classificação das disfunções sexuais, começando com a Conferência sobre Impotência do National Institute of Health (NIH) em 1992 e culminando nas três Consultas Internacionais em Medicina Sexual de 1999, 2003 e 2009, todas sediadas na cidade de Paris (HATZIMOURATIDIS; HATZICHRISTOU, 2007; MONTORSI; ADAIKAN; BECHER et al., 2010).

A Conferência sobre Impotência do NIH de 1992 estabeleceu pela primeira vez o consenso na definição de disfunção erétil em substituição ao conceito de impotência sexual. Certamente foi o pioneiro dos painéis de consenso em Medicina Sexual (NIH, 1993).

A 1ª Consulta Internacional aconteceu em 1999, com a denominação de Consulta Internacional em Disfunções Erétil e Sexual, sob a colaboração da *International Consultation for Urological Diseases* e as maiores associações científicas em Urologia e Medicina Sexual, patrocinada pela OMS. A 2ª Consulta Internacional, ocorrida no ano de 2003, doravante denominada Consulta Internacional em Medicina Sexual, expandiu suas recomendações para todas disfunções sexuais masculinas e femininas, fundamentando-se em preceitos da medicina baseada em evidências. Além da definição de novos conceitos em Medicina Sexual, algumas deliberações foram definidas, como por exemplo, que não seriam separadas as disfunções sexuais em causas orgânicas e psicológicas e sim diferenciadas através da etiologia e/ou propedêutica diagnóstica (HATZIMOURATIDIS; HATZICHRISTOU, 2007).

Em 2009, houve a 3ª Consulta Internacional, a qual estabeleceu os seguintes fundamentos para o manejo das disfunções sexuais (MONTORSI; ADAIKAN; BECHER et al., 2010):

a) A saúde sexual é parte integrante da saúde geral e suas disfunções tem enorme impacto na qualidade de vida bem como no bem-estar emocional e psicossocial;

b) Os profissionais de saúde devem se atualizar em sexualidade, pois os pacientes têm o direito de receber atendimento de qualidade na área sexual;

c) As disfunções sexuais são essencialmente condições auto-referidas, portanto procedimentos diagnósticos não devem ser recomendados sem evidências científicas que os dê suporte;

d) Os 3 princípios para avaliação clínica e manejo das disfunções sexuais são: (1) atendimento centrado no paciente, com ênfase nos aspectos culturais relacionados, (2) adoção da Medicina baseada em evidências nas condutas e (3) utilização do manejo unificado dos parceiros.

Na 3ª Consulta, foram revisados os conceitos das diversas disfunções sexuais masculinas e estas serão as denominações adotadas no presente trabalho, excetuando-se o Priapismo e a Doença de Peyronie, que fogem do escopo da avaliação do estudo. Para tal, portanto, as disfunções sexuais masculinas abrangem: disfunção erétil, ejaculação prematura ou precoce, desejo sexual hipoativo masculino e ejaculação retardada ou anorgasmia.

3.4 – Disfunção erétil

Disfunção erétil (DE) é a incapacidade persistente em obter e/ou manter uma ereção peniana adequada o suficiente para penetração ou para o término de uma atividade sexual satisfatoriamente (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1993).

Estudos epidemiológicos evidenciaram uma elevada prevalência de DE em todo mundo. A metodologia usada para questionar a presença de DE variou muito entre estas pesquisas. A maioria usou a questão única derivada da definição estabelecida pelo NIH, outros utilizaram questionários validados internacionalmente e ainda houve estudos que usaram definições próprias e não validadas culturalmente. Esta multiplicidade de diferentes metodologias muitas vezes impossibilita uma real comparação de resultados (MARTINS; ANKIER; GLINA, 2014).

O pioneiro dos estudos epidemiológicos da DE foi Alfred Kinsey. No ano de 1948, em seu livro *Sexual Behavior in Human Male*, Kinsey demonstrou o aumento da frequência de DE com a idade, relatando prevalência de 1% em homens com menos de 30 anos até 75% aos 80 anos (KINSEY; POMEROY; MARTIN, 1948).

O marco contemporâneo dos estudos populacionais em DE é representado pelo estudo *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) de 1994, onde 1.290 indivíduos do sexo masculino, com idade entre 40 a 70 anos, foram entrevistados na região de Boston, nos Estados Unidos da América (EUA), que demonstrou uma prevalência de 52% para os diferentes graus de DE. Parte da amostra foi ainda reavaliada prospectivamente entre os anos de 1995 e 1997, onde foi observada uma incidência de 25,9 casos por 1.000 homens/ano (FELDMAN; GOLDSTEIN; HATZICHRISTOU et al., 1994; JOHANNES; ARAUJO; FELDMAN, 2000).

Estudos mais recentes demonstram uma prevalência de DE que varia de 5 a 69,2% na população em geral, com taxas de incidência global de 19,2 casos/ 1.000 homens/ano a 68 casos/ 1.000 homens/ano (BRAUN; WASSMER; KLOTZ et al., 2000; FEDELE; COSCELLI; CUCINOTTA et al., 2001; GIULIANO; PEÑA; MISHRA, 2001; AKKUS; KADIOGLU; ESEN et al., 2002; LOW; WONG; ZULKIFLI et al., 2002; DAKER-WHITE; CROWLEY, 2003; PONHOLZER; TEMML; MOCK, 2005; DEROGATIS; BURNETT, 2007; IDUNG; ABASIUBONG; OKOTT et al., 2012; EARDLEY, 2013; NAIMI; MAJZOUB; TALIB et al., 2014).

Diversos são os fatores de risco para DE, com inúmeros trabalhos baseados em fortes evidências os estabelecendo. Todos os estudos concordam que a idade é o principal fator de risco para esta disfunção, com aumento progressivo, tanto nas taxas de prevalência quanto de incidência, acompanhando o envelhecimento masculino (HOLDEN; MCLACHLAN; PITTS et al., 2005; DEROGATIS; BURNETT, 2007; LINDAU; SCHUMM; LAUMANN et al., 2007; LEWIS; FUGL-MEYER; CORONA et al., 2010; EARDLEY, 2013).

Segundo Eardley (2013), em recente revisão do assunto, há forte associação com doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia.

Muitos estudos demonstram a diabetes como um dos principais fatores de risco para presença e evolução da doença, com a DE ocorrendo de 10 a 15 anos mais precoce em homens diabéticos comparados com aqueles que não a possuem. A DE pode inclusive ser considerada um preditor eficaz para coronariopatia assintomática em diabéticos (MOREIRA; ABDO; TORRES et al., 2001; SHIRI; KOSHIMÄKI; HÄKKINEN et al., 2004; CORONA; LEE; FORTI et al., 2010; LEWIS; FUGL-MEYER; CORONA et al., 2010; EARDLEY, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica e também diversas medicações utilizadas para sua terapêutica, bem como a hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, aparecem associadas à DE em inúmeros estudos em todo o mundo (CHEW; EARLE; STUCKEY et al., 2000; MOREIRA; ABDO; TORRES et al., 2001; BACON; MITTLEMAN; KAWACHI et al., 2003; SHIRI; KOSHIMÄKI; HÄKKINEN et al., 2004; LEWIS; FUGL-MEYER; CORONA et al., 2010).

Existe também correlação entre DE e a obesidade/síndrome metabólica, não se tendo ainda certeza se esta relação é direta ou se é influenciada pela diabetes e/ou doença cardiovascular que são constituintes desta síndrome (CORONA; LEE; FORTI et al., 2010; LEWIS; FUGL-MEYER; CORONA et al., 2010).

Estudos sugerem que há associação entre o sedentarismo e tabagismo com a DE, com evidências que a perda de peso decorrente da atividade física regular e estilo de vida saudável contribuem para melhora da função erétil (BACON; MITTLEMAN; KAWACHI et al., 2003; DEROGATIS; BURNETT, 2007; EARDLEY, 2013).

A depressão é outro fator de risco para DE bem descrito na literatura, bem como uso de diversas drogas psicotrópicas (DEROGATIS; BURNETT, 2007; LEWIS; FUGL-MEYER; CORONA et al., 2010; EARDLEY, 2013).

Há ainda forte associação entre os sintomas do trato urinário inferior (do inglês *lower urinary tract symptoms* - LUTS) decorrente da hiperplasia prostática benigna com a DE, muito embora a fisiopatogenia desta relação ainda seja obscura (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; HOLDEN; MCLACHLAN; PITTS et al., 2005; LAUMANN; WEST; GLASSER et al., 2006; EARDLEY, 2013).

A relação da DE com etnia não é bem definida e necessita de mais estudos para confirmações (SAIGAL; WESSELLS; PACE et al., 2006; LAUMANN; WEST; GLASSER et al., 2007).

Outros fatores de risco que apresentam correlação menos consistente com DE são os aspectos culturais e socioeconômicos do indivíduo. Acredita-se que estes aspectos, como baixo nível sócio-econômico, poucos anos de estudo formal, baixa renda, dentre outros, apenas reflitam a prevalência de comorbidades diretamente ligadas à DE (LITWIN; NIED; DHANANI, 1998; EARDLEY, 2013).

3.5 – Ejaculação precoce ou prematura

Também denominada ejaculação rápida, a ejaculação precoce ou prematura (EP) possui inúmeras definições na literatura, destacando-se atualmente duas: a contida no DSM-5 e a realizada pelo comitê *ad hoc* da ISSM.

A definição de EP do DSM-5 abrange os seguintes critérios diagnósticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014):

A) Padrão persistente ou recorrente de ejaculação que ocorre durante a atividade sexual com parceira dentro de aproximadamente um minuto após penetração vaginal e antes do momento desejado pelo indivíduo.

B) Os sintomas do critério A devem estar presentes por pelo menos seis meses e devem ser experimentados em todos ou quase todas as ocasiões (de 75% a 100% das vezes) de atividade sexual (seja em contexto situacionais identificados ou, caso generalizada, em todos os contextos).

C) Os sintomas do critério A causam sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo.

D) A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância ou medicamento ou a outra condição médica.

Segundo recomendação, esta definição ainda necessita da tipificação da disfunção, com os subtipos: ao longo da vida ou adquirida, generalizada ou situacional, bem como destacar a severidade do quadro (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Já a definição da ISSM baseou-se nas melhores evidências científicas atuais sobre esta disfunção, com o objetivo de unificar os conceitos de EP ao longo da vida e adquirida. Segundo esta definição, EP seria a disfunção sexual masculina caracterizada pelos seguintes critérios (SEREFOGLU; MCMAHON; WALDINGER et al., 2014):

A) Ejaculação que sempre ou quase sempre ocorre antes de ou dentro do primeiro minuto de penetração vaginal (EP ao longo da vida) ou uma redução clinicamente importante do tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT), frequentemente de 3 minutos ou menos

(EP adquirida). Conceitua-se IELT como sendo tempo transcorrido entre a penetração vaginal e a ejaculação (WALDINGER; MCINTOSH; SCHWEITZER, 2009).

B) A incapacidade de retardar a ejaculação em todas ou quase todas penetrações vaginais.

C) Presença de consequências pessoais negativas tais como angústia, incômodo, frustração e/ou renúncia à intimidade sexual.

Tanto a definição da ISSM quanto a do DSM-5 limitam-se à atividade sexual intravaginal, excluindo assim as variações oral, anal, masturbatória e as relações homossexuais masculinas (ALTHOF; MCMAHON; WALDINGER et al., 2014).

Alguns indivíduos que referem clinicamente EP não conseguem ser classificados nas definições acima e provavelmente esta disfunção estaria relacionada a fatores psicológicos e/ou culturais. Para organizar esta disparidade clínica, Waldinger e Schweitzer (2008) propuseram uma classificação da EP em 4 subtipos, segundo a duração da IELT, curso da disfunção durante a vida e frequência das queixas. Além da EP adquirida e ao longo da vida, esta classificação destaca ainda a EP subjetiva e a variável. Indivíduos com EP subjetiva correspondem àqueles que se queixam da disfunção, porém apresentam IELT normal (3-6 minutos) ou até mesmo prolongado, ao passo que EP variável são homens que experimentam ocasionalmente episódios de EP, constituindo apenas uma variação natural do tempo ejaculatório (SEREFOGLU; MCMAHON; WALDINGER et al., 2014).

Outros autores, principalmente em estudos populacionais, definem EP como a incapacidade de retardar voluntariamente a ejaculação (SEREFOGLU; MCMAHON; WALDINGER et al., 2014).

Apesar da EP ser reconhecida como entidade clínica há mais de 100 anos, a prevalência real desta disfunção permanece desconhecida. A falta de uma definição única padronizada e clinicamente relevante e de critérios operacionais específicos ocasionou dados de prevalência muitas vezes conflitantes na literatura, acarretando uma grande disparidade entre a prevalência de EP em estudos epidemiológicos, estruturados principalmente na auto-referência desta disfunção pelos pacientes, e aqueles que utilizam-se a aferição do IELT em comunidades menores. Baseando-se em questionários auto-responsivos, a EP é a disfunção sexual masculina mais prevalente no mundo (valores entre 8% a 30% em todas faixas de idade), com taxa maiores entre asiáticos e latino-americanos (ALTHOF; ABDO; DEAN et al., 2010; LEWIS; FUGL-MEYER; CORONA et al., 2010).

Inúmeros fatores etiológicos foram propostos para EP, muito embora nenhum deles tenha sido confirmado em estudos de grande escala. Dentre eles, destacam-se: distúrbios da neurotransmissão serotoninérgica central, disfunção erétil, prostatites/ síndrome da dor pélvica crônica, uso de drogas recreacionais, tireoidopatias e hipersensibilidade da glândula peniana (SEREFOGLU; MCMAHON; WALDINGER et al., 2014).

3.6 – Desejo sexual hipoativo masculino

O desejo sexual hipoativo masculino (DSHM) é a disfunção sexual caracterizada pela ausência ou deficiência, de forma persistente ou recorrente, do sentimento de desejo para atividade sexual, bem como de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas (HATZIMOURATIDIS; HATZICHRISTOU, 2007).

Segundo o DSM-5, estes sintomas devem persistir ou recorrer por um período mínimo de 6 meses e devem causar sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O DSHM é frequentemente abordado na literatura científica quando relacionado a quadros de hipogonadismo masculino e em um número bem menor de publicações quando comparado ao desejo sexual hipoativo feminino. A prevalência da DSHM varia de acordo com a idade, localização geográfica e com o método de avaliação da pesquisa, com taxas em torno de 1 a 20% (BROTTO, 2010).

Alguns fatores aparecem em destaque na literatura quando relacionados à DSHM, destacando-se a correlação positiva entre esta disfunção e a idade, bem como com quadros de depressão e fatores hormonais. Ressalta-se ainda que estados psicológicos, como a depressão, são mais preditivos para o baixo desejo sexual que marcadores hormonais e/ou físicos (BROTTO, 2010).

3.7 – Ejaculação retardada

Define-se ejaculação como o conjunto de fenômenos neuromusculares que possibilitam a progressão do esperma com consequente eliminação via meato uretral externo

na fase orgástica da resposta sexual masculina, via contração rítmica dos músculos bulbocavernosos estriados (SHIN; SPITZ, 2014).

Duas são as definições mais citadas na literatura para ejaculação retardada (ER). A American Psychiatric Association (2014), em seu DSM-5, define ejaculação retardada como o retardo acentuado na ejaculação, com baixa frequência marcante ou ausência de ejaculação, vivenciada em todas ou quase todas ocasiões de atividade sexual com a parceira por um período mínimo de seis meses, acarretando sofrimento clinicamente significativo ao indivíduo. Já a 2ª Consulta em Disfunção Sexual da OMS a define como a dificuldade persistente ou recorrente, atraso ou incapacidade de obter orgasmo após estímulo sexual suficiente, que cause angústia ou sofrimento pessoal (MCMAHON; JANNINI; WALDINGER et al., 2013).

Assim sendo, ejaculação retardada é a terminologia adequada para descrever todo e qualquer distúrbio ejaculatório que resulta em atraso ou ausência de ejaculação ou orgasmo. É, portanto, sinônimo de ejaculação inibida, ejaculação atrasada, incompetência ejaculatória, orgasmo inibido ou anorgasmia masculina (ROWLAND; MCMAHON, ABDO et al., 2010; BERTERO; BAVARESCO, 2014).

Dentre as disfunções sexuais masculinas, a ER provavelmente é a de menor prevalência, a menos estudada e portanto menos compreendida (MCMAHON; JANNINI; WALDINGER et al., 2013).

Até o presente momento, não há critérios operacionais bem estabelecidos para o diagnóstico de ER, o que dificulta uma padronização nos estudos de prevalência. Após a penetração, a maioria dos indivíduos masculinos considerados normais sexualmente ejaculam em intervalo de tempo de 4-10 minutos. Assim, clinicamente pode-se considerar como portador de ER homens com IELT acima de 21-23 minutos (dois desvios-padrão acima de média), desde que relatem angústia ou sofrimento pessoal ou ainda que simplesmente interrompa a atividade sexual por irritação ou exaustão (ROWLAND; MCMAHON, ABDO et al., 2010).

Em geral, os estudos epidemiológicos não dividem os subtipos de ER, como por exemplo em retardo apenas ou anorgasmia, e reportam prevalência que varia de 1-4%, variando de forma positiva principalmente com a idade (SHIN; SPITZ, 2014).

3.8 – Estudos epidemiológicos das funções sexuais masculinas

Diversas pesquisas se destacam por sua importância, seja internacionalmente ou nacionalmente, no estudo da vida sexual masculina, algumas destacando as disfunções sexuais, outras aferindo de diferentes maneiras a qualidade de vida geral e sexual da população.

Dos estudos multicêntricos internacionais, vale ressaltar cinco: *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* (GSSAB), *Men's Attitudes to Life Events and Sexuality* (MALES), *Global Better Sex Survey* (GBSS), *Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles* (Natsal-3) e o *European Male Ageing Study* (EMAS).

No estudo GSSAB, foram abordados homens de 40-80 anos de idade, com representantes de todos continentes, totalizando 13.618 participantes de 29 nações, incluindo o Brasil. Estes indivíduos foram abordados por diferentes métodos, variando de país para país (abordagem em público, entrevistas em domicílio, via correio ou via telefônica). O objetivo do GSSAB foi estimar a prevalência de problemas sexuais em diferentes regiões do globo e verificar quais fatores são a eles correlacionados (NICOLOSI; LAUMANN; GLASSER et al., 2004).

O estudo MALES incluiu 27.839 homens com idade de 20 a 75 anos de oito países diferentes (Estados Unidos, Reino Unido, Alemanha, França, Itália, Espanha, Brasil e México) os quais responderam a uma entrevista via telefônica mediada por computador. O objetivo do MALES foi verificar as percepções de qualidade de vida e de masculinidade em homens com e sem DE (SAND; FISHER; ROSEN et al., 2008).

O GBSS é um estudo que abordou 6.291 homens em 27 países diferentes, incluindo o Brasil, sob diferentes metodologias de abordagem para a resposta a questionário de satisfação sexual (Entrevista a transeuntes de via pública, entrevista domiciliar e via telefônica). O objetivo foi explorar as necessidades e aspirações sexuais masculinas nos diferentes continentes (MULHALL; KING; GLINA et al., 2008).

O EMAS é um dos maiores estudos multicêntricos europeus e abrangeu 3.369 homens de 8 países diferentes (Itália, Bélgica, Suécia, Inglaterra, Espanha, Polônia, Hungria e Estônia). Ele objetivou investigar as mudanças advindas do envelhecimento, tanto na saúde geral, quanto na saúde sexual, de homens europeus de meia-idade e idosos. A abordagem dos participantes foi realizada em clínicas de atendimento em saúde após contato prévio via

correios ou via telefônica. Nas clínicas, foram convidados a preencher, além de questionário de função sexual construído especificamente para o estudo, os seguintes outros instrumentos de coleta de dados: questionário de qualidade de vida SF-36, o escore de sintomas prostáticos internacional (IPSS) e o questionário de depressão de Beck (CORONA; LEE; FORTI et al., 2010).

A pesquisa Natsal-3 abrangeu dados de 4.913 homens de 16-74 anos, residentes na Inglaterra, País de Gales e Escócia. Este estudo objetivou avaliar a função sexual do indivíduos da Grã-Bretanha usando uma combinação de duas metodologias de obtenção de dados: entrevista face-a-face mediada por computador ou pelo preenchimento de questionário auto-responsivo (MITCHELL; MERCER; PLOUBIDIS et al., 2013).

Além dos grandes estudos multicêntricos internacionais, diversos países destacam-se na produção de dados nacionais para avaliação da função sexual de sua população.

Além do MMAS, outros estudos norte-americanos merecem ser ressaltados pela relevância: o *National Health and Social Life Survey* (NHSLs), o *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) e o *Health Professionals Follow-up Study* (HPFS).

No NHSLs, foram coletados dados de 1.410 homens com idades entre 18 e 59 anos, em diferentes regiões dos EUA, com uma metodologia de obtenção através de amostragem por cotas representativa da população norte-americana adulta, que pertencia a uma coorte acompanhada desde 1992. A coleta destes dados foi realizada por entrevistas em domicílio através de pesquisadores devidamente treinados para obtenção de dados sexuais dos últimos 12 meses de cada participante. O NHSLs teve como objetivo aferir as prevalências de diferentes disfunções sexuais, os fatores de risco para as mesmas e os aspectos em qualidade de vida e satisfação sexual dos norte-americanos (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

No NHANES, foram avaliados dados de 2001-2002 de mais de 10.000 pessoas com idade maior ou igual a 20 anos, com uma amostra de 2.126 homens com DE distribuída por todas regiões dos EUA, também representativa da população masculina norte-americana não-institucionalizada. Os dados foram coletados através de entrevista mediada por computador. O objetivo do NHANES foi verificar a prevalência de DE nos norte-americanos e verificar a relação de comorbidades como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica com esta disfunção (SELVIN; BURNETT; PLATZ, 2007).

O HPFS é um grande estudo americano prospectivo iniciado em 1986 que acompanha 51.529 profissionais de saúde, que tinham no início do estudo entre 40 e 75 anos, com o objetivo de descrever a associação entre a idade e diversos aspectos da função sexual masculina. A coleta de dados é feita periodicamente através de questionário enviado via correios (BACON; MITTLEMAN, KAWACHI et al., 2003; BACON; MITTLEMAN, KAWACHI et al., 2006).

Outras duas pesquisas norte-americanas merecem menção. Lindau et al. (2007) realizaram estudo sobre sexualidade em homens de 57 a 85 anos, com uma amostragem por cotas de 1.455 indivíduos. Os dados foram coletados através de entrevista face-a-face no domicílio dos participantes em dois idiomas, inglês e espanhol, e buscavam avaliar a prevalência de atividade sexual e de suas disfunções nesta população. Laumann et al. (2009), utilizando o ramo norte-americano do GSSAB, conduziram estudo de prevalência de disfunção sexual via contato telefônico com 742 homens com idade de 40 a 80 anos.

Na Austrália, houve o estudo chamado *Men in Australia Telephone Survey* (MATeS). Ele objetivou demonstrar os distúrbios da saúde reprodutiva e sexual, bem como as preocupações e anseios nesta área, entre homens australianos de meia-idade e idosos. Uma amostragem por cotas de 5.990 indivíduos, representativa da população masculina australiana, teve seus dados coletados através de entrevista telefônica mediada por computador (HOLDEN; MCLACHLAN, PITTS et al., 2005).

Martin et al. (2014), em outro estudo australiano denominado *Florey Adelaide Male Ageing Study* (FAMAS) estudaram de forma prospectiva durante 5 anos 810 homens com idades entre 35 e 80 anos, visando avaliar os preditores de incidência e de remissão das disfunções sexuais masculinas. Os dados foram coletados através de entrevista face-a-face em clínicas médicas na cidade de Adelaide.

Na Bélgica, foi realizado o estudo HelpED, que verificou em 447 homens (64% com idade entre 51-70 anos) a influência da qualidade de ereção na saúde sexual, aferida pelo instrumentos *Erection Hardness Score* (EHS), o questionário *Self-Esteem and Relationship* (SEAR) e pelo domínio qualidade de vida modificado do questionário de qualidade de vida sexual (mSLQQ-QOL), durante um seguimento de 2 a 4 meses destes indivíduos heterossexuais com diagnóstico recente de DE e tratados com inibidores de fosfodiesterase 5 (CLAES, ANDRIANNE, OPSOMER et al., 2012).

O Brasil é um dos países das Américas em que mais estudos epidemiológicos para avaliar a vida sexual masculina foram realizados. Dentre eles, quatro se destacam: o

Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS), o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), o ramo brasileiro do GSSAB e o EPE.

No ECOS, Abdo et al. (2002) analisaram dados provenientes de uma população de 1.170 homens de 18 ou mais anos, colhidos em 9 cidades (São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Porto Alegre, Curitiba, Santos, Recife, Belo Horizonte e Ribeirão Preto). Este estudo objetivou a avaliação dos principais hábitos e disfunções sexuais da população brasileira, através de questionário próprio, respondido por indivíduos abordados em locais públicos (praças públicas, praias e shopping-centers).

No EVSB, Abdo et al. (2004) realizaram avaliação de 2.862 homens entre 23-54 anos de idade, de todas regiões do país, com o Pará sendo o estado representativo da Região Norte. Os participantes do EVSB foram submetidos a um questionário auto-responsivo e anônimo, e também foram abordados em locais públicos.

Moreira Jr et al. (2005), no ramo brasileiro do estudo multicêntrico GSSAB, abordaram 471 homens com idade de 40 a 80 anos, através de uma entrevista telefônica mediada por computador. Os locais da pesquisa foram as cinco maiores cidade brasileiras (São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte e Brasília) e objetivou a avaliação do comportamento sexual e da prevalência de disfunções sexuais desta população.

No EPE, foram coletados dados de 10.161 homens, todos voluntários e transeuntes de locais públicos, em 19 cidades brasileiras (incluindo duas capitais da região norte, Belém e Manaus), através de questionário auto-responsivo. O objetivo da pesquisa foi apresentar dados informativos sobre a saúde geral e sexual e a qualidade de vida do brasileiro acima de 40 anos (ABDO; AFIF-ABDO, 2007).

3.9 – Direito sexual na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

O processo saúde-doença e a avaliação de qualidade de vida em seus diferentes aspectos na população masculina constituem hoje campos de estudo que globalmente mais crescem na Saúde Coletiva, culminando em diversas experiências de intervenções em políticas públicas de saúde (MARTINS; MALAMUT, 2013).

Muito embora se confira uma contemporaneidade à abordagem deste estudo nos homens, a preocupação com a saúde deste grupo populacional, bem como a maior

susceptibilidade masculina ao adoecimento não é assunto próprio do século XXI (GOMES, 2003).

A *International Society of Men's Health* adota como objetos de estudo e trabalho em Saúde do Homem as seguintes doenças, comportamentos ou situações (SEREFOGLU; GRATZKE; VERZE, 2014):

a) Doenças ou condições gênero-específicas, como doenças prostáticas, disfunções sexuais, hipogonadismo e doenças escrotais e testiculares.

b) Doenças ou condições não-específicas do sexo masculino com alta prevalência ou especial impacto em homens, tais quais doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, doença pulmonar obstrutiva crônica, cânceres de pulmão, cólon, bexiga e fígado, bem como doenças e situações psiquiátricas, como esquizofrenia, distúrbios obsessivos-compulsivos e suicídios.

c) Comportamentos comuns aos homens e que impõe riscos à saúde, como tabagismo, abuso de substâncias, violência e baixa utilização dos serviços de saúde.

d) Situações sociais envolvendo a maioria dos homens e que podem ter impacto negativo em seus estados de saúde tais quais serviço militar, guerras, encarceramento, construção civil, mineração e indústria naval.

Em 2008, o governo brasileiro lançava a estratégia denominada “Programa Mais Saúde”, em cujo eixo de intervenção encontrava-se a implantação de ações voltadas à saúde masculina (BRASIL, 2008).

Os princípios e as diretrizes da PNAISH foi então lançada sob a portaria do Ministério da Saúde nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009a).

Esta política específica à população masculina surge como um marco nacional, visto que o homem brasileiro nunca foi historicamente ator singular nas intervenções estatais desenvolvidas pelo governo nas ações em saúde. Além disso, a PNAISH se destaca por ser de vanguarda mundialmente, visto ser a segunda política voltada à saúde do homem no continente americano e a primeira no segmento da América Latina (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012; MARTINS; MALAMUT, 2013).

A PNAISH propõe a qualificação da saúde da população masculina no tocante às linhas de cuidado que resguardam o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde, visando o fortalecimento da atenção primária e a garantia da promoção da saúde (BRASIL, 2009a).

Além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade da população masculina brasileira, a PNAISH busca reconhecer os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade desta população aos agravos à saúde, bem como a promoção de melhor qualidade de vida (SCHWARTZ; GOMES; COUTO et al., 2012).

Como a sexualidade se constitui em uma importante dimensão da vida subjetiva e afetiva dos homens, o PNAISH apresenta como um de seus objetivos específicos a implantação e implementação da assistência em saúde sexual no âmbito da atenção integral à saúde, estimulando a inclusão e participação do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual, assim como garantindo a atenção às disfunções sexuais masculinas (BRASIL, 2009b).

No aspecto da saúde sexual masculina, poucos são os avanços nacionais na implementação do PNAISH, com esforços regionalizados e muitas vezes desarticulados, baseados em eventos de educação e promoção da saúde em momentos específicos no ano (OLIVEIRA; ROSA, 2012; FIGUEIREDO; MCBRITTO; PEIXOTO, 2012).

Poucos estados brasileiros, como São Paulo por exemplo, dispõem de Centros de Referências em Saúde do Homem, com fluxos de atendimento voltados aos preceitos estabelecidos no PNAISH (CLARO, 2012).

A Secretaria de Saúde do Estado do Amapá, bem como a Secretaria Municipal de Saúde de Macapá dispõem de setores específicos para o PNAISH. Contudo suas ações ainda são insipientes, baseadas em eventos locais de promoção de saúde, voltados basicamente à prevenção do câncer de próstata. Não há centros de referência em saúde do homem no estado, sendo o atendimento à saúde sexual masculina realizado nos ambulatórios de Urologia da Secretaria Estadual de Saúde.

O direito sexual relaciona-se ao auto-reconhecimento do indivíduo e pelo diagnóstico das circunstâncias inerente à vida sexual. Estudos populacionais locais que ressaltem as características culturais que permeiam a vida sexual de determinada comunidade funcionariam como insumo à reorganização do sistema com unidades de atendimento multiprofissional ao paciente do sexo masculino, garantindo efetivamente um cuidado apropriado à este aspecto da masculinidade e contemplando realmente o preceito do direito sexual defendido pela PNAISH.

4 – MATERIAL E MÉTODOS

4.1 – Desenho do estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal e quantitativo. Estudos transversais são aqueles nos quais se incluem como sujeitos da pesquisa todos os indivíduos ou uma amostra representativa de uma população no momento da averiguação, selecionadas sem levar em consideração o estado de doença ou de exposição. Este modelo de investigação apresenta vantagens como baixo custo relativo, facilidade de execução, simplicidade analítica e boa capacidade de formulação de hipóteses (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006; ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2011).

Os estudos transversais populacionais objetivam a descrição da distribuição global de doenças, disfunções ou comportamentos em populações. Utilizando-se técnicas de amostragem em cotas e maximizando as taxas de respostas, pesquisas deste tipo em larga escala podem fornecer estimativas consistentes da prevalência de doenças e seu comportamento específico naquela população (FENTON; JOHNSON; MCMANUS et al., 2001).

A pesquisa quantitativa se utiliza da quantificação, quer seja na coleta dos dados, quer seja no tratamento das informações e, para tanto, usa técnicas estatísticas apropriadas para geração de resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação (DIEHL, 2004).

O estudo quantitativo é definido como objetivo, pois busca descrever significados ditos inerentes aos atos e objetos, com uma abordagem pontual, focalizada e estruturada. As técnicas de análise são dedutivas (pois partem do geral para o particular) e orientadas pelos resultados, os quais são generalizáveis (SIQUEIRA; TIBÚRCIO, 2011).

4.2 – Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido na área urbana do município de Macapá, Estado do Amapá, com os dados coletados durante todo mês de fevereiro de 2014.

O estado do Amapá está localizado setentrionalmente no território brasileiro, entre as latitudes 04000'00"N e 01000'00"S e longitudes 50000'00" e 55000'00"W. Possui superfície territorial de cerca de 145.000 km². Sua capital e maior centro urbano, a cidade de Macapá, é a única capital de estado brasileiro banhada pelo rio Amazonas, o qual, ao atravessá-la em toda sua extensão, acaba por a isolar geograficamente por via terrestre do restante do território nacional ao sul. O Amapá é o único estado brasileiro que possui fronteira com um território ultramarino europeu, a Guiana Francesa, além de fazer limites com o Suriname, e detém 70% de sua extensão territorial considerada como área protegida, seja como unidade de conservação ambiental ou como área indígena (CHAGAS, 2013).

A população do Amapá é estimada em 669.526 habitantes segundo dados do censo demográfico brasileiro de 2010, sendo que a maioria dela se concentra na capital Macapá, com 398.204 habitantes (IBGE, 2011).

4.3 – População do Estudo

A população em análise foi constituída por homens na faixa etária entre 18 e 69 anos, residentes na área urbana do município de Macapá, AP. Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com base no censo demográfico da população brasileira realizado em 2010, a população do sexo masculino da área urbana do município de Macapá era de 186.657 habitantes, sendo que 111.560 homens tem idade compreendida na faixa etária de 18 a 69 anos (IBGE, 2013).

4.4 – Tamanho da Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra seguiu-se os critérios estabelecidos com base na teoria amostral de Cochran (1977) tendo como referência um erro amostral de 5%, empregando-se a fórmula para o cálculo das populações:

$$n = \frac{N}{[(N-1) \times \varepsilon^2] + 1}$$

Onde: n é o tamanho mínimo da amostra; N é o tamanho da população; ε é o erro amostral ($\varepsilon = 5\% = 0,05$).

A população masculina entre 18 e 69 anos residente na área urbana do município de Macapá corresponde a 111.560 homens de acordo com dados censitários demográficos de 2010 do IBGE. Considerando uma margem de erro de 5% e uma probabilidade de sucesso de 50%, o tamanho da amostra calculado para esta população correspondeu a 383 indivíduos do sexo masculino.

4.5 – Critérios de Inclusão e de Exclusão

Foram incluídos no estudo indivíduos do sexo masculino com vida sexual ativa por período de no mínimo 6 meses, com faixa etária compreendida no intervalo de 18 a 69 anos, inclusive. Os mesmos tinham residência fixa na área urbana do município de Macapá há mais de 6 meses e autorizaram a participação voluntária na pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: indígenas, estrangeiros não naturalizados e indivíduos sem residência fixa na área urbana do município de Macapá.

4.6 – Instrumento de Coleta de Dados e Variáveis

Foi utilizado o escore de avaliação de qualidade de vida sexual QS-M (Anexo A). Ele corresponde a um instrumento auto-responsivo, desenvolvido primordialmente para avaliação da função sexual do homem brasileiro. O QS-M representa uma escala estruturada para esta avaliação, com boa consistência interna e questões relevantes para função sexual masculina, já construído e validado na língua portuguesa falada e escrita no Brasil (ABDO, 2006).

Este instrumento é composto por dez questões auto-responsivas, baseadas nos últimos seis meses de atividade sexual, com cada questão respondida numa escala gradual de 0 a 5, sendo 0 o indicativo de “nunca” e 5, de “sempre”. A soma obtida, a qual varia de 0 a

50, é então multiplicada por 2, resultando numa escala de 0 a 100, com valores maiores indicando melhor satisfação e desempenho sexual.

Usualmente, a qualidade de vida sexual é estudada utilizando-se a memória do indivíduo sobre eventos, situações e comportamentos adotados durante um intervalo temporal específico no passado. A utilização do QS-M contribui, portanto, para diminuição do viés de recordação ao usar um breve intervalo de tempo (últimos seis meses) na avaliação da função sexual, exceto quando há elevada frequência de intercursos sexuais pelo participante, podendo esta recordação ser influenciada pelos eventos mais recentes, como bem ressalta Althof e Parish (2013). Em geral, pesquisas com intervalos maiores de recordação resultam em lembranças imprecisas de parceiras(os) e práticas sexuais, simplesmente por se fazer necessária uma reconstrução mais elaborada de eventos do que apenas uma lembrança de situações mais recentes (FENTON; JOHNSON; MCMANUS et al., 2001).

O QS-M possui grande abrangência, pois permite identificar as áreas a serem tratadas, contemplando os diferentes aspectos do ciclo sexual: desejo (questão 1), autoconfiança (questão 2), qualidade das preliminares (questão 3), satisfação da parceira(o) (questões 3 e 4), qualidade de ereção (questões 5 a 7), controle da ejaculação (questão 8), capacidade de atingir o orgasmo (questão 9) e a satisfação do indivíduo com o intercuro sexual (questão 10). A partir do resultado final em escala centesimal, obtêm-se estimativa de desempenho sexual, a saber: bom a excelente (>80 até 100), regular a bom (>60 até 80 pontos), desfavorável a regular (>40 até 60 pontos), ruim a desfavorável (>20 até 40 pontos) e nulo a ruim (0 até 20 pontos) (ABDO, 2007).

Segundo Abdo (2007), além da aferição da qualidade global de vida sexual masculina, o QS-M inclui itens de avaliação que não aparecem em outros instrumentos, como a capacidade de aferir a prevalência de desejo sexual hipoativo (Questão 1), EP (Questão 8) e ER/Anorgasmia (Questão 9).

Para Fenton et al. (2001), os questionários auto-responsivos, como o é o QS-M, reduzem a necessidade dos respondentes de expor individualmente seus comportamentos sexuais e podem, pois, produzir pesquisas de maior validade que aquelas feitas somente com entrevistas face-a-face.

Abdo (2007) julga que o QS-M apresenta algumas vantagens para estudos populacionais, tais como ser fácil sua autoadministração e rápido seu preenchimento, com tempo médio para responder todas suas questões de cerca de 11 minutos. Questionários de

sexualidade são métodos baratos, rápidos e confiáveis para a coleta de informação sobre este aspecto da vida privada do indivíduo (ALTHOF; PARISH, 2013).

Rosen (2001) afirma que instrumentos auto-responsivos têm a grande vantagem de fornecer uma aferição padronizada da função sexual, com excelente relação custo-benefício, características também importantes para realização de estudos populacionais. Para propósitos de levantamentos epidemiológicos em uma amostra populacional composta por um único gênero, Rizvi et al. (2011) recomendam escalas gênero-específicas construídas com poucos itens, tal qual o é o QS-M, com suas dez questões componentes. Como discutido por Fenton et al. (2001), questionários longos podem acarretar na qualidade ruim das informações, com falta de dados e inconsistência nas respostas.

Em conjunto com o QS-M, foram ainda coletados os seguintes dados epidemiológicos em outro questionário (Apêndice B)

1. Etnia: se branco, pardo, negro ou amarelo
2. Estado civil: se solteiro, casado, divorciado, viúvo ou união estável
3. Idade: em anos
4. Escolaridade: se sem instrução e fundamental incompleto, com ensino fundamental completo e médio incompleto, com ensino médio completo e superior incompleto e com ensino superior completo.
5. Profissão: funcionário público; autônomo, funcionário do setor privado; estudante; agricultor; pescador; aposentado; ou outros. Foi considerado profissional autônomo todo aquele que presta serviços, em caráter eventual, a uma ou mais empresas, sem relação formal de emprego e por conta própria, assumindo os próprios riscos.
6. Renda familiar: em salário mínimo. Para avaliação da renda mensal do indivíduo estudado, considerou-se o valor de salário mínimo de R\$ 724,00 (setecentos e vinte e quatro reais), que estava vigente no mês de fevereiro de 2014. Se 01 salário mínimo; 02 salários mínimo; 03 salários mínimo; 04 salários mínimo; 05 salários mínimo; 06 salários mínimo; 07 salários mínimo; 08 salários mínimo; 09 salários mínimo; acima de 09 salários mínimo; desempregado; sem renda; ou recebe auxílio do governo.

As variáveis epidemiológicas estudadas (etnia, estado civil, idade, escolaridade, profissão e renda mensal) têm grande interesse na epidemiologia social, pois esta avaliação pode ser interpretada amplamente como o resumo da ocorrência diferencial de qualquer desfecho de saúde, por exemplo uma disfunção sexual, entre grupos categorizados de acordo

com qualquer uma dentre as várias dimensões definidas socialmente para o estudo (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2011).

4.7 – Técnica de coleta de dados

Os procedimentos adotados para a coleta de dados tiveram como objetivo assegurar a boa representatividade da amostra do ponto de vista espacial (abordando a representação amostral de todos os setores e bairros do ambiente urbano do município de Macapá) e socioeconômico (com a presença de todos os segmentos sociais que compõem a população em estudo). Desse modo, a coleta da amostra foi estratificada em cotas mínimas para faixa etária e escolaridade, que são as variáveis controle da amostra, evitando, pois, que os dados coletados se distanciassem da população masculina sexualmente ativa da cidade de Macapá. A amostragem por cotas pode, portanto, reduzir o viés do voluntariado através da produção de cotas imparciais da população em questão (FENTON; JOHNSON; MCMANUS et al., 2001).

Muito embora haja crítica sobre a coleta de dados por cotas devido a pouca aleatoriedade destes dados e por ainda sub-representar alguns grupos cujo comportamentos podem diferir da população em geral, esta estratégia tornou-se indispensável para reduzir custos operacionais da coleta, além do tempo necessário para obtenção dos resultados da pesquisa. Apesar destas críticas, a amostra por cotas é amplamente utilizada nas pesquisas de opinião pública e de mercado, por exemplo (FROEMMING; LUCE; PERIN et al., 2000; FENTON; JOHNSON; MCMANUS et al., 2001).

Segundo a variável controle “Faixa Etária”, tem-se a Tabela 1, representando a distribuição da população masculina residente na cidade de Macapá, com idades entre 18-69 anos, de acordo com dados censitários demográficos do IBGE do ano de 2010. Já a variável controle “Escolaridade” para população do estudo, segundo os mesmos dados censitários, está representada pela Tabela 2.

Tabela 1 – População do sexo masculino, residente na cidade de Macapá, com idade de 18 a 69 anos e respectivas cotas calculadas para amostra segundo faixa etária, 2010.

Idade	População	Frequência	Cotas Calculadas para Amostra
18 anos	3.987	4,00%	14
19 anos	3.666	3,00%	13
20 a 24 anos	19.611	18,00%	67
25 a 29 anos	18.387	16,00%	63
30 a 34 anos	16.027	14,00%	55
35 a 39 anos	13.831	12,00%	47
40 a 44 anos	10.989	10,00%	38
45 a 49 anos	8.455	8,00%	29
50 a 54 anos	6.639	6,00%	23
55 a 59 anos	4.691	4,00%	16
60 a 64 anos	3.008	3,00%	10
65 a 69 anos	2.269	2,00%	8
Total	111.560	100,00%	383

Fonte: IBGE – Censo, 2010

Tabela 2 – População masculina de 18 a 69 anos, por nível de instrução, da cidade de Macapá, com suas respectivas cotas calculadas para amostra, 2010.

Nível de Instrução	População	Cota	Amostra
Sem instrução e fundamental incompleto	36.253	32,00%	124
Fundamental completo e médio incompleto	18.983	17,00%	65
Médio completo e superior incompleto	43.958	39,00%	151
Superior completo	12143	11,00%	42
Não determinada	223	0,00%	-
Total	111.560	100,00%	383

Fonte: IBGE – Censo, 2010

Na sequência do mecanismo de coleta, foi realizado sorteio dos setores censitários do perímetro urbano da cidade de Macapá. Esse procedimento visou tornar aleatórios os locais de coleta de dados e ainda permitir que a amostra contemplasse domicílios localizados em regiões da cidade onde não há levantamento populacional por bairro, uma vez que, aproximadamente 20% dos domicílios deste município estão localizados em áreas não regularizadas pela Prefeitura Municipal, que representavam 12 % da amostra a ser coletada na população do estudo (IBGE, 2011).

Com o intuito de superar esta limitação, optou-se por utilizar como parâmetro para distribuição espacial dos dados o conceito de setor censitário, que representa a menor unidade estatística e geográfica do município. Segundo IBGE (2011), na área urbana de Macapá há 420 setores censitários, sendo que a distribuição espacial da amostra segue a Probabilidade Proporcional ao Tamanho do setor censitário. No sorteio, a amostra foi dividida entre esses setores e, portanto, contemplou todos os bairros existentes no município.

A Tabela 3 representa a população masculina entre 18-69 anos segundo distribuição por bairro do município de Macapá, com suas respectivas cotas amostrais para este estudo.

A equipe de coleta de dados foi composta de oito pesquisadores do sexo masculino, todos estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá, previamente selecionados entre o quinto e oitavo semestres do curso, devidamente treinados pelo pesquisador principal do estudo. Os dados foram coletados por cada pesquisador na moradia do possível participante da pesquisa, escolhida aleatoriamente conforme já explicitado.

Os pesquisadores foram coletar os dados respeitando nas cotas amostrais domiciliares calculadas para cada localidade (Tabela 3), na procura de número especificado de cotas amostrais etárias (Tabela 1).

Primeiramente o pesquisador explicou de forma clara e detalhada a pesquisa para cada indivíduo. Após esta explicação, o pesquisador disponibilizou para a leitura o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ao possível participante, a fim de assiná-lo caso houvesse aceitação. Na situação de indivíduos analfabetos, o entrevistador leu o TCLE, tirando as possíveis dúvidas do entrevistado, solicitando sua impressão datiloscópica em caso de aceitação.

Tabela 3 – População masculina de 18 a 69 anos, distribuídas por bairros e demais localidades, em Macapá, com suas cotas amostrais calculadas, 2010.

Bairros e demais localidades	População	Cota	Amostra
Demais localidades	13.788	12,40%	47
Congós	7.904	7,10%	27
Buritizal	7.904	7,10%	27
Novo Buritizal	7.003	6,30%	24
Novo Horizonte	6.854	6,10%	24
São Lázaro	6.336	5,70%	22
Centro	5.601	5,00%	19
Jardim Felicidade	4.930	4,40%	17
Marco Zero	4.120	3,70%	14
Cidade Nova	4.097	3,70%	14
Perpétuo Socorro	3.865	3,50%	13
Santa Rita	3.846	3,40%	13
Brasil Novo	3.650	3,30%	13
Universidade	3.597	3,20%	12
Zerão	3.576	3,20%	12
Beirol	2.740	2,50%	9
Infraero	2.736	2,50%	9
Laguinho	2.450	2,20%	8
Araxá	2.370	2,10%	8
Trem	2.098	1,90%	7
Jesus de Nazaré	1.736	1,60%	6
Santa Inês	1.699	1,50%	6
Nova Esperança	1.372	1,20%	5
Pedrinhas	1.361	1,20%	5
Alvorada	750	0,70%	3
Jardim Equatorial	627	0,60%	2
Cabralzinho	466	0,40%	2
Boné Azul	353	0,30%	1
Total	111.560	100,00%	383

Fonte: IBGE – Censo, 2010

A seguir, aconteceu a coleta de dados propriamente dita, com a aplicação do QS-M e do questionário epidemiológico, os quais foram preenchidos pelo próprio participante. No caso de o participante ser analfabeto, o entrevistador foi então o responsável pela coleta dos dados, portanto neste caso específico o QS-M deixou de ser auto-responsivo e foi preenchido pelo pesquisador. Foi permitido ao participante usar todo tempo que julgasse necessário para o preenchimento dos instrumentos.

Ao abordar os participantes da pesquisa em suas residências e permitir que os mesmos preenchessem seus dados no ambiente de maior privacidade, toda equipe de pesquisa foi orientada a seguir os princípios da técnica de abordagem clínica e coleta de dados em sexualidade, mantendo linguagem direta e simples com os indivíduos, assegurando sigilo e evitando julgamentos, seja em linguagem direta ou atitudes não verbais, bem como assuntos como monogamia e orientação sexual (ALTHOF; ROSEN; PERELMAN et al., 2013; ALTHOF; PARISH, 2013).

Ao final da coleta de dados, novamente 20% da amostra foi sorteada aleatoriamente e sofreu procedimento de checagem junto aos entrevistados, através de visita domiciliar pelo pesquisador principal do estudo, o qual verificou se realmente houve a coleta dos dados e de que maneira estes foram colhidos, com o intuito de assegurar que não houve qualquer tipo de engano na amostra (SUDMAN, 1966).

Todos os parâmetros das variáveis controle (Faixa etária e Escolaridade) foram avaliados e comparados aos resultados do Censo IBGE/2010 e as distorções observadas na amostra em relação as cotas populacionais, se superiores a margem de erro da pesquisa (5%), foram corrigidas por procedimento estatístico que consiste na aplicação de pesos na amostra, tornando-a equivalente aos resultados populacionais (SUDMAN, 1966).

Por fim, foi realizada a distribuição da população em categorias etárias aos moldes dos estudos censitários populacionais do IBGE (2011), dividindo-as em doze grupos (18 anos, 19 anos e as demais em quinquênios).

4.8 – Análise e processamento dos dados

O sistema operacional utilizado na tabulação dos dados é o *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 21.0, que permitiu a realização de análises de diversos cruzamentos e gráficos (OLIVEIRA, 2008).

As variáveis avaliadas foram qualidade de vida sexual e as diferentes questões da atividade sexual masculina abordadas no QS-M por faixa etária.

A análise preliminar dos dados consistiu no processamento das informações de forma conveniente para a posterior análise definitiva, na checagem da qualidade dos dados, de forma a verificar a ocorrência de erros, observações atípicas, dados ausentes ou outras peculiaridades. Foi realizada posteriormente a análise descritivas dos dados, com o intuito de calcular as frequências absolutas ou relativas de cada variável, bem como cumprir os objetivos da pesquisa.

Inicialmente a análise estatística foi realizada para determinar as medidas de tendência central e variação da variável dependente e das variáveis independentes. No segundo momento, referente a estatística inferencial, foi verificada níveis descritivos do testes ou significância (p) de associação entre as variáveis. Para isto foram utilizados testes estatísticos não-paramétricos para variáveis independentes, a saber: o teste de Mann-Whitney quando para validar 2 amostras de variáveis independentes e o teste de Kruskal-Wallis, ao serem validadas mais de duas amostras, mantendo sempre o intervalo de confiança de 95%. Foi considerado como estatisticamente significativo quando os testes obtiveram valor de p menor que 0,05 (CIPRIANI; RICCI, 2008).

Para o cálculo das prevalências das disfunções sexuais masculinas ejaculação rápida, ejaculação retardada e desejo sexual hipotativo, foram utilizados como critério definidor escores menores ou iguais a 2 nas respostas individuais às oitava, nona e primeira questões QS-M, respectivamente (ABDO, 2007).

4.9 - Aspectos éticos

O estudo seguiu todos os princípios éticos da Declaração de Helsinque e atendeu as considerações éticas dispostas na resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAP após registro na Plataforma Brasil, sob o protocolo nº 24100412.4.0000.0003 (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964; BRASIL, 2012) (Anexo B).

Cada pesquisador explicou detalhadamente ao participante voluntário, em linguagem clara e direta, a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios

previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta poderia acarretar, assegurando a ausência de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, assim como garantia do sigilo, assegurando a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo. Além disto, o participante voluntário teve a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Para consubstanciar a anuência do participante da pesquisa, cada pesquisador solicitou assinatura do TCLE, visando confirmar a autorização da participação voluntária. Este documento é composto de duas vias, sendo uma retida pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador principal do estudo por um período de três anos. Ambas foram assinadas ou identificadas por impressão dactiloscópica, por cada participante da pesquisa e pelo pesquisador.

Registrou-se no TCLE a possibilidade de ocorrência de danos à dimensão moral do indivíduo, a qual é evitada pela manutenção do sigilo dos dados obtidos, os quais foram utilizados tão somente para fins científicos.

Quanto aos benefícios, após análise dos resultados obtidos no questionário pelo pesquisador principal, os participantes em que foram detectados prejuízos na qualidade de vida sexual ou portadores da possível presença de disfunções foram revisitados e conseqüentemente encaminhados para orientação e atendimento especializados.

Todos participantes da pesquisa, mesmo os que retirassem seus consentimentos, terão acesso ao resultado final do estudo, mediante avisos individuais ou publicação em meios de comunicação de maneira adequada, conforme resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS

5.1 – Caracterização epidemiológica da amostra populacional

Durante o mês de fevereiro de 2014, foram abordados 486 homens na área urbana do município de Macapá, dentre os quais 89 se recusaram a participar da pesquisa, atingindo uma taxa de resposta de 81,69%.

Destes 397 homens que preencheram os dados, doze assim o fizeram de forma incompleta e portanto 385 homens totalizaram a amostra a ser analisada, número bem próximo da amostra calculada previamente para o estudo (383 indivíduos). Estatisticamente a amostra coletada respeitou as cotas amostrais calculadas segundo faixa etária, nível de instrução e localização da residência, para assim poder representar os valores apropriados à população masculina de 18 a 69 anos moradora da área urbana de Macapá, não necessitando de adição de pesos nos cálculos da representatividade da amostra.

A média de idade da população estudada foi de 36,00 anos, com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de 34,70-37,30 anos e desvio padrão de $\pm 12,95$ anos. A mediana foi de 34,00 anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Medidas de tendência central da idade da amostra populacional de homens de 18 a 69 anos de Macapá, 2014.

Medidas de tendência central	Idade (anos)
Média	36,00
IC95% - Limite superior	37,30
IC95% - Limite inferior	34,70
Desvio padrão	12,95
Mediana	34,00

O gráfico 1 constitui o histograma de distribuição das frequências de idade na população da pesquisa, onde fica bem destacada a predominância de estratos mais jovens na representação populacional da amostra estudada.

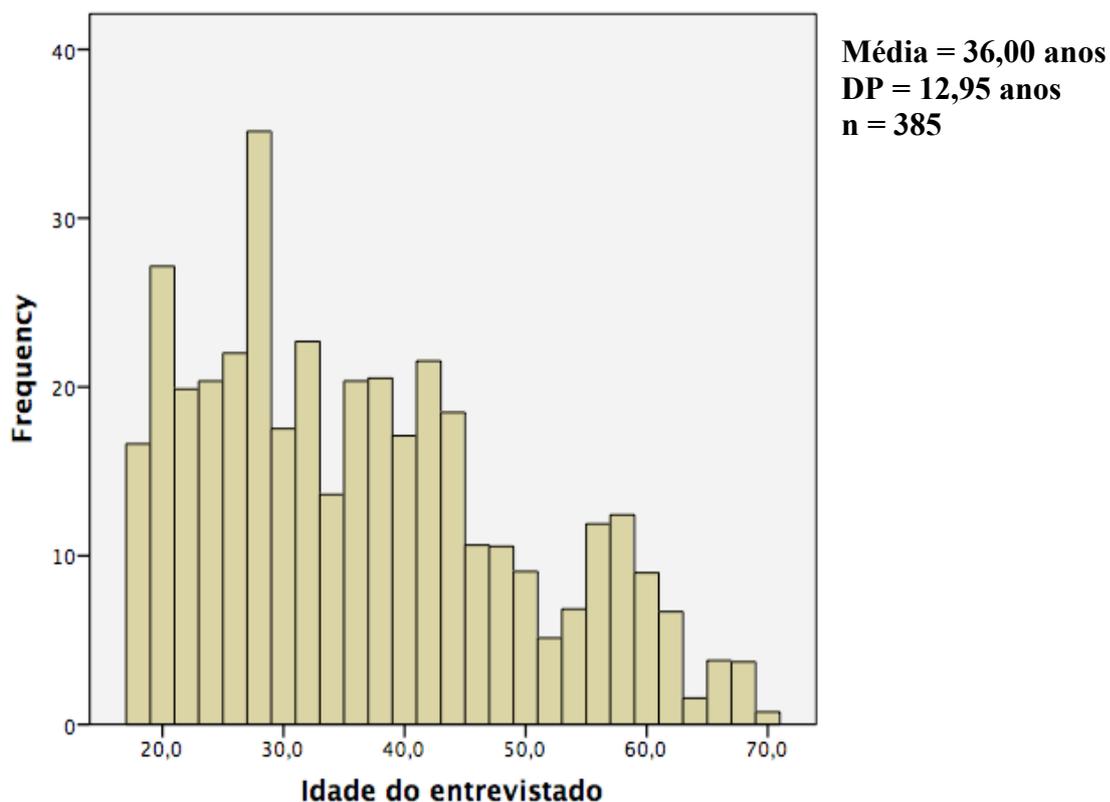


Gráfico 1 – Distribuição das frequências das idades da população masculina estudada, Macapá, 2014.

Utilizando o modelo de distribuição populacional do IBGE (2011) temos dezessete indivíduos (4,41% da amostra) com idade de 18 anos, doze indivíduos (3,11%) com idade de 19 anos e os demais dispostos em quinquênios, da seguinte maneira em quantidades e frequências respectivas, a saber: 20 a 24 anos (55 homens – 14,28%); 25 a 29 anos (66 homens – 17,14%); 30 a 34 anos (45 homens – 11,68%); 35 a 39 anos (47 anos – 12,20%); 40 a 44 anos (51 homens – 13,24%); 45 a 49 anos (26 homens – 6,75%); 50 a 54 anos (16 homens – 4,15%); 55 a 59 anos (29 homens – 7,53%); 60 a 64 anos (13 homens – 3,37%); 65 a 69 anos (8 homens – 2,07%) (Tabela 5).

Quanto à instrução, foi realizada reunião em grupos de escolaridade consoante aos estudos censitários realizados pelo IBGE (2011). Nesta distribuição, a quantidade e a frequência dos indivíduos ficou da seguinte maneira: sem instrução até fundamental incompleto com 124 indivíduos (32,20%); de fundamental completo até ensino médio incompleto com 67 indivíduos (17,40%); de ensino médio completo até superior incompleto

com 151 indivíduos (39,22%) e de ensino superior completo com 43 indivíduos (11,16%) (Tabela 6).

Tabela 5 – Distribuição da amostra do estudo segundo faixas etárias, Macapá, 2014.

Categorias (anos)	Amostra (homens)	Frequência (%)	Frequência da população (%)
18	17	4,41	4,00
19	12	3,11	3,00
20 – 24	55	14,28	18,00
25 – 29	66	17,14	16,00
30 – 34	45	11,68	14,00
35 – 39	47	12,20	12,00
40 – 44	51	13,24	10,00
45 – 49	26	6,75	8,00
50 – 54	16	4,15	6,00
55 – 59	29	7,53	4,00
60 – 64	13	3,37	3,00
65 – 69	8	2,07	2,00
Total	385	100,00	100,00

Tabela 6 – Distribuição da amostra do estudo segundo grupamentos de escolaridade, Macapá, 2014.

Grupamento de escolaridade	Amostra (homens)	Frequência (%)	Frequência da população (%)
Sem instrução até fundamental incompleto	124	32,20	32,00
Fundamental completo e médio incompleto	67	17,40	17,00
Médio completo e superior incompleto	151	39,22	39,00
Superior completo	43	11,16	11,00
Total	385	100,00	100,00

Quanto à etnia, a maioria dos entrevistados se considerou pardo (243 homens – 63,11%). Brancos, negros e amarelos foram respectivamente 63 homens (16,36%), 62 homens (16,10%) e 10 homens (2,59%). Sete indivíduos não responderam ao quesito (1,81%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra do estudo segundo etnia, Macapá, 2014.

Etnia	Amostra (homens)	Frequência (%)
Branco	63	16,36
Negro	62	16,10
Pardo	243	63,11
Amarelo	10	2,59
Não respondeu	7	1,81
Total	385	100,00

Quanto à profissão, a categoria de autônomo foi a predominante (162 homens 42,07%), seguida pelos empregados de setor privado (107 homens - 27,79%). Das outras categorias, obteve-se a seguinte distribuição em frequência: funcionário público (54 homens – 14,02%), estudante (32 homens – 8,31%), agricultor (1 homem – 0,25%), outras profissões (8 homens – 2,07%). Nove indivíduos eram aposentados (2,33%) e doze estavam desempregados no momento da pesquisa (3,11%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da amostra do estudo segundo profissão, Macapá, 2014.

Categoria profissional	Amostra (homens)	Frequência (%)
Funcionário público	54	14,02
Empregado do setor privado	107	27,79
Autônomo	162	42,07
Agricultor	1	0,25
Estudante	32	8,31
Aposentado	9	2,33
Desempregado	12	3,11
Outro	8	2,07
Total	385	100,00

Quanto à renda individual, a maioria da população (180 indivíduos – 46,75%) enquadrou-se na classe de zero até dois salários mínimos (SM) de média salarial mensal. Na demais classes de renda, obtiveram-se as seguintes frequências: classe com média salarial de 3 a 4 SM (109 homens – 28,31%), média salarial de 5 a 6 SM (37 homens – 9,61%) e média salarial igual ou maior que 7 SM (59 homens – 15,32%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da amostra do estudo segundo classes de renda mensal individual, Macapá, 2014.

Classe de renda (SM)	Amostra (homens)	Frequência (%)
0 a 2	180	46,75
3 e 4	109	28,31
5 e 6	37	9,61
≥ 7	59	15,32
Total	385	100,00

No tocante ao estado civil dos pesquisados, cento e trinta e nove indivíduos afirmavam ser solteiros (36,10%), com frequências bem próximas entre os em união estável (115 indivíduos) e os casados (109 indivíduos), respectivamente 29,87% e 28,31% do contingente amostral. Divorciados, viúvos e aqueles que não responderam completaram em conjunto 5,71% da amostra total (22 indivíduos) (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição da amostra do estudo segundo estado civil, Macapá, 2014.

Estado civil	Amostra (homens)	Frequência (%)
Solteiro	139	36,10
Casado	109	28,31
União estável	115	29,87
Divorciado/Viúvo/Não respondeu	22	5,71
Total	385	100,00

5.2 – Escore do QS-M na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá

Ao se avaliar a população masculina de 18 a 69 anos, a média encontrada para o valor de QS-M foi de 80,39 com IC 95% de 79,17-81,60 e SD de $\pm 12,14$, o que classifica a qualidade de vida sexual da população masculina da área urbana do município de Macapá como sendo “boa a excelente”. A mediana do QS-M da população total foi de 84,00. O valor mínimo encontrado foi 34,00 e o máximo, 100,00. A amplitude foi, portanto, de 66,00 (Tabela 11).

Tabela 11 – Valores estatísticos descritivos do QS-M da população de homens de 18 a 69 anos de Macapá, 2014.

Estatística Descritiva	QS-M
Média	80,39
IC95% - Limite superior	81,60
IC95% - Limite inferior	79,17
Desvio padrão	12,14
Mediana	84,00
Valor máximo	100,00
Valor mínimo	34,00
Amplitude	66,00

O gráfico 2 representa o histograma de distribuição das frequências dos escores do QS-M na população masculina de 18 a 69 anos da área urbana do município de Macapá, onde visualmente se destaca a predominância de escores acima de 60, ou seja, maioria populacional com qualidade de vida sexual classificada como no mínimo de “regular a boa”.

O gráfico 3 apresenta a distribuição das classificações da qualidade de vida sexual por frequência encontrada na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá. Cinco indivíduos apresentaram classificação de ruim a desfavorável na qualidade de vida sexual (1,30%). Com a classificação de desfavorável a regular, foram 20 indivíduos (5,19%);

com a de regular a bom, foram 146 homens (37,92%) e, com a de bom a excelente, foram 214 homens (55,58%).

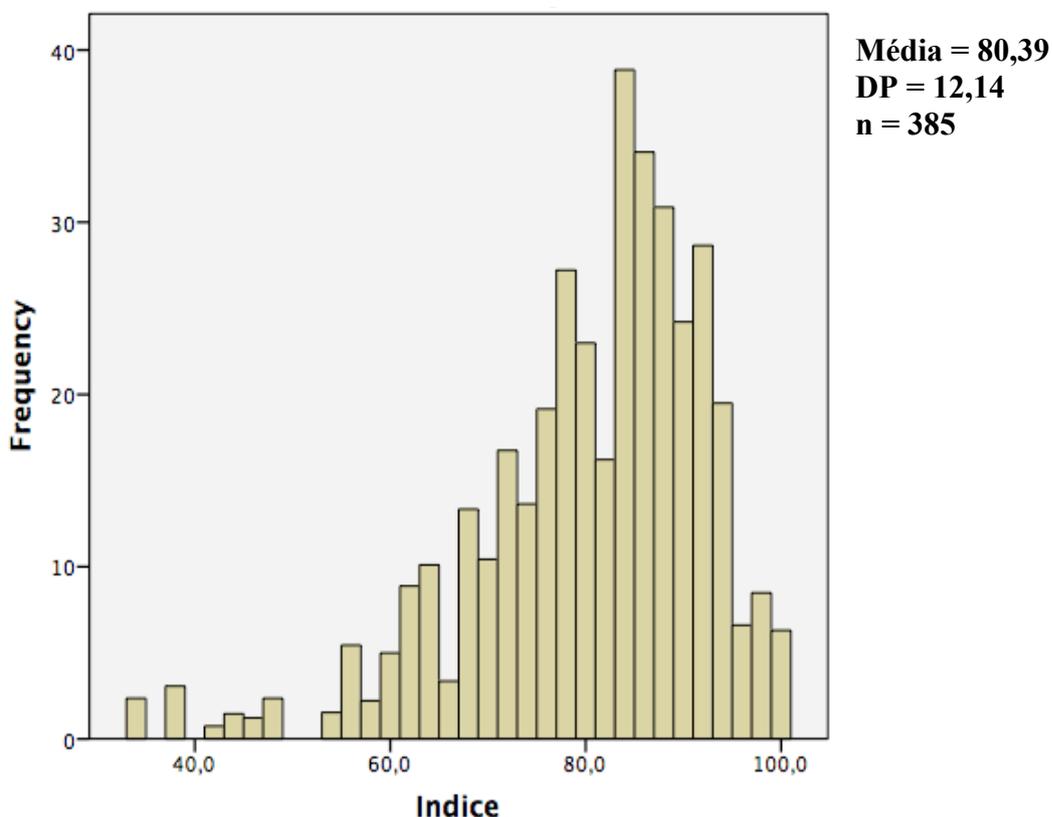


Gráfico 2 – Distribuição da frequências dos escores do QS-M, encontrados na população masculina de 18 a 69 anos, Macapá, 2014.

Na sequência foram avaliadas as frequências de respostas de cada uma das dez questões que compõem o QS-M.

A primeira questão (“Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?”) obteve a seguinte frequência de respostas na população masculina de 18 a 69 anos (gráfico 4): nunca 1,30% (n=5); raramente 2,60% (n=10); às vezes 7,79% (n=30); aproximadamente metade das vezes 9,87% (n=38); a maioria das vezes 22,34% (n=86); e sempre 56,10% (n=216).

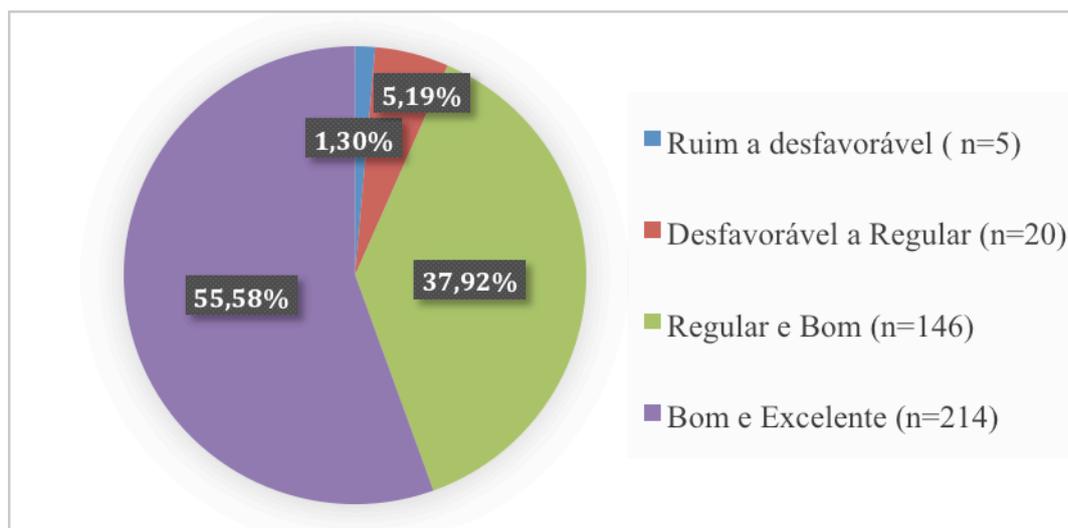


Gráfico 3 – Frequência das classificações de qualidade de vida sexual na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

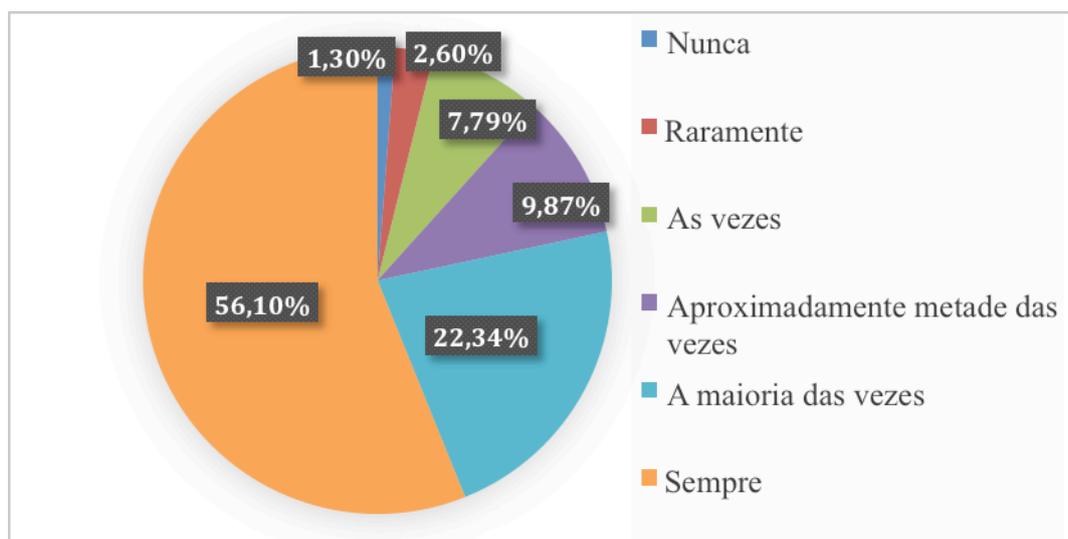


Gráfico 4 – Frequência das respostas obtidas na questão “Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

A segunda questão (“Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?”) obteve a seguinte frequência de respostas na população masculina de 18 a 69 anos (gráfico 5): nunca 0,78% (n=3); raramente 3,64% (n=14); às vezes

14,55% (n=56); aproximadamente metade das vezes 14,29% (n=55); a maioria das vezes 27,01% (n=104); e sempre 39,74% (n=153).

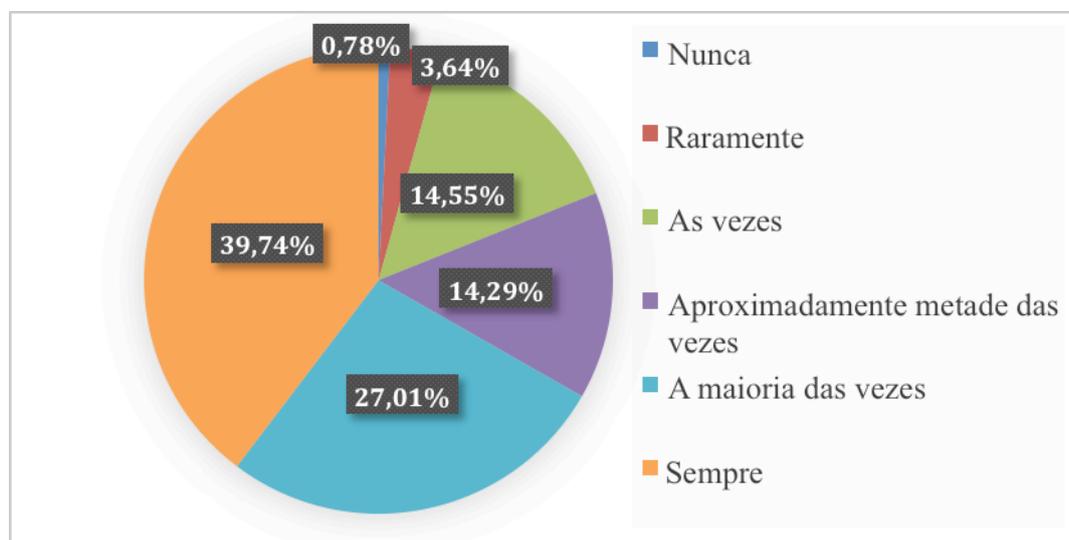


Gráfico 5 – Frequência das respostas obtidas na questão “Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

A terceira questão (“As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira (o)”) apresentou a seguinte frequência de respostas na população pesquisada (gráfico 6): nunca 0,52% (n=2); raramente 0,78% (n=3); às vezes 7,01% (n=27); aproximadamente metade das vezes 10,91% (n=42); a maioria das vezes 22,86% (n=88); e sempre 57,92% (n=223).

A quarta pergunta (“Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira (o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?”) obteve a seguinte frequência de respostas na população estudada (gráfico 7): nunca 8,83% (n=34); raramente 4,16% (n=16); às vezes 13,25% (n=51); aproximadamente metade das vezes 17,14% (n=66); a maioria das vezes 25,19% (n=97); e sempre 31,43% (n=121).

A quinta pergunta (“Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?”) apresentou a seguinte frequência de respostas na população masculina de 18 a 69 anos (gráfico 8): nunca 0,52% (n=2); raramente 1,56% (n=6); às vezes 6,75% (n=26); aproximadamente metade das vezes 8,57% (n=33); a maioria das vezes 20,26% (n=78); e sempre 62,34% (n=240).

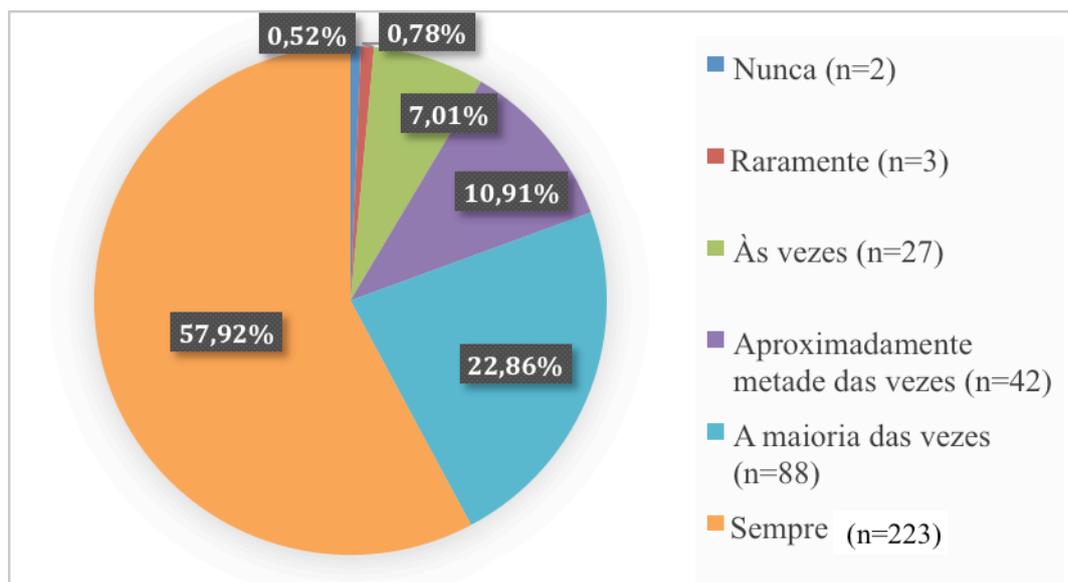


Gráfico 6 – Frequência das respostas obtidas na questão “As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira (o)?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

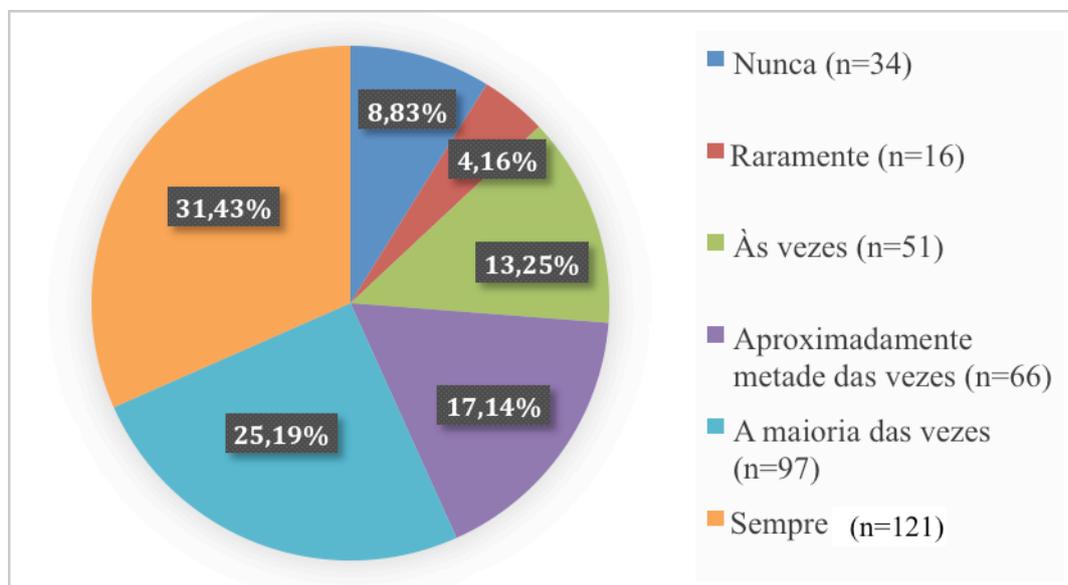


Gráfico 7 – Frequência das respostas obtidas na questão “Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira (o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

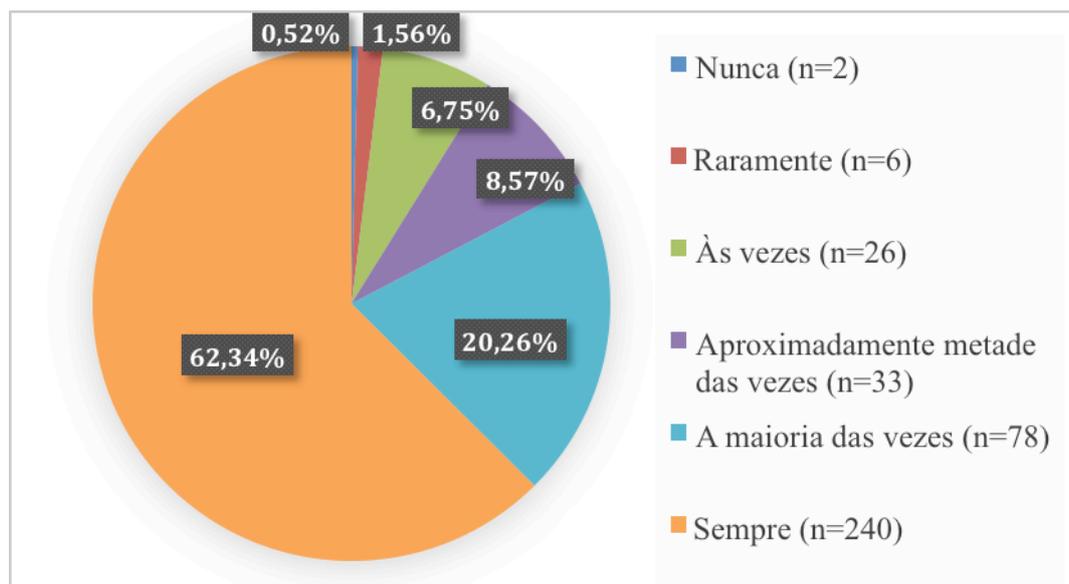


Gráfico 8 – Frequência das respostas obtidas na questão “Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

A sexta questão (“Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?”) obteve a seguinte frequência de respostas na população masculina de 18 a 69 anos (gráfico 9): nunca 0,52% (n=2); raramente 1,56% (n=6); às vezes 6,49% (n=25); aproximadamente metade das vezes 8,83% (n=34); a maioria das vezes 23,38% (n=90); e sempre 59,22% (n=228).

A sétima pergunta (“Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?”) obteve a seguinte frequência de respostas na população pesquisada (gráfico 10): nunca 0,78% (n=3); raramente 3,64% (n=14); às vezes 9,87% (n=38); aproximadamente metade das vezes 17,92% (n=69); a maioria das vezes 27,27% (n=105); e sempre 40,52% (n=156).

A oitava questão (“Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?”) apresentou a seguinte frequência de respostas na população masculina de 18 a 69 anos (gráfico 11): nunca 8,83% (n=34); raramente 9,87% (n=38); às vezes 17,92% (n=69); aproximadamente metade das vezes 10,65% (n=41); a maioria das vezes 22,34% (n=86); e sempre 30,39% (n=117).

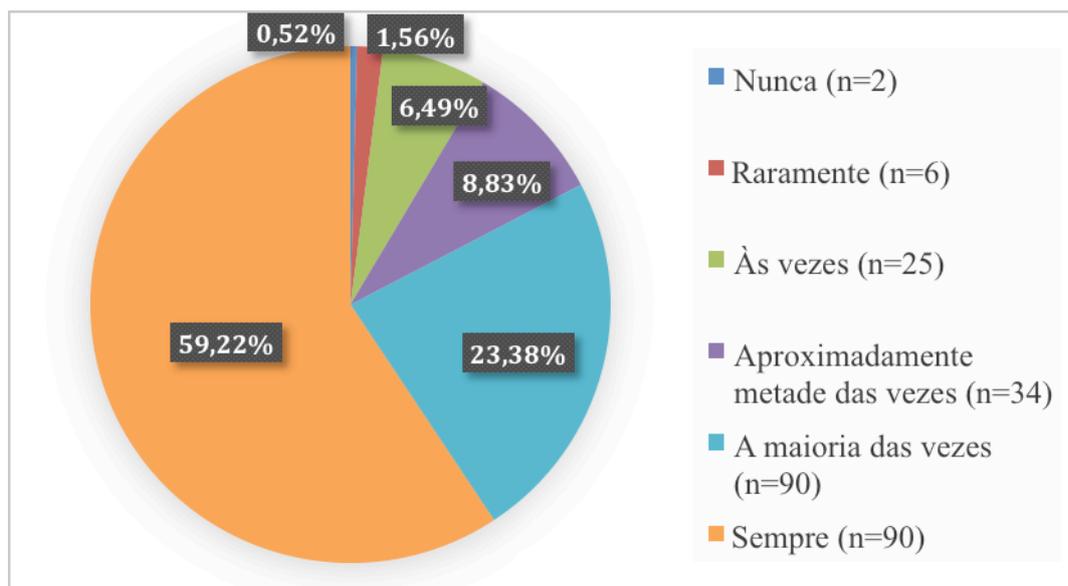


Gráfico 9 – Frequência das respostas obtidas na questão “Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

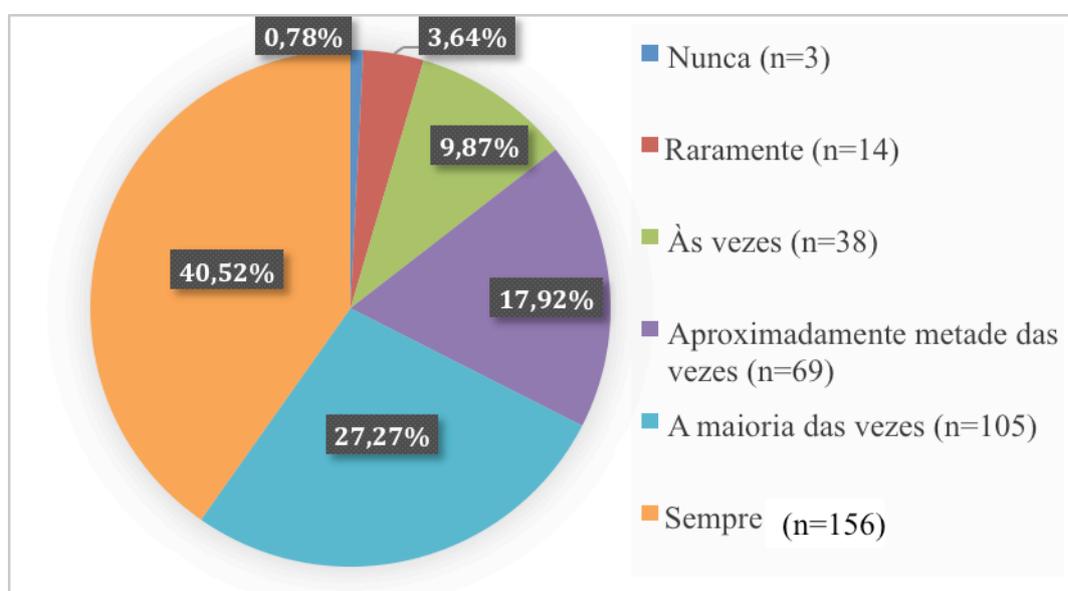


Gráfico 10 – Frequência das respostas obtidas na questão “Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

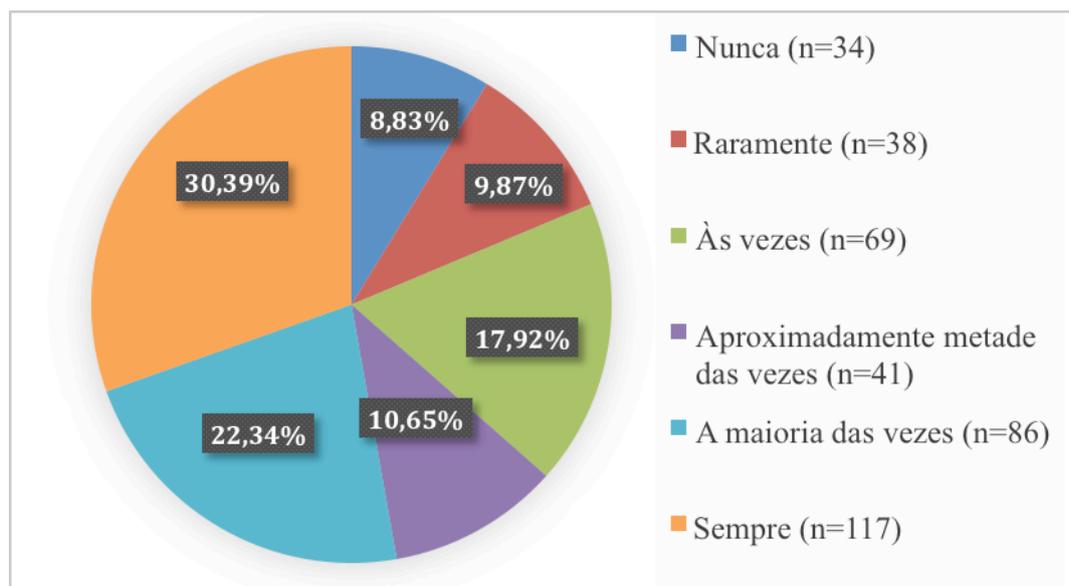


Gráfico 11 – Frequência das respostas obtidas na questão “Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

A nona pergunta (“Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?”) apresentou a seguinte frequência de respostas na população estudada (gráfico 12): nunca 0,52% (n=2); raramente 1,56% (n=6); às vezes 4,42% (n=17); aproximadamente metade das vezes 4,68% (n=18); a maioria das vezes 14,81% (n=57); e sempre 74,03% (n=285).

A décima e última questão do QS-M (“Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?”) obteve a seguinte frequência de respostas na população masculina de 18 a 69 anos (gráfico 13): nunca 2,60% (n=10); raramente 2,34% (n=9); às vezes 5,45% (n=21); aproximadamente metade das vezes 6,23% (n=24); a maioria das vezes 24,42% (n=94); e sempre 58,96% (n=227).

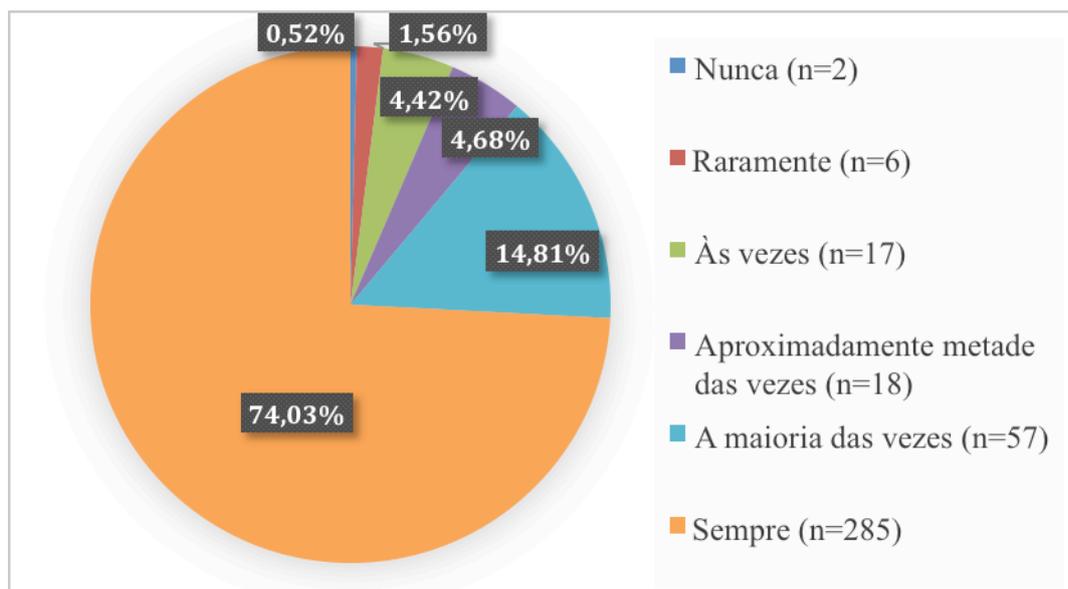


Gráfico 12 – Frequência das respostas obtidas na questão “Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

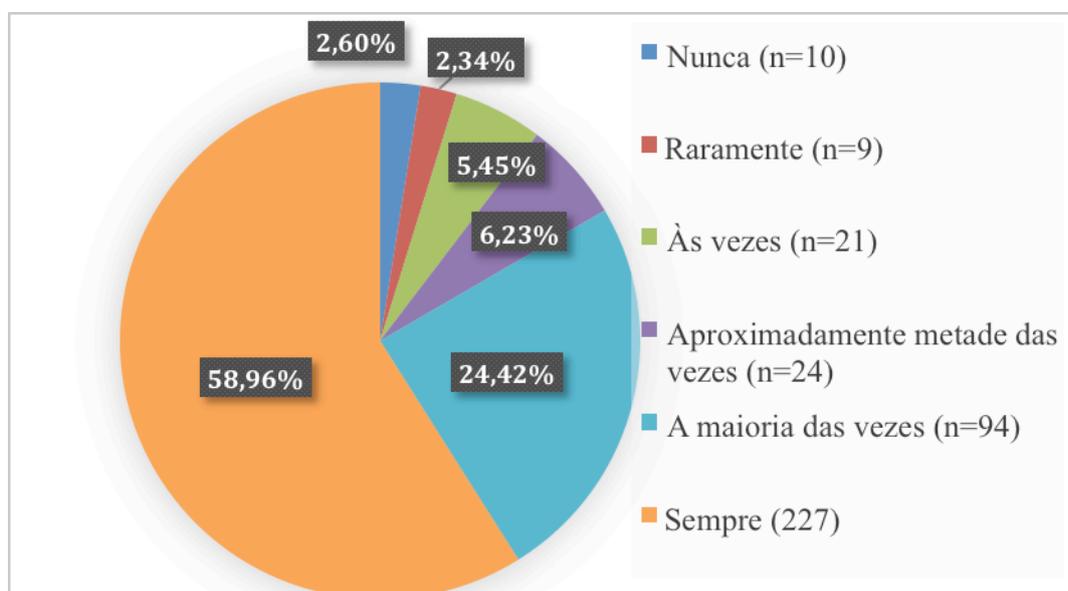


Gráfico 13 – Frequência das respostas obtidas na questão “Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?” na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá, 2014.

5.3 – Escore do QS-M por faixa etária da população estudada

Ao se avaliar a população masculina de 18 anos, encontrou-se como média do QS-M o valor de 79,99 com IC 95% de 73,31-86,67 e SD de $\pm 12,82$, o que classifica a qualidade de vida sexual desta população em “regular a boa”. A mediana do QS-M da população com 18 anos foi de 82,56. O valor mínimo encontrado foi 46,00 e o máximo, 94,00. A amplitude foi, pois, de 48,00.

Na população masculina com 19 anos em Macapá, a média do QS-M calculada foi de 81,25 com IC 95% de 76,45-86,05 e SD de $\pm 7,64$, o que classifica a qualidade de vida sexual desta população em “boa a excelente”. A mediana do QS-M da população com 19 anos foi de 84,00. O valor mínimo encontrado foi 70,00 e o máximo, 90,00. A amplitude foi, pois, de 20,00.

Na faixa etária que começa aos 20 anos até 24 anos, a média encontrada para o QS-M foi de 80,20, também classificando este estrato populacional como tendo qualidade de vida sexual de “boa a excelente”. O IC 95% foi de 76,77-83,64 e SD de $\pm 12,72$. A mediana do QS-M da população de 20 a 24 anos foi de 84,00. O valor mínimo encontrado foi 38,00 e o máximo, 98,00. A amplitude foi, pois, de 60,00.

No grupo de 25 a 29 anos, a média do QS-M foi 80,97 (qualidade de vida sexual “boa a excelente”), com IC 95% de 78,30-83,64 e SD de $\pm 10,867$. A mediana do QS-M desta população foi de 84,00, com valor mínimo de 58,00 e máximo, 100,00. A amplitude foi, portanto, de 42,00.

Para a população masculina de 30 a 34 anos, a média do QS-M foi 81,272 o que ainda corresponde a uma qualidade de vida sexual de “boa a excelente”. O IC 95% foi de 78,30-84,23 e SD, $\pm 9,88$. A mediana do QS-M desta população foi de 83,47, com valor mínimo de 60,00 e máximo de 100,00. A amplitude foi, então, de 40,00.

Na população de homens macapaenses de 35 a 39 anos, a média encontrada para o QS-M foi 85,91, com IC 95% de 82,73-89,09 e SD de $\pm 10,85$, o que classifica a qualidade de vida sexual desta população em “boa a excelente”. A mediana do QS-M desta população foi de 88,00. O valor mínimo encontrado foi 44,00 e o máximo, 100,00. A amplitude foi, pois, de 56,00.

Entre os homens residentes em Macapá, com idade de 40 a 44 anos, a média do QS-M foi de 78,37, classificando a qualidade de vida deste grupo como de “regular a boa”. O

IC 95% foi de 74,92-81,83 e SD de $\pm 12,26$. A mediana foi 80,00. O valor mínimo encontrado foi 34,00 e o máximo, 98,00; totalizando uma amplitude de 64,00.

Ao se calcular a média do QS-M para a população masculina de 45 a 49 anos, encontrou-se o valor de 78,61 com IC 95% de 72,98-84,24 e SD de $\pm 14,07$, o que classifica a qualidade de vida sexual desta população em “regular a boa”. A mediana do QS-M desta população foi de 81,12. O valor mínimo encontrado foi 34,00 e o máximo, 98,00. A amplitude foi, pois, de 64,00.

Para o grupo de homens de 50 a 54 anos da população macapaense, a média do QS-M foi 76,55 (qualidade de vida sexual classificada como de “regular a boa”), com IC 95% de 71,28-81,82, SD de $\pm 9,80$ e mediana de 75,37. O valor mínimo encontrado foi 62,00 e o máximo, 96,00. A amplitude foi, portanto, de 34,00.

Na população masculina macapaense com idade de 55 a 59 anos, a média do QS-M foi 80,02 com IC 95% de 74,95-85,09, SD de $\pm 13,24$ e mediana de 84,22, o que classificou este grupo populacional com qualidade de vida sexual “boa a excelente”. Os valores mínimo, máximo e a amplitude foram, respectivamente, 42,00, 96,00 e 54,00.

No grupo populacional de homens de 60 a 64 anos, a média do QS-M foi 76,58 (qualidade de vida sexual de “regular a boa”), com IC 95% de 66,55-86,61, SD de $\pm 16,48$ e mediana de 83,97. O valor mínimo encontrado foi 38,00 e o máximo, 96,00. A amplitude foi, portanto, de 58,00.

Na população masculina macapaense de 65 a 69 anos, a média do QS-M foi 72,44 com IC 95% de 57,35-87,52, SD de $\pm 18,44$ e mediana de 70,49, o que classificou este grupo populacional com qualidade de vida sexual “regular a boa”. Os valores mínimo, máximo e a amplitude foram, respectivamente, 44,00, 100,00 e 56,00.

A tabela 12 apresenta a análise estatística descritiva dos valores de QS-M da população masculina nas diferentes faixas etárias.

Ao se distribuir os valores das médias de QS-M por faixa etária em diagrama em linhas (gráfico 14), percebeu-se um aumento das médias com o envelhecimento masculino dos 18 anos até a faixa etária de 35 a 39 anos, onde atingiu o maior escore médio de QS-M. A partir de então, ocorreu diminuição destes escores até atingir seu mínimo valor na faixa etária de 64 a 69 anos.

Tabela 12 - Valores estatísticos descritivos do QS-M da população masculina nas diferentes faixas etárias, Macapá, 2014

Estatística Descritiva	Média	IC95%		Desvio padrão	Mediana	Valor		Amplitude
		Limite superior	Limite inferior			máximo	mínimo	
QS-M								
18 anos	79,99	86,67	73,31	12,82	82,56	94,00	46,00	48,00
19 anos	81,25	86,05	76,45	7,64	84,00	90,00	70,00	20,00
20 a 24 anos	80,20	83,64	76,77	12,72	84,00	98,00	38,00	60,00
25 a 29 anos	80,97	83,64	78,30	10,86	84,00	100,00	58,00	42,00
30 a 34 anos	81,27	84,23	78,30	9,88	83,47	100,00	60,00	40,00
35 a 39 anos	85,91	89,09	82,73	10,85	88,00	100,00	44,00	56,00
40 a 44 anos	78,37	81,83	74,92	12,26	80,00	98,00	34,00	64,00
45 a 49 anos	78,61	84,24	72,98	14,07	81,12	98,00	34,00	64,00
50 a 54 anos	76,55	81,82	71,28	9,80	75,37	96,00	62,00	34,00
55 a 59 anos	80,02	85,09	74,95	13,24	84,22	96,00	42,00	54,00
60 a 64 anos	76,58	86,61	66,55	16,48	83,97	96,00	38,00	58,00
65 a 69 anos	72,44	87,52	57,35	18,44	70,49	100,00	44,00	56,00

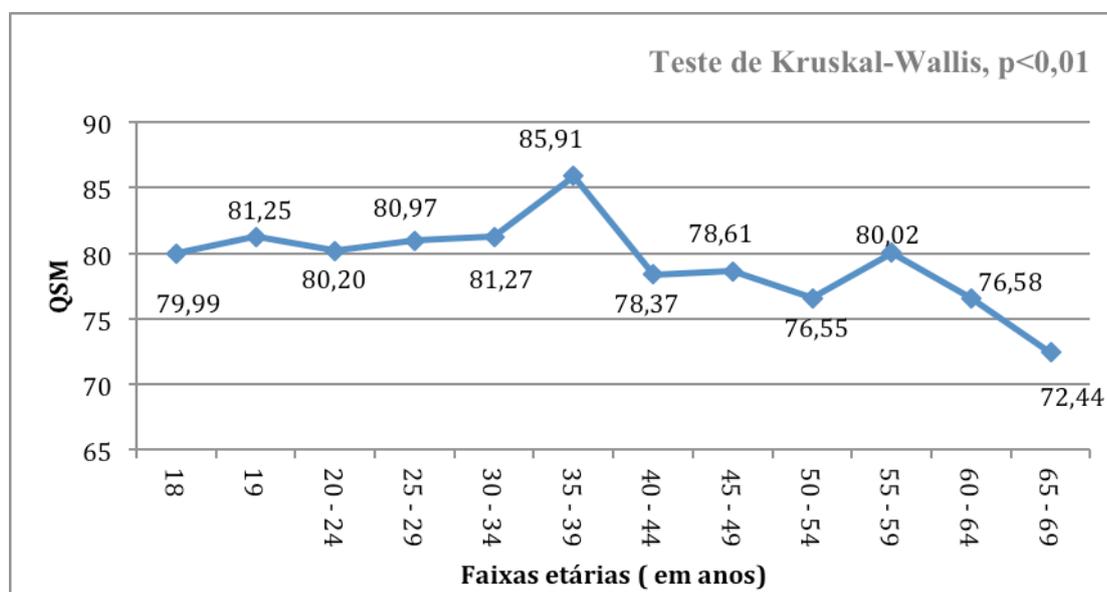


Gráfico 14 – Diagrama em linhas da distribuição das médias de QS-M nas diferentes faixas etárias da população masculina de 18 a 69 anos, residente em Macapá, 2014.

O gráfico 15 demonstra a distribuição do tipo boxplot (gráfico em caixa) de outra medida de tendência central (mediana) e da variabilidade dos valores de QS-M para cada uma das doze faixas etárias da população masculina residente em Macapá. Ficam evidentes as maiores variações de valores de QS-M nas faixas etárias a partir dos 60 anos de idade. Indivíduos com valores discrepantes (outlines) encontram-se denotados por círculo e o valor que se distancia substancialmente foi considerado extremo (extreme) e assinalado com asterisco.

Ao se construir o gráfico de dispersão dos valores de QS-M pelas diferentes idades da amostra (gráfico 16), verificou-se uma possível relação de pequena intensidade entre qualidade de vida sexual masculina e envelhecimento, com uma diminuição deste aspecto da qualidade de vida ao aumento da idade no homem.

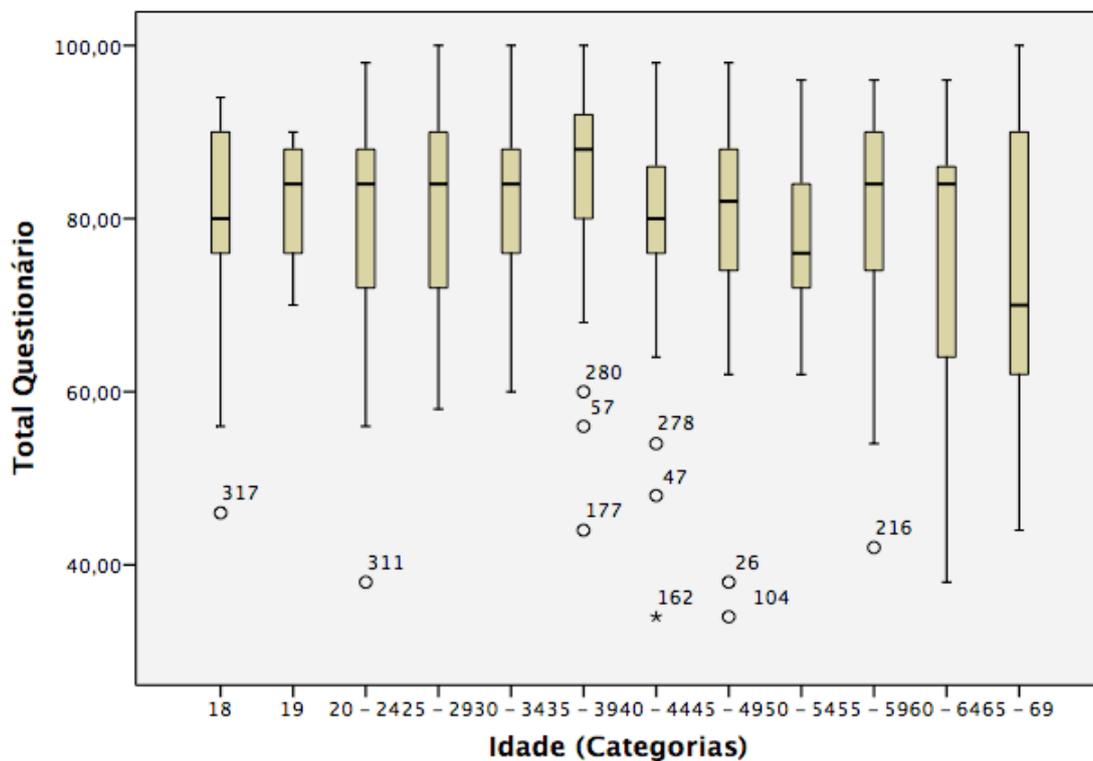


Gráfico 15 – Gráfico em caixa dos valores de QS-M nas diferentes faixas etárias da população masculina de 18 a 69 anos, Macapá, 2014.

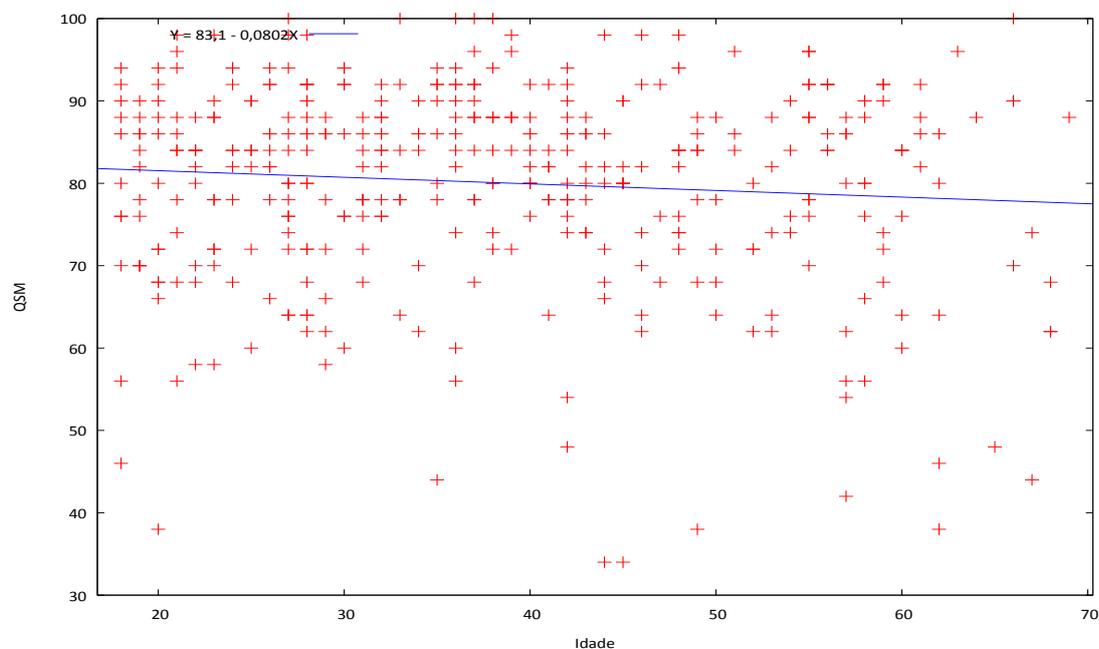


Gráfico 16 – Diagrama de dispersão dos valores de QS-M pela idade em anos dos homens de 18 a 69 anos, Macapá, 2014.

Ao se comparar em conjunto as médias do QS-M das respectivas faixas de idade usando o teste de Kruskal-Wallis, encontrou-se significância estatística ($p < 0,01$) com graus de liberdade (df) de 11. Na sequência foram comparadas entre si as médias de QS-M entre duas categorias etárias diferentes, usando o teste Mann-Whitney (Gráfico 14).

A tabela 13 resume os níveis descritivos (p-valores) dos testes de Mann-Whitney obtidos nas comparações entre as médias do QS-M das doze faixas etárias da população masculina de 18 a 69 anos estudada, com o realce em negrito naqueles cuja diferença foi estatisticamente significativa.

Assim, verifica-se que a média da qualidade de vida sexual da faixa etária de 35 a 39 anos apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparada às médias das demais faixas etárias, excetuando-se os homens que possuem idade de 18 e 19 anos.

Tabela 13 – Níveis descritivos dos testes de Mann-Whitney obtidos nas comparações entre médias de QS-M das diferentes faixas etárias da população masculina de 18 a 69 anos, Macapá, 2014.

	18 anos	19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos
18 anos	X	0,87	0,92	0,96	0,93	0,06	0,35	0,59	0,15	0,96	0,16	0,15
19 anos	0,87	X	0,81	0,82	0,85	0,07	0,25	0,43	0,10	0,80	0,37	0,21
20 a 24 anos	0,92	0,81	X	0,93	0,91	0,01	0,20	0,50	0,11	0,87	0,43	0,18
25 a 29 anos	0,96	0,82	0,93	X	0,93	0,00	0,15	0,49	0,09	0,86	0,41	0,14
30 a 34 anos	0,93	0,85	0,91	0,93	X	0,00	0,25	0,50	0,08	0,76	0,49	0,13
35 a 39 anos	0,06	0,07	0,01	0,00	0,00	X	0,00	0,00	0,00	0,03	0,01	0,01
40 a 44 anos	0,35	0,25	0,20	0,15	0,25	0,00	X	0,78	0,24	0,15	0,75	0,27
45 a 49 anos	0,59	0,43	0,50	0,49	0,50	0,00	0,78	X	0,27	0,48	0,93	0,24
50 a 54 anos	0,15	0,10	0,11	0,09	0,08	0,00	0,24	0,27	X	0,10	0,58	0,49
55 a 59 anos	0,96	0,80	0,87	0,86	0,76	0,03	0,15	0,48	0,10	X	0,34	0,16
60 a 64 anos	0,16	0,37	0,43	0,41	0,49	0,01	0,75	0,93	0,58	0,34	X	0,34
65 a 69 anos	0,15	0,21	0,18	0,14	0,13	0,01	0,27	0,24	0,49	0,16	0,34	X

Para verificar a influência da idade nos aspectos do ciclo sexual masculino que contribuem para qualidade de vida sexual, foram calculadas as médias dos escores individuais (0 a 5) de cada pergunta do QS-M para cada faixa etária e posteriormente comparadas usando o teste de Kruskal-Wallis.

Para o questionamento “Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?”, foram obtidas as seguintes médias dos escores em cada faixa etária estudada (gráfico 17): 18 anos (média: 4,04 – SD \pm 1,43), 19 anos (média: 3,63 – SD \pm 1,00), 20 a 24 anos (média: 3,82 – SD \pm 1,33), 25 a 29 anos (média: 4,40 – SD \pm 1,11), 30 a 34 anos (média: 4,02 – SD \pm 1,34), 35 a 39 anos (média: 4,56 – SD \pm 0,90), 40 a 44 anos (média: 4,30 – SD \pm 0,99), 45 a 49 anos (média: 3,99 – SD \pm 1,22), 50 a 54 anos (média: 3,97 – SD \pm 1,23), 55 a 59 anos (média: 4,48 – SD \pm 0,81), 60 a 64 anos (média: 4,24 – SD \pm 1,04), e 65 a 69 anos (média: 3,36 – SD \pm 1,52). Ao serem comparadas através do teste de Kruskal-Wallis, foi encontrada diferença estatisticamente significante entre os grupos ($p < 0,01$), demonstrando influência da idade nesta questão e conseqüentemente no aspecto do desejo no ciclo sexual masculino.

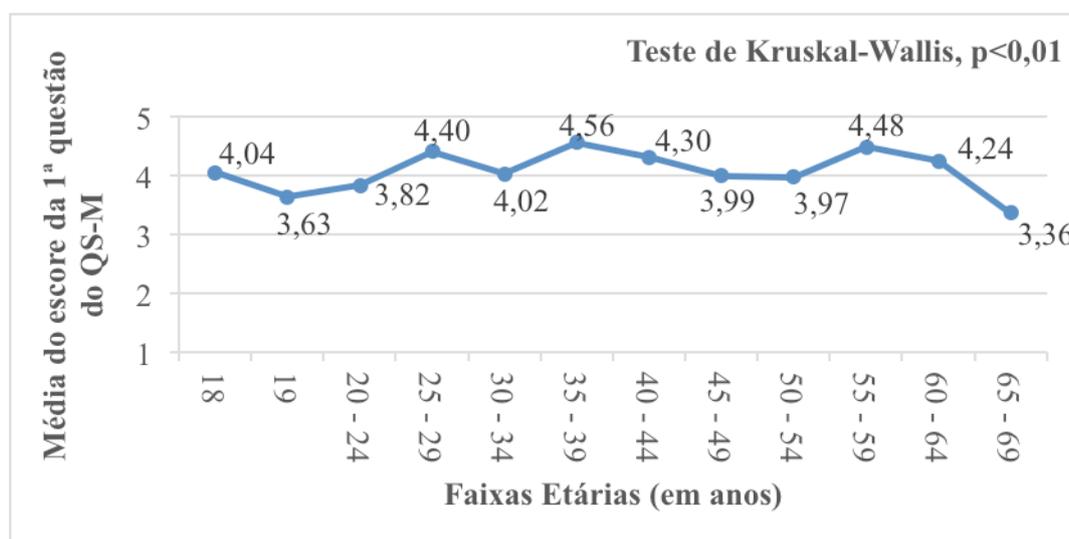


Gráfico 17 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?” nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014.

Para a pergunta “Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?”, foram calculadas as seguintes médias dos escores para cada faixa etária (gráfico 18): 18 anos (média: 3,43 – SD \pm 1,36), 19 anos (média: 3,71 – SD \pm 1,24), 20 a 24 anos (média: 3,64 – SD \pm 1,25), 25 a 29 anos (média: 3,81 – SD \pm 1,32), 30 a 34 anos (média: 4,09 – SD \pm 1,09), 35 a 39 anos (média: 4,07 – SD \pm 0,98), 40 a 44 anos (média: 3,91 – SD \pm 1,20), 45 a 49 anos (média: 3,76 – SD \pm 1,22), 50 a 54 anos (média: 3,73 – SD \pm 1,06), 55 a 59 anos (média: 3,83 – SD \pm 1,36), 60 a 64 anos (média: 3,60 – SD \pm 1,70), e 65 a 69 anos (média: 3,27 – SD \pm 1,63). Ao serem comparadas através do teste de Kruskal-Wallis, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,59$).

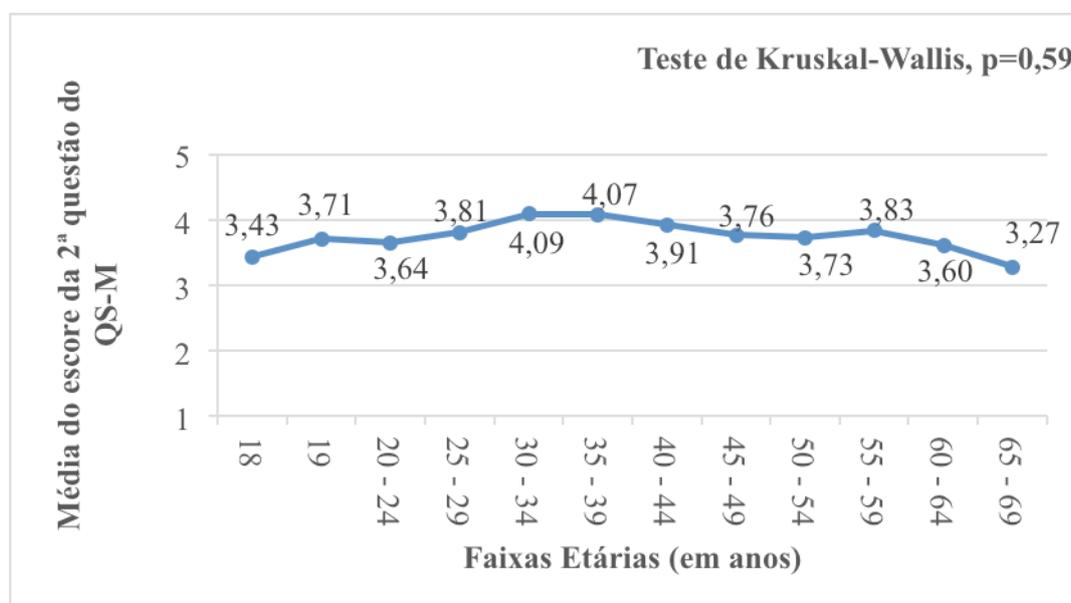


Gráfico 18 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?” nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014.

Para a pergunta “As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira (o)?”, foram obtidas as seguintes médias dos escores para cada faixa etária (gráfico 19): 18 anos (média: 4,30 – SD \pm 0,65), 19 anos (média: 4,21 – SD \pm 1,05), 20 a 24 anos (média: 4,34 – SD \pm 1,13), 25 a 29 anos (média: 4,28 – SD \pm 0,97), 30 a 34 anos (média: 4,29 – SD \pm 0,97), 35 a 39 anos (média: 4,23 – SD \pm 1,10), 40 a 44 anos (média: 4,27 – SD \pm 0,98), 45 a 49 anos (média: 4,40 – SD \pm 1,01), 50 a 54 anos (média: 4,01 – SD \pm 1,13),

55 a 59 anos (média: 4,25 – SD \pm 1,09), 60 a 64 anos (média: 4,54 – SD \pm 0,87), e 65 a 69 anos (média: 3,72 – SD \pm 1,70). Ao serem comparadas através do teste de Kruskal-Wallis, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,86$).

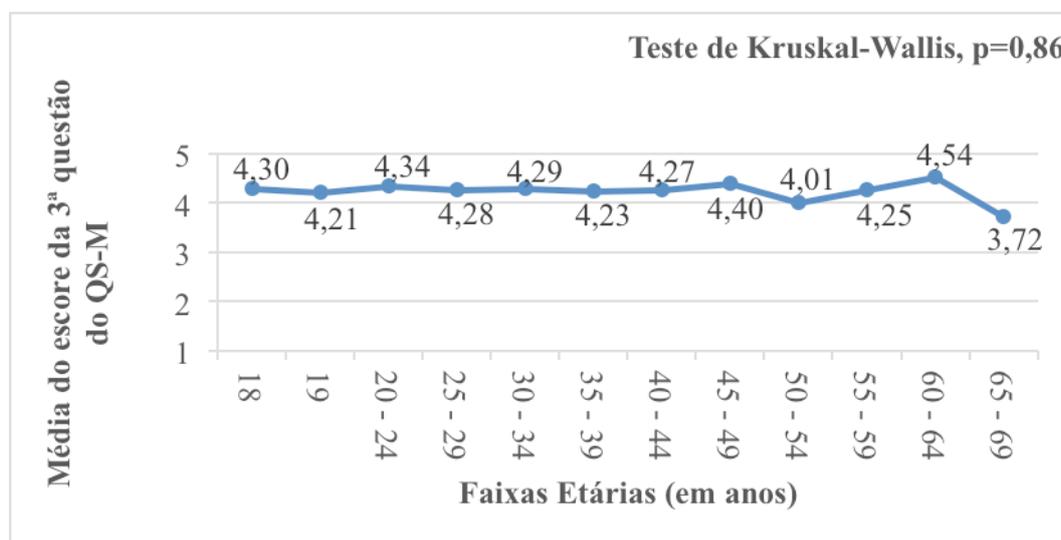


Gráfico 19 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira (o)?” nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014.

Para a pergunta “Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira (o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?”, foram calculadas as seguintes médias dos escores para cada faixa etária (gráfico 20): 18 anos (média: 4,01 – SD \pm 1,09), 19 anos (média: 3,92 – SD \pm 1,67), 20 a 24 anos (média: 3,62 – SD \pm 1,22), 25 a 29 anos (média: 3,10 – SD \pm 1,57), 30 a 34 anos (média: 3,03 – SD \pm 1,57), 35 a 39 anos (média: 3,60 – SD \pm 1,59), 40 a 44 anos (média: 3,24 – SD \pm 1,62), 45 a 49 anos (média: 3,62 – SD \pm 1,49), 50 a 54 anos (média: 3,19 – SD \pm 2,06), 55 a 59 anos (média: 3,78 – SD \pm 1,48), 60 a 64 anos (média: 2,76 – SD \pm 1,88), e 65 a 69 anos (média: 3,51 – SD \pm 2,02). Ao serem comparadas as médias através do teste de Kruskal-Wallis, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,04$), demonstrando que a idade influencia nesta pergunta do QS-M e conseqüentemente no aspecto satisfação da parceira (o) no ciclo sexual masculino.

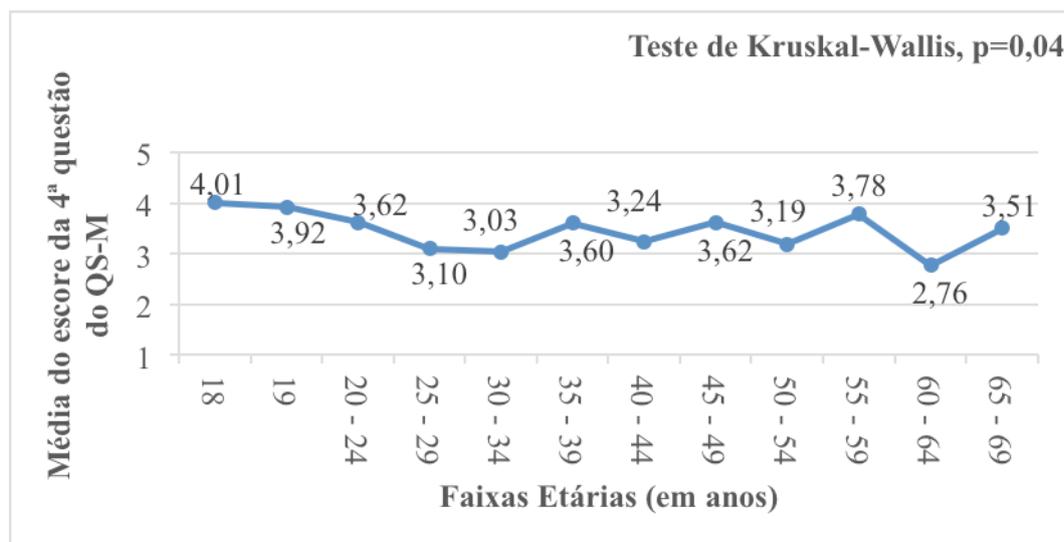


Gráfico 20 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira (o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?” nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014.

Para a pergunta “Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?”, foram obtidas as seguintes médias dos escores para cada faixa etária (gráfico 21): 18 anos (média: 4,81 – SD $\pm 0,58$), 19 anos (média: 4,57 – SD $\pm 0,45$), 20 a 24 anos (média: 4,32 – SD $\pm 1,13$), 25 a 29 anos (média: 4,44 – SD $\pm 0,93$), 30 a 34 anos (média: 4,43 – SD $\pm 0,81$), 35 a 39 anos (média: 4,60 – SD $\pm 0,81$), 40 a 44 anos (média: 4,22 – SD $\pm 1,16$), 45 a 49 anos (média: 4,03 – SD $\pm 1,15$), 50 a 54 anos (média: 3,83 – SD $\pm 1,07$), 55 a 59 anos (média: 4,03 – SD $\pm 1,28$), 60 a 64 anos (média: 4,41 – SD $\pm 0,94$), e 65 a 69 anos (média: 3,56 – SD $\pm 1,59$). Ao serem comparadas as médias através do teste de Kruskal-Wallis, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,01$), demonstrando que a idade influencia nesta questão e consequentemente no aspecto qualidade de ereção do ciclo sexual masculino.

Para a pergunta “Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?”, foram calculadas as seguintes médias dos escores para cada faixa etária (gráfico 22): 18 anos (média: 4,59 – SD $\pm 0,92$), 19 anos (média: 4,22 – SD $\pm 0,74$), 20 a 24 anos (média: 4,31 – SD $\pm 1,06$), 25 a 29 anos (média: 4,53 – SD $\pm 0,84$), 30 a 34 anos (média: 4,54 – SD $\pm 0,64$), 35 a 39 anos (média: 4,52 – SD $\pm 0,74$), 40 a 44 anos (média: 4,04 – SD $\pm 1,35$), 45 a 49 anos (média: 4,12 – SD $\pm 1,17$), 50 a 54 anos

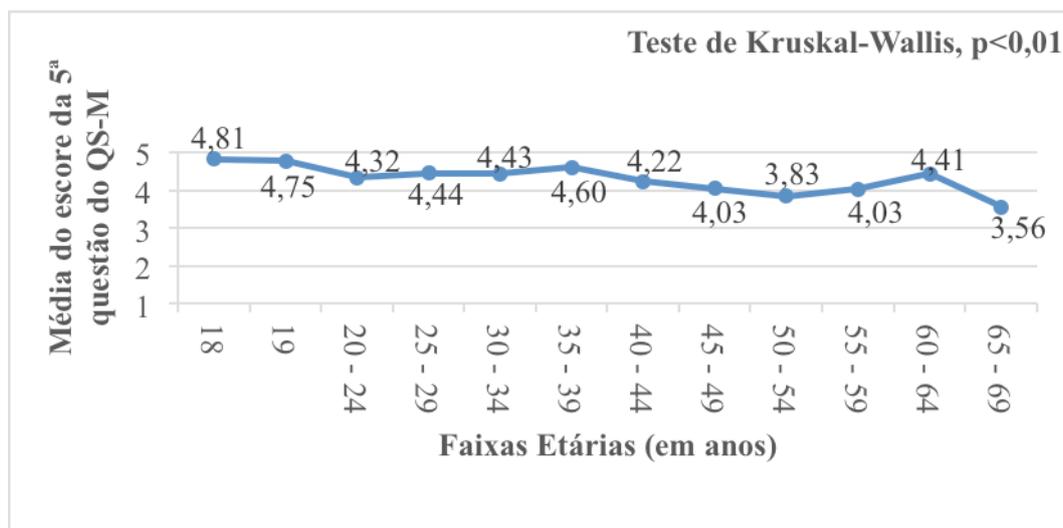


Gráfico 21 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?” nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014.

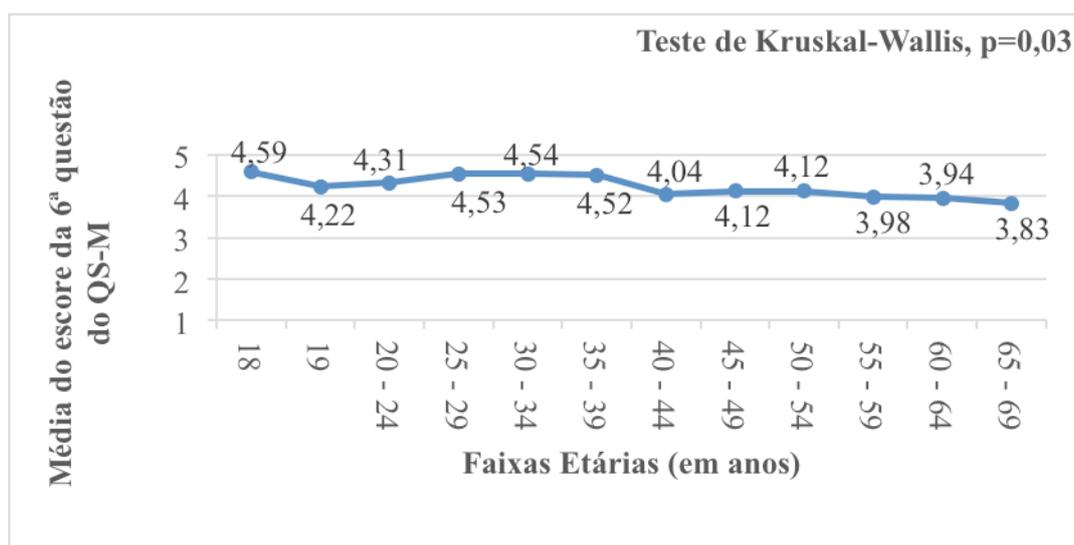


Gráfico 22 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?” nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014.

(média: 4,12 – SD \pm 0,97), 55 a 59 anos (média: 3,98 – SD \pm 1,28), 60 a 64 anos (média: 3,94 – SD \pm 1,14), e 65 a 69 anos (média: 3,83 – SD \pm 1,27). Ao serem comparadas as médias dos escores através do teste de Kruskal-Wallis, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,03$), demonstrando que a idade influencia nesta questão e consequentemente reafirma esta influência no aspecto qualidade de ereção do ciclo sexual masculino.

Para a pergunta “Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?”, foram calculadas as seguintes médias dos escores para cada faixa etária (Gráfico 23): 18 anos (média: 3,47 – SD \pm 1,54), 19 anos (média: 3,85 – SD \pm 1,42), 20 a 24 anos (média: 3,74 – SD \pm 1,34), 25 a 29 anos (média: 3,90 – SD \pm 1,18), 30 a 34 anos (média: 3,95 – SD \pm 0,97), 35 a 39 anos (média: 4,33 – SD \pm 0,90), 40 a 44 anos (média: 3,95 – SD \pm 1,13), 45 a 49 anos (média: 3,79 – SD \pm 1,19), 50 a 54 anos (média: 3,49 – SD \pm 1,17), 55 a 59 anos (média: 4,04 – SD \pm 1,17), 60 a 64 anos (média: 3,33 – SD \pm 1,37), e 65 a 69 anos (média: 3,16 – SD \pm 1,43). Ao serem comparadas as médias dos escores através do teste de Kruskal-Wallis, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,02$), demonstrando que a idade influencia nesta questão, novamente ressaltando a influência da idade no aspecto qualidade de ereção do ciclo sexual masculino.

Para a pergunta “Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?”, foram obtidas as seguintes médias dos escores para cada faixa etária (gráfico 24): 18 anos (média: 2,58 – SD \pm 2,00), 19 anos (média: 3,76 – SD \pm 1,35), 20 a 24 anos (média: 3,30 – SD \pm 1,61), 25 a 29 anos (média: 3,04 – SD \pm 1,63), 30 a 34 anos (média: 3,23 – SD \pm 1,53), 35 a 39 anos (média: 3,82 – SD \pm 1,40), 40 a 44 anos (média: 2,83 – SD \pm 1,72), 45 a 49 anos (média: 3,26 – SD \pm 1,67), 50 a 54 anos (média: 3,11 – SD \pm 1,71), 55 a 59 anos (média: 2,92 – SD \pm 1,79), 60 a 64 anos (média: 3,23 – SD \pm 1,88), e 65 a 69 anos (média: 3,06 – SD \pm 2,30). Ao serem comparadas através do teste de Kruskal-Wallis, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,13$).

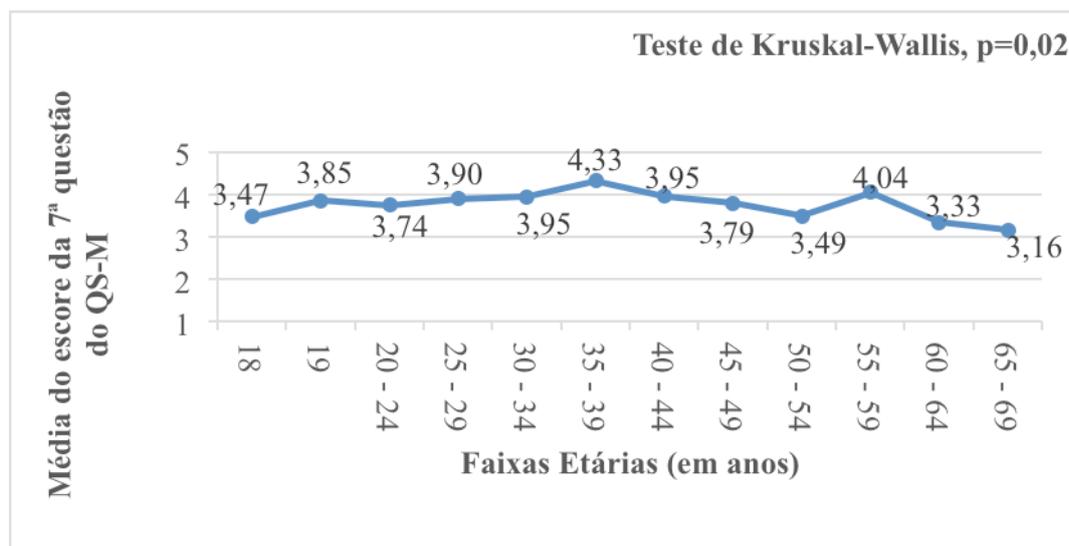


Gráfico 23 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?” nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014.

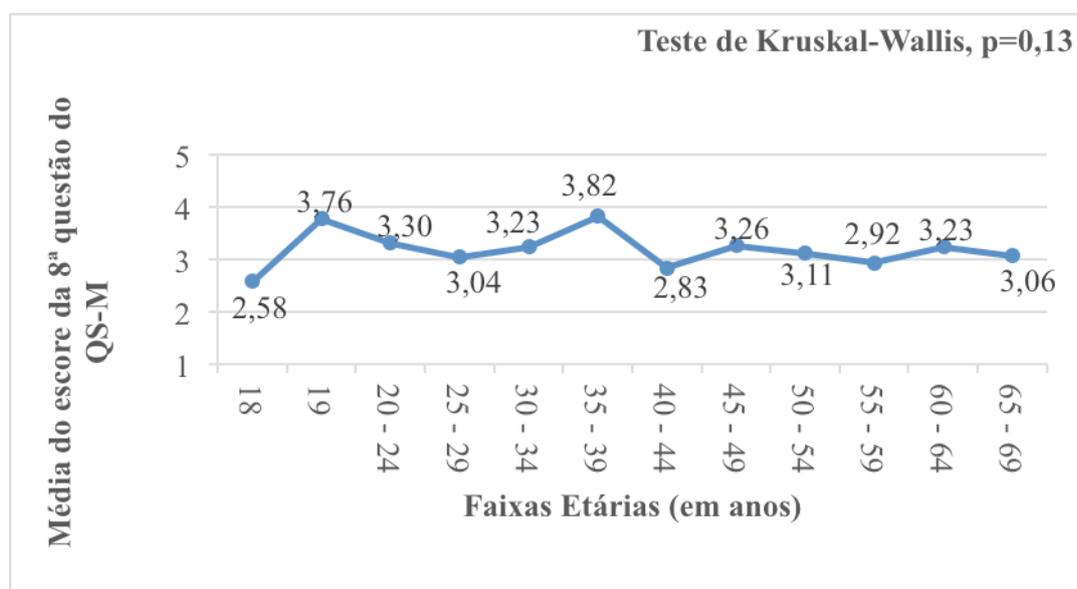


Gráfico 24 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?” nas diferentes etárias da população masculina de Macapá, 2014.

Para a questão “Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?”, foram calculadas as seguintes médias dos escores para cada faixa etária (gráfico 25): 18 anos (média: 4,15 – SD \pm 1,65), 19 anos (média: 4,05 – SD \pm 1,12), 20 a 24 anos (média: 4,56 – SD \pm 1,00), 25 a 29 anos (média: 4,54 – SD \pm 0,78), 30 a 34 anos (média: 4,58 – SD \pm 0,69), 35 a 39 anos (média: 4,78 – SD \pm 0,69), 40 a 44 anos (média: 4,55 – SD \pm 0,92), 45 a 49 anos (média: 4,37 – SD \pm 1,29), 50 a 54 anos (média: 4,69 – SD \pm 0,47), 55 a 59 anos (média: 4,60 – SD \pm 0,83), 60 a 64 anos (média: 4,42 – SD \pm 1,28), e 65 a 69 anos (média: 4,46 – SD \pm 0,94). Ao serem comparadas através do teste de Kruskal-Wallis, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,46$).

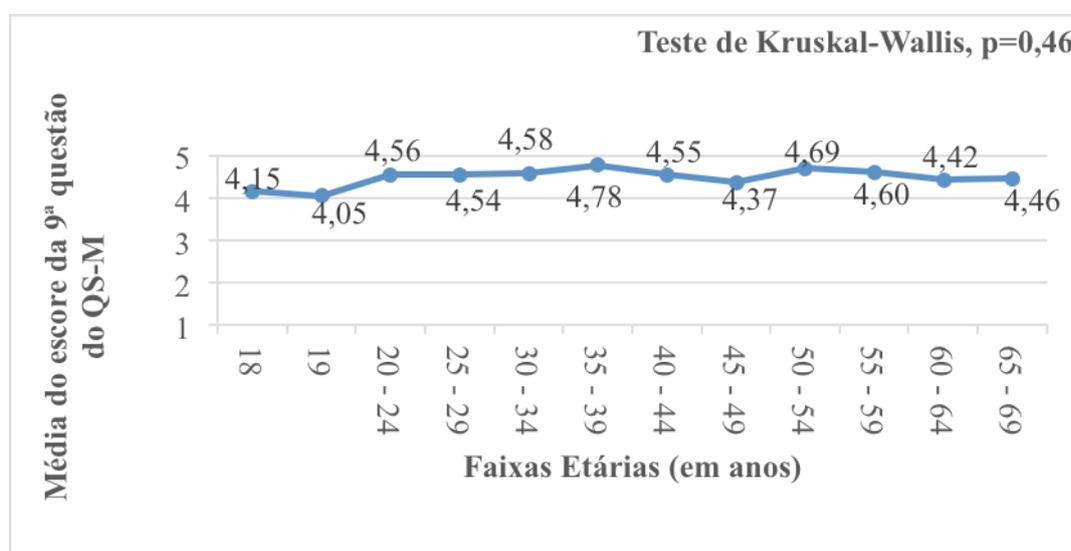


Gráfico 25 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?” nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014.

Para a pergunta “Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?”, foram obtidas as seguintes médias dos escores para cada faixa etária (gráfico 26): 18 anos (média: 4,57 – SD \pm 0,51), 19 anos (média: 4,49 – SD \pm 0,78), 20 a 24 anos (média: 4,40 – SD \pm 1,06), 25 a 29 anos (média: 4,40 – SD \pm 1,11), 30 a 34 anos (média: 4,44 – SD \pm 0,93), 35 a 39 anos (média: 4,39 – SD \pm 1,08), 40 a 44 anos (média: 3,83 – SD \pm 1,52), 45 a 49 anos (média: 3,93 – SD \pm 1,28), 50 a 54 anos (média: 4,09 – SD \pm 1,27), 55 a 59 anos (média: 4,06 – SD \pm 1,32), 60 a 64 anos (média: 3,77 – SD \pm 1,75), e 65 a 69 anos

(média: 4,28 – SD \pm 1,11). Ao serem comparadas através do teste de Kruskal-Wallis, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,11$).

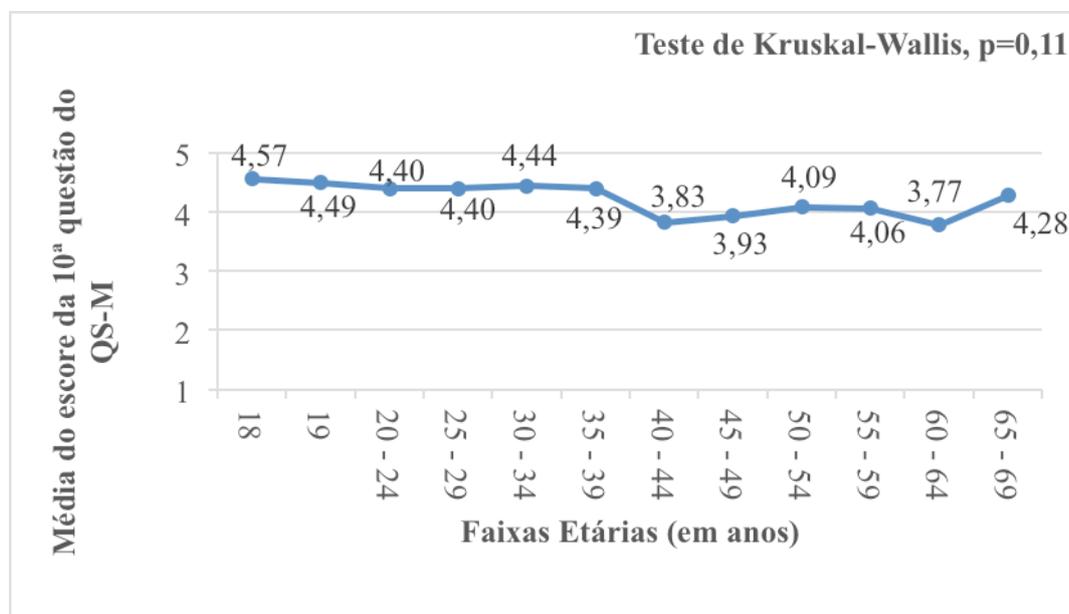


Gráfico 26 – Diagrama de linhas das médias de escore da questão “Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?” nas diferentes faixas etárias da população masculina de Macapá, 2014.

5.4 – Prevalência das disfunções sexuais masculinas – Ejaculação rápida, ejaculação retardada e desejo sexual hipoativo

Foram calculadas as prevalências das seguintes disfunções sexuais, derivadas diretamente do escore individual de questões do QS-M, a saber: ejaculação rápida (ou precoce), ejaculação retardada (ou anorgasmia) e desejo sexual hipoativo masculino.

Na população pesquisada, cento e quarenta e um indivíduos apresentaram-se como portadores de ejaculação rápida, ao passo que 244 homens (63,46%) não a apresentaram (gráfico 27). Consequentemente a prevalência global de ejaculação rápida ou precoce na população masculina de 18 a 69 anos do município de Macapá foi de 36,54%.

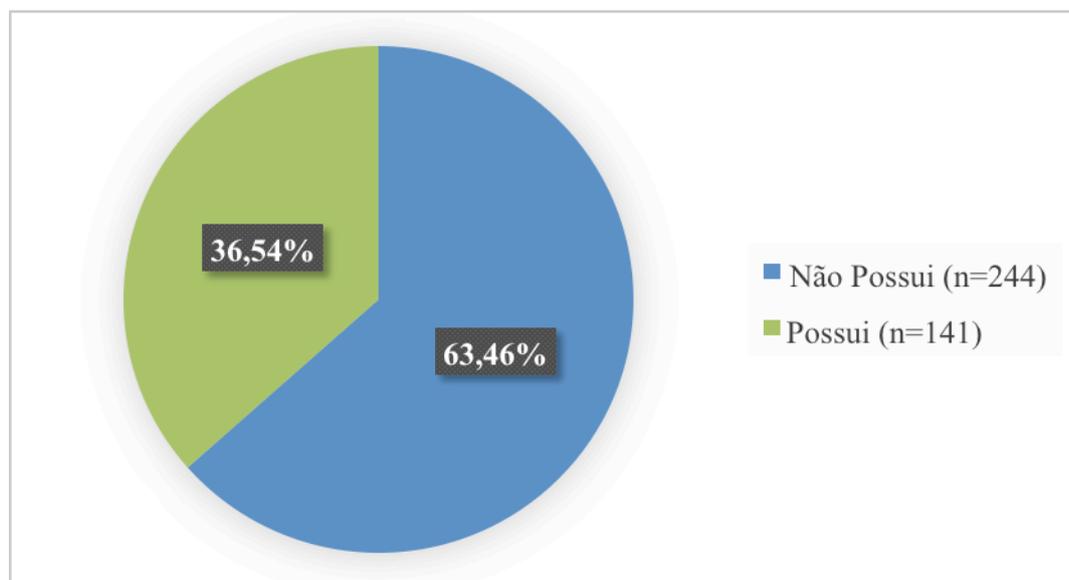


Gráfico 27 – Frequência da presença ou não da disfunção sexual ejaculação rápida ou precoce na população masculina de 18 a 69 anos de Macapá, 2014.

Na população masculina estudada, vinte e cinco homens foram considerados como portadores de ejaculação retardada, enquanto que 360 (93,50%) não o foram (gráfico 28). Por conseguinte, a prevalência global calculada para ejaculação retardada ou anorgasmia na população estudada foi de 6,50%.

Na população pesquisada, o número de indivíduos sem desejo sexual hipoativo foi 340 (88,31%). Quarenta e cinco homens apresentaram tal disfunção, portanto a prevalência geral de desejo sexual hipoativo na população masculina de 18 a 69 anos da cidade de Macapá foi de 11,69% (gráfico 29).

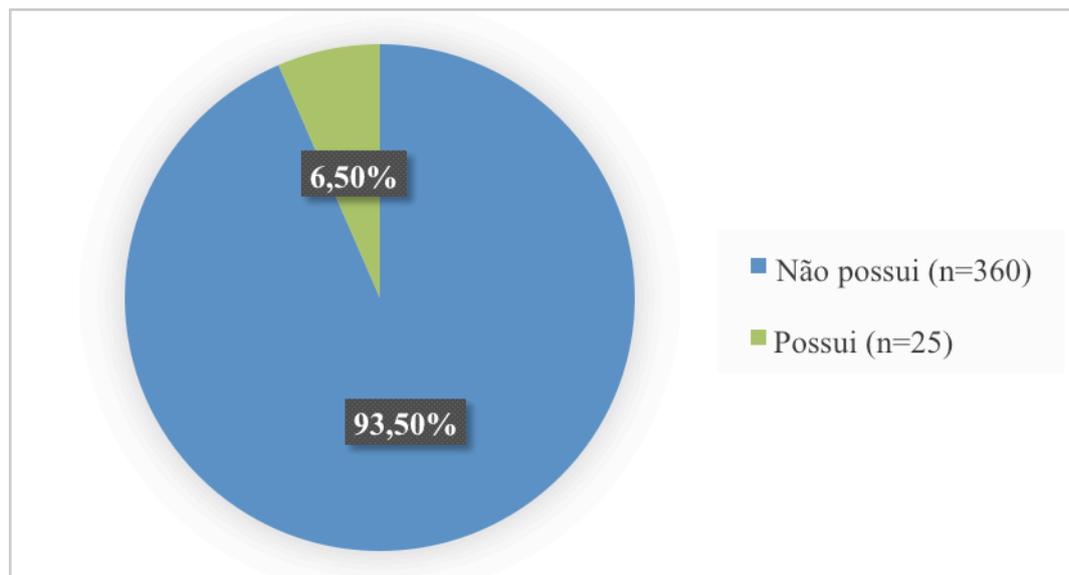


Gráfico 28 – Frequência da presença ou não da disfunção sexual ejaculação retardada ou anorgasmia na população masculina de 18 a 69 anos de Macapá, 2014.

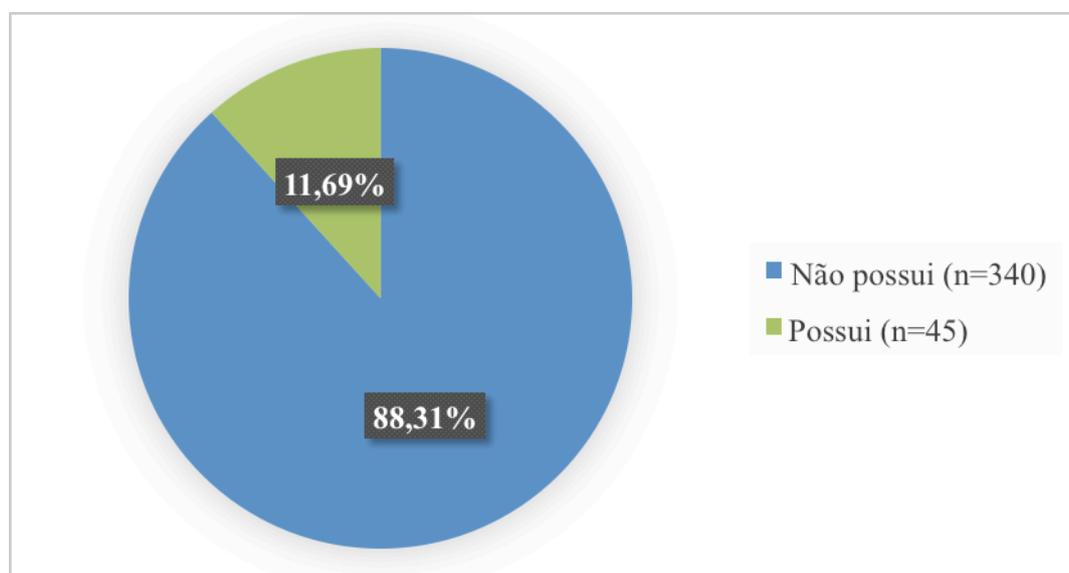


Gráfico 29 – Frequência da presença ou não da disfunção sexual desejo sexual hipotivo na população masculina de 18 a 69 anos de Macapá, 2014.

6. DISCUSSÃO

Neste estudo, a qualidade de vida sexual do homem residente na cidade de Macapá (AP) é examinada sob uma perspectiva ampla, assim como estratificada por categorias etárias, verificando-se a influência da idade neste domínio da qualidade de vida, bem como ressaltando os aspectos da vida sexual desta população que são afetados pelo envelhecimento. Também são apresentadas taxas de prevalência global de três disfunções sexuais pouco estudadas na região amazônica: a ejaculação precoce, a ejaculação retardada e o desejo sexual hipotativo.

Esta pesquisa obteve uma alta taxa de resposta dos entrevistados (81,69%), maior que a normalmente encontrada na literatura. Geralmente de 25 a 35% dos indivíduos se recusam a responder a um inquérito ou a uma entrevista construída para investigar suas vidas sexuais e, mesmo em estudos com metodologia bem delineada, atingir taxas de respostas de cerca de 80% pode ser bastante difícil (FENTON; JOHNSON; MCMANUS et al., 2001).

Comparados com outros estudos populacionais, esta pesquisa consegue estar entre os que apresentaram as maiores taxas de resposta, como o NHSLS, o HPFS, o *Men in Australia Telephone Survey* (MATeS), o NHANES, dentre outros (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; BACON; MITTLEMAN; KAWACHI et al., 2003; HOLDEN; MCLACHLAN, PITTS et al., 2005; SELVIN; BURNETT; PLATZ, 2007; LINDAU; SCHUMM; LAUMANN et al., 2007).

No NHSLS, foram coletados dados de 1.410 homens com idade entre 18 e 59 anos, em diferentes regiões dos Estados Unidos, através de uma entrevista face-a-face, no domicílio do participante. Sua taxa de resposta foi de cerca de 79% e foi considerado uma amostra realmente representativa da população norte-americana (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

O HPFS é um grande estudo norte-americano prospectivo iniciado em 1986 que acompanha 31.742 profissionais de saúde do sexo masculino, os quais tinham no início da pesquisa entre 53 e 90 anos. A coleta dos dados é realizada por meio de um questionário enviado via correios. Na primeira avaliação, realizada no ano 2000, a taxa de resposta foi de aproximadamente 79%. Importante destacar que esta taxa foi somente atingida após o envio do questionário em até quatro vezes aos homens não-respondentes ao primeiro envio (BACON; MITTLEMAN; KAWACHI et al., 2003).

Holden et al. (2005) realizaram pesquisa sobre a saúde sexual e reprodutiva de homens australianos de meia-idade e idosos, o chamado estudo MATeS. Esta pesquisa baseou-se em dados colhidos através de uma entrevista via telefônica realizada por programa de computador, em uma amostra representativa da população masculina australiana com idade igual ou superior a 40 anos (n=5.990 indivíduos). Sua taxa de resposta foi de 78%.

No NHANES, foram avaliados dados de 2126 homens com idade maior ou igual a 20 anos, portadores de DE, residentes nas mais diferentes regiões dos EUA. A coleta dos dados foi realizada em sala privativa, através de uma sistema de entrevista realizada por computador. A taxa de resposta do NHANES foi de 91% para as questões sexuais (SELVIN; BURNETT; PLATZ, 2007).

Lindau et al. (2007) realizaram estudo sobre sexualidade em 1.455 homens norte-americanos com idade entre 57 e 85 anos, buscando relatar prevalência de atividade, disfunção e comportamentos sexuais de idosos nos EUA. Atingiram uma taxa de resposta ao estudo de 74,8%, usando como metodologia de coleta entrevista face-a-face no domicílio do participante com pesquisadores devidamente treinados.

Outros estudos importantes internacionalmente apresentaram taxas de resposta dos participantes bem inferiores às encontradas na presente pesquisa, tais quais o GSSAB, o EMAS, o *Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles* (NATSAL-3), dentre outros (LAUMANN; NICOLOSI; GLASSER et al., 2005; LAU; KIM; TSUI, 2005; CORONA; LEE; FORTI et al., 2010; MITCHELL; MERCER; PLOUBIDIS et al., 2013).

No GSSAB, estudo multicêntrico mundial onde foram abordados homens de 40 a 80 anos de idade com representantes de todos continentes (13.168 participantes de 29 nações, incluindo o Brasil), a taxa global de resposta foi de 19%, variando de 8 a 55% nos mais diversas regiões do planeta. Vale destacar que os indivíduos pesquisados no GSSAB foram abordados por diferentes métodos, variando de país para país (abordagem em público, em domicílio, via correio ou via telefônica) e, nos países participantes que utilizaram metodologia de coleta semelhante ao estudo de Macapá, com questionários auto-responsivos coletados em domicílio (Argélia, Egito, Marrocos e Turquia), as taxas de resposta foram bem menores (30%), o que provavelmente reflete características culturais divergentes da população pesquisada neste estudo, principalmente quanto à abertura para discussão sobre sua própria sexualidade (LAUMANN; NICOLOSI; GLASSER et al., 2005).

Em estudo chinês sobre prevalência de problemas sexuais masculinos e qualidade de vida, realizado através de contato telefônico, Lau et al. (2005) apresentaram taxa de resposta de aproximadamente 50%, coletando dados de 1.571 indivíduos.

O EMAS foi um grande estudo multicêntrico europeu, realizado em oito países diferentes, como foco na epidemiologia da DE e que abrangeu 3.369 homens de 40 a 79 anos, que tiveram seus dados coletados de duas maneiras, ou através de uma entrevista realizada em clínica especializada em Saúde Sexual ou através de entrevista conduzida via telefônica. A taxa de resposta ao estudo foi de 41% (CORONA; LEE; FORTI et al., 2010).

No NATSAL-3, foram entrevistados 11.690 homens e mulheres britânicos (residentes na Inglaterra, Escócia e País de Gales), com idade entre 16 e 74 anos, os quais tiveram suas funções sexuais dos últimos três meses avaliadas através de uma combinação de questionário auto-responsivo ou entrevista face-a-face, mediados via computador. A taxa de resposta deste estudo foi de 57,7% (MITCHELL; MERCER; PLOUBIDIS et al., 2013).

Grande parte das pesquisas populacionais brasileiras em sexualidade masculina ocorreram por meio de abordagem de transeuntes voluntários, sem o devido destaque a quantos indivíduos abordados se recusaram a respondê-las, o que torna difícil a comparação com o presente estudo quanto às taxas de resposta (MOREIRA JR; ABDO; TORRES et al., 2001; ABDO; OLIVEIRA JR; MOREIRA et al., 2002; ABDO; OLIVEIRA JR; SCANAVINO et al., 2006; ABDO; AFIF-ABDO, 2007).

Dos trabalhos mais citados na literatura científica nacional, somente o ramo brasileiro do GSSAB fez destaque a esta taxa de resposta. Durante os anos de 2001 a 2002, tal estudo coletou dados de 1.199 indivíduos de ambos sexos, com idade compreendida entre 40 a 80 anos, através de uma entrevista realizada por programa de computador, via contato telefônico. Sua taxa de resposta à entrevista foi 18,4%, bastante inferior à conseguida na população masculina do município de Macapá (MOREIRA JR; GLASSER; DOS SANTOS et al., 2005).

Fenton et al. (2001) ressaltam que, quanto maior for a taxa de resposta em uma pesquisa sobre qualidade de vida sexual, melhor será a representatividade da amostra, bem como maior será a redução do viés de participação do estudo.

A amostragem por cotas realizada no estudo, além de diminuir os custos operacionais totais e o tempo de obtenção dos dados, reduz o viés do voluntariado, maximizando a representação da amostra quando comparada à população total. O viés do voluntariado certamente é uma das mais destacadas críticas aos maiores estudos

populacionais em sexualidade masculina realizados no Brasil, como o ESVB e o ECOS. Este viés decorre do tipo de seleção dos participantes, os quais foram abordados em ambientes públicos (ABDO; OLIVEIRA JR; MOREIRA et al., 2002; ABDO, 2004b).

Macapá é uma capital brasileira de médio porte, cuja área urbana é distribuída em uma pequena extensão territorial, portanto é factível a pesquisa em cotas em diferentes zonas censitárias em um curto espaço de tempo, abordando os participantes dentro de seu próprio domicílio. Esta abordagem domiciliar favorece a privacidade do participante no preenchimento de seus dados, fato indispensável em estudos sobre sexualidade. A abordagem na privacidade do lar minimiza o viés de participação porque reduz o constrangimento e aumenta o sigilo, principais preocupações de participantes de estudos em sexualidade (FENTON; JOHNSON; MCMANUS et al., 2001; ALTHOF; ROSEN; PERELMAN, 2013).

Instrumentos auto-responsivos normalmente excluem participantes analfabetos e de baixa instrução. Para poder incluir esta parte da população masculina no estudo, foi estabelecida estratégia de preenchimento do QS-M pelo pesquisador somente nestes casos. Assim, o pesquisador pode explicar o formato e as questões do instrumento, fornecendo definições claras e completas. Combinações de técnicas de autopreenchimento com o preenchimento pelo pesquisador, além da inclusão da parcela sem devida instrução da população, combina benefícios da entrevista face-a-face com a privacidade do autopreenchimento, embora alguns autores possam questionar que isso introduz um viés de relato ao estudo, por acarretar uma diminuição na revelação de comportamentos e atitudes socialmente questionáveis ou que possam diminuir a autoestima do entrevistado (FENTON; JOHNSON; MCMANUS et al., 2001).

Por fim, outro fator que influenciou positivamente no aumento da taxa de resposta deste estudo foi o treinamento intensivo dos pesquisadores e o fato de serem do mesmo sexo que os participantes.

A amostra populacional estudada é composta na maioria por homens jovens (Gráfico 1), com média de idade de 36,00 anos (Tabela 4), em sua maioria solteiros (36,10%), pardos (63,11%), com ensino médio completo ou superior incompleto (39,22%), com ocupação como trabalhadores autônomos (42,07%), ganhando entre 0 a 2 salários-mínimos (46,75%) (Tabelas 6, 7, 8, 9 e 10).

Alguns estudos populacionais em função sexual usualmente tem média de idade acima da encontrada para população estudada em Macapá e são compostos, em sua maioria, por homens de meia idade e idosos. Isto decorre principalmente pelo foco do estudo nestas

pesquisas ser as disfunções sexuais, as quais possuem maior frequência nas faixas etárias mais velhas (BACON; MITTLEMAN; KAWACHI et al., 2003; HOLDEN; MCLACHLAN; PITTS et al., 2005; LAUMANN; NICOLOSI; GLASSER et al., 2005; LINDAU; SCHUMM; LAUMANN et al., 2007; ABDO; AFIF-ABDO, 2007; LAUMANN; GLASSER; NEVES et al., 2009; CORONA; LEE; FORTI et al., 2010).

A média de idade da população estudada em Macapá foi similar às encontradas em outros dois estudos nacionais, o ECOS e o ESVB, porém este achado acontece por razões diferentes. Enquanto a média no presente estudo reflete a distribuição etária da população da capital amapaense, nas outras duas pesquisas nacionais, as médias foram reflexo do viés de participação maior de adultos jovens e adultos quando se realiza coleta de dados em ambientes públicos (ABDO; OLIVEIRA JR; MOREIRA et al., 2002; ABDO, 2004b).

Comparando com estudos internacionais, quatro apresentam faixas etárias semelhantes com o presente estudo. No MALES, Sand et al. (2008) estudaram homens de 20 a 75 anos. No NHANES, Selvin, Burnett e Platz (2007), pesquisaram em uma população masculina de 20 anos até maiores que 70 anos. Laumann, Paik e Rosen (1999) trabalharam com dados de homens norte-americanos entre 18 e 59 anos de idade, e no estudo Natsal-3, Mitchel et al. (2013) estudaram homens britânicos de 16 a 74 anos.

Quanto ao grau de instrução, a pesquisa com os homens de Macapá apresenta diferencial em relação ao ECOS e ESVB devido à inclusão da população masculina analfabeta, o que modificou a distribuição populacional desta variável epidemiológica (ABDO; OLIVEIRA JR; MOREIRA et al., 2002; ABDO, 2004b).

No estudo da qualidade de vida sexual do homem macapaense quase metade da população tem até o ensino médio incompleto (Tabela 6), ao passo que no ECOS e no ESVB estas mesmas faixas de instrução foram, respectivamente, 27,8% e 20,8%. Estudos com abordagem de transeuntes em ambientes públicos para coleta de dados, também por um viés de voluntariado, há maior participação de homens com melhores níveis de instrução, provavelmente pelo maior esclarecimento destes indivíduos em relação à importância do assunto para a saúde pública (FENTON; JOHNSON; MCMANUS et al., 2001; ABDO; OLIVEIRA JR; MOREIRA et al., 2002; ABDO, 2004b).

Estudos em países com grande número de imigrantes na sua formação, como o Brasil, EUA e Austrália, tendem a dar maior importância na descrição da variável epidemiológica etnia (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; ABDO; OLIVEIRA JR; MOREIRA et al., 2002; ABDO, 2004b; HOLDEN; MCLACHLAN; PITTS et al., 2005).

No estudo macapaense, cerca de 63% dos indivíduos avaliados consideraram-se como pardos e 16,10% negros (Tabela 7), que certamente corresponde à organização étnica da população do estado do Amapá, a qual recebeu fortes influências africanas como afirma Chagas (2013). No ECOS e no ESVB, a grande maioria de indivíduos se auto-referiram como pertencentes da etnia branca, respectivamente, 69,7% e 75,3% (ABDO; OLIVEIRA JR; MOREIRA et al., 2002; ABDO, 2004b).

Diferente do estudo em Macapá, nenhum dos estudos multicêntricos nacionais abordou a renda mensal do indivíduo, porém o ESVB e o EPE verificaram a relação empregatícia, utilizando, entretanto, classificações diferentes do presente estudo, o que dificulta comparações. Enquanto esta pesquisa possui maioria de empregados autônomos (42,07%), seguidos pelos empregados do setor privado 27,79%, funcionários públicos 14,02%, agricultor 0,25%, estudantes 8,31, outras classes de empregados 2,07%, aposentados 2,33% e desempregados 3,11% (tabela 8), outras pesquisas nacionais apresentaram frequências menores de trabalhadores e maiores de aposentados e desempregados. Abdo (2004b) no ESVB, analisou população com 57,7% de empregados, 16,1% de trabalhadores que trabalhavam por conta própria, fora de casa, 5,5% trabalhando em casa, 13,1% de desempregados e 7,6% de aposentados, praticamente 3 vezes o percentual de aposentados encontrado pelo presente estudo. Já no EPE, Abdo e Afif-Abdo (2007), a distribuição por relação empregatícia foi: 55,5% de empregados (a maioria, como na presente pesquisa), 3% trabalhando em casa, 20,4% trabalhando na informalidade, 16,9% aposentados e 4,1% de desempregados.

Estudos internacionais apresentaram porcentagens menores de indivíduos empregados ($\leq 64\%$) quando comparados ao estudo em Macapá (86,38% - tabela 8), o que é justificado pela seleção de indivíduos pesquisados, todos maiores de 40 anos de idade (HOLDEN; MCLACHLAN; PITTS et al., 2005; LAUMANN; NICOLSI; GLASSER et al., 2005; CORONA; LEE; FORTI et al., 2010).

No tocante ao estado civil dos participantes, o estudo em Macapá (tabela 10) concorda com outras pesquisas nacionais e internacionais, todos tendo a maioria de seus participantes casados ou em união estável (ABDO; OLIVEIRA JR; MOREIRA et al., 2002; ABDO, 2004b; HOLDEN; MCLACHLAN; PITTS et al., 2005; ABDO; AFIF-ABDO, 2007; SAND; FISHER; ROSEN et al., 2008; MULHALL; KING; GLINA et al., 2008; LAUMANN; GLASSER; NEVES et al., 2009).

De acordo com a classificação do instrumento QS-M desenvolvida por Abdo (2006), a qualidade de vida sexual dos homens de 18 a 69 anos da área urbana de Macapá tem o valor médio de 80,39, considerada, portanto, como “boa a excelente” (Tabela 11). O fato da grande maioria da população ser composta por adultos e adultos jovens (média de idade inferior aos 40 anos) certamente contribui para este resultado de qualidade de vida (Gráfico 2).

Laumann, Nicolosi, Glasser et al. (2004) ressaltam que as disfunções sexuais tendem a ser mais associadas ao envelhecimento entre homens quando comparadas com populações femininas, muito embora não se possa desprezar o fato que muitos idosos são sexualmente ativos e que inclusive uma função sexual plena pode estar presente em homens de idade avançada (ARRINGTON; CONFRANCESCO; WU, 2004; LINDAU; SCHUMM; LAUMANN et al., 2007).

Poucos ainda são os estudos publicados que utilizam o QS-M como instrumento de análise qualitativa sexual, fato este provavelmente relacionado com o fato de ter sido elaborado na língua portuguesa e não haver versões validadas em outros idiomas. Até o presente momento, não há estudo publicado de validação cultural desta escala para o inglês, o que certamente ampliaria a número de pesquisas com o instrumento. Esta escassez de estudos dificulta uma efetiva comparação entre populações. Nenhum dos grandes estudos sexuais masculinos populacionais brasileiros utilizou o QS-M como instrumento de coleta. Há na literatura o uso do QS-M para avaliação de grupos populacionais especiais. Monti, Souza, Santos et al. (2011) utilizaram este instrumento na avaliação de trinta e cinco pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, demonstrando que 31,4% tinham qualidade de vida sexual “boa a excelente” e 28% estavam no extremo “nulo a ruim”.

A média da qualidade de vida sexual do homem residente em Macapá é semelhante à encontrada no ESVB. Para uma população de 3.543 homens avaliados no ESVB, cerca de 85% consideraram como boa ou excelente sua qualidade de vida sexual (ABDO, 2004b).

Além do ESVB, o estudo ECOS avaliou a qualidade de vida sexual masculina, porém assim o fez estratificando-a por grupos etários e não de forma global para a população (ABDO; OLIVEIRA JR; MOREIRA et al., 2002).

No presente estudo, cerca de 7% dos homens apresentam qualidade de vida sexual de ruim a regular (Gráfico 3), número bem inferior quando comparado com pesquisas realizadas em outros países. Lau, Kim e Tsui (2005), em um estudo transversal de homens

com idade de 18 a 59 anos residentes na cidade Hong Kong, obtiveram uma taxa de insatisfação com a qualidade de vida sexual de 48,3% em 1.516 indivíduos pesquisados. Mitchell, Mercer, Ploubidis et al. (2013), no estudo britânico NATSAL-3 com 4.872 homens de 16 a 74 anos sexualmente ativos, relataram que de 10% a 15% consideraram sua vida sexual insatisfatória. Estas grandes diferenças entre graus de satisfação na qualidade de vida sexual masculina possivelmente ressaltam diferenças culturais quanto à percepção da sexualidade, que é vista de forma mais liberal em países latino-americanos como o Brasil quando comparados com aqueles de origem anglo-saxônica ou asiáticos. Também é possível que o maior grau de satisfação na vida sexual de homens ocidentais quando comparados a certos países orientais seja um reflexo do aspecto sexual repressivo como o é aquele ligado à cultura tradicional chinesa.

Quando se classifica por diferentes faixas etárias esta qualidade de vida sexual na população masculina adulta macapaense, observa-se uma elevação qualitativa, com melhor desempenho na faixa etária de 35 a 39 anos e declínio a partir da quinta década, quando passa a uma classificação “regular a boa”, semelhante à qualidade constatada no primeiro ano da vida adulta, à exceção da faixa etária de 55 a 59 anos, que possui uma avaliação “boa a excelente”. Estes resultados estatisticamente confirmam como significativa a variável idade para avaliação da qualidade de vida sexual masculina (Gráfico 14/ Tabela 13).

A curva ascendente dos 18 aos 39 anos representa a evolução do período de maturidade sexual, com progressiva aquisição de experiências e confiança no desempenho do ato sexual em si, bem como conquistas pessoais tais como relacionamentos afetivos estáveis e independência financeira. Já o segundo pico de melhora da qualidade de vida sexual desta população (55 a 59 anos) pode representar o fato de que homens na sexta década de vida reorganizam o comportamento sexual de acordo com suas limitações físicas, aumentando sua sensação de conforto em não fazer sexo tão frequente quanto assim o faziam anteriormente (LEVINE, 2003).

A influência estatisticamente significativa da idade na qualidade de vida sexual do homem também foi encontrada em outros estudos brasileiros. Abdo et al. (2002), no estudo ECOS, demonstraram que a classificação “ruim/muito ruim” da qualidade de vida sexual auto-referida pela população masculina apresentava curva ascendente em frequência de acordo as seguintes faixas etárias: 18 a 25 anos (4,4%), 26 a 40 anos (5,8%), 41 a 60 anos (9,1%) e de 61 anos ou mais (21,2%).

Na auto-avaliação do desempenho e satisfação sexuais do homem no ESVB, as classificações “bom e excelente” para as seguintes faixa etárias foram: de 18 a 25 anos (90,4%), de 26 a 40 anos (89,8%), de 41 a 60 anos (80,8%) e de 61 anos ou mais (55,1%), demonstrando também o declínio da qualidade de vida sexual após a quarta década de vida (ABDO, 2004a).

Estudos de coorte comprovam que, com o envelhecimento masculino, há um declínio da função sexual, que pode ser justificado por diversos fatores como o aumento da prevalência de disfunções sexuais, o desenvolvimento de LUTS decorrentes de hiperplasia prostática benigna, presença de comorbidades como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares, e redução sérica de níveis de hormônios androgênicos (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; MOREIRA JR; GLASSER; DOS SANTOS et al., 2005; LAUMANN; NICOLSI; GLASSER et al., 2005; GADES; JACOBSON; MCGREE et al., 2009; CORONA; MANNUCCI; RICCA et al., 2009; CORONA; LEE; FORTI et al., 2010; MITCHELL; MERCER; PLOUBIDIS et al., 2013).

Nesta pesquisa, os aspectos da vida sexual masculina que efetivamente contribuem para a influência da idade no domínio sexual da qualidade de vida são: desejo, satisfação da parceira(o) e qualidade da ereção (Gráficos 17, 20, 21, 22 e 23). As demais perguntas que expressam os outros domínios do ciclo sexual não demonstram tal influência (Gráficos 18, 19, 24, 25 e 26).

Como também foi demonstrado por Abdo (2004b) no ESVB, o desejo é um dos domínios do ciclo sexual que varia segundo o envelhecimento masculino. Tanto na presente pesquisa (gráfico 17), quanto no ESVB, o desejo sexual apresenta um declínio bastante pronunciado em homens acima de 65 anos. Inúmeros outros estudos internacionais apresentaram resultados semelhantes (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; NICOLSI; LAUMANN; GLASSER et al., 2004; LAU; KIM; TSUI, 2005; LAUMANN; NICOLSI; GLASSER, 2005; MOREIRA JR; GLASSER; DOS SANTOS et al., 2005; HOLDEN; MCLACHLAN; PITTS et al., 2005; GADES; JACOBSON; MCGREE et al., 2009; CORONA; LEE; FORTI et al., 2010).

Embora esta correlação de declínio do desejo com o envelhecimento masculino seja bem descrita na literatura científica mundial, Mitchell et al. (2013), no estudo britânico NATSAL-3, discordam dos dados apresentados no estudo da vida sexual do homem de Macapá (Gráfico 17). Em homens ingleses, escoceses e galeses, o estudo NATSAL-3 encontrou taxas que pouco variavam nas diferentes faixas etárias. Para a população de 16 a

24 anos, a falta de interesse na atividade sexual foi de 11,5%, evoluindo ao pico de 17,2% na faixa de 35 a 44 anos e progressivamente caindo para 13,6% nos homens de 65 a 74 anos.

Levine (2003) dividiu o desejo sexual em três componentes: primeiramente o “impulso”, de provável origem orgânica; a “motivação”, particularmente dependente do relacionamento com a parceira(o) e da situação emocional do indivíduo; e o “cultural”, expresso pela influência do meio social no padrão de comportamento sexual individual. Apesar do componente “cultural” ser de origem externa, ele acaba por se refletir nos valores, regras e significados sobre a vida sexual de cada indivíduo e, portanto, é mediado em última instância pelo fator “motivação”. Eis o porquê de, na prática clínica, as discussões abrangerem somente os componentes “impulso” e “motivação”.

Os aspectos orgânicos que podem justificar esta variação etária do desejo encontrada no estudo da qualidade de vida sexual de homens de Macapá são: a queda dos níveis séricos de hormônios esteróides, algumas vezes expressos clinicamente por sintomas de hipogonadismo, e a presença de algumas comorbidades prevalentes em idosos, como doenças cardiovasculares, diabetes e depressão.

Schiavi et al. (1991) comprovaram que a queda dos níveis séricos de testosterona em homens após os 40 anos ocorre concomitantemente a um declínio no desejo sexual masculino.

No processo de envelhecimento, os níveis séricos de testosterona total e a libido estão fortemente relacionados de forma diretamente proporcional quando se estuda uma população de indivíduos do sexo masculino (TRAVISON; MORLEY; ARAUJO et al., 2006).

Aproximadamente 10% dos homens com 60 ou mais anos de idade desenvolvem hipogonadismo tardio do adulto, uma deficiência de testosterona que leva a sintomas na esfera sexual, incluindo diminuição da libido. Esta síndrome pode em parte explicar o declínio mais pronunciado do aspecto desejo sexual na qualidade de vida em homens idosos (CORONA; VIGNOZZI; SFORZA et al., 2013).

Os estudos na literatura mundial são discordantes quanto ao papel de doenças crônicas não-transmissíveis na diminuição do desejo com o envelhecimento, muito embora destaquem a má saúde física como importante fator de risco para a diminuição do desejo sexual em qualquer faixa etária (LAUMANN; PAIK, ROSEN, 1999; LAUMANN; NICOLISI; GLASSER, 2005).

Lindau et al. (2007), em estudo com idosos norte-americanos, demonstraram que doenças crônicas como artrite, diabetes e hipertensão estão associadas à diminuição do desejo

sexual em homens com idade superior à 55 anos, fato este não encontrado por Corona et al. (2010) quando pesquisaram a influência de coronariopatias, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, LUTS e depressão em populações masculinas de diversas cidades européias.

Apesar de Corona et al. (2010) não terem encontrado correlação de estados depressivos com diminuição do desejo sexual em alguns centros europeus, Laumann et al. (2005) descreveram a depressão como fator importante para a falta de interesse sexual masculino, em populações da Europa Setentrional, principalmente em idosos acima de 60 anos.

A depressão apresenta associação com o hipogonadismo, principalmente em idosos. Homens de idade avançada com depressão têm níveis de testosterona menores quando comparados com aqueles sem depressão, bem como a terapia de reposição de testosterona pode ter efeito antidepressivo em pacientes deprimidos (TAN; TONG; HO, 2011).

Respectivamente nos ramos brasileiro e norte-americano do GSSAB, Moreira Jr et al. (2005) e Laumann et al. (2009) descreveram as doenças prostáticas e a depressão como comorbidades importantes para o aumento da falta de interesse sexual masculino com o envelhecimento. Não houve, entretanto, correlação entre a diminuição do desejo e a presença de outras doenças avaliadas (hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares) em ambas pesquisas.

No estudo australiano FAMAS, Martin et al. (2014) encontraram como preditores de desejo sexual diminuído os LUTS e a hipertensão arterial sistêmica, porém sem encontrar correlação com outras doenças crônicas como apnéia obstrutiva do sono, depressão, diabetes e cânceres não-prostáticos.

Frequentes em idosos, doenças crônicas degenerativas como a esclerose múltipla são fatores que influenciam negativamente no desejo sexual desta faixa etária (LEVINE, 2003).

Importante destacar ainda que, com o envelhecimento, aumenta o uso regular e cotidiano de medicamentos pelo homem e alguns deles podem alterar o desejo sexual, como a finasterida, inibidores de recaptção de serotonina e agentes dopaminérgicos (LEVINE, 2003; IRWIG, KOLUKULA, 2011).

Diversos são os fatores que interferem no desejo sexual masculino, ao se avaliar os componentes motivacional e cultural.

Laumann, Paik e Rosen (1999) ressaltaram que a insatisfação física com a(o) parceira(o) diminui o desejo sexual em homens, fato que pode contribuir para a diminuição deste desejo ao longo do envelhecimento masculino, como o encontrado na população pesquisada neste estudo.

Levine (2003) afirma que circunstâncias sociais da vida adulta contribuem para esta variação etária do desejo. Quando jovens e solteiros, os homens frequentemente buscam a parceria ideal para um relacionamento. Após conseguir estabilidade na parceria, a frequência de atividade sexual aumenta, impulsionada pela descoberta do outro ou até mesmo pela vontade da paternidade. Contudo, mesmo com a crença cultural do desejo eterno que permeia todo relacionamento, em algum momento declina o interesse sexual de um ou de ambos, com possíveis prejuízos na qualidade de vida sexual.

Laumann, Paik e Rosen (1999) observaram que, nos EUA, homens solteiros, divorciados, separados ou viúvos tinham risco aumentado de falta de interesse pelo sexo quando comparados aos casados, ao passo que Lau, Kim e Tsui (2005) verificaram exatamente o oposto em Hong Kong, talvez expressando diferenças culturais quanto à forma de encarar o relacionamento estável como motivador da permanência do desejo sexual.

Laumann et al. (2009), no ramo norte-americano do GSSAB, mostraram que ausência de interesse sexual está associada com hábitos sedentários em homens a partir da sexta década. Este fato pode estar relacionado como uma das causas desta distribuição do desejo sexual na população estudada, visto que homens a partir dos 60 anos tem maior dificuldade de realizar atividade física quando comparados com mais novos, juntamente com o fato de que, em estudo recente realizado pelo Ministério da Saúde brasileiro, cerca de 70% dos homens adultos residentes em Macapá apresentam-se em sobrepeso ou obesos e 54,8% dos homens macapaenses não realizam atividade física alguma no tempo livre de lazer (BRASIL, 2013).

No estudo FAMAS, Martin et al. (2014) encontraram como preditores de baixo desejo sexual masculino: ser solteiro, estar desempregado, estar aposentado, ser viúvo e ser sedentário. Destes, a viuvez e a aposentadoria são fatores que apresentam maior prevalência justamente na categoria etária afetada pela diminuição do desejo na população estudada em Macapá e podem contribuir para o declínio do desejo sexual encontrado nesta pesquisa.

No GSSAB, outros fatores motivacionais e culturais apresentaram-se associados com a diminuição do interesse sexual na população masculina em diferentes regiões do globo. No sul do continente europeu, foram associados a crença que o envelhecimento reduz

a energia sexual, assim como problemas financeiros nos últimos 3 anos. Na Austrália, Canadá, Nova Zelândia e África do Sul, foram associados o hábito do tabagismo, baixos níveis de instrução e baixo nível de comprometimento nas preliminares sexuais. No Oriente Médio, destacaram-se as associações da falta de interesse sexual em homens com o estado de divórcio recente (últimos 3 anos) e o engajamento em relações sexuais casuais e sem compromisso. No leste asiático, destacou-se como fator a preocupação com o futuro do relacionamento. Já no sudeste asiático, tais fatores foram: o divórcio recente e os problemas financeiros (LAUMANN; NICOLSI; GLASSER et al., 2005).

O segundo fator que efetivamente contribui para a influência da idade na qualidade de vida sexual do homem de 18 a 69 anos morador de Macapá é a satisfação da parceira(o) (gráfico 20), achado este concordante a outros estudos internacionais (PURNINE; CAREY, 1997; MACNEIL; BYERS, 2005; KLAPILOVÁ; BRODY; KREJČOVÁ et al., 2015).

Apesar da diminuição na qualidade de vida sexual dos homens idosos na presente pesquisa (Gráfico 16), ainda assim eles apresentam uma classificação “regular a boa” demonstrando que existem outros fatores preditores da satisfação sexual que se contrapõem ao aumento das disfunções sexuais, das doenças crônicas e do declínio no desejo sexual no envelhecimento. Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias e Sierra (2013) sugerem como tais preditores uma maior intimidade com a(o) parceira(o) e atitudes sexuais positivas como a preocupação com a satisfação um do outro no ato em si. Abdo (2004b), no ESVB, encontrou que 63,9% dos homens brasileiros consideram que a intimidade com a parceira contribui para o bom desempenho e satisfação sexual.

Fallis, Rehman e Purdon (2014) descrevem que, com o envelhecimento e o aumento do tempo de relacionamento, pode ocorrer um declínio na satisfação de ambos parceiros pela constante repetição dos papéis sexuais na relação, daí advém a importância da percepção da satisfação sexual do outro para mudanças nestes papéis e consequente manutenção de uma vida sexual satisfatória. Quando se avaliou no ESVB as situações que interferem negativamente no desempenho e satisfação sexual masculina no Brasil, o tempo de relacionamento com a mesma parceira foi destacado por 27,3% dos entrevistados (ABDO, 2004b).

Purnine e Carey (1997) afirmam que quanto maior é a exatidão da percepção masculina das preferências de comportamento sexual de sua parceira, maior é a satisfação tanto do homem quanto da mulher. Em estudo tcheco, a satisfação sexual masculina foi

fortemente associada à percepção dos orgasmos femininos obtidos no ato, os quais representam, no universo psicológico masculino, a satisfação da parceira (KLAPILOVÁ; BRODY; KREJČOVÁ et al., 2015).

MacNeil e Byers (2005) relatam que uma maior satisfação sexual é atingida quando se melhora a percepção da opinião da parceira sobre aspectos da relação sexual.

A satisfação da(o) parceira(o) influencia na qualidade de vida sexual masculina de diferentes maneiras. Aspectos da relação interpessoal como uma boa comunicação entre parceiros, uma postura de comportamento assertivo do ponto de vista sexual e uma alta satisfação com o relacionamento de forma geral são intimamente ligados à satisfação sexual de ambos, melhorando o aspecto qualitativo sexual masculino em qualquer faixa de idade (SÁNCHEZ-FUENTES; SANTOS-IGLESIAS; SIERRA, 2013).

Para Fallis, Rehman e Purdon (2014), esta boa comunicação, principalmente a auto-revelação sexual dentro do relacionamento, fornece informações sobre as necessidades, gostos e preferência de cada parceiro envolvido e aumenta a intimidade do casal, o que conseqüentemente leva a uma melhora do prazer na relação, aumentando a satisfação sexual em ambos. No Canadá, estudo transversal com 91 casais heterossexuais comprovou que o nível de auto-revelação sexual dentro do relacionamento é significativamente associado à satisfação sexual masculina, muito embora não o seja com a feminina (REHMAN; RELLINI; FALLIS, 2011).

A assertividade sexual colabora na percepção das necessidades de ambos parceiros de relação. Rowland, Lechner e Burnett (2012), ao discutirem as diferenças psicoafetivas masculinas nas suas experiências sexuais, encontraram que a valorização do ato sexual pela parceira era significativamente relacionada tanto à insegurança, quanto à excitabilidade. Daí advém a influência do grau de assertividade dentro da relação sexual, pois ser firme e direto sem causar constrangimentos ao parceiro favoreceria mais à resposta afetiva de excitabilidade em detrimento à insegurança, melhorando a qualidade de vida sexual masculina.

O terceiro e último aspecto significativamente associado à qualidade de vida sexual na população masculina de Macapá foi a qualidade da ereção peniana (gráficos 21, 22 e 23).

Eardley (2013), em artigo de revisão sobre DE, confirma que inúmeros estudos epidemiológicos revelam a piora da qualidade de ereção com o envelhecimento, expressa por estudos de prevalência de DE que demonstram associação significativa com a idade e estudos

de incidência desta disfunção que confirmam correlação consistente com o envelhecimento masculino.

O envelhecimento é um importante preditor da incidência de DE, que é reflexo direto da piora da qualidade da ereção peniana, com taxas de prevalência e incidência crescentes principalmente a partir da quinta década, mesma faixa etária que ocorre o declínio mais pronunciado da qualidade de vida sexual da população masculina de Macapá (EARDLEY, 2013; MARTIN; ATLANTIS; LANGE et al., 2014).

Inúmeras pesquisas concordam com os achados deste estudo da população macapaense, demonstrando a evidência consistente de que a qualidade da ereção é associada à satisfação e à qualidade de vida sexual masculina (LITWIN; NIED; DHANANI, 1998; ALTHOF; 2002; FUJISAWA; SAWADA; OKADA et al., 2002; MULHALL; KING; GLINA et al., 2008; AVASTHI; GROVER; BHANSALI et al., 2011; CLAES; ANDRIANNE; OPSOMER et al., 2012).

Mulhall et al. (2008), no estudo *Global Better Sex Survey* (GBSS), avaliaram 6.291 homens adultos dos quais 65% não estavam satisfeitos com a qualidade da ereção peniana que obtinham. Em geral, estes indivíduos insatisfeitos com a qualidade da ereção tinham maiores taxas de insatisfação com a vida sexual, com o amor e com a saúde de uma forma geral.

Avasthi et al. (2011), ao avaliar homens diabéticos de diferentes idades portadores de DE, verificaram uma pior qualidade de vida não somente sexual mas global naqueles com piores índices de qualidade de ereção. Destacaram que a insegurança na obtenção e manutenção de ereção satisfatória para atividade sexual era fator primordial inclusive para o indivíduo evitar a intimidade sexual com a parceira.

Claes et al. (2012), no estudo HelpED, avaliaram a relação entre a qualidade de ereção em 447 homens portadores de DE após tratamento com inibidores de fosfodiesterase 5 e a qualidade de vida sexual destes. Encontraram uma significativa relação entre a qualidade da ereção atingida com o tratamento com melhores os índices de qualidade de vida sexual tanto do indivíduo, quanto de sua parceira. Fujisawa et al. (2002) em estudo com 40 homens japoneses portadores de DE e tratados com sildenafil para melhoria da qualidade de ereção, encontraram resultados semelhantes.

Outro objetivo da pesquisa em qualidade de vida sexual da população masculina de Macapá são as estimativas de prevalência de ejaculação precoce ou rápida, ejaculação

retardada e desejo sexual hipotativo, passíveis de serem derivadas diretamente com uso de uma única questão do QS-M para cada (ABDO, 2007).

A prevalência de EP encontrada na presente pesquisa (36,54% - Gráfico 27) é maior do que a normalmente encontrada da literatura, que varia de 8 a 30% nos diferentes estudos. Esta grande variabilidade de valores de prevalência provavelmente refletem as diferentes formas de definições utilizadas para esta disfunção nos diversos estudos (ALTHOF; ABDO; DEAN et al., 2010; LEWIS; FUGL-MEYER; CORONA et al., 2010).

Em estudos populacionais como o realizado nesta pesquisa em Macapá, normalmente a EP é definida como a incapacidade voluntária de retardar a ejaculação (SEREFOGLU; MCMAHON; WALDINGER et al., 2014).

Apesar das críticas a esta definição, ela bem presta para a estimativa em pesquisas populacionais, pois é normalmente realizada através de questionários auto-responsivos, sendo um método padronizado com excelente relação custo-benefício. Além disso, Patrick et al. (2005), em estudo observacional, encontrou que 72% de homens com EP tinham controle de ejaculação classificados como “ruim” ou “muito ruim”, comparado com 5% no grupo controle sem EP, confirmando grande correlação entre esta definição com a presença clínica desta disfunção.

No GSSAB, utilizando-se também o critério de auto-referência, a prevalência global de EP foi de 30% em homens de 40 a 80 anos, taxa próxima à encontrada no estudo da população masculina de Macapá (36,54%) (LAUMANN; NICOLSI; GLASSER et al., 2005).

No NHSL, em 1.243 homens norte-americanos com idades entre 18 e 59 anos, a prevalência geral da disfunção foi de 21%, com maior taxa encontrada (32%) na faixa etária de 30-39 anos (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

Em outro estudo sobre sexualidade em adultos americanos de 57 a 85 anos de idade, Lindau et al. (2007) relataram prevalência de 28% de ejaculação precoce, sendo que 71% destes afirmaram se sentir incomodados com tal problema.

Breyer et al. (2010), ao estudar uma população jovens profissionais médicos, encontrou prevalência de 16% de EP entre os homens heterossexuais e 17% entre os homossexuais.

Na China, Lau, Kim e Tsui (2005) reportaram 29,7% de prevalência de EP em população de 1.516 homens de 18-60 anos de diferentes regiões. Em outro estudo, agora em

uma população rural de homens chineses jovens e casados, este mesmo pesquisador referiu uma taxa de prevalência de 19,5% (LAU; WANG; CHENG et al., 2005).

No EVSB, em 3.332 homens entre 18-70 anos, a EP obteve prevalência de 25,8%, com distribuições similaridades entre os diferentes grupos de faixas etárias, sendo a maior taxa encontrada no grupo de 18 a 25 anos (27,6%) e a menor (23,7%) no grupo entre 51-60 anos, valores bem abaixo dos encontrados na população brasileira da presente dissertação (ABDO, 2004b).

Outro distúrbio ejaculatório, a ER ou anorgasmia, também teve sua prevalência estimada em 6,50% da população de homens estudada em Macapá (Gráfico 28).

Alguns estudos apresentaram valores bem próximos do encontrado na população macapaense. Em inquérito norte-americano, Laumann, Paik e Rosen (1999) observaram no NHSLS prevalência global de 7,8% em indivíduos entre 18-59 anos. Já no HPFS, Bacon et al. (2003) encontraram a capacidade de obter orgasmo como “muito ruim” ou “ruim” em 5% no grupo com menos que 60 anos de idade, 14% na faixa de 60-69 anos, 34% entre 70-79 anos e 55% nos acima de 80 anos de idade.

Laumann et al. (2009), em outra pesquisa agora com 742 homens residentes nos Estados Unidos e que fizeram parte do GSSAB, reportou que 12,4% dos homens entre 40 e 80 anos apresentavam incapacidade de atingir o orgasmo, com 5,6% de forma periódica ou frequente.

No EMAS, Corona et al. (2010) relataram prevalência de 7% de indivíduos entre 40-79 anos que raramente ou nunca tem orgasmo nas suas relações sexuais, com maior prevalência na faixa etária acima dos 70 anos (11%).

A prevalência de ER da população macapaense masculina encontra-se dentro da faixa que normalmente é encontrada em pesquisas nacionais, já que outros estudos brasileiros apresentam taxas que variam de 4,9% a 10% (ABDO, 2004b; ABDO; MOREIRA JR; GLASSER; DOS SANTOS et al., 2005; AFIF-ABDO, 2007).

Contudo, vale ressaltar também estudos que obtiveram valores bem maiores de prevalência desta disfunção sexual quando comparados ao encontrado na presente pesquisa. Esta diferença de resultados em prevalência desta disfunção sexual também refletem as diferentes definições utilizadas nas pesquisas (NOLAZCO; BELLORA; LÓPEZ, 2004; LAUMANN; NICOLSI; GLASSER et al., 2005; LINDAU; SCHUMM; LAUMANN, 2007; MITCHELL; MERCER; PLOUBIDIS et al., 2013).

Em estudo norte-americano, agora com 1.455 homens entre 57-85 anos, Lindau et al. (2007) encontraram 20% da amostra afirmando que era incapaz de atingir o orgasmo.

No estudo Britânico NATSAL-3, a distribuição das prevalências da dificuldade de obter orgasmo segundo faixa etária ficou distribuída da seguinte maneira: 9,2% (16-24 anos), 9,8% (25-34 anos), 8,3% (35-44 anos), 7,9% (45-54 anos), 10,6% (55-64 anos) e 10,4% (65-74 anos), com prevalência global de 9,2% (MITCHELL; MERCER; PLOUBIDIS et al., 2013).

No GSSAB, a incapacidade atingir orgasmo aumentou conforme a idade, de 5% dos 40 aos 49 anos até 17% no grupo de 70-80 anos, sendo encontrada mais comumente no Sudeste Asiático (15,4% de forma periódica ou frequente). Na América Latina, a incapacidade de sentir orgasmo frequentemente e periodicamente foi relatada por 8,6% dos indivíduos entrevistados (LAUMANN; NICOLISI; GLASSER et al., 2005).

Na América do Sul, Nolzco et al. (2004) encontrou prevalência de ejaculação retardada ou ausente em 20,9% de 2.456 homens argentinos, três vezes maior que o encontrado no presente estudo (6,50%).

Por fim, foi calculada ainda a prevalência do DSHM de 18 a 69 anos de Macapá, cujo valor (11,69% - Gráfico 29) foi concordante ao encontrado usualmente na literatura, ressaltando-se, porém, a grande variabilidade da prevalência desta disfunção na literatura, certamente ocasionada pelas mais diversas definições desta disfunção nos estudos, assim como ocorreu nas outras prevalências estimadas.

Segundo a American Psychiatric Association (2014), cerca de 6% dos homens entre 18-24 anos e 41% dos homens entre 66-74 anos apresentam problemas com diminuição do desejo sexual. Entretanto, caso se estabeleça o intervalo de seis meses de duração mínima para esta disfunção, sua prevalência cai para 1,8% na faixa etária mais jovem (16-44 anos).

No NHSLS, em 1.249 homens norte-americanos, a prevalência de DSHM variou nas diferentes faixas etárias, com taxas de 14% entre 18-29 anos, 13% entre 30-39 anos, 15% entre 40-49 anos e 17% na faixa de 50-59 anos de idade (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

No HPFS, ao ser avaliada a função sexual de 31.742 profissionais da saúde sem câncer de próstata, verificaram-se prevalências de DSHM variando de 13% na faixa etária de 60-69 anos a 40% nos maiores que 80 anos (BACON; MITTLEMAN, KAWACHI et al., 2003).

Em outro estudo norte-americano, Lindau et al. (2007) avaliou 1.455 homens entre 57 e 85 anos de idade e encontrou falta de interesse por atividade sexual nos últimos doze meses em 28,2% (57-64 anos), 28,5% (65-74 anos) e 24,2% (75-85 anos) dos indivíduos do sexo masculino avaliados. Já Laumann et al. (2009), entrevistando 742 homens norte-americanos entre 40-80 anos, encontrou 8,1% de indivíduos que confirmaram frequente ou periódica falta de desejo sexual.

No NATSAL-3, a disfunção sexual masculina de maior prevalência foi a DSHM (14,9%), com menor taxa (11,5%) na faixa etária de 16-24 anos e maior (17,2%) entre 35-44 anos (MITCHELL; MERCER; PLOUBIDIS et al., 2013).

No EMAS, quanto à avaliação do domínio do desejo sexual, Corona et al. (2010) reportaram que 8% de 3.369 homens europeus nunca pensam em sexo e que 11% não se preocupam com a frequência de suas atividades sexuais, o que pode ser reflexo da presença de DSHM.

Quanto aos estudos multicêntricos, o GSSAB demonstrou prevalência de ausência frequente de interesse sexual variando de 1,3% na Europa Meridional a 3,1% no Oriente Médio. Na América Latina, esta prevalência correspondeu a 2%, valor bem menor ao encontrado no município de Macapá (LAUMANN; NICOLSI; GLASSER et al., 2005).

Na Argentina, Nolzco et al. (2004) encontraram a presença de desejo sexual diminuído e ausente em, respectivamente, 18,6% e 5,2% da amostra estudada.

No Brasil, houve alguns estudos de prevalência desta disfunção. No EVSB, dos 3.567 homens entrevistados, cerca de 2% apresentaram inibição do desejo sexual, com menor taxa (1,5%) entre 26-40 anos e maior (4,8%) acima dos 60 anos, valores menores quando comparados aos achados da presente pesquisa (11,69%). A menor prevalência foi de 0,9% no estado do Mato Grosso do Sul e 3,6% em Pernambuco. O único estado da Amazônia avaliado (Pará) apresentou taxa de prevalência de 1,5%, valor bem menor que o encontrado no presente estudo, também realizado em estado da Amazônia Brasileira (ABDO, 2004b).

Entretanto outros estudos brasileiros apresentaram prevalências bem próximas do estudo de Macapá. No ECOS, Abdo et al. (2002) relataram prevalência de 12,3% de falta de desejo sexual. Já no EPE, a mesma autora, após analisar dados de uma amostra de 5.741 homens de 19 cidades brasileiras, encontrou prevalência de 10,8% de diminuição do desejo sexual (ABDO; AFIF-ABDO, 2007).

Em outro estudo nacional, usando dados derivados do GSSAB, foi calculada prevalência global de 11,2% para falta de interesse sexual em 471 homens, com respectivas

taxas segundo temporalidade desta disfunção: 2,8% ocasional, 6% periódica e 2,5% frequente (MOREIRA JR; GLASSER; DOS SANTOS et al., 2005).

O presente estudo apresentou algumas limitações. Primeiramente as disfunções sexuais foram estimadas através do resultado obtido no instrumento de coleta e não confirmadas através de avaliação clínica, o que pode levantar questionamentos quanto à acurácia destas prevalências.

Como os dados da pesquisa são transversais, não há possibilidade de inferir causalidade nas associações encontradas. Ademais, estudos populacionais transversais frequentemente não possuem tamanho suficiente para determinar a prevalência de comportamentos e atitudes entre pequenos subgrupos da população.

Mesmo com a privacidade conferida ao participante, o qual pôde responder o instrumento no próprio domicílio, ainda assim questões sobre a função sexual são de foro íntimo e portanto há a possibilidade de viés de relato, com o participante escolhendo alternativas de melhores resultados no desempenho sexual, fato este que podem ter sido responsáveis pelo achado de prevalências de DSHM e ER menores do as que costumeiramente são encontradas na literatura.

7. CONCLUSÕES

A amostra populacional estudada possui média de idade de 36,00 anos, sendo composta na sua maioria por homens solteiros (36,10%), pardos (63,11%), com ensino médio completo ou superior incompleto (39,22%), trabalhadores autônomos (42,07%), ganhando entre 0 a 2 salários-mínimos (46,75%). Esta amostra é representativa da população masculina de 18 a 69 anos residente na cidade de Macapá.

A qualidade de vida sexual média da população masculina estudada é classificada como “boa a excelente”, segundo critérios do QS-M.

Nas diferentes categorias etárias estudadas, as classificações das qualidades de vida sexual médias são: “boa a excelente” para os grupos etários de 19-39 anos e 55-59 anos; e “regular a boa” para os grupos de 18 anos, 40-54 anos e 60-69 anos.

Há consistente associação da idade com qualidade de vida sexual da população estudada e não houve graus prejudicados nas médias de qualidade de vida sexual para as diferentes categorias etárias, tendo o maior índice de qualidade sido obtido pelos homens entre 35 a 39 anos.

As questões do QS-M que foram influenciadas pelo fator idade na população estudada foram: “Questão 1 - Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?”; “Questão 4 - Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira (o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?”; “Questão 5 - Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?”; “Questão 6 - Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?” e “Questão 7 - Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?”. Portanto, os aspectos do domínio sexual da qualidade de vida masculina que receberam influência significativa da idade são: o desejo sexual, a satisfação da(o) parceira(o) e a qualidade de ereção. A diminuição do desejo sexual e a queda da qualidade de ereção contribuem para piora na qualidade de vida sexual do homem, enquanto que a satisfação com a parceira(o) pode ser responsável por manter a qualidade de vida sexual de regular a boa nas faixas etárias mais velhas.

Para a população masculina de 18 a 69 anos residente em Macapá, a prevalência global de ejaculação prematura é 36,54% (maior do que a encontrada na literatura mundial);

de ejaculação retardada, 6,50%, e de desejo sexual hipoativo, 11,69% (ambas dentro da variação normalmente encontrada em outros estudos nacionais e internacionais).

A grande fortaleza desta pesquisa é ser realmente representativa do universo populacional masculino de 18 a 69 anos residentes no município de Macapá. Este estudo transversal populacional, com sua metodologia de amostragem por cotas e alta taxa de resposta, fornece robusta estimativa da qualidade de vida sexual da população estudada e da influência do variável idade neste aspecto qualitativo, o que é essencial para o desenvolvimento de estratégias preventivas e organização de serviços de saúde com objetivos que sejam realmente apropriados para a população masculina residente no município.

REFERÊNCIAS¹

ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA JR, W.M.; MOREIRA, E.D.; FITTIPALDI, J.A.S. **Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento sexual (ECOS) do brasileiro**. Campinas, Revista Brasileira de Medicina, v.59, n.3, p.250-257, 2002.

ABDO, C.H.N. **Descobrimento sexual do Brasil. Para curiosos e estudiosos**. São Paulo: Summus, 2004

_____. **Estudo da Vida Sexual do Brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004.

ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA JR, W.M.; SCANAVINO, M.T.; MARTINS, F.G. **Disfunção erétil – resultados do estudo da vida sexual do brasileiro**. São Paulo, Revista Brasileira de Medicina, v.52, n.6, p.424-429, 2006.

ABDO, C.H.N. **Elaboração e validação do quociente sexual – versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem**. Campinas, Revista Brasileira de Medicina, v.63, n.1, p.42-6, 2006.

_____. **The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.4, n.2, p.382-9, 2007.

ABDO, C.H.N.; AFIF-ABDO, J. **Estudo populacional do envelhecimento (EPE): primeiros resultados masculinos**. Campinas, Revista Brasileira de Medicina, v.64, n.5, p.379-383, 2007.

ABRAHAM, L.; SYMONDS, T.; MORRIS, M.F. **Psychometric validation of a sexual quality of life questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.5, n.3, p.595-601, 2008.

AKKUS, E.; KADIOGLU, A.; ESEN, A.; DORAN, S.; ERGEN, A.; ANAFARTA, K.; HATTAT, H. **Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study**. Amsterdam, Holanda, European Urology, v.41, n.2, p.298-304, 2002.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALTHOF, S.E. **Quality of life and erectile dysfunction**. Montreal, Canadá, *Urology*, v.59, n.6, p.803-10, 2002.

ALTHOF, S.E.; ABDO, C.M.; DEAN, J.; HACKET, G.; MCCABE, M.; MCMAHON, C.G.; ROSEN, R.C.; SADOVSKY, R.; WLADINGER, M.; BECHER, E.; BRODERICK, G.A.; BUVAT, J.; GOLDSTEIN, I.; EL-MELIEGY, A.I.; GIULIANO, F.; HELLSTROM, W.J.; INCROCCI, L.; JANNINI, E.A.; PARK, K.; PARISH, S.; PORST, H.; ROWLAND, D.; SEGRAVES, R.; SHARLIP, I.; SIMONELLI, C.; TAN, H.M. **International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation**. Wormerveer, Holanda, *Journal of Sexual Medicine*, v.7, n.9, p.2947-69, 2010.

ALTHOF, S.E.; ROSEN, R.C.; PERELMAN, M.A.; RUBIO-AURIOLES, E. **Standard operating procedures for taking a sexual history**. Wormerveer, Holanda, *Journal of Sexual Medicine*, v.10, n.1, p.26-35, 2013.

ALTHOF, S.E.; PARISH, S.J. **Clinical interviewing techniques and sexuality questionnaires for male and female cancer patients**. Wormerveer, Holanda, *Journal of Sexual Medicine*, v.10, n.1, p.35-42, 2013. Supplement 1.

ALTHOF, S.E.; MCMAHON, C.G.; WALDINGER, M.D.; SEREFOGLU, E.C.; SHINDEL, A.W.; ADAIKAN, G.; BECHER, E.; DEAN, J.; GIULIANO, F.; HELLSTROM, W.J.G.; GIRALDI, A.; GLINA, S.; INCROCCI, L.; JANNINI, E.; MCCABE, M.; PARISH, S.; ROWLAND, D.; SEGRAVES, T.; SHARLIP, I.; TORRES, L.O. **An update of the international society of sexual medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE)**. Wormerveer, Holanda, *Journal of Sexual Medicine*, v.11, n.6, p.1392-1422, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 5 ed.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANGULO, J.C.; GARCÍA-DIEZ, M. **Circumcision and genital decoration as first urological interventions during paleolithic times**. Amsterdam, Holanda, *De Historia Urologiae Europaeae*, v.18, p.81-94, 2011.

ARRINGTON, R.; COFRANCESCO, J.; WU, A.W. **Questionnaires to measures sexual quality of life**. Amsterdam, Holanda, *Quality of Life Research*, v.13, n.10, p.1643-58, 2004.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsinque. **Princípios éticos para a pesquisa em seres humanos**. Helsinque, 1964.

AVASTHI, A.; GROVER, S.; BHANSALI, A.; DASH, R.J.; GUPTA, N.; SHARAN, P.; SHARMA, S. **Erectile dysfunction in diabetes mellitus contributes to poor quality of life**. Londres, Reino Unido, International Review of Psychiatry, n.23, v.1, p.93-99, 2011.

BACON, C.G.; MITTLEMAN, M.A., KAWACHI, I.; GIOVANNUCCI, E.; GLASSER, D.B.; RIMM, E.B. **Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study**. Filadélfia, EUA, Annals of Internal Medicine, v.139, n.3, p.161-168, 2003.

BACON, C.G.; MITTLEMAN, M.A., KAWACHI, I.; GIOVANNUCCI, E.; GLASSER, D.B.; RIMM, E.B. **A prospective study of risk factors for erectile dysfunction**. Lithicum, EUA, The Journal of Urology, v.176, n.1, p. 217-221, 2006.

BASSON, R. **The female sexual response: a different model**. Londres, Reino Unido, Journal of Sex & Marital Therapy, n.26, v.1, p.51-65, 2000.

BASSON, R. **Women's sexual desire – disordered or misunderstood?** Londres, Reino Unido, Journal of Sex & Marital Therapy, n.28, v.1, p.17-28, 2002, Supplement 1.

BERTEIRO, E.B.; BAVARESCO, M.H.B. Ejaculação retardada. Definição, avaliação diagnóstica mínima e complementar, tratamento clínico. In: GLINA, S.; ANKIER, C. **Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia**. São Paulo: Santos editora, 2014.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais saúde: direito de todos (2008-2011)**. 3ª ed. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. **Institui no SUS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes).** Brasília, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Saúde – VIGITEL – Macapá tem 51,7% da população em excesso de peso. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/5604-macapa-tem-51-7-da-populacao-com-excesso-de-peso>. Acesso em: 19 mar. 2015.

BRAUN, M.; WASSMER, G.; KLOTZ, T.; REIFENRATH, B.; MATHERS, M.; ENGELMANN, U. **Epidemiology of erectile dysfunction: results of the ‘Cologne Male Survey’.** Wormerveer, Holanda, International Journal of Impotence Research, v.12, n.6, p.305-311, 2000.

BREYER, B.N.; SMITH, J.F.; EISENBERG, M.L.; ANDO, K.A.; ROWEN, T.S.; SHINDEL, A.W. **The impact of sexual orientation on sexuality and sexual practices in north american medical students.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.7, n.7, p.2391-2400, 2010.

BROTTO, L.A. **The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in men.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.7, n.6, p.2015-2030, 2010.

CAI, T.; MORGIA, G.; CARRIERI, G.; TERRONE, C.; IMBIMBO, C.; VERZE, P.; MIRONE, V. **An improvement in sexual function is related to better quality of life, regardless of urinary function improvement: results from the IDIProst® gold study.** Milão, Itália, Archivio Italiano di Urologia e Andrologia, n.85, v.4, p.184-189, 2013.

CAIRUS, H.F.; RIBEIRO JR., W.A. **Textos hipocráticos.** O doente, o médico e a doença. Coleção História & Saúde, Clássicos e fontes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CAPPELLERI, J.C.; ALTHOF, S.E.; SIEGEL, R.L.; SHPILSKY, A.; BELL, S.S.; DUTTAGUPTA, S. **Development and validation of the self-esteem and relationship (SEAR) questionnaire in erectile dysfunction.** Wormerveer, Holanda, International Journal of Impotence Research, v.16, n.1, p.30-8, 2004.

CARRARA, S.; RUSSO, J.; FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino.** Rio de Janeiro, Physis, v.19, n.3, p.659-678, 2009.

CHAGAS, M.A. **Amapá: a mineração e o discurso da sustentabilidade.** 1ª edição. Rio de Janeiro: Garamond, 2013.

CHEW, K.K.; EARLE, C.M.; STUCKEY, B.G.; JAMROZIK, K.; KEOGH, E.J. **Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates.** Wormerveer, Holanda,, International Journal of Impotence Research, v.12, n.1, p. 41-45, 2000.

CIPRIANI, S.; RICCI, E. **Quale studio per quale scopo? Quale test statistico per quale studio? L'analisi "per protocol" e l'analisi "intention-to-treat".** Roma, Itália, Giorlane Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva, v.15, n.2, p. 108-115, 2008.

CLARO, J.A. **A experiência bem sucedida do centro de referência da saúde do homem no tratamento da hiperplasia prostática benigna.** São Paulo, Boletim do Instituto de Saúde, v.14, n.1, p.119-124, 2012

CLAES, H.I.M.; ANDRIANNE, R.; OPSOMER, R.; ALBERT, A.; PATEL, S.; COMMERS, K. **The helpED study: Agreement and impact of the erection hardness score on sexual function and psychosocial outcomes in men with erectile dysfunction and their partners.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.9, n.10, p.2652-2663, 2012.

COCHRAN, W.G. **Sampling techniques.** 3.ed. John Willey & Sons, New York, 1977.

CORONA, G.; MANNUCCI, E.; RICCA, V.; LOTTI, F.; BODDI, V.; BANDINI, E.; BALERCIA, G.; FORTI, G.; MAGGI, M. **The age-related decline of testosterone is associated with different specific symptoms and signs in patients with sexual dysfunction.** Copenhagen, Dinamarca, International Journal of Andrology, v.32, n.3, p.720-728, 2009.

CORONA, G.; LEE, D.M.; FORTI, G.; O'CONNOR, D.B.; MAGGI, M.; O'NEILL, T.W.; PENDLETON, N.; BARTFAI, G.; BOONEN, S.; CASANUEVA, F.F.; FINN, J.D.; GIWERCMAN, A.; HAN, T.S.; HUHTANIEMI, I.T.; KULA, K.; LEAN, M.E.J.; PUNAB, M.; SILMAN, A.J.; VANDERSCHUEREN, D.; WU, F.C.W. **Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the european male ageing study (EMAS)**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.7, n.4, p.1362-1380, 2010.

CORONA, G.; VIGNOZZI, L.; SFORZA, A.; MAGGI, M. **Risks and benefits of late onset hypogonadism treatment: an expert opinion**. Seul, Coréia do Sul, World Journal of Men's Health, v.31, n.2, p.103-125, 2013.

DAKER-WHITE, G; CROWLEY, T. **Sexual function and quality of life in genitourinary medicine (GUM) outpatients and preliminary validation of a self-report questionnaire measure**. Amsterdam, Holanda, Quality of Life Research, v.12, n.3, p.315-325, 2003.

DEROGATIS, L.R.; BURNETT, A.L. **The epidemiology of sexual dysfunctions**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.5, n.2, p.289-300, 2007.

DIEHL, A.A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

EARDLEY, I. **The incidence, prevalence and natural history of erectile dysfunction**. Wormerveer, Holanda, Sexual Medicine Reviews, v.1, n.1, p.3-16, 2013.

EL-MELIEGY, A. **Sexuality in Ancient Egypt**. Roma, Itália, Giorlane Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva, v.15, n.2, p. 116-118, 2008.

FALLIS, E.E.; REHMAN, U.S.; PURDON, C. **Perceptions of partner sexual satisfaction in heterosexual committed relationships**. New York, EUA, Archives of Sexual Behavior, v.43, n.3, p.541-550, 2014.

FEDELE,D.; COSCELLI,C.; CUCINOTTA,D.; FORTI,G.; SANTEUSANIO,F.; VIAGGI,S. **Incidence of erectile dysfunction in Italian men with diabetes**. Lithicum, EUA, The Journal of Urology, v.166, n.4, p. 1368-71, 2001.

FELDMAN, H.A.; GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, D.G.; KRANE, R.J.; MCKINLEY, J.B. **Impotence and its medical and psychosocial correlates: results**

of the Massachusetts Male Aging Study. Lithicum, EUA, The Journal of Urology, v.151, n.1, p. 54-61, 1994.

FENTON, K.A; JOHNSON, A.M.; MCMANUS, S.; ERENS, B. **Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research.** Londres, Reino Unido, Sexually Transmitted Infections, v.77, n.2, p.84-92, 2001.

FIGUEIREDO, R.; MCBRITTON, M.; PEIXOTO, M. **Promoção de saúde integral e abordagem de gênero como estratégia de ação em saúde sexual e reprodutiva de homens heterossexuais.** São Paulo, Boletim do Instituto de Saúde, v.14, n.1, p.65-72, 2012.

FROEMMING, L.M.S.; LUCE, F.B.; PERIN, M.G.; SAMPAIO, C.H.; BEBER, S.J.N.; TREZ, G. **Análise da qualidade dos artigos científicos da área de marketing no Brasil: as pesquisas survey na década de 90.** Curitiba, Revista de Administração Contemporânea, v.4, n.3, p.201-219, 2000.

FUJISAWA, M.; SAWADA, K.; OKADA, H.; ARAKAWA, S.; SAITO, S.; KAMIDONO, S. **Evaluation of health-related quality of life in patients treated for erectile dysfunction with viagra (sildenafil citrate) using SF-36 score.** Reino Unido, Archives of Andrology, v.48, n.1, p.15-21, 2002.

GADES, N.M.; JACOBSON, D.J.; MCGREE, M.E.; ST SAUVER, J.L.; LIEBER, M.M.; NEHRA, A.; GIRMAN, C.J.; JACOBSEN, S.J. **Longitudinal evaluation of sexual function in a male cohort: the Olmsted county study of urinary symptoms and health status among men.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.6, n.6, p.2455-2466, 2009.

GIULIANO, F.; PEÑA, B.M.; MISHRA, A.S. **Efficacy results and quality-of-life measures in men receiving sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction.** Genebra, Suíça, Quality of Life Research, v. 10, p. 359-69, 2001.

GIULIANO, F.; CHEVRET-MEASSON, M.; TSATSARIS, A.; REITZ, C.; MURINO, M.; THONNEAU, P. **Prevalence of erectile dysfunction in France: results of an epidemiological survey of a representative sample of 1004 men.** Amsterdam, Holanda, European Urology, v.42, n.2, p.382-389, 2002.

GLINA, S.; ANKIER, C. Porque o profissional da saúde deve abordar o aspecto sexual dos pacientes. In: GLINA, S.; ANKIER, C. **Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia.** São Paulo: Santos editora, 2014.

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão.** São Paulo, Ciências e Saúde Coletiva, v.8, n.3, p.825-829, 2003.

GRIECO, A.S.; SIMÕES, F.A.; RODRIGUES, T.M.; CASTILHO, L.N. **Disfunção erétil.** Campinas, Revista Brasileira de Medicina, v. 65, n.1, p. 65-73, 2008.

GUEST, J.F.; DAS GUPTA, R. **Health-related quality of life in a UK-based population of men with erectile dysfunction.** Auckland, Nova Zelândia, Pharmacoeconomics; v.20, n.2, p.109-117, 2002.

HATZIMOURATIDIS, K.; HATZICHRISTOU, D. **Sexual dysfunctions: classifications and definitions.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.4, n.1, p.241-250, 2007.

HARTMANN, U. **Sigmund Freud and his impact on our understanding of male sexual dysfunction.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.6, n.8, p.2332-2339, 2009.

HEINEMANN, L.A.J.; POTTHOFF, P.; HEINEMANN, K.; PAULS, A.; AHLERS, C.J.; SAAD, F. **Scale for quality of sexual function (QSF) as an outcome measure for both gender?** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.2, n.1, p.82-95, 2005.

HICKMAN, T. The prick of the brain. In: HICKMAN, T. **God's doodle: the life and times of the penis.** Londres: Square Peg, 2012.

HOLDEN, C.A.; MCLACHLAN, R.I.; PITTS, M.; CUMMING, R.; WITTEK, G.; AGIUS, P.A.; HANDELSMAN, D.J.; DE KRESTER, D.M. **Men in Australia telephone survey (MATEs): a national survey of the reproductive health and concerns of middle-aged and older Australian men.** Londres, Reino Unido, The Lancet, v.366, n.9481, p.218-224, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, 2010.** Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 set 2013.

_____. **Indicadores Sociais e Municipais. Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico de 2010.** Rio de Janeiro: Série Estudos e Pesquisa IBGE, 2011.

IDUNG, A.U.; ABASIUBONG, F.; UKOTT, I.A.; UDOH, S.B.; UNADIKE, B.C. **Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in Niger delta region, Nigeria.** Kampala, Uganda, African Health Sciences, v.12, n.2, p.160-165, 2012.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA/HC-FMUSP. **ProSex: Projeto Sexualidade**, 2011. Disponível em: http://ipqhc.org.br/pag_detalhe.php?categ=Hospital&id=250. Acesso em: 03 nov 2014.

IRWIG, M.S.; KOLUKULA, S. **Persistent sexual side effects of finasteride for male pattern hair loss.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.8, n.6, p.1747-1753, 2011.

JOHANNES, C.B.; ARAUJO, A.B.; FELDMAN, H.A.; DERBY, C.A.; KLEINMAN, K.P.; MCKINLAY, J.B. **Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study.** Lithicum, EUA, The Journal of Urology, v.163, n.2, p. 460-463, 2000.

JØNLER, M.; MOON, T.; BRANNAN, W.; STONE, N.N.; HEISEY, D.; BRUSKEWITZ, R.C. **The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life.** Londres, Reino Unido, British Journal of Urology, v.75, n.5, p.651-5, 1995.

KINSEY, A.C.; POMEROY, W.R.; MARTIN, C.E. **Sexual behavior in the human male.** Filadélfia: W. B. Saunders, 1948.

KLAPILOVÁ, K.; BRODY, S.; KREJČOVÁ, L.; HUSÁROVÁ, B.; BINTER, J. **Sexual satisfaction, sexual compatibility and relationship adjustment in couples: The role of sexual behaviors, orgasm and men's discernment of women's intercourse orgasm.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.12, n.3, p.667-675, 2015.

LAU, J.T.; KIM, J.H.; TSUI, H.Y. **Prevalence of male and female sexual problems, perceptions related to sex and association with quality of life in a Chinese population: a population-based study.** Wormerveer, Holanda, International Journal of Impotence Research, v.17, n.6, p.494-505, 2005.

LAU, J.T.F.; WANG, Q.; CHENG, Y.; YANG, X. **Prevalence and risk factors of sexual dysfunction among younger married men in a rural area in China.** Montreal, Canadá, Urology, n.66, v.3, p.616-622, 2005.

LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; ROSEN, R.C. **Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors.** Atlanta, EUA, Journal of American Medical Association, v.281, n.6, p.537-44, 1999.

LAUMANN, E.O.; NICOLOSI, A.; GLASSER, D.B.; PAIK, A.; GINGELL, C.; MOREIRA, E.; WANG, T. **Sexual problems among women and men aged 40-80y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors.** Wormerveer, Holanda, International Journal of Impotence Research, v.17, n.1 p.39-57, 2005.

LAUMANN, E.O.; WEST, S.; GLASSER, D.; CARSON, C.; ROSEN, R.; KANG, J. **Prevalence and correlates of erectile dysfunction by race and ethnicity among men aged 40 or older in the United States: from the male attitudes regarding sexual health survey.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.4, n.1, p.57-65, 2007.

LAUMANN, E.O.; GLASSER D.B.; NEVES, R.C.S.; MOREIRA JR, E.D. **A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America.** Wormerveer, Holanda, International Journal of Impotence Research, v.21, n.3, p.171-178, 2009.

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G.S. **O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde.** Rio de Janeiro, Ciências e Saúde Coletiva, v.17, n.10, p.2607-2616, 2012.

LEWIS, R.; WAGNER, G. **History of the International Society of Sexual Medicina (ISSM) – the beginnings.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.5, n.3, p.740-745, 2008.

LEWIS, R.W.; FUGL-MEYER, K.S.; CORONA, G.; HAYES, R.D.; LAUMANN, E.O.; MOREIRA JR, E.D., RELLINI, A.H., SEGRAVES, T. **Definitions/ epidemiology/ risk factors for sexual dysfunction.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.7, n.4, p.1598-1607, 2010.

LEVINE, S.B. **The nature of sexual desire: a clinician's perspective.** Nova Iorque, Archives of Sexual Behavior, v.32, n.3, p.279-285, 2003.

LEVINSON, A.W.; WARD, N.T.; SANDA, M.G.; METTEE, L.Z.; WEI, J.T.; SU, L.M.; LITWIN, M.S.; PAVLOVICH, C.P. **Comparison of validated instruments**

measuring sexual function in men. Montreal, Canadá, Urology, v. 76, n.2, p.380-386, 2010.

LINDAU, S.T.; SCHUMM, L.P.; LAUMANN, E.O.; LEVINSON, W.; O'MUIRCHEARTAIGH, C.A.; WAITE, L.J. **A study of sexuality and health among older adults in the United States.** Boston, EUA, New England Journal of Medicine, v.357, n.8, p.762-74, 2007.

LITWIN, M.S.; NIED, R.J.; DHANANI, N. **Health-related quality of life in men with erectile dysfunction.** Denver, EUA, Journal of General Internal Medicine, v.13, n.3, p.159-66, 1998.

LOW, W.Y.; WONG, Y.L.; ZULKIFLI, S.N.L TAN, H.M. **Malaysian cultural differences in knowledge, attitudes and practices related to erectile dysfunction: focus group discussions.** Wormerveer, Holanda, International Journal of Impotence Research, v.14, n.6, p.440-445, 2002.

MACNEIL, S.; BYERS, E.S. **Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples.** Londres, Journal of Social and Personal Relationships, v. 22, n.2, p.169-181, 2005

MARTÍN, J.A.D.; IZQUIERDO, J.B.; MOYANO, A.S.; MARTÍNEZ, E. **Factores determinantes de la satisfacción del paciente con el tratamiento para la disfunción eréctil.** Madrid, Espanha, Actas Urológicas Españolas, v.32, n.10, p.995-1003, 2008.

MARTIN, S.A.; ATLANTIS, E.; LANGE, K.; TAYLOR, A.W.; O'LOUGHLIN, P.; WITTEG, G.A. **Predictors of sexual dysfunction incidence and remission in men.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.11, n.5, p.1136-1147, 2014.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. **Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** São Paulo, Saúde e Sociedade, v.22, n.2, p.429-440, 2013.

MARTINS, F.G.; ANKIER, C.; GLINA, S. **Epidemiologia das disfunções sexuais.** In: GLINA, S.; ANKIER, C. **Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia.** São Paulo: Santos editora, 2014.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V. **Human sexual response.** Boston: Little, Brown & Co., 1966.

MCCMAHON, C.G.; JANNINI, E.; WALDINGER, M.; ROWLAND, D. **Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.10, n.1, p.204-209, 2013.

MITCHELL, K.R.; MERCER, C.H.; PLOUBIDIS, G.B.; JONES, K.G.; DATTA, J.; FIELD, N.; COPAS, A.J.; TANTON, C.; ERENS, B.; SONNENBERG, P.; CLIFTON, S.; MACDOWALL, W.; PHELPS, A.; JOHNSON, A.M.; WELLINGS, K. **Sexual function in Britain: findings from the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3).** Londres, Reino Unido, The Lancet, v.382, n.9907, p.1817-29, 2013.

MONTI, A.B.G.; SOUZA, A.C.R.; SANTOS, A.E.O.; VITORINO, L.M.; PAIXÃO, M.G. **Avaliação da função sexual em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise.** São Paulo, Nursing, v.156, n.13, p.273-277, 2011.

MONTORSI, F.; ADAIKAN, G.; BECHER, E.; GIULIANO, F.; KHOURY, S.; LUE, T.F.; SHARLIP, I.; ALTHOF, S.E.; ANDERSSON, K.E.; BROCK, G.; BRODERICK, G.; BURNETT, A.; BUVAT, J.; DEAN, J.; DONATUCCI, C.; EARDLEY, A.; FUGL-MEYER, K.S.; GOLDSTEIN, I.; HACKETT, G.; HATZICHRISTOU, D.; HELLSTROM, W.; INCROCCI, L.; JACKSON, G.; KADIOGLU, A.; LEVINE, L.; LEWIS, R.W.; MAGGI, M.; MCCABE, M.; MCCMAHON, C.G.; MONTAGUE, D.; MONTORSI, P.; MULHALL, J.; PFAUS, J.; PORST, H.; RALPH, D.; ROSEN, R.; ROWLAND, D.; SADEGUI-NEJAD, H.; SHABSIGH, R.; STIEF, C.; VARDI, Y.; WALLEN, K.; WASSERMAN, M. **Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.7, n.11, p.3572-3588, 2010.

MOREIRA, E.D.; ABDO, C.H.N.; TORRES, E.B.; LOBO, C.F.; FITTIPALDI, J.A. **Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the brazilian study of sexual behavior.** Montreal, Canadá, Urology, v.58, n.4, p.583-8, 2001.

MOREIRA JR, E.D.; GLASSER, D.; DOS SANTOS, D.B.; GINGELL, C. **Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors.** São Paulo, São Paulo Medical Journal, v.123, n.5, p.234-241, 2005.

MULHALL, J.; KING, R.; GLINA, S.; HVIDSTEN, K. **Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.5, n.3, p.788-795, 2008.

NAIMI, A.A.; MAJZOUB, A.A.; TALIB, R.A.; CANGUVEN, O.; ANSARI, A.A. **Erectile dysfunction in Qatar: prevalence and risk factors in 1,052 participants – a pilot study.** Wormerveer, Holanda, Sexual Medicine, v.2, n.2, p.91-95, 2014.

NIH CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL ON IMPOTENCE. **National Institute of Health.** Atlanta, EUA: JAMA, 1993.

NICOLOSI, A.; LAUMANN, E.O.; GLASSER, D.B.; MOREIRA JR, E.D.; PAIK, A.; GINGELL, C. **Sexual behavior and sexual dysfunction after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors.** Montreal, Canadá, Urology, v.64, n.5, p.991-997, 2004.

NOLAZCO, C.; BELLORA, O.; LÓPEZ, M.; SURUR, D.; VÁZQUEZ, J; ROSENFELD, C.; BECHER, E.; MAZZA, O. **Prevalence of sexual dysfunctions in Argentina.** Wormerveer, Holanda, International Journal of Impotence Research, n.16, v.1, p.69-72, 2004.

OLFSON, M.; UTTARO, T.; CARSON, W.H.; TAFESSE, E. **Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia.** Menfis (EUA), Journal of Clinical Psychiatry, v.66, n.3, p.331-8, 2005.

OLIVEIRA, F.E.M. **SPSS Básico para análise de dados.** Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2008.

OLIVEIRA, M.C.S.M.; ROSA, T.E.C. **Dia de ação integral à saúde do homem: ação estratégica da unidade médica de saúde da família do Rio Comprido, Jacareí, SP.** São Paulo, Boletim do Instituto de Saúde, v.14, n.1, p.41-47, 2012.

PATRICK, D.L.; ALTHOF, S.E.; PRYOR, J.L.; ROSEN, R.; ROWLAND, D.L.; HO, K.F.; MCNULTY, P.; ROTHMAN, M.; JAMIESON, C. **Premature ejaculation: an observational study of men and their partners.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.2, n.3, p.358-67, 2005.

PONHOLZER, A.; TEMML, C.; MOCK, K.; MARSZALEK, M.; OBERMAYR, R.; MADERSBACHER, S. **Prevalence and risk factor for erectile dysfunction in 2869 men using a validated questionnaire.** Amsterdam, Holanda, European Urology, v.47, n.1, p.80-86, 2005.

PURNINE, D.M.; CAREY, M.P. **Interpersonal communication and sexual adjustment: The roles of understanding and agreement.** Washington (DC), Journal of Consulting and Clinical Psychology, v.65, n.6, p.1017-1025, 1997.

RAMADAM, Z.B.A.; ABDO, C.H.N. Sexualidade: trâmites, percalços e desvarios. In: ABDO, C.H.N. **Sexualidade Humana e seus Transtornos**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2012.

REHMAN, U.S.; RELLINI, A.H.; FALLIS, E. **The importance of sexual self-disclosure to sexual satisfaction and functioning in committed relationships**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.8, n11, p.3108-3115, 2011.

REICHENBERG, L.W. **DSM-5 Essentials: the savvy clinician's guide to the changes in criteria**. Nova Jérsei: John Wiley & Sons, 2014.

REIS, G.V.; RIBEIRO, P.R. A institucionalização do conhecimento sexual no Brasil. In: RIBEIRO, P.R. **Sexualidade e educação: aproximações necessárias**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004.

RILEY, A. **The birth and development of sexual medicine: reflections of my personal journey**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.4, n.4, p.815-21, 2007.

RIZVI, S.J.; YEUNG, N.W.; KENNEDY, S.H. **Instruments to measure sexual dysfunction in community and psychiatric populations**. Maastricht, Holanda, Journal of Psychosomatic Research, v.70, n.1, p.99-109, 2011.

ROSEN, R.C. **Measurement of male and female sexual dysfunction**. Amsterdam, Holanda, Current Psychiatry Reports, v.3, n.3, p.182-7, 2001.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S.; LASH, T.L. **Epidemiologia Moderna**. 3^a Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROWLAND, D.; MCMAHON, C.G.; ABDO, C.; CHEN, J.; JANNINI, E.; WLADINGER, M.D.; AHN, T.Y. **Disorders of orgasm and ejaculation in men**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.7, n.4, p.1668-1686, 2010.

ROWLAND, D.L.; LECHNER, K.H.; BURNETT, A.L. **Factors contributing to psychoaffective differences among men with sexual dysfunction in response to a partnered sexual experience**. Londres, Reino Unido, Journal of Sex & Marital Therapy, v.38, n.2, p.115-127, 2012.

RUFINO, A.C.; MADEIRO, A.; GIRÃO, M.J.B.C. **Sexuality education in Brazilian medical schools.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.11, n.5, p.1110-1117, 2014.

RUSSO, J.; RHODEN, F. Histórico do campo da sexologia no Brasil. In: RUSSO, J.; RHODEN, F.; TORRES, I.; FARO, L.; NUCCI, M.F.; GIAMI, A. **Sexualidade, ciência e profissão no Brasil.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2011.

RUSSO, J.; RHODEN, F.; TORRES, I.; FARO, L.; NUCCI, M.F.; GIAMI, A. Configuração institucional do campo sexológico. In: RUSSO, J.; RHODEN, F.; TORRES, I.; FARO, L.; NUCCI, M.F.; GIAMI, A. **Sexualidade, ciência e profissão no Brasil.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2011.

SAIGAL, C.S.; WESSELLS, H.; PACE, J.P.; SCHONLAU, M.; WILT, T.J. **Predictors and prevalence of erectile dysfunction in a racially diverse population.** São Francisco, EUA, Archives of Internal Medicine, v.166, n.2, p.207-212, 2006.

SÁNCHEZ-CRUZ, J.J.; CABRERA-LÉON, A.; MARTÍN-MORALES, A.; FERNÁNDEZ, A.; BURGOS, R.; REJAS, J. **Male erectile dysfunction and health-related quality of life.** Amsterdam, Holanda, European Urology, v.44, n.1, p.245-53, 2003.

SÁNCHEZ-FUENTES; M.M.; SANTOS-IGLESIAS, P.; SIERRA, J.C. **A systematic review of sexual satisfaction.** Granada, Espanha, International Journal of Clinical and Health Psychology, v.14, n.1, p.67-75, 2013.

SAND, M.S.; FISHER, W.; ROSEN, R.; HEIMAN, J.; EARDLEY, I. **Erectile dysfunction and constructs of masculinity and quality of life in the multinational men's attitudes to life events and sexuality (MALES) study.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.5, n.3, p.583-594, 2008.

SCHIAVI, R.C.; SCHREINER-ENGEL, P.; WHITE, D.; MANDELI, J. **The relationship between pituitary-gonadal function and sexual behavior in healthy aging men.** McLean, EUA, Psychosomatic Medicine, v.53, n.4, p.363-374, 1991.

SCHULTHEISS, D.; GLINA, S. **Highlights from the History of Sexual Medicine.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.7, n.7, p.2031-2043, 2010.

SCHWARZ, E.; GOMES, R.; COUTO, M.T.; MOURA, E.C.; CARVALHO, S.A.; DA SILVA, S.F.C. **Política de saúde do homem.** São Paulo, Revista de Saúde Pública, v.46, p.108-116, 2012, Supplement 1.

SELVIN, E.; BURNETT, A.L.; PLATZ, E.A. **Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US.** Tucson, EUA, The American Journal of Medicine, v.120, n.2, p.151-157, 2007.

SEMANS, J.H. **Premature ejaculation: a new approach.** Birmingham, EUA, Southern Medical Journal, n.49, p.353-8, 1956.

SEREOFGLU, E.C.; MCMAHON, C.G.; WALDINGER, M.D.; ALTHOF, S.E.; SHINDEL, A.W.; ADAIKAN, G.; BECHER, E.; DEAN, J.; GIULIANO, F.; HELLSTROM, W.J.G.; GIRALDI, A.; GLINA, S.; INCROCCI, L.; JANNINI, E.; MCCABE, M.; PARISH, S.; ROWLAND, D.; SEGRAVES, T.; SHARLIP, I.; TORRES, L.O. **An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second international society for sexual medicine ad hoc committee for the definition of premature ejaculation.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.11, n.6, p.1423-1441, 2014.

SEREOFGLU, E.C.; GRATZKE, C.; VERZE, P. **What can be done to maintain men's health: perspectives from the EAU young academic urologists working party men's health group.** Amsterdam, Holanda, European Urology, v.66, n.4, p.605-608, 2014.

SHIN, D.H.; SPITZ, A. **The evaluation and treatment of delayed ejaculation.** Wormerveer, Holanda, Sexual Medicine Reviews, v.2, n.3, p.121-133, 2014.

SHIRI, R.; KOSHIMÄKI, J.; HÄKKINEN, J.; TAMMELA, T.L.J.; HUHTALA, H.; HAKAMA, M.; AUVINEN, A. **Effects of age, comorbidities and lifestyle factors on erectile dysfunction: tampere ageing male urological study (TAMUS).** Amsterdam, Holanda, European Urology, v.45, n.4, p.628-633, 2004.

SIGUSCH, V. **The birth of sexual medicine: Paolo Mantegazza as pioneer of sexual medicine in the 19th century.** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.5, n.1, p.217-222, 2008.

SIQUEIRA, A.L.; TIBÚRCIO, J.D. **Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional.** Belo Horizonte: Coopmed, 2011

SKINNER, M.B. **Sexuality in greek and roman culture.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2014.

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL. **SLAMS: História**, 2014. Disponível em: <http://www.slamsnet.org/es/historia> . Acesso em: 03 nov 2014.

SPADT, S.K.; ROSENBAUM, T.Y.; DWECK, A.; MILLHEISER, L.; PILLAI-FRIEDMAN, S.; KRYCHMAN, M. **Sexual health and religion: a primer for the sexual health clinician**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.11, n.7, p.1606-1619, 2014.

SUDMAN, S. **Probability Sampling with Quotas**, Iowa, EUA, Journal of the American Statistical Association, v.61, n.315, p. 749-771, 1966.

SYMONDS, T.; ROBLIN, D.; HART, K.; ALTHOF, S. **How does premature ejaculation impact a man's life?** Londres, Reino Unido, Journal of Sex & Marital Therapy, v.29, n.5, p.361-70, 2003.

TAN, H.M.; TONG, S.F.; HO, C.K.K. **Men's health: sexual dysfunction, physical, and psychological health – is there a link?** Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.9, n.3, p.663-671, 2012.

TAQUES JR, D.V. **Tarefa conjugal. Comunidade de vida e amor**. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

THIEL, R. **Questionários validados em português utilizados para avaliação da resposta sexual**. In: GLINA, S.; ANKIER, C. **Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia**. São Paulo: Santos editora, 2014.

TOMLINSON, J.; WRIGHT, D. **Impact of erectile dysfunction and its subsequent treatment with sildenafil: qualitative study**. Londres, Reino Unido, British Medical Journal, v.328, n.7447, p. 1037, 2004.

TRAVISON, T.G.; MORLEY, J.E.; ARAUJO, A.B.; O'DONNELL, A.B.; MCKINLAY, J.B. **The relationship between libido and testosterone levels in aging men**. Washington, EUA, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, n.91, v.7, p.2509-2513, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ. CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA. **Matriz curricular. Projeto Político Pedagógico**, 2014. Disponível em: <http://www2.unifap.br/medicina/matriz-curricular/>. Acesso em: 04 nov 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Matriz curricular**, 2014. Disponível em: <http://www2.unifap.br/ppcs/matriz-curricular/>. Acesso em: 04 nov 2014.

VINCI, L. **A ordem do livro e outros textos: (35 fólios em fac-símile da Coleção do Castelo de Windsor)**. São Paulo, Scientiae Studia, v. 9, n. 2, 2011.

WALDINGER, M.D.; MCINTOSH, J.; SCHWEITZER, D.H. **A five-nation survey to assess the distribution of the intravaginal ejaculatory latency time among general male population**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.6, n.9, p.2888-2895, 2009.

WALDINGER, M.D.; SCHWEITZER, D.H. **The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V**. Wormerveer, Holanda, Journal of Sexual Medicine, v.5, n.5, p.1079-1087, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems**. Genebra: World Health Organization, 1992

_____. **Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)**. Genebra, Suíça, Quality of Life Research, v. 2, p. 153-9, 1993.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá, sou Thiago Afonso Carvalho Celestino Teixeira, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e professor do curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá. Estou realizando o projeto de pesquisa “Qualidade de vida sexual da população masculina entre 18-69 anos em Macapá - Amapá”.

O objetivo geral é determinar o grau de satisfação sexual médio da população masculina entre 18 e 69 anos na cidade de Macapá, estado do Amapá, através de suas resposta em um questionário

Os objetivos específicos da pesquisa são:

1. Relacionar o grau de satisfação sexual com as diferentes faixas de idade dos homens moradores de Macapá
2. Relacionar os diferentes aspectos da atividade sexual (desejo, excitação, desempenho, ejaculação, orgasmo e satisfação) com as diferentes faixas de idade dos homens moradores de Macapá
3. Determinar se há aspectos da atividade sexual que estão prejudicados na população masculina da cidade, visando principalmente subsidiar possíveis estratégias de intervenção e tratamento

De acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da UNIFAP e você deverá estar ciente, antes de assinar esse termo, que:

1. Estudo realizado não trará perigo para sua saúde, pois a possibilidade de risco moral será evitada na manutenção do sigilo de seus dados, os quais serão utilizados tão somente para fins científicos
2. Você poderá consultar o pesquisador responsável em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para resolver qualquer dúvida - fone (96) 81270970- Thiago.
3. Poderá, a qualquer momento, abandonar a pesquisa sem se justificar, assim como se recusar a participar da pesquisa sem nenhuma penalidade.
4. Todas as informações dadas por você e os resultados conseguidos serão mantidos em segredo e, só serão usados para publicar em encontros e revistas científicas sem identificação;
5. Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente

- do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa.
6. Você não terá benefícios ou direitos financeiros sobre os resultados relacionados com a pesquisa.
 7. Esta pesquisa é importante para trazer melhorias para atendimento em medicina sexual em nosso estado
 8. Você receberá uma cópia deste documento.
 9. Você poderá retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu de forma livre e esclarecida manifesto meu consentimento em participar da pesquisa em questão.

Macapá, ____ de _____, de
20__.



Voluntário

Pesquisador
Prof. Thiago Afonso Carvalho C. Teixeira
CRM-AP 925 Mat. 1942850

CEP da Universidade Federal do Amapá - Campus Universitário Marco Zero do
Equador Rodovia JK, Km2. Jardim Marco Zero CEP 68903-419.
Macapá – AP/ Brasil. Tel:+55(96)3312-1700.E-mail:unifap@unifap.br

ANEXO A - QUOCIENTE SEXUAL - VERSÃO MASCULINA (QS-M)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos 6 meses de vida sexual e considerando a seguinte pontuação:

0	nunca	3	aproximadamente metade das vezes
1	raramente	4	a maioria das vezes
2	às vezes	5	sempre

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?
 0 1 2 3 4 5
2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?
 0 1 2 3 4 5
3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira (o)?
 0 1 2 3 4 5
4. Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?
 0 1 2 3 4 5
5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?
 0 1 2 3 4 5
6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?
 0 1 2 3 4 5
7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?
 0 1 2 3 4 5
8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?
 0 1 2 3 4 5
9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?
 0 1 2 3 4 5
10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?
 0 1 2 3 4 5

ANEXO B – CERTIFICAÇÃO DA APROVAÇÃO PELO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto cadastrado CAAE nº. 24100413.4.0000.0003 sobre "Qualidade de Vida Sexual da População Masculina entre 18-69 anos em Macapá - Amapá", sob a responsabilidade de **Thiago Afonso Carvalho Celestino Teixeira**, está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), em reunião realizada em 16/12/2013.

Data para apresentação do relatório no CEP-UNIFAP: 16/12/2014

CERTIFICATE

Certify that the registered project CAAE nº. 24100413.4.0000.0003 – CEP about "Qualidade de Vida Sexual da População Masculina entre 18-69 anos em Macapá - Amapá", under the responsibility of **Thiago Afonso Carvalho Celestino Teixeira**, is in agreement with the Ethical Principles in Human Research adapted by National Ethical Committee (CONEP) and was approved by the Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) – Ethical Committee for Research (CEP) in 16/12/2013.

Macapá, 16 de dezembro de 2013

Prof.^a. Dr.^a Anneli Célis de Cárdenas
Coordenadora - CEP-UNIFAP