

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

**TUFFY ALEX ROSA SILVA MAMEDE**

**PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA LINHA DE CUIDADO PARA DISFUNÇÃO  
ERÉTIL NO SUS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Salvador-Bahia**

**2025**

**TUFFY ALEX ROSA SILVA MAMEDE**

**PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA LINHA DE CUIDADO PARA DISFUNÇÃO  
ERÉTIL NO SUS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia Virgínia  
Silva Lordêlo Garboggini

**Salvador-Bahia**

**2025**

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

M264 Mamede, Tuffy Alex Rosa Silva

Perspectivas e desafios na linha de cuidado para disfunção erétil no SUS: estudo retrospectivo de revisão de prontuários. / Tuffy Alex Rosa Silva Mamede. Salvador, 2025.

65 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini.  
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, 2025.

Inclui bibliografia

1. Disfunção erétil. 2. Fisioterapia. 3. Modelos de assistência à saúde. 4. Mecanismos de avaliação da assistência à saúde. I. Garboggini, Patricia Virgínia Silvia Lordêlo. II. Título.

CDU: 616.69

**TUFFY ALEX ROSA SILVA MAMEDE**

**“PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA LINHA DE CUIDADO PARA  
DISFUNÇÃO ERÉTIL NO SUS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE REVISÃO  
DE PRONTUÁRIOS”**

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 11 de setembro de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Carlos André Gomes Silva Mamede  
Doutor em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP.

---

Dra. Maria Clara Neves Pavie Cardoso  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP.

---

Dra. Priscila Godoy Januário  
Doutora em Fisioterapia  
Universidade do Estado da Bahia, UNEB.

Dedico este trabalho a meu esposo, Carlos Mamede, que é meu companheiro de todas as horas e grande inspirador de minha jornada acadêmica.

Dedico também a meus pais, Ivam Mamede e Moiza Mamede, por terem me proporcionado os recursos que forjaram meus valores baseados em caráter, conduta e conhecimento.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente ao amor de minha vida, Carlos Mamede, que esteve comigo em todos os momentos dessa jornada.

Agradeço a minha amada orientadora, Patrícia Lordêlo, que é uma inspiração e parceira fiel nesse processo contínuo de aprendizado.

Agradeço à queridíssima Alcina Teles, por seu suporte, atenção e parceria em todos os momentos que busquei.

Agradeço a minha família linda, que me dá suporte emocional e afetivo incondicional, especialmente a Moiza Mamede, Luiz Mamede, César Figueirôa, Suele Rosa, Sueli Rosa.

Agradeço a meus amigos queridos, que são minha família do coração e sempre emanam boas energias de carinho e apoio, especialmente a Nana França, Anderson Cunha, César Rodriguez, Cris Esquivel, Beto Baraúna, Carina Krüger, Dóia Pacheco.

Agradeço aos colegas pesquisadores e estagiários do Centro de Assistência ao Assoalho Pélvico – CAAP, que fazem a roda girar e o conhecimento se atualizar num processo contínuo. Em especial, minha gratidão a Maria Clara Pavie, Carina Oliveira e Danielle Sodrê, que sempre se disponibilizam para ajudar e apoiar da melhor maneira.

Agradeço a todo o time do Instituto Patrícia Lorêlo – IPL, que é um conjunto único de pessoas abençoadas e dedicadas ao bem e à saúde, que viabilizaram o insumo para a realização deste trabalho e melhoram a cada dia a qualidade de vida de centenas de pessoas.

Agradeço pela chance de usufruir do contato com os queridos professores do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, especialmente a prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Marice Ladeia, o Prof. Dr. João de Deus, Prof. Dr. Luis Cláudio, Prof. Dr. André Luiz Peixinho, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cris Dias e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Katia Sá. Agradeço ao programa por proporcionar um ambiente inspirador e receptivo, estimulando a curiosidade e desenvolvimento científico, social e acadêmico, oportunizando afetos e relações especialmente significativas.

## RESUMO

**Introdução:** A disfunção erétil é uma condição de saúde masculina com sensível impacto na qualidade de vida, relações interpessoais e saúde mental. Caracteriza-se pela dificuldade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção suficiente para a realização da penetração peniana. Sua prevalência em homens de 20 a 39 anos é de 5,1%, em contraste com 14,8% nas idades de 40 a 59 anos e 44% nas idades de 60 a 69 anos, nos Estados Unidos da América. No Brasil, a prevalência de oscila entre 45,1 a 53,5% na população masculina geral. **Objetivo:** O presente estudo retrospectivo tem como objetivo descrever a percepção de resposta ao tratamento, adesão e perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos à linha de cuidado para disfunção erétil em uma associação privada sem fins lucrativos, custeada pelo SUS. **Método:** Trata-se de um estudo observacional de caráter retrospectivo. A população caracterizou-se pelos pacientes atendidos no Instituto Patrícia Lordêlo, um centro especializado em cuidados ao assoalho pélvico. A amostra foi de conveniência, baseada nos dados de 168 prontuários de pacientes que foram atendidos no IPL, na linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil, tendo a avaliação de admissão realizada entre março de 2022 e abril de 2025. Todos os participantes foram homens com queixa clínica de disfunção erétil, com idade mínima de 18 anos. **Resultados:** Observou-se que o perfil majoritário era de homens casados - 39,3%, aposentados 30,4%, e sedentários 28,0%, com média de idade de 63,6±9,3 anos. Dentre os não sedentários, a frequência semanal de prática de exercícios físicos mais comum era de duas a três vezes por semana - 9%, sendo mais relatada a caminhada 13,7%. A maioria dos participantes informou ter sido submetido à prostatectomia radical 64,9%, com média de 23,8±37,5 meses de intervalo entre o procedimento oncológico e a admissão no IPL. Histórico de radioterapia esteve presente em 12,5% dos participantes e 36,9% fazia uso diário de Tadalafila de 5mg. Foram realizadas em média 15,1±8,2 sessões de fisioterapia. Houve 71,4% de comparecimento na 1ª reavaliação. Houve percepção de melhora em 53% dos pacientes, sendo a resolução dos sintomas avaliada em 39,3±22,1%. A adesão até a primeira avaliação foi de 71,4%. **Conclusão:** A abordagem por meio das linhas de cuidado específicas para DE tem se mostrado uma estratégia promissora para os homens com devido à adesão e satisfação ao tratamento. A percepção de melhora é diretamente proporcional ao número de sessões de tratamento realizados. Homens com histórico de prostatectomia e aqueles que utilizam medicamento para tratamento da ereção apresentaram maior adesão ao tratamento, sendo que aqueles que iniciaram tratamento até seis meses após a cirurgia têm mais benefícios em 12 sessões. A satisfação com o serviço do IPL na linha de cuidado de DE corrobora a demanda de linhas de cuidado para essa disfunção, em prol da diminuição de custos com cirurgias e medicamentos para esta disfunção.

**Palavras-chave:** Disfunção Erétil; Fisioterapia; Modelos de Assistência à Saúde; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Erectile dysfunction is a male health condition with a significant impact on quality of life, interpersonal relationships, and mental health. It is characterized by persistent or recurrent difficulty achieving or maintaining an erection able to provide penile penetration. Its prevalence in men aged 20 to 39 is 5.1%, compared with 14.8% in men aged 40 to 59; and 44% in men aged 60 to 69 in the United States. In Brazil, the prevalence ranges from 45.1% to 53.5% in male population. **Objective:** This retrospective study aims to describe the perception of response to treatment, adherence and sociodemographic profile of patients undergoing the line of care for erectile dysfunction in a private non-profit association funded by the Brazilian Unified Health System (SUS). **Method:** This is a retrospective observational study. The population consisted of patients treated at the Patrícia Lordêlo Institute (IPL): a pelvic floor care center. The convenience sample was based on data from 168 electronic medical records containing in the erectile dysfunction care line, with the admission assessment conducted between March 2022 and April 2025. All participants were men with erectile dysfunction complaints and at least 18 years of age. **Results:** The majority of participants were married men (39.3%), retired men (30.4%), and sedentary men (28.0%), with a mean age of  $63.6 \pm 9.3$  years. Among non-sedentary individuals, the most common weekly frequency was two to three times a week (9%), with walking being the most common activity (13.7%). Most participants reported having undergone radical prostatectomy (64.9%), with a mean interval of  $23.8 \pm 37.5$  months between the oncological procedure and IPL's admission. A history of radiotherapy was present in 12.5% of participants, and 36.9% of participants used 5mg of tadalafil daily. An average of  $15.1 \pm 8.2$  physiotherapy sessions was performed. There was a 71.4% attendance rate for the first reassessment. There was a perception of improvement in 53% of patients, with symptom resolution assessed in  $39.3 \pm 22.1\%$ . Adherence up to the first assessment was 71.4%. **Conclusion:** The use of erectile dysfunction care line has proven to be a promising strategy for men due to treatment adherence and satisfaction. The perceived improvement is directly proportional to the number of treatment sessions completed. Men with a history of prostatectomy and those using erectile dysfunction medications had higher treatment adherence, being those whose treatment started within six months after surgery experiencing greater benefits in 12 sessions. Satisfaction with IPL service in the erectile dysfunction care line corroborates the demand for this type of treatment line, aiming to reduce costs with surgeries and medications for this disorder.

**Keywords:** Erectile Dysfunction; Physiotherapy; Healthcare Models; Health Care Evaluation Mechanisms.

## **INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

Instituto Patrícia Lordelo (IPL).

Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Salvador.

Ministério da Saúde.

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

Este estudo foi realizado com recursos próprios e em parceria com:

Sistema Único de Saúde (SUS).

Flukka – Farmácia de Manipulação LTDA ME.

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Visão inferior do assoalho pélvico masculino.....	18
<b>Figura 2</b> - Pelve masculina mostrando as divisões da uretra.....	19
<b>Figura 3</b> - Porção distal do pênis em corte longitudinal.....	19
<b>Figura 4</b> - Corte transversal do pênis mostrando as principais estruturas.....	20
<b>Figura 5</b> - Rede arterial do pênis em corte longitudinal.....	21
<b>Figura 6</b> - Rede venosa do pênis em corte transversal.....	22
<b>Figura 7</b> - As zonas da próstata humana. Visão coronal (em A) e visão transversal (em B). Zona central (CZ), zona de transição (TZ), zona periférica (PZ), ducto ejaculatório (E), uretra distal (UD), uretra proximal (UP).....	24
<b>Figura 8</b> - Mudanças no corpo cavernoso, em corte transversal, antes (em A) e durante a ereção (em B).....	25
<b>Figura 9</b> - Formulário de coleta de dados de prontuários.....	38
<b>Figura 10</b> - Fluxograma de atendimentos do IPL.....	40
<b>Figura 11</b> - Primeiro questionário respondido pelo paciente.....	41

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Dados sociodemográficos, histórico patológico e medicamentoso coletados na linha de cuidado de DE.....	46
<b>Tabela 2:</b> Frequência e abandono dos atendimentos coletados em DE.....	47
<b>Tabela 3:</b> Percepção de melhora clínica dos sintomas de DE após atendimentos coletada na linha de cuidado de DE.....	48
<b>Tabela 4:</b> Comparação das médias do número de sessões nas variáveis sociodemográficas, de histórico clínico e de melhora clínica coletados na linha de cuidado de DE.....	49
<b>Tabela 5:</b> Comparação das médias da satisfação após 12 e 24 sessões de tratamento coletados na linha de cuidado de DE.....	50
<b>Tabela 6:</b> Comparação de proporções entre a melhora clínica e o comparecimento na primeira e segunda reavaliações coletados na linha de cuidado de DE.....	51
<b>Tabela 7:</b> Comparação de proporções entre a alta após 24 sessões e a prática de atividade física coletados na linha de cuidado de DE.....	52

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
<b>CAAP</b>	Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico
<b>cGMP</b>	Monofosfato Cíclico de Guanosina
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CYP3A</b>	Grupo de Enzimas do Citocromo P450
<b>CZ</b>	Zona Central
<b>DE</b>	Disfunção Erétil
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>E</b>	Ducto Ejaculatório
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IIEF</b>	Índice Internacional de Função Erétil
<b>IIEF-EF</b>	Índice Internacional de Função Erétil – Função Erétil
<b>IPL</b>	Instituto Patrícia Lordelo
<b><i>m</i></b>	Média
<b><i>n</i></b>	Frequência
<b>NO</b>	Óxido Nítrico
<b>PDE5</b>	Fostodiesterase do tipo 5
<b>PDE5i</b>	Inibidores de Fostodiesterase do tipo 5
<b>PO</b>	Pós-operatório
<b>PVC</b>	Cloreto de Polivinila
<b>PZ</b>	Zona Periférica
<b>RF</b>	Radiofrequência

<b>RFNA</b>	Radiofrequência Não Ablativa
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TMAP</b>	Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico
<b>TOC</b>	Terapia de Ondas de Choque
<b>TOCBI</b>	Terapia de Ondas de Choque de Baixa Intensidade
<b>TOCF</b>	Terapia de Ondas de Choque Focal
<b>TOCR</b>	Terapia de Ondas de Choque Radial
<b>TZ</b>	Zona de Transição
<b>UD</b>	Uretra Distal
<b>UP</b>	Uretra Proximal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo primário</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos secundários</b> .....	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>Assoalho Pélvico Masculino</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2</b>	<b>Anatomia do pênis</b> .....	<b>17</b>
<b>3.3</b>	<b>Próstata</b> .....	<b>21</b>
<b>3.4</b>	<b>Neurofisiologia da ereção e detumescência</b> .....	<b>23</b>
<b>3.5</b>	<b>Aspectos gerais da disfunção erétil</b> .....	<b>25</b>
<b>3.5.1</b>	<b>Diagnóstico</b> .....	<b>25</b>
<b>3.5.2</b>	<b>Tratamento conservador</b> .....	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho de estudo e seleção de população e amostra</b> .....	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>Critérios de elegibilidade</b> .....	<b>35</b>
<b>4.3</b>	<b>Procedimentos de coleta dos dados</b> .....	<b>35</b>
<b>4.4</b>	<b>Fluxo de abordagem, atendimento e acompanhamento de pacientes no IPL</b> .....	<b>37</b>
<b>4.5</b>	<b>Procedimento de tratamento da linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil</b> .....	<b>40</b>
<b>4.6</b>	<b>Mensuração dos desfechos</b> .....	<b>41</b>
<b>4.6.1</b>	<b>Percepção de melhora clínica</b> .....	<b>41</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Adesão ao tratamento ou taxa de abandono</b> .....	<b>42</b>
<b>4.6.3</b>	<b>Percepção do pesquisador</b> .....	<b>42</b>
<b>4.7</b>	<b>Análise estatística</b> .....	<b>42</b>
<b>4.8</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO ESTUDO</b> .....	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>59</b>
	<b>ANEXO</b> .....	<b>65</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Disfunção Erétil (DE) é uma condição de saúde masculina com impacto significativo na qualidade de vida, nas relações interpessoais e na saúde mental dos indivíduos afetados.(1) Caracterizada pela dificuldade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção suficiente para o desempenho sexual satisfatório, sua prevalência aumenta com a idade e está frequentemente associada a comorbidades como diabetes, hipertensão, obesidade e doenças cardiovasculares.(2)

Nos Estados Unidos, a prevalência de DE em homens de 20 a 39 anos é de 5,1%, em contraste com 14,8% nas idades de 40 a 59 anos e 44% nas idades de 60 a 69 anos.(3) No Brasil a prevalência de DE oscila entre 45,1 a 53,5% na população masculina geral.(4) Apesar da ampla disponibilidade de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, as taxas de resposta ao tratamento variam consideravelmente, influenciadas por fatores clínicos, socioeconômicos e comportamentais.(5)

A linha de cuidado é uma estratégia organizacional e assistencial centrada na pessoa. Visa garantir a integralidade do atendimento em saúde. Caracteriza-se pela articulação racional e contínua de ações e serviços de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo promover o acesso gratuito, qualificado, multiprofissional e resolutivo, minimizando fragmentações na atenção e integração entre os diversos pontos da rede de saúde.(6) A implementação da linha de cuidado específica para DE tem se mostrado uma estratégia promissora para otimizar o atendimento, promover acesso a terapias eficazes e melhorar os desfechos clínicos.(6)

Ainda são escassos os estudos que avaliam a efetividade dessas abordagens em instituições do terceiro setor, sobretudo em associações privadas sem fins lucrativos que oferecem serviços especializados, especialmente no que tange à saúde pélvica masculina.

Neste contexto, o presente estudo retrospectivo tem como objetivo analisar a percepção de resposta ao tratamento e resolução de sintomas de homens submetidos à linha de cuidado para DE desenvolvida pelo grupo de maneira inovadora, em uma associação privada sem fins lucrativos, custeada pelo SUS, no período de 2022 a 2025, por meio da revisão de prontuários clínicos. Também busca descrever a adesão e abandono, perfil sociodemográfico e a percepção do pesquisador sobre a interação dos pacientes e a linha de cuidado.

Ao trazer dados concretos sobre a percepção dos pacientes em relação à efetividade das intervenções realizadas, esta pesquisa pretende contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais, bem como subsidiar políticas e estratégias voltadas ao cuidado integral da saúde sexual masculina.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo primário**

Descrever a percepção da melhora da ereção por parte do paciente no momento da alta da linha de cuidado de DE.

### **2.2 Objetivos secundários**

Descrever a taxa de adesão e de abandono de homens atendidos na linha de cuidado de DE.

Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de homens atendidos na linha de cuidado de DE.

Descrever as percepções do pesquisador sobre a interação dos pacientes em relação à linha de cuidado de DE.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

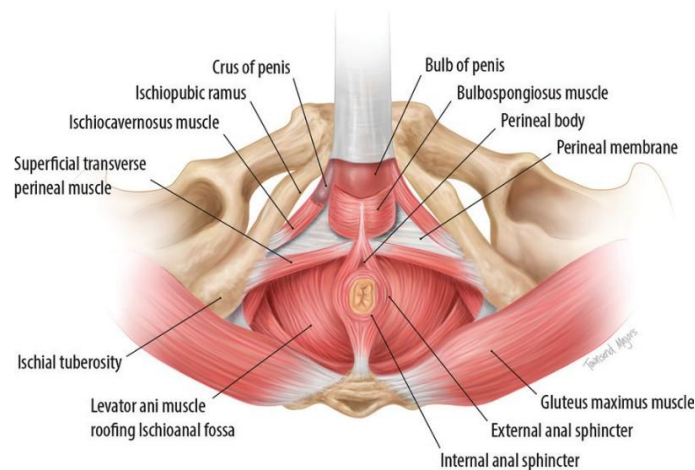
#### 3.1 Assoalho Pélvico Masculino

O assoalho pélvico é uma unidade miofascial complexa, com interações sinérgicas e antagônicas entre seus componentes, que desempenha papel essencial em suas diversas funções. Durante o desenvolvimento embrionário, destacam-se dois grupos musculares principais: músculo pubocaudal, que dá origem ao músculo elevador do ânus, ao músculo isquiococcígeo e aos ligamentos sacroespinal e sacrotuberoso; e o músculo de Gegenbauer, que origina os esfíncteres lisos e estriados do aparelho geniturinário. No homem, essas estruturas se relacionam com sobreposição anatômica e funcional, dificultando a distinção entre os diferentes músculos, principalmente na região perineal profunda.(7,8)

O músculo elevador do ânus, considerado o principal componente do diafragma pélvico, é subdividido em pubococcígeo, iliococcígeo e isquiococcígeo. No homem, a porção pubovisceral desse músculo envolve e estabiliza estruturas como a próstata e a uretra prostática, contribuindo diretamente para os mecanismos de continência urinária e ejaculação. A adesão de fibras musculares do puborretal à cápsula prostática forma o chamado o músculo elevador da próstata, ou músculo prostático, estrutura relevante para a função ejaculadora. Além disso, os músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso participam na ereção peniana, comprimindo veias dorsais profundas e promovendo o acúmulo sanguíneo nos corpos cavernosos.(7-9)

O suporte visceral é complementado por estruturas fasciais espessas, como a fáscia pélvica e os ligamentos que ancoram a bexiga e a próstata à sínfise púbica. Tais estruturas são fundamentais para manter a posição anatômica dos órgãos pélvicos durante esforços abdominais, tosse, micção e defecação. A fáscia endopélvica, rica em tecido conjuntivo e fibras musculares lisas, delimita compartimentos como a loja prostática, espaço pré-vesical e espaço retrorretal, garantindo isolamento e sustentação aos órgãos.(7,8)

Anatomicamente, a pelve masculina apresenta uma configuração mais estreita e profunda em comparação à feminina, o que influencia na conformação e resistência do assoalho pélvico. A musculatura apresenta elevada tonicidade e predominância de fibras do tipo I (contração lenta), refletindo sua função sustentadora e postural. Essas fibras mantêm um estado de contração tônica contínua, controlada por mecanismos neurológicos sofisticados, que evitam fadiga muscular.(7-9)

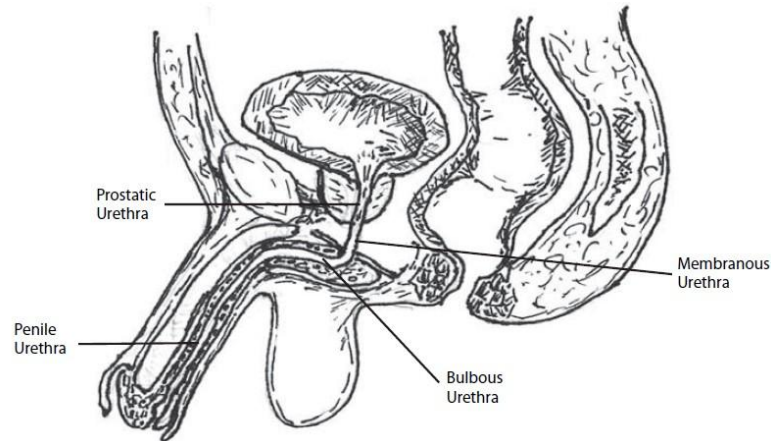


**Figura 1:** Visão inferior do assoalho pélvico masculino. Fonte: Lakhoo et al.(8)

Durante o intercuro sexual, a contração dos músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso é essencial para manter a ereção e facilitar a ejaculação. A musculatura do diafragma pélvico, especialmente o pubococcígeo e o elevador do ânus, estabiliza a próstata e a uretra, promovendo a retificação do canal uretral e a ejeção do sêmen.(7) Para uma melhor compreensão desses processos fisiológicos, é importante abordar as estruturas anatômicas do pênis.

### 3.2 Anatomia do pênis

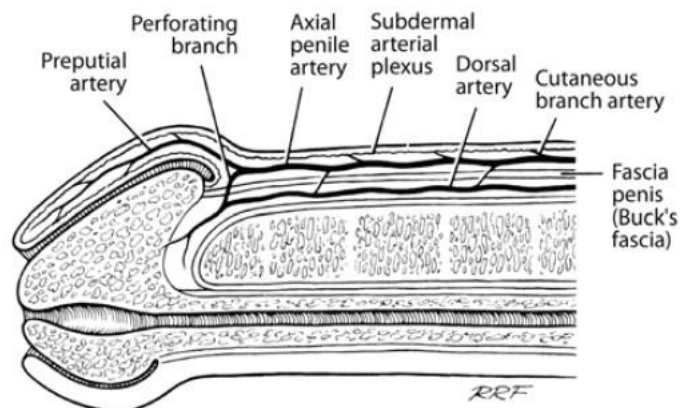
O pênis é composto por três corpos cilíndricos revestidos por endotélio, que consistem em dois corpos cavernosos localizados dorsalmente e um corpo esponjoso, ventralmente. Os corpos cavernosos são os principais corpos eréteis, e o corpo esponjoso forma distalmente a glândula e contém a porção pendular da uretra. A uretra masculina é subdividida em porções prostática, membranosa, bulbar e peniana (Figura 2). A porção peniana da uretra estende-se do ligamento suspensor até o meato uretral externo, onde se encontra uma dilatação denominada fossa navicular.(10)



**Figura 2:** Pelve masculina mostrando as divisões da uretra. Fonte: Quartey.(11)

Proximalmente, na base do pênis pendular, os corpos cavernosos separam-se para formar as cruras, que se fixam às margens inferomediais do arco púbico e à superfície inferior adjacente do diafragma urogenital. O corpo esponjoso expande-se para dentro do bulbo, que é aderente na linha média à superfície inferior do diafragma urogenital. Esta é a parte fixa do pênis e é conhecida como raiz do pênis. A uretra corre na parte dorsal do bulbo e faz uma curva quase em ângulo reto para passar superiormente através do diafragma urogenital e tornar-se a uretra membranosa (Figura 3).(11)

A extremidade distal do corpo esponjoso é expandida formando a glândula, que cobre, proximalmente, as extremidades dos corpos cavernosos e tem um formato de uma crista proeminente, a corona. A corona diminui de diâmetro distalmente para se encontrar, ventralmente, ao frênulo, uma prega de pele imediatamente proximal ao meato uretral externo (Figura 3).(11)

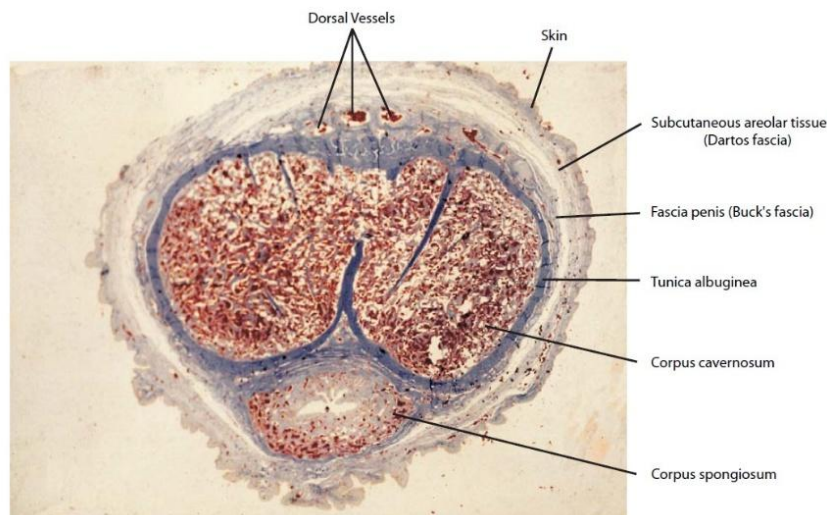


**Figura 3:** Porção distal do pênis em corte longitudinal. Fonte: Quartey.(11)

Tanto os corpos cavernosos quanto o corpo esponjoso são circundados pela túnica albugínea, uma bainha fibrosa espessa que compreende camadas interna

(circular) e externa (longitudinal). A túnica albugínea separa os corpos cavernosos no plano mediano, formando o septo peniano, que contém múltiplas fenestrações permitindo a livre comunicação entre os corpos cavernosos. Fora da túnica albugínea, tem-se duas fáscias: uma profunda, fáscia de Buck, e outra superficial, fáscia de Dartos, ambas abrangem todos os componentes do pênis (Figura 4).(10,11)

A fáscia de Buck une os três corpos na porção pendular do pênis, dividindo-se ventralmente para revestir o corpo esponjoso e sendo intimamente aderente à túnica albugínea. Distalmente, está fixada ao sulco coronal. Proximalmente, recobre as cruras e o bulbo com seus músculos sobrejacentes, os corpos cavernosos e o corpo esponjoso. Na junção das partes pendular e fixa do pênis, o ligamento suspensor, uma faixa espessada da fáscia profunda da margem inferior anterior e inferior da sínfise púbica, sustenta o pênis. No sulco dorsal entre os corpos cavernosos encontra-se a rede vascular dorsal venosa e arterial e o nervo dorsal nessa ordem entre a túnica albugínea e a fáscia de Buck.(11) A fáscia de Dartos é composto por tecido subcutâneo frouxo, isento de gordura que circunda a fáscia profunda do pênis e contém os vasos sanguíneos superficiais, nervos e vasos linfáticos. É contínuo com a camada membranosa da fáscia superficial do abdome inferior, trígonos femorais e escroto (Figura 4).(11)

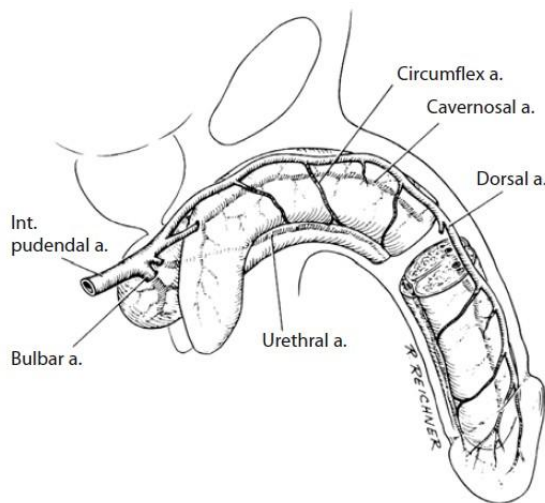


**Figura 4:** Corte transversal do pênis mostrando as principais estruturas. Fonte: Quartey.(11)

As estruturas mais profundas do pênis e do períneo são nutridas pelas artérias pudendas internas. De cada lado, após sair do canal de Alcock, a artéria pudenda interna avança em direção ao diafragma urogenital onde ela se anastomosa para a artéria perineal, que perfura o diafragma urogenital e a fáscia profunda (de Buck) e, em seguida, chega na fáscia superficial, mais precisamente entre os músculos

isquiocavernoso e bulboesponjoso e termina como artéria escrotal posterior.(10,11) A artéria pudenda interna forma a artéria bulbar, que atravessa o diafragma urogenital e o músculo bulboesponjoso para entrar na base do bulbo, e um pouco mais distalmente, a artéria uretral para entra no bulbo. Essas duas artérias se anastomosam ou podem compartilhar um tronco comum e continuam ao longo da uretra peniana para terminar na glânde com os ramos da artéria dorsal (Figura 5).(10,11)

A artéria pudenda interna, na região pendular do pênis, se bifurca nas artérias cavernosa e dorsal. A artéria cavernosa atravessa a túnica albugínea no hilo do pênis, pouco antes da união das duas cruras, e corre distalmente no centro do corpo cavernoso. A artéria dorsal continua dorsalmente no hilo para alcançar o dorso do corpo cavernoso e corre lateralmente à veia mediana dorsal profunda e medialmente ao nervo dorsal, em seguida, ela emite de quatro a oito ramos circunflexos, que passam ao redor das laterais do pênis, fornecendo ramos para a túnica albugínea e ramos terminais para se anastomosar com a artéria uretral no corpo esponjoso (Figura 5).(10,11)

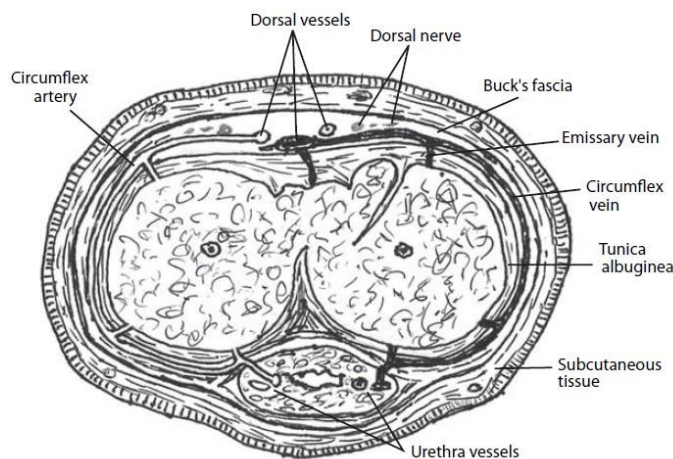


**Figura 5:** Rede arterial do pênis em corte longitudinal. Fonte: Quartey.(11)

A complexidade da rede arterial se repete na rede de retorno venoso do pênis, os tributários da glânde se juntam para formar um plexo venoso retrobalânico entre a glânde e as extremidades dos corpos cavernosos. Desse plexo, geralmente uma e, ocasionalmente, duas ou mais veias medianas dorsais profundas se dirigem no sulco dorsal dos corpos cavernosos à fáscia de Buck. Na base do pênis, as veias passam abaixo da sínfise púbica para terminar no plexo periprostático de Santorini. Ao longo do corpo do pênis, recebe as tributárias da veia circunflexa e veias emissárias diretas

dos corpos cavernosos. As veias emissárias das partes ventrolaterais dos corpos cavernosos são unidas por pequenas veias tributárias das veias acompanhantes das artérias uretrais para formar as veias circunflexas, que geralmente acompanham as artérias circunflexas. As veias circunflexas recebem outras veias emissárias à medida que contornam as laterais dos corpos cavernosos, profundamente aos nervos e artérias dorsais, e se unem às veias medianas dorsais profundas (Figura 6).(10,11)

O pênis possui também rede venosa profunda, as veias sinusoidais desembocam nos corpos cavernosos e a túnica albugínea, atravessam a túnica como veias emissárias no terço proximal do pênis e se unem para formar de duas a cinco grandes veias cavernosas de paredes finas na superfície dorsomedial dos corpos cavernosos. Elas correm posteriormente entre a crura e o bulbo, profundamente à fáscia de Buck, e drenam para a veia pudenda interna. Veias da parte anterior da crura unem-se às veias cavernosas. Veias da parte posterior da crura podem formar veias crurais, que saem da superfície posterolateral da crura para se juntar à veia pudenda interna.(10,11) As veias uretrais acompanham as artérias uretrais ao longo da uretra até o bulbo unindo-se às veias do bulbo para formar uma ou mais veias uretrobulbares comuns. Essas veias uretrais e bulbares drenam para as veias pudendas internas. A veia pudenda interna passa posteriormente e através do canal de Alcock para desembocar na veia ílfaca interna (Figura 6).(11)



**Figura 6:** Rede venosa do pênis em corte transversal. Fonte: Quartey(11).

### 3.3 Próstata

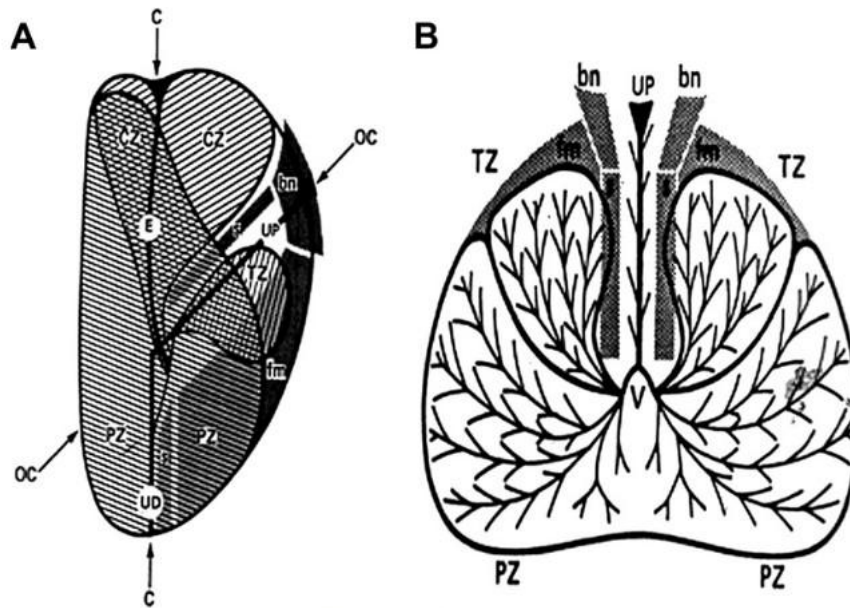
A próstata é a maior glândula acessória do trato reprodutor masculino, localizada no compartimento subperitoneal, entre o diafragma pélvico e a cavidade

peritoneal, posteriormente à sínfise púbica, anteriormente ao reto e inferiormente à bexiga urinária. Essa posição anatômica permite sua palpação pelo exame digital retal.(12,13)

A glândula prostática é conicamente estruturada, envolvendo a uretra logo abaixo da bexiga. Suas porções incluem base (em contato com o colo vesical), ápice (assentado sobre o diafragma urogenital), superfícies anterior, posterior e inferolaterais. A cápsula prostática é composta por uma camada interna de músculo liso e uma camada externa de colágeno. Existem dois pontos de descontinuidade na cápsula: no ápice (anterior e anterolateralmente) e no local de entrada dos ductos ejaculatórios.(12,13)

O suprimento nervoso da próstata é feito pelo plexo prostático, enquanto a vascularização é realizada por ramos da artéria ilíaca interna. A drenagem linfática ocorre principalmente para os linfonodos ilíacos internos. A uretra prostática é completamente envolta por musculatura esfíncteriana: o esfíncter proximal, musculatura lisa, que previne a ejaculação retrógrada e o distal, músculo estriado, que é responsável pela continência urinária.(12,13)

Anatomicamente, a próstata é dividida em três zonas: zona central, zona de transição e zona periférica. Essas zonas têm origens embriológicas distintas e desempenham diferentes funções biológicas. A periférica, derivada do seio urogenital, é a mais propensa ao desenvolvimento do adenocarcinoma prostático (70% dos casos). A central, oriunda do ducto Wolffiano, raramente apresenta neoplasias. A de transição, também derivada do seio urogenital (Figura 7).(12,13)



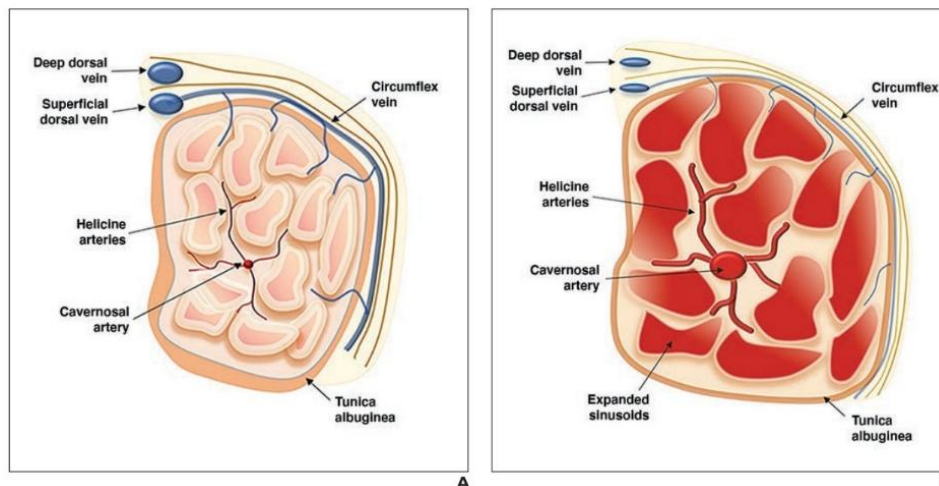
**Figura 7:** As zonas da próstata humana. Visão coronal (em A) e visão transversal (em B). Zona central (CZ), zona de transição (TZ), zona periférica (PZ), ducto ejaculatório (E), uretra distal (UD), uretra proximal (UP). Fonte: Lee et al. (13)

Histologicamente, a próstata contém epitélio glandular e estroma fibromuscular, organizados em uma arquitetura complexa. A estrutura glandular é composta por ácinos secretores e ductos revestidos por epitélio colunar simples. As zonas diferem quanto à arquitetura e densidade estromal: a periférica possui estroma frouxo e glândulas pequenas, enquanto a central apresenta glândulas complexas e estroma compacto.(12,13)

### 3.4 Neurofisiologia da ereção e detumescência

Tanto a ereção quanto a detumescência são fenômenos complexos que envolvem várias estruturas e, para que o processo de ereção e detumescência ocorra, é necessário que haja uma harmonia entre vários sistemas.(14,15) Embora essa complexidade esteja presente, pode-se resumir o mecanismo de ereção quando ocorre um alto fluxo de sangue arterial para os corpos cavernosos, uma vez que esses corpos estão ingurgitados de sangue faz com que haja uma compressão sobre a túnica albugínea e sobre as fâscias de Buck e Dartos que resultará em um aumento na resistência de saída venosa fazendo com que o sangue permaneça no pênis proporcionando a rigidez peniana (Figura 8).(14,15) Portanto, para uma ereção fisiológica é necessário que o sangue chegue ao pênis e que fique represado até o final do intercuro sexual.

Em detalhes, o processo de ereção e detumescência pode ser dividido em várias fases: Fase 0 (flacidez peniana), quando há predominância do sistema nervoso simpático caracterizado por contração da musculatura lisa cavernosa e das arteríolas terminais, o fluxo na artéria cavernosa é baixa apenas para manter o pênis nutrido; Fase 1 (latência), após o estímulo sexual há presença do sistema nervoso parassimpático levando a um aumento no fluxo de sangue para a artéria cavernosa e artéria helicinas sem mudanças na pressão arterial, o pênis inicia o crescimento sem modificar a pressão intracavernosa; Fase 2 (tumescência), o pênis cresce e a pressão intracavernosa aumenta resultando em ingurgitamento peniano e ereção; Fase 3 (ereção), o volume de sangue continua a aumentar comprimindo a rede venosa reduzindo o fluxo venoso; Fase 4 (ereção rígida), a pressão intracavernosa aumenta acima da pressão sistólica que resulta em contração dos músculos isquiocavernoso e bulboesponjoso, neste momento não há fluxo na artéria cavernosa; Fase 5 (transição), aumento da atividade nervosa simpática que leva ao aumento do tônus das artérias helicinas e da artéria cavernosa; Fase 6 (início da detumescência), há redução na pressão intracavernosa causando uma reabertura do fluxo venoso e redução do fluxo arterial; Fase 7 (detumescência rápida), a pressão intracavernosa baixa rapidamente e o fluxo arterial reduz ao nível flácido, antes do estímulo sexual (Figura 8).(14,15)



**Figura 8:** Mudanças no corpo cavernoso, em corte transversal, antes (em A) e durante a ereção (em B). Fonte: Varela e colaboradores (10).

Diante da complexidade deste processo fisiológico, caso um elemento não funcione corretamente haverá prejuízo na demanda de sangue resultado em disfunção erétil.

### 3.5 Aspectos gerais da disfunção erétil

A DE é definida como a incapacidade de ter e/ou manter a ereção de forma necessária para ter um intercursos sexual satisfatório.(16) O contexto dessa condição leva a inúmeras repercussões na qualidade de vida, afetando aspectos físicos e psicossociais do homem. Isso nos leva a acreditar que há presença desta disfunção quando os processos fisiológicos descritos acima não ocorrem da maneira esperada.(17)

Da mesma forma que há uma complexidade no mecanismo fisiológico, a etiologia da DE é abrangente e está relacionada desde a causas orgânicas (por exemplo, neurológica, hormonal, vasculogênica ou farmacológica), bem como emocionais ou uma combinação das duas (também chamada de mista). Como aspectos emocionais são relevantes na saúde sexual, as causas mistas são as mais comuns na clínica urológica.(18)

Outro aspecto relevante está na forte associação da DE com a idade e que estudos populacionais mostram o aumento na prevalência dessa desordem com o passar dos anos de vida do homem.(19) Estudos epidemiológicos ressaltam também a ligação entre DE e eventos cardiovasculares, pois ambas as condições têm os mesmos fatores de risco e que um episódio de DE pode ser um marcador precoce de uma doença cardiovascular.(20) Nos Estados Unidos, a prevalência de DE em homens de 20 a 39 anos é de 5,1%, em contraste com 14,8% nas idades de 40 a 59 anos e 44% nas idades de 60 a 69 anos.(3) Já no Brasil a prevalência de DE oscila entre 45,1 a 53,5% na população masculina geral.(4)

#### 3.5.1 Diagnóstico

Compreendendo todo o contexto que envolve o paciente com DE, torna-se necessário com que o profissional de saúde faça uma abordagem inicial ampla, contemplando aspectos sociais, emocionais e fisiopatológicos. Alguns instrumentos podem ser bem úteis nesse momento como o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) que se trata de um questionário que avalia todos os domínios da função sexual e o impacto do tratamento escolhido.(5)

O exame físico bem direcionado avalia possíveis causas e fatores contribuintes como sinais de alterações hormonais, neurológicas, presença de deformidades no pênis e modificações na próstata. Um exame laboratorial é útil para complementar os

achados por meio de dados sobre a presença de glicose, lipídios, colesterol, triglicérides e os níveis de testosterona.(21)

Caso seja necessário investigar como ocorre o fluxo de sangue no pênis, a ultrassonografia com doppler é um método confiável que permite saber como está a anatomia do pênis e dados hemodinâmicos de uma maneira segura e minimamente invasiva, o que torna prático para o médico urologista determinar se a DE é causada por condições vasculares ou não vasculares.(22)

Mesmo com tantas mudanças recentes no manejo da DE, a ultrassonografia permanece útil principalmente para avaliar a integridade vascular com foco em excluir a presença de insuficiência arterial e/ou venosa que não tiveram resposta satisfatória com o tratamento oral.(23)

### 3.5.2 Tratamento conservador

Após determinar a principal causa e realizar uma avaliação cuidadosa, é necessário estabelecer o plano de tratamento que seja eficiente e, principalmente, factível para que o paciente se sinta motivado a aderir. Existem várias opções de tratamento conservador para a disfunção erétil, que incluem: não medicamentoso e medicamentoso. Dentre as opções não farmacológicas temos: mudanças no hábito de vida, psicoterapia, treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP)(24), terapia de ondas de choque de baixa intensidade e, até recursos recentemente publicados como a RFNA.(25) Já as opções farmacológicas temos os inibidores de fosfodiesterase-5, terapia hormonal e injeção intracavernosa.(26)

- Mudanças no hábito de vida

As mudanças no estilo de vida, incluindo dieta saudável e atividade física regular visam melhorar fatores de risco metabólicos, como obesidade, resistência à insulina, dislipidemia e hipertensão arterial, que estão associados a um risco de ter DE.(27) A obesidade, em particular, é um fator de risco conhecido para a DE, pois leva a uma cascata de eventos que resulta em alterações vasculares causando mudanças na função erétil. Uma revisão sistemática com metanálise com 45 estudos, totalizando 42.489 homens mostrou que há relação entre o índice de massa corporal elevado com a DE, demandando que intervenções no estilo de vida ajudam a reduzir a obesidade, melhorar a função endotelial, reduz o estresse oxidativo, melhora o fluxo sanguíneo, reduz a produção de leptina que reduz a presença de agentes pró

inflamatórios no sangue, aumenta a biodisponibilidade de testosterona e minimiza a ansiedade e depressão.(2)

Uma vez que a obesidade tem sido vista como um fator de risco relevante, os estudos têm focado nas mudanças dos hábitos nessa população. Um estudo com 110 homens obesos com DE foi realizado na Itália, foram formados dois grupos com 55 homens cada: no grupo intervenção foi realizado mudanças de hábitos composto pôr em instruções sobre redução da ingestão calórica, estabelecimento de metas e automonitoramento (diário alimentar) por meio de uma série de sessões mensais em pequenos grupos, prescrição de atividades físicas e até sessões com psicólogos, visando reduzir o peso corporal em 10% ou mais. Após dois anos de acompanhamento, foram encontrados melhora nos escores do IIEF e nos marcadores inflamatórios que mostravam uma redução na disfunção endotelial.(27)

Como apresentando no estudo supracitado, um aspecto importante neste conjunto de intervenção é em relação a saúde emocional que pode estar tanto na causa, mas também como consequência de episódios recorrentes de disfunção erétil, e intervenções na área da psicologia contribuem para o acolhimento, estimulam reflexões sobre o problema vivido e encorajam o homem a persistir no tratamento. A terapia psicológica pode ajudar a abordar esses fatores e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Estudos mostram que a presença de intervenções na saúde mental, seja de forma individualizada ou em terapia de casal, impactam positivamente no tratamento já realizado.(5,20)

Todo esse conjunto de intervenções, principalmente se associar às mudanças de hábito de vida e à saúde mental, proporcionam uma melhora na vascularização do pênis e aumenta a confiança em iniciar o intercurso sexual, resultando na melhora da função erétil.

- Treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP)

O TMAP envolve exercícios que visam controlar os músculos do assoalho pélvico com eficácia conhecida para o tratamento de diversas disfunções pélvicas, porém, as evidências são incertas quando se destina ao tratamento da DE. Uma vez que o paciente tenha alcançado um bom nível de aprendizado no uso dos músculos do assoalho pélvico, ele passa a conhecer melhor a sua genitália e as estruturas próximas e pode estimular o fluxo sanguíneo em direção a região pélvica de forma autônoma.(24)

O foco no TMAP em DE está na participação do músculo isquiocavernoso cujas fibras musculares, em forma de semicone, estão localizadas na base do corpo cavernoso e a sua contração ajudaria a manter a pressão intracavernosa suficientemente elevada para manter a ereção. Estudo em modelo animal reforça a participação desse músculo e, quando foi anestesiado, não foi observado penetração por falta de rigidez peniana.(24) O músculo bulboesponjoso também contribui para a ereção cuja contração leva o sangue para porções distais do pênis e comprime a veia dorsal, evitando o refluxo de sangue para fora do pênis.(28)

Uma revisão sistemática que abordou sobre a TMAP em homens prostatectomizados com queixa de DE, reuniu nove estudos e concluíram que há limitações nos ensaios clínicos que possam aferir, com precisão, a eficácia no tratamento para DE. Contudo, é descrito que a combinação da TMAP com biofeedback parece ser uma opção promissora para melhorar a função erétil.(29)

- Terapia de ondas de choque de baixa intensidade (TOCBI)

A TOCBI aumenta a angiogênese e a neovascularização peniana, além de melhorar a função endotelial. A angiogênese é o processo de formação de novos vasos sanguíneos a partir dos vasos existentes, enquanto a neovascularização é a formação de novos vasos sanguíneos. A TOCBI estimula a produção de fatores de crescimento que promovem a angiogênese e neovascularização, aumentando o fluxo sanguíneo para o pênis e melhorando a ereção.(30)

Ademais, a TOCBI também melhora a função endotelial, que é responsável pela regulação do fluxo sanguíneo e do tônus vascular. Isso ocorre porque as ondas de choque acústicas estimulam a produção de óxido nítrico, uma substância que relaxa as artérias penianas e aumenta o fluxo sanguíneo para o pênis, melhorando a ereção. Outros efeitos fisiológicos da TOCBI incluem a redução da inflamação e a regeneração de tecidos danificados, o que pode melhorar a função erétil a longo prazo.(31)

Nas duas últimas décadas tem crescido o interesse no uso da TOC nas mais diversas áreas da saúde. Além da aplicabilidade conhecida na nefrologia e na ortopedia, outras áreas vêm estudando os efeitos desse recurso. Nas disfunções sexuais, principalmente na DE, tem crescido a publicação sobre esse recurso que tem proporcionado um debate no campo científicos cada vez mais profícuo.(32)

Por se tratar de um objeto de estudo que tem despertado interesse, foram rastreadas três revisões sistemáticas que apontam que a TOCBI deve se tornar uma ferramenta importante no manejo da DE com respostas promissoras quanto a função erétil e parâmetros hemodinâmicos. Contudo, há uma cobrança para que haja uma padronização nos protocolos utilizados e, além disso, há uma diversidade de equipamentos no que diz respeito as fontes geradoras e dos aplicadores das ondas de choque de baixa intensidade.(33)

Entende-se como fonte geradora a parte do equipamento que gera os estímulos para que o projétil se movimente e se choque com a ponteira do aplicador. Existem disponíveis no mercado quatro tipos: eletromagnético, que utiliza a variação de polaridade causado por bobinas para que gere uma força eletromotriz que faz com que o projétil se movimente; pneumático ou balístico, que movimenta o projétil por meio de compressores de ar; eletrohidráulico, quando o pulso é transmitido para um eletrodo por conta da rápida vaporização da água e; piezoelétrico, que utiliza cristais que são expandidos por meio de pulsos elétricos de alta tensão que resultam em ondas de pressão.(34)

Outro aspecto importante está na forma como as ondas de choque são emitidas, podendo ser radial, focal ou semifocal. Quanto mais focado for a emissão das ondas de choque, maior será a área de emissão das ondas e menos se espalha quando entra no tecido. Já nas emissões radiais ocorre o oposto, resultando em um alcance menor e apresentando maiores parâmetros de segurança ao paciente tanto que, no caso das emissões radiais, são emitidas pressões cerca de 100 vezes menores e durações de pulso cerca de 1.000 vezes mais longas que as de ondas de choque focais. Diante disso, a Food and Drug Administration (FDA) classifica a Terapia de Ondas de Choque Radiais (TOCR) como classe 1 que não requer supervisão médica diferentemente da Terapia de Ondas de Choque Focal (TOCF) considerada classe 2, em que necessita de acompanhamento médico.(35)

- Radiofrequência não ablativa (RNA)

A radiofrequência (RF) emite impulsos eletromagnéticos em alta frequência que varia entre 3KHz a 300MHz. A RF começou a ser usada na década de 20 como método ablativo para tratamento de algias, em tumores e até na cirurgia cardíaca. Com a evolução dos estudos sobre este recurso, foram surgindo novas aplicabilidades

como o método não ablativo, aprovado pela FDA em 2002 para redução das rugas faciais.(36)

A energia da RF produz um campo elétrico que promove alterações no tecido que, adicionada a impedância que esse mesmo tecido possui, vai gerar o calor. Então essa conversão da energia eletromagnética em energia térmica pode ser expressa matematicamente pela Lei de Ohm: **Energia** (em Joules) = **I** (corrente) x **R** (impedância) x **t** (tempo). Portanto, quanto maior for a resistência (ou seja, impedância), maior será o calor produzido. Esse calor promove os efeitos clínicos que dependem também das dimensões e das características do tecido alvo. O calor gerado depende também da movimentação molecular provocado pela participação de um ou mais eletrodos, pois como as polaridades deles variam com uma frequência muito alta, haverá choque entre as moléculas produzindo calor. Em relação aos seus efeitos, podem ser imediatos, caracterizados por aumento no tônus das fibras de colágeno e; a longo prazo, por produção do novo colágeno, resposta inflamatória e cicatricial.(36)

Os sistemas de RF usam dois mecanismos de aquecimento. Nos dispositivos de RF monopolares (ou unipolares), um único eletrodo emite energia na pele. A corrente é dispersa no tecido e flui em direção a um eletrodo passivo conectado ao paciente. Para obter calor suficiente na profundidade desejada, altas energias são necessárias. Na configuração bipolar ou multipolar, a corrente produzida por um único gerador de RF flui entre dois ou mais eletrodos. Embora a penetração máxima seja considerada igual à metade da distância entre os eletrodos, a maior parte do efeito térmico é concentrada muito superficialmente ao longo do caminho mais curto entre os dois eletrodos, deixando a derme profunda inalterada.(37)

A RFNA melhora a função vascular e aumenta o fluxo sanguíneo para o pênis. A técnica utiliza ondas eletromagnéticas de alta frequência para estimular a produção de colágeno e elastina, a neovascularização e a liberação de fatores de crescimento. Como a túnica albugínea tem 95% de fibras de colágeno, a RFNA tem potencial de reorganizá-las e melhorar o mecanismo venoclusivo do pênis em ereção. Esses efeitos promovem a regeneração dos tecidos penianos e estimulam a formação de novos vasos sanguíneos, aumentando o fluxo sanguíneo para o pênis.(38)

Em relação as evidências, o uso da RFNA na DE é muito recente havendo escassez de estudos publicados. Um deles é uma prova de conceito de segurança e aplicabilidade realizado por Gruenwald e colaboradores que testou em um grupo

pequeno de homens um equipamento de radiofrequência, inicialmente sob supervisão de um pesquisador e, em seguida, em domicílio.(39)

- Terapia farmacológica

A fosfodiesterase 5 (PDE5) está muito presente no músculo liso, principalmente no pênis. Para que a ereção aconteça, é necessário que haja uma sinalização da via óxido nítrico/monofosfato cíclico de guanosina (NO/cGMP) e a função do PDE5 é bloquear o acúmulo de cGMP. O NO produzido é liberado nos corpos cavernosos que faz com que ocorra o aumento da concentração de cGMP, promovendo assim o relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos e a vasodilatação dos vasos localizados no pênis, levando ao enchimento vascular e ereção peniana. Portanto, o inibidor de fosfodiesterase do tipo 5 (PDE5i) resulta em aumento na taxa de cGMP tratando a DE.(40)

A terapia medicamentosa que pode ser aplicada, tanto diariamente em doses menores, como próximo de intercurso sexual com doses maiores.(41–43). Na década de 90 surgiram os primeiros medicamentos que provaram eficácia, os PDE5i que incluem sildenafil, vardenafil, tadalafil e avanafil causaram uma revolução no manejo da DE sendo considerados tratamento de primeira linha. No entanto, algumas condições limitam a eficácia ou até devem ser proibidos, como em pacientes com dor torácica. O uso deve ser com precaução quando o paciente já está ingerindo bloqueadores dos receptores alfa e inibidores do grupo de enzimas do citocromo P450, também chamado de CYP3A. Já a segunda geração do PDE5i, por exemplo avanafil, tem resultados mais animadores com relação a resposta erétil e a segurança. Em geral, os efeitos colaterais dos PDE5i são dor de cabeça, dispepsia, tontura, rubor, congestão nasal, rinite, visão alterada, dor nas costas e mialgia.(1)

Uma vez que o homem não apresenta resposta satisfatória aos PDE5i, a injeção intracavernosa pode ser adicionada ao tratamento ou usada no diagnóstico em um exame hemodinâmico. Geralmente é composto por prostaglandina E1 sozinho ou acompanhado por uma combinação com papaverina, fentolamina e peptídeo intestinal vasoativo que são administradas diretamente no corpo cavernoso pelo próprio paciente próximo da relação sexual. Por conta da dor, do risco de equimose, de hematoma e de priapismo, a injeção apresenta maior taxa de descontinuação do tratamento do que os medicamentos orais.(44)

Outra opção farmacológica é a terapia de reposição hormonal, entendendo que a taxa de andrógenos masculinos reduzem com o passar do tempo e que há estudos relevantes associando a incidência de DE com a idade, a reposição de testosterona tem apresentado bons resultados clínicos, principalmente em homens que têm a causa hormonal como relevante no aparecimento da DE. A reposição de andrógenos impacta também na frequência de intercursos sexuais, no bom humor e na disposição. Além disso, caso seja associada ao PDE5i, pode tratar a DE mantendo a função erétil após o término do tratamento.(45)

- Outras Terapias

Recentemente, tem crescido o interesse em adotar o uso da terapia de células-tronco em vários campos da saúde e não tem sido diferente na saúde do homem. As células-tronco podem se diferenciar em diferentes tipos de células sob a estimulação de ambientes externos e citocinas. Contudo é importante frisar que estudos mostraram que podem promover angiogênese, cicatrização tecidual e anti-apoptose, podendo incrementar o manejo da DE. Esses achados têm sido confirmados em vários estudos em animais, porém, existem poucos estudos clínicos que mostram uma tendência dessa terapêutica ser eficaz e segura abrindo um amplo campo de pesquisa nessa área.(14)

Outras condutas combinadas podem ser realizadas como terapia a vácuo(46) e um acompanhamento com fisioterapeuta para prescrição de exercícios voltados para a saúde cardiovascular(47) e para melhora no desempenho muscular do assoalho pélvico.(48) Há outras opções não farmacológicas, bastante úteis em homens pouco responsivos as tratamento com os inibidores de fosfodieterase-5, com terapia de ondas de choque de baixa intensidade,(49) ultrassom terapêutico,(38,50) eletroestimulação peniana(51) e radiofrequência não ablativa(39).

Em homens com histórico de prostatectomia, todas as opções anteriormente descritas são válidas, contudo, deve ter em mente que o tratamento cirúrgico como próteses penianas devem ser levadas em consideração em homens que estão em condições mais crônicas e que são responsivos ao tratamento conservador. A escolha da prótese é crucial e demanda a presença ativa do paciente neste momento.(40,52)

### **3.6 Linha de cuidado em saúde sexual masculina**

A linha de cuidado é uma estratégia organizacional e assistencial que visa garantir a integralidade do atendimento em saúde, principalmente na gestão pública, por meio da articulação racional e contínua de ações e serviços de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento. Fundamenta-se na lógica do cuidado centrado na pessoa, considerando suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde.(6)

No contexto do SUS, bem como, em serviços privados e filantrópicos, a linha de cuidado estrutura-se como um conjunto de diretrizes clínicas e fluxos assistenciais organizados de forma sequencial e articulada. Seu objetivo é promover o acesso qualificado e resolutivo, reduzir fragmentações na atenção e otimizar recursos por meio da integração entre os diversos pontos da rede de saúde.(6)

Aplicada à saúde sexual e reprodutiva masculina, a linha de cuidado para DE, desenvolvida pelo grupo de maneira inovadora, em uma associação privada sem fins lucrativos, busca dar acolhimento multiprofissional, oferecer intervenções terapêuticas não farmacológicas eficazes e acompanhar os desfechos clínicos, com foco não apenas na função erétil, mas também no bem-estar geral e na saúde integral do paciente. Esse modelo favorece o acolhimento individualizado, a adesão ao tratamento e a melhoria contínua da assistência prestada.(43)

Para concretizar a abordagem voltada para a saúde integral do homem, é necessário fazer uma avaliação minuciosa em busca de fatores de risco que impactam na função erétil como: sinais e sintomas de doenças cardiovasculares, metabólicas, neurológicas, endocrinológicas e oncológicas, bem como, fatores ambientais como condições psicológicas que podem ser resultado situações laborais, pessoais ou maritais. Uma vez bem estabelecidos todos os vetores que impactam na saúde erétil, o homem deve ser orientado a realizar mudanças na sua rotina por meio de educação para o autogerenciamento da saúde não apenas para melhora na função erétil, mas também na prevenção de condições que mais graves como eventos cardiovasculares no coração, em grandes vasos ou encefálico.

Dentro da linha de cuidado, o monitoramento constante e a mensuração dos resultados são de suma importância para que o serviço seja sempre otimizado e efetivo. A taxa de resposta ao tratamento é um indicador fundamental na avaliação da efetividade de intervenções terapêuticas em saúde, especialmente em condições crônicas e multifatoriais como a disfunção erétil. Esse parâmetro permite quantificar a proporção de indivíduos que apresentam melhora clínica significativa após a adoção

de um protocolo de cuidado, oferecendo subsídios para o monitoramento de resultados e o aprimoramento das práticas assistenciais.(41,42)

A mensuração da resposta ao tratamento pode ser realizada por diferentes métodos, a depender da natureza da intervenção e do desfecho esperado. No caso da disfunção erétil, são comumente utilizadas escalas padronizadas e validadas, como o IIEF, particularmente o domínio da função erétil (IIEF-EF), o que permite acompanhar mudanças ao longo do tempo.(53,54) Outros instrumentos, como questionários de qualidade de vida relacionada à função sexual e autoavaliações de melhora em porcentagem, também são frequentemente aplicados em contextos clínicos e de pesquisa.(55,56)

Além das escalas, critérios clínicos objetivos e subjetivos podem ser empregados. A melhora pode ser definida, por exemplo, como o aumento de determinado número de pontos em uma escala validada, o alcance de níveis funcionais específicos (como ereções satisfatórias para atividade sexual) ou ainda a percepção subjetiva de melhora expressa em percentual pelo próprio paciente.(57) As avaliações e reavaliações multiprofissionais são ferramentais para uma observação e escuta qualificada e criteriosa dos subtextos e paralinguagem atitudinal de cada paciente.

É importante destacar que a escolha dos critérios deve ser coerente com os objetivos do tratamento e sensível às características da população atendida. Em contextos de atendimento multiprofissional, como em linhas de cuidado fisioterapêuticas, a resposta ao tratamento pode também considerar parâmetros como número de sessões realizadas, adesão ao plano terapêutico, frequência de reavaliações e progressão clínica documentada.(57)

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Desenho de estudo e seleção de população e amostra**

Trata-se de um estudo observacional de caráter retrospectivo.

A população caracterizou-se pelos pacientes atendidos no Instituto Patrícia Lordêlo (IPL), um centro especializado em cuidados ao assoalho pélvico, com queixa principal de disfunção erétil.

A amostra foi de conveniência, baseada nos dados de 168 prontuários de pacientes que foram atendidos no IPL, na linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil, tendo a avaliação de admissão realizada entre março de 2022 e abril de 2025, com queixa principal de disfunção erétil.

### **4.2 Critérios de elegibilidade**

Foram incluídos os prontuários eletrônicos do IPL que continham dados colhidos de pacientes que se submeteram à linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil, cujas admissões aconteceram entre dia 28 de março de 2022 e 25 de abril de 2025. Todos os participantes foram homens com queixa clínica de disfunção erétil, com idade mínima de 18 anos, atendidos e acompanhados no centro de referência em disfunções pélvicas – IPL, em Salvador, Bahia, Brasil.

### **4.3 Procedimentos de coleta dos dados**

Para a seleção dos dados, foi utilizado um formulário guia, com questões agrupadas pelos seguintes temas de interesse: contato (para serem usados apenas em caso de ausência de dados de alta relevância), dados pessoais, perfil de atividades de vida diária, histórico patológico e medicamentoso, e histórico de tratamento fisioterapêutico (Figura 9).

**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS**

<b>Contato</b>	26. Histórico de Acidente Vascular Encefálico (AVC / AVE / Derrame)
1. Nome	27. Histórico de Hiperplasia Prostática Benigna (HBP)
2. Telefone	28. Histórico de ressecção transuretral (RTU)
<b>Dados Pessoais</b>	29. Histórico de uretrotomia
3. Data de nascimento	30. Histórico de postectomia
4. Data de admissão no IPL	31. Histórico de vasectomia
5. Idade do paciente na admissão	32. Histórico de cirurgia para hidrocele
6. Estado civil	33. Histórico de cirurgia para varicocele
<b>Perfil de atividades de vida diária</b>	34. Histórico de hemorroidectomia
7. Atividade laboral	35. Histórico de cirurgia para hérnia inguinal
8. Prática de atividade física	36. Histórico de cirurgia para hérnia umbilical
9. Qual(is) atividade(s) física(s)	37. Histórico de apendicectomia
10. Frequência semanal de prática atividade física	38. Histórico de insuficiência cardíaca
<b>Histórico patológico e medicamentoso</b>	39. Histórico de arritmia
11. Histórico de prostatectomia	40. Histórico de glaucoma
12. Data em que realizou a prostatectomia	41. Histórico de cirurgia de catarata
13. Histórico de radioterapia	42. Histórico de alguma outra cirurgia
14. Histórico de quimioterapia	43. Qual outra(s) cirurgia(s)
15. Histórico de hormonioterapia	44. Histórico de alguma outra condição de saúde
16. Uso de medicamento para ereção	45. Qual(is) outra(s) condição(ões) de saúde
17. Uso de citrato de sildenafila (Viagra / Revatio)	<b>Histórico de tratamento fisioterapêutico</b>
18. Uso de tadalafila (Cialis, Ziad, Tada, H-for, Dali ou Adcirca)	46. Número de sessões de fisio para DE
19. Histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS)	47. Melhora nos sintomas de DE
20. Uso de medicamento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	48. Comparecimento à 1ª reavaliação
21. Histórico de Diabetes Mellitus (DM)	49. Data da 1ª reavaliação
22. Uso de medicamento para Diabetes Mellitus (DM)	50. Classificação da melhora após as 12 sessões do tratamento
23. Histórico de dislipidemia (níveis altos de colesterol / triglicérides)	51. Comparecimento à 2ª reavaliação
24. Uso de medicamento para dislipidemia (níveis altos de colesterol / triglicérides)	52. Data da 2ª reavaliação
25. Histórico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	53. Classificação da melhora após as 24 sessões do tratamento
	54. Forma de finalização dos atendimentos

**Figura 9:** Formulário de coleta de dados de prontuários. **Fonte:** Autoria própria.

Todos os dados foram coletados de maneira retrospectiva pelo pesquisador autor do estudo, através de acesso aos prontuários eletrônicos disponíveis no Clinic All, versão: 16.07.23, SusCap, licenciado para IPL - ASSOCIAÇÃO. A escolha dos prontuários teve como critério a inscrição na linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil. Os dados foram coletados e registrados no software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 14, para gestão e análise de dados.

Todos os dados foram manuseados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa. Todas estas medidas foram tomadas para evitar vazamento de informações pessoais dos participantes.

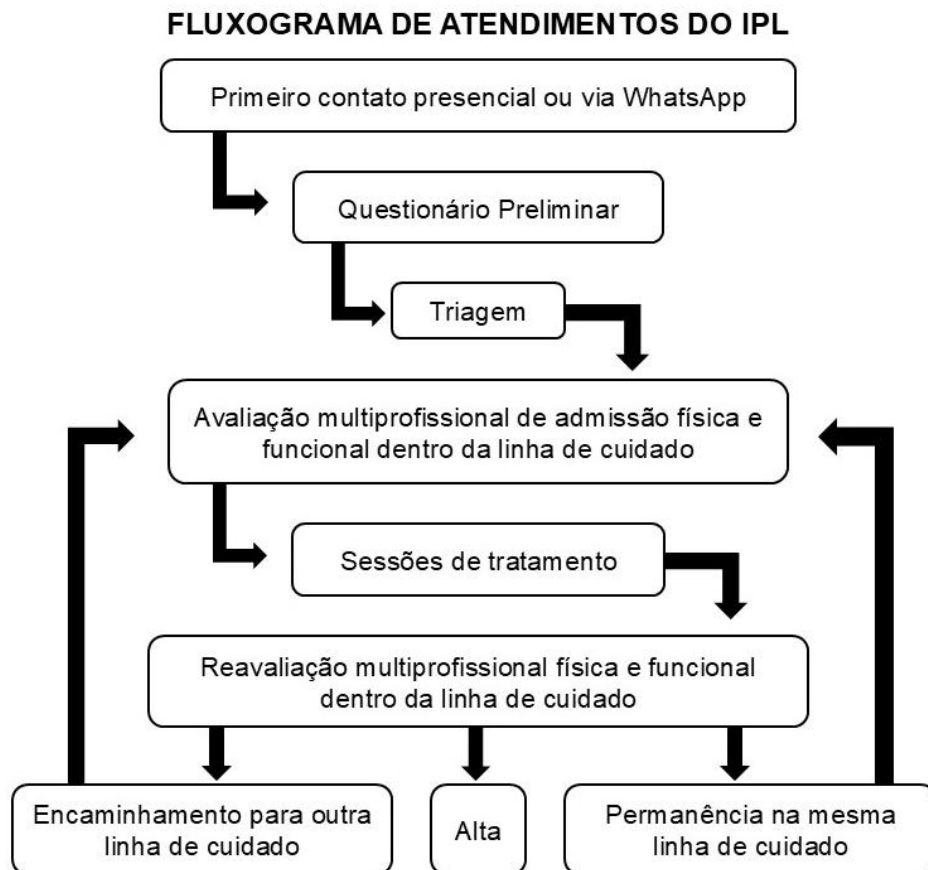
Devido ao caráter observacional, retrospectivo, o estudo dispensou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois obteve informações de prontuários institucionais, sem previsão de utilização de material biológico e sem alterações ou

influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e conseqüentemente, sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar deles. De acordo com a Resolução 466/12 (inciso 8 do capítulo IV) e da Resolução 510/16 (artigo 16, parágrafo 1º), ambos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quando a obtenção do TCLE seja inviável ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre o pesquisador e pesquisado, pode-se solicitar junto ao Comitê de ética a de dispensa do TCLE.(58,59)

#### **4.4 Fluxo de abordagem, atendimento e acompanhamento de pacientes no IPL**

O IPL é uma associação privada, sem fins lucrativos, que atua integralmente com recursos do SUS. Localiza-se em Salvador, Bahia, Brasil. Em suas instalações são realizadas atendimentos em diversas linhas de cuidado relacionadas à atenção ao assoalho pélvico, sendo que este estudo abordou a linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil. Todos os atendimentos são vinculados ao SUS e ofertados de forma inteiramente gratuita aos pacientes.

Para que o paciente faça o tratamento no IPL, é necessário que seja seguido um passo-a-passo simples que o posicionará em uma das linhas de cuidado (Figura 10).



**Figura 10:** Fluxograma de atendimentos do IPL. **Fonte:** Autoria própria.

Primeiramente, ele entra em contato com a recepção do IPL, presencialmente, ou através de contato via WhatsApp. Então ele responde a um questionário preliminar simples e, em seguida, é marcada a triagem (Figura 11). Na triagem, é feita uma primeira anamnese, onde é definida a linha de cuidado que mais se adequa à queixa principal do paciente.



## QUESTIONÁRIO VIA WHATSAPP

Por favor, responda as perguntas a seguir:

- Seu caso é para Disfunções Pélvicas?
- Qual a sua queixa principal?
- É a sua primeira vez aqui?
- Como conheceu a nossa clínica?
- Tem cartão do SUS de SALVADOR?
- O/A Senhor(a) faz o uso de marca-passo ou CDI?

PREZADOS, PRECISAMOS QUE TODAS AS PERGUNTAS SEJAM RESPONDIDAS, CASO CONTRÁRIO, NÃO SERÁ POSSIVEL REALIZAR MARCAÇÃO!

POR GENTILEZA, ENVIE A FOTO O CARTÃO DO SUS DE SALVADOR, A FOTO DO RG E INFORME SEU NOME COMPLETO

**Figura 11:** Primeiro questionário respondido pelo paciente. **Fonte:** Autoria própria.

Uma vez admitido na linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil, os pacientes são submetidos a uma avaliação multidisciplinar para iniciar o tratamento. Neste momento, é feita uma anamnese mais detalhada, contendo informações sobre o histórico da disfunção erétil, a natureza desta disfunção, seu tempo de início, principais sintomas relacionados e como isso o afeta e às suas relações. Também são coletados dados pessoais, hábitos de vida, estado civil, atividades diárias e laborais, presença de comorbidades associadas, uso de medicamentos, histórico de cirurgia de próstata e outras cirurgias, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, e qualquer outra questão relevante.

Ainda no mesmo encontro, é realizada o exame físico, ultrassonografia das artérias penianas, inspeção, orientações de conduta de higiene, cuidados pessoais e função cognitiva, emocional e psicológica. Os pareceres de fisioterapia, psicologia e enfermagem são registrados no prontuário.

Então o paciente é encaminhado para a recepção para marcar as sessões de tratamento, que variam de acordo com a linha de cuidado na qual ele se insira.

No dia de cada atendimento, os pacientes são atendidos por ordem de chegada, permanecendo na sala de espera até a chamada. Após o atendimento, eles se dirigem à recepção para marcar a próxima sessão, que é registrada no sistema e em um cartão de acompanhamento que é entregue ao paciente e assinado após cada sessão pelo fisioterapeuta que o atender.

Após a finalização do conjunto de sessões da linha de cuidado, o paciente passa por uma reavaliação multidisciplinar, que vai revelar sua evolução. Se preencher os critérios de alta e não houver outra queixa, terá alta clínica. Caso precise ser encaminhado para outra linha de cuidado ou permanecer na mesma linha de cuidado, ele será encaminhado para a recepção e será marcada uma nova avaliação multiprofissional de admissão.

#### **4.5 Procedimento de tratamento da linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil**

Uma vez elegível para o ingresso na linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil, cada paciente é encaminhado para um conjunto total de 12 sessões que acontecerão de duas a três vezes por semana, ao longo de um período entre seis e dez semanas. Todo o tratamento é realizado por fisioterapeutas devidamente qualificados e treinados, de acordo com protocolo estabelecido pela Instituição para esta linha de cuidado.

O protocolo para o tratamento da disfunção erétil realizado no IPL consiste em TMAP, seguido de RFNA e TOC. Primeiramente, o paciente é recepcionado em uma sala privada, na presença apenas da/do fisioterapeuta pélvico. Ainda vestido, são realizados exercícios de TMAP no solo, que compreendem a realização de manobras específicas para o fortalecimento e coordenação da musculatura do assoalho pélvico. Eles são orientados para realização contínua e diária, para que façam parte da rotina domiciliar do paciente. A conscientização do assoalho pélvico e as orientações sobre seu funcionamento servem como ponto motivador e educacional. Também estimulam a atenção sobre a importância da prática dos exercícios aprendidos no consultório para uma manutenção do condicionamento muscular e consequente melhora terapêutica.

A radiofrequência não ablativa em região peniana acontece em seguida, na mesma sessão, com o paciente posicionado em decúbito dorsal sobre uma maca, com os membros inferiores estendidos, as roupas abaixadas até os joelhos e o órgão

genital exposto. É solicitado que ele segure o pênis pela glânde e o mantenha lateralizado sobre sua pelve para a aplicação em uma das faces do corpo peniano e, posteriormente, o posicione na direção oposta para o tratamento na outra face peniana. É utilizada a forma de transferência elétrica capacitiva, configuração bipolar, que possui dois eletrodos: um ativo, medindo 20 mm de diâmetro, acoplado à face lateral peniana, em movimentos ao longo do corpo peniano; e uma placa dispersiva, acoplada à face peniana contralateral à aplicação do eletrodo ativo, que funciona como terra. Ambos os eletrodos são recobertos por plástico filme de cloreto de polivinila (PVC), com gel estéreo hidrossolúvel não alcoólico, colocado entre o plástico e o eletrodo, e entre o eletrodo e o corpo peniano, como meio de acoplamento e condução. Após cada sessão, o plástico filme é descartado e os eletrodos são higienizados com álcool a 70%. Durante a aplicação da RF, a temperatura é mantida entre 37° e 39°, por dois minutos, em cada face lateral peniana, sendo mensurada por um termômetro digital com infravermelho. (60)

Para a aplicação da terapia de ondas de choque, o paciente permanece posicionado em decúbito dorsal sobre uma maca, com os membros inferiores estendidos, as roupas abaixadas até os joelhos e o órgão genital exposto. É solicitado que ele segure o pênis pela glânde e o mantenha lateralizado sobre sua pelve para a aplicação em uma das faces do corpo peniano e, posteriormente, posicione na direção oposta para o tratamento na outra face peniana. O aplicador do equipamento é revestido com preservativo não lubrificado e gel hidrossolúvel não alcoólico, usado como meio de acoplamento entre o aplicador e a região genital. O tratamento consistiu na emissão 2.000 disparos, com dose de 60mJ e frequência de 10 Hz, lateralmente em cada face lateral peniana, totalizando 4.000 pulsos em cada sessão.

## **4.6 Mensuração dos desfechos**

### **4.6.1 Percepção de melhora clínica**

Ao final de cada sessão de tratamento, o participante é questionado pela/pelo fisioterapeuta, quanto à percepção de melhora clínica dos sintomas tratados, respondendo sim, ou não.

A cada reavaliação multiprofissional, que ocorre após as doze sessões de fisioterapia pélvica, o paciente é questionado sobre sua percepção de melhora após

o ciclo de 12 sessões. É utilizada uma escala que classificará o nível de percepção de melhora de 0, para nenhuma melhora; até 10, para a máxima percepção de melhora.

#### 4.6.2 Adesão ao tratamento ou taxa de abandono

Foi realizada uma avaliação, via prontuário, das evoluções e registros do tratamento, onde foi considerado como ponto de corte para a adesão o comparecimento dos participantes a 75% das sessões de fisioterapia pélvica: nove sessões. Foram verificados a frequência, número de sessões e o tempo para finalização do protocolo de tratamento.

Para avaliar a taxa de abandono, foi realizado o levantamento do número de prontuários que não prosseguiram com o tratamento até o final das doze sessões.

#### 4.6.3 Percepção do pesquisador

Durante as avaliações e reavaliações, bem como durante os atendimentos realizados pelo pesquisador, foram observadas e registradas impressões sobre a interação dos pacientes em relação ao serviço prestado no IPL, às condutas e interações da equipe e do tratamento da linha de cuidado DE. De maneira subjetivo-analítica, o pesquisador que é graduado e atuante em psicologia clínica e fisioterapia pélvica, delineou suas percepções e estabeleceu frequências e similaridades de interação por parte dos pacientes.

### 4.7 Análise estatística

Para elaboração do banco de dados, análise descritiva e analítica, foi utilizado o software SPSS (Chicago, IL, EUA), versão 17.0 para Windows. A normalidade das variáveis foi verificada através do teste Kolmogorov-Smirnov, estatística descritiva e análise gráfica. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas em média e desvio padrão ( $\pm DP$ ) O nível de significância adotado foi de 5% para todas as análises inferenciais.

As perdas de acompanhamento foram atribuídas como “missing data” nas avaliações faltantes quando houve perda de contato com o participante da pesquisa. As respostas incompletas ou não resposta ao questionamento foram atribuídas como dados faltantes que foram analisados na amostra final.

A variável categórica atividade laboral foi convertida em inatividade laboral para agrupar os aposentados, desempregado e afastados dos demais. O mesmo aconteceu com estado civil que foi agrupado a presença de parceria nos prontuários dos homens. Já a variável contínua tempo de pós operatório de prostatectomia foi modificada em uma variável categórica em menor do que seis meses de prostatectomia realizada até admissão no serviço.

O teste T de Student Independente foi utilizado para comparar as médias do número de sessões de tratamento com as variáveis sociodemográficas e clínicas por se tratar de dados com distribuição com normal. O mesmo ocorreu com a comparação das médias de satisfação após 12 e 24 sessões por se tratar de dados com distribuição normal. As variáveis categóricas foram comparadas através do teste Qui-quadrado ou exato de Fisher.

#### **4.8 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública localizado na cidade de Salvador-BA (CAAE: 79633224.9.0000.5544) (Anexo 1) e a coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação. O tratamento da disfunção erétil foi oferecido sem custo ao participante da pesquisa.

Por ser um estudo retrospectivo, os dados relacionados aos abandonos foram computados de maneira anônima. O acesso aos prontuários eletrônicos foi realizado por um único pesquisador com login específico, previamente treinado, para evitar vazamento de dados.

Neste estudo retrospectivo de revisão de prontuários o TCLE foi inviável, uma vez que esta obtenção significaria riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados dos participantes ou aos vínculos de confiança entre o pesquisador e pesquisado, justificando a dispensa do TCLE, de acordo a Resolução nº 466/12 e Resolução nº 510/16, ambos do CNS (58,59).

## 5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 168 prontuários de pacientes atendidos, entre março de 2022 e abril de 2025, na linha de cuidado masculina para o tratamento da disfunção erétil.

Após análise dos dados, observou-se que, excluindo-se os dados ausentes, caracterizou-se um perfil majoritário de homens casados 39,3%, aposentados 30,4%, e sedentários 28,0%, com média de idade de 63,6±9,3 anos.

Dentre aqueles que praticavam atividade física, a frequência semanal mais comum era de duas a três vezes por semana 9%, seguida por cinco vezes por semana 5,4%, sendo mais relatada a caminhada 13,7% como modalidade mais praticada (Tabela 1).

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos, histórico patológico e medicamentoso coletados na linha de cuidado de DE.

Variável	Amostra (n=168)
Idade em anos ( $m \pm DP$ )	63,60±9,3
Estado Civil	n(%)
Casado	66 (39,3)
Solteiro	15 (8,9)
Divorciado	5 (3,0)
Viúvo	3 (1,8)
União estável	4 (2,4)
Dados ausentes	75 (44,6)
Atividade Laboral	
Aposentado	51 (30,4)
Desempregado	8 (4,8)
Funcionário privado	16 (9,5)
Funcionário público	2 (1,2)
Autônomo	10 (6,0)
Afastado	1 (0,6)
Dados ausentes	80 (47,6)
Prática de Atividade Física	
Sim	37 (22,0)
Não	48 (28,6)
Dados ausentes	83 (49,4)
Histórico de prostatectomia	109 (64,9)
Meses de PO de Prostatectomia na Admissão ( $m \pm DP$ )	23,8±37,5
	n (%)

Histórico de radioterapia	21 (12,5)
Histórico de quimioterapia	2 (1,2)
Histórico de hormonioterapia	4 (2,4)
Uso de medicamento para ereção	66 (39,3)
Uso de tadalafila	62 (36,9)
Uso de citrato de sildenafil	15 (8,9)
Uso de citrato de sildenafil e tadalafila	10 (5,9)
Histórico de HAS	97 (57,7)
Uso de medicamento para HAS	94 (56,0)
Histórico de Diabetes Mellitus	62 (36,9)
Uso de medicamento para Diabetes Mellitus	59 (35,1)
Histórico de dislipidemia	39 (23,2)
Uso de medicamento para dislipidemia	36 (21,4)

Fonte: dados coletados.

Legenda: m=média;  $\pm$ DP=desvio padrão; n=frequência; HAS=hipertensão arterial sistêmica; PO=pós operatório

Histórico patológico e medicamentoso coletado nos prontuários mostra que a maioria dos participantes informou ter sido submetido à prostatectomia radical 64,9%, com média de  $23,8 \pm 37,5$  meses de intervalo entre o procedimento oncológico e a admissão no IPL. Histórico de radioterapia esteve presente em 12,5% dos participantes. O uso diário do medicamento Tadalafila de 5mg foi declarado por 36,9% dos participantes. Sobre o histórico de patológico, 57,7% afirmaram ter hipertensão arterial sistêmica; 36,9%, Diabetes Mellitus; e 23,2%, dislipidemia (Tabela 1).

Dados coletados sobre as sessões de fisioterapia, demonstram que foram realizadas em média  $15,1 \pm 8,2$  sessões de fisioterapia. Houve 71,4% de comparecimento na 1ª reavaliação; e 35,7% na 2ª reavaliação. A maior parte dos participantes, 34,6%, teve finalização dos atendimentos por alta clínica na 2ª reavaliação (Tabela 2).

**Tabela 2:** Frequência e abandono dos atendimentos coletados na linha de cuidado de DE.

Variável	Amostra (n=168)
Número de sessões de fisioterapia ( $m \pm DP$ )	15,1 $\pm$ 8,2
Comparecimento a 1ª reavaliação	n(%)
Sim	120 (71,4)
Não	12 (7,1)
Não se aplica	36 (21,4)
Dias entre a admissão e a 1ª reavaliação ( $m \pm DP$ )	101,6 $\pm$ 78,2
Compareceu a 2ª reavaliação	n(%)
Sim	60 (35,7)

Não	9 (5,4)
Não se aplica	99 (58,9)
Dias entre a 1ª e a 2ª reavaliação ( $m \pm DP$ )	161,0 $\pm$ 146,0
<b>Desfecho e/ou descontinuação dos Atendimentos</b>	
Desistência	41 (24,4)
Alta clínica após a 1ª reavaliação	40 (23,8)
Alta clínica após a 2ª reavaliação	59 (35,1)
Em curso	26 (15,5)
Dias entre a admissão e a 2ª reavaliação ( $m \pm DP$ )	268,9 $\pm$ 176,9

Fonte: dados coletados.

Legenda: m=média;  $\pm DP$ =desvio padrão; n=frequência.

Mais da metade dos homens que relataram sua percepção sobre o tratamento de DE, 53,6%, afirmaram ter melhora clínica no último atendimento. A percepção na 1ª reavaliação teve melhora média de 39,3% $\pm$ 22,1, sendo que 13,1% dos participantes informaram melhora clínica de 50%. Na 2ª reavaliação, a média de melhora relatada foi de 42,8 $\pm$ 22,9%, sendo que 19,1% informaram em prontuários melhora igual ou maior que 50% (Tabela 3).

**Tabela 3:** Percepção de melhora clínica dos sintomas de DE após atendimentos coletada na linha de cuidado de DE.

Variável	Amostra (n=168)
Melhora Clínica no último atendimento	n (%)
Sim	90 (53,6)
Não	54 (32,1)
Não se aplica	24 (14,3)
Melhora Clínica após a 1ª Reavaliação	n(%)
Não houve melhora	14 (8,3)
10%	3 (1,8)
20%	15 (8,9)
30%	18 (10,7)
40%	17 (10,1)
50%	22 (13,1)
60%	18 (10,7)
70%	10 (6,0)
80%	4 (2,4)
90%	1 (0,6)
Não se aplica	46 (27,4)
Média da melhora clínica em % ( $m \pm DP$ )	39,3 $\pm$ 22,1
Melhora Clínica após a 2ª Reavaliação	
Não houve melhora	6 (3,6)
10%	3 (1,8)
20%	3 (1,8)

30%	11 (6,5)
40%	9 (5,4)
50%	14 (8,3)
60%	7 (4,2)
70%	4 (2,4)
80%	7 (4,2)
Não se aplica	104 (61,9)
Média da melhora clínica em % (m±DP)	42,8±22,9

Fonte: dados coletados.

Legenda: m=média; ±DP=desvio padrão; n=frequência.

A comparação das médias do número de sessões realizadas com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de melhora clínica demonstrou que o histórico de prostatectomia ( $p=0,023$ ), uso de medicação para ereção ( $p=0,007$ ), uso de tadalafila ( $p=0,003$ ) e melhora clínica ( $p<0,001$ ) apresentaram diferença estatística significativa.

**Tabela 4:** Comparação das médias do número de sessões nas variáveis sociodemográficas, de histórico clínico e da melhora clínica coletados na linha de cuidado de DE.

Variável	Amostra (n=168)	Valor de p
Presença da parceria		0,962*
Sim	15,4±9,2	
Não	14,7±7,4	
Prática de atividade física		0,578*
Sim	14,5±9,0	
Não	14,6±8,5	
Inatividade laboral		0,435*
Sim	15,7±8,1	
Não	14,6±8,2	
Histórico de prostatectomia		0,023*
Sim	16,1±7,5	
Não	13,1±9,1	
Menos que seis meses de prostatectomia		0,893*
Sim	15,3±9,0	
Não	15,0±8,1	
Histórico de procedimentos oncológicos		
Radioterapia		0,528*
Sim	14,0±7,5	
Não	15,2±8,3	
Quimioterapia		0,350*
Sim	20,5±12,0	
Não	15,0±8,2	
Hormonioterapia		0,987*
Sim	15,0±6,0	
Não	15,0±8,3	

Uso de medicamento para ereção		0,007*
Sim	17,1±7,5	
Não	13,7±8,4	
Uso de Sildenafil		0,395*
Sim	16,8±8,7	
Não	14,9±8,1	
Uso de Tadalafila		0,003*
Sim	17,5±7,3	
Não	13,6±8,4	
Histórico de hipertensão arterial		0,378*
Sim	15,5±8,2	
Não	14,4±8,2	
Histórico de diabetes mellitus		0,262*
Sim	16,0±8,2	
Não	14,5±8,2	
Histórico de dislipidemia		0,203*
Sim	13,5±8,5	
Não	15,5±8,1	
Melhora Clínica		<0,001*
Sim	18,7±6,2	
Não	9,7±7,9	

Fonte: dados coletados.

Legenda: m=média; ±DP=desvio padrão; n=frequência; \*Teste paramétrico T de Student independente

O nível de satisfação apresentou diferença estatística significativa apenas entre os homens que procuraram a fisioterapia no intervalo menor que seis meses da prostatectomia ( $p=0,022$ ), observado na reavaliação após 12 sessões (Tabela 5).

**Tabela 5:** Comparação das médias da satisfação após 12 e 24 sessões de tratamento coletados na linha de cuidado de DE.

Variável	Após 12 sessões (n=120)	Valor de p	Após 24 sessões (n=60)	Valor de p
Presença da parceria		0,201*		0,987*
Sim	36,4±20,8		42,7±22,3	
Não	41,7±23,0		42,8±23,7	
Prática de atividade física		0,850*		0,714*
Sim	37,5±19,8		38,4±21,9	
Não	36,4±20,7		41,6±25,0	
Inatividade laboral		0,246*		0,958*
Sim	36,4±18,7		42,6±23,2	
Não	41,3±23,9		42,9±23,0	
Histórico de prostatectomia		0,061*		0,396*
Sim	42,0±21,4		44,3±23,6	
Não	33,7±23,6		38,8±21,9	
Menos que seis meses de prostatectomia		0,022*		0,859*
Sim	52,0±19,3		44,2±18,1	

Não	37,9±22,2		42,6±23,5
Histórico de procedimentos oncológicos			
Radioterapia		0,156*	0,162*
Sim	32,0±21,7		54,2±17,1
Não	40,7±22,2		41,4±23,2
Quimioterapia		0,983*	0,755*
Sim	40,0±14,1		50,0
Não	39,6±22,4		42,7±23,0
Hormonioterapia		0,350*	0,454*
Sim	25,0±35,3		60,0
Não	39,9±22,1		42,5±22,9
Uso de medicamento para ereção		0,378*	0,547*
Sim	41,5±22,1		44,6±24,4
Não	37,9±22,4		41,1±21,7
Uso de Sildenafil		0,956*	0,954*
Sim	40,0±17,7		43,3±22,5
Não	39,6±22,8		42,7±23,1
Uso de Tadalafila		0,298*	0,376*
Sim	42,0±22,1		45,7±24,8
Não	37,7±22,4		40,5±21,3
Histórico de HAS		0,644*	0,127*
Sim	38,8±23,8		46,1±22,9
Não	40,0±20,0		36,9±22,2
Histórico de diabetes mellitus		0,301*	0,504*
Sim	37,0±22,5		40,6±21,3
Não	41,3±22,1		44,5±24,2
Histórico de dislipidemia		0,842*	0,493*
Sim	38,9±20,7		46,2±24,4
Não	39,8±22,8		41,6±22,5

Fonte: dados coletados.

Legenda: m=média; ±DP=desvio padrão; n=frequência; HAS=hipertensão arterial sistêmica; \*Teste paramétrico t de Student independente

A comparação das proporções demonstrou que a melhora dos sintomas obteve significância estatística no comparecimento à primeira reavaliação ( $p < 0,001$ ), contudo, o mesmo não ocorreu no comparecimento à segunda reavaliação ( $p = 0,073$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6:** Comparação de proporções entre a melhora clínica e o comparecimento na primeira e segunda reavaliações coletados na linha de cuidado de DE.

Variável Preditiva	Melhora dos Sintomas		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Comparecimento na 1ª Reavaliação			<0,001\$
Sim	87 (80,6)	21 (19,4)	
Não	3 (25,0)	9 (75,0)	
Comparecimento na 2ª Reavaliação			0,073\$
Sim	49 (89,1)	6 (10,9)	

Não	6 (66,7)	3 (33,3)
-----	----------	----------

Fonte: dados coletados.

Legenda: n=frequência; \$Teste Qui-Quadrado

Na comparação das proporções de homens que tiveram alta após 24 sessões, a prática de atividade física não apresentou diferença estatística significativa ( $p=0,812$ ) (Tabela 7).

**Tabela 7:** Comparação de proporções entre a alta após 24 sessões e a prática de atividade física coletados na linha de cuidado de DE.

Variável Preditiva	Alta após 24 sessões		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Atividade Física			0,812\$
Sim	21 (56,8)	16 (44,3)	
Não	26 (54,2)	22 (45,8)	

Fonte: dados coletados.

Legenda: n=frequência; \$Teste Qui-Quadrado

No que toca a percepção do pesquisador acerca da interação dos pacientes em relação à linha de cuidado, foi observado que os pacientes que estão na linha de cuidado de DE encontram-se frequentemente em grande sofrimento psíquico, com baixa autoestima, sensação de emasculação e ideias de inferioridade.

Pacientes prostatectomizados casados relatam pouca expectativa de melhora, arrependimento de terem feito a cirurgia, sensação de falta de informação prévia à cirurgia, medo de engajar em uma tentativa de intercurso e de perderem o casamento devido à DE. Pacientes cujas parcerias são mais compreensivas e acompanham o tratamento relatam a importância da atitude da parceria e tem ansiedade para voltarem a ter sucesso nas relações sexuais.

De maneira geral, os pacientes parecem ter a necessidade de expressar a gratidão pelos atendimentos e atenção na linha de cuidado, tecendo inúmeros elogios e indicando o IPL para conhecidos e amigos.

Pacientes que se submeteram a atendimentos em outros serviços parecem surpresos e satisfeitos com a possibilidade de serem bem acolhidos, atendidos e informados sobre suas condições de maneira gratuita.

Pacientes que receberam alta pela resolução dos sintomas relatam a vontade de continuar no serviço, questionando sobre outras linhas de cuidado ou outra forma de acompanhamento por se sentirem bem junto ao ambiente.

Uma queixa comum é acerca da demora na sala de espera devido ao atendimento por ordem de chegada, seguida de frases como “eu sei que não pode ser de outra maneira porque não tem hora marcada” ou, “vale a pena esperar”.

## 6 DISCUSSÃO

O Instituto Patrícia Lordêlo é um espaço multiprofissional que oferta tratamento não medicamentoso de maneira gratuita através do SUS, com foco na fisioterapia pélvica. A linha de cuidado para DE, desenvolvida pelo grupo de maneira inovadora, atende homens acima de 18 anos, com ou sem prostatectomia, que apresentam a disfunção.

Foi observado nos prontuários avaliados do presente estudo que a maioria dos homens relatou percepção de melhora clínica. Isso é reforçado pela quantidade de altas fisioterapêuticas, que supera metade da amostra, a despeito da presença expressiva de histórico de prostatectomia, que está associada à dificuldade no processo de reabilitação pélvica.

A percepção do pesquisador, que já participou de todos os processos, desde a recepção do paciente aos atendimentos, avaliações e reavaliações, é que a satisfação com o serviço se expressa mesmo naqueles que não obtiveram a resposta clínica desejada, expressando verbalmente suas impressões.

A DE é uma condição complexa e multifatorial. Sendo assim, diversos fatores determinam seu aparecimento e, conseqüentemente, seu tratamento precisa atuar em várias frentes, na tentativa de alcançar os diferentes fatores causais. A abordagem multidisciplinar é a mais adequada.

Além dos cuidados já bastante discutidos sobre o uso dos inibidores de PDE5i, nota-se que alguns grupos de homens têm benefícios reduzidos, como aqueles com hipertensão arterial sistêmica e com dor torácica. Acredita-se que limitação da eficácia do PDE5i se deve a interações com outros fármacos, como bloqueadores dos receptores alfa e inibidores da enzima CYP3A.(39)

Embora tenham surgido novas gerações de PDE5i, ainda costumam ser relatadas reações adversas como: cefaleia, dispepsia, vertigem, rubor, congestão nasal, rinite, visão alterada, toracalgia, lombalgia e mialgia. Reafirmando o caráter multidisciplinar, é importante enfatizar também que o uso destes compostos de forma indiscriminada e sem prescrição de urologista pode levar à dependência emocional e psicológica, devido ao fato dos homens acreditarem que conseguirão ereção unicamente se fizerem uso destes medicamentos.(40)

Este estudo demonstrou que a maioria dos pacientes atendidos nessa linha de cuidado é constituída de homens casados, aposentados e sedentários, com média de

idade de  $63,6 \pm 9,3$ . Esse perfil sugere que a população idosa e em um relacionamento estável pode estar mais inclinada a buscar tratamento para a disfunção erétil. A análise dos relatos verbais dos pacientes demonstra que a principal motivação para a procura dos atendimentos é a manutenção do casamento.

Estes achados também sugerem que este agravo acomete primariamente pessoas com mais de 54 anos de idade. Este perfil etário confirma os achados de Feldman e colaboradores(16,61), que realizaram um estudo observacional com homens entre 40 e 70 anos que comprovaram a relação da progressão da idade com o aparecimento da DE.

A longevidade da população mundial está aumentando gradativamente. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (62) projeta, em 2025, a expectativa de vida para 76,8 anos. Como o envelhecimento é um fenômeno complexo, traz consigo condições associadas com o avançar da idade, tais como: alterações hormonais, diabetes, doenças neurológicas e disfunções cardiovasculares. Este último é crucial para compreender a relação do risco de doenças cardiovasculares como DE, uma vez que a boa vascularização do pênis é fundamental para a ereção peniana.

No presente estudo, apesar da maioria dos homens que procuraram atendimento de DE ser casada, evidências indicam que a presença de uma parceria parece ser um fator protetivo contra o agravamento clínico da DE. Assim demonstra o estudo de Calzo e colaboradores(3) em uma coorte estadunidense, afirmando que há 65% menos chance de ter DE intermediária a grave em homens casados ou com parceria do que em homens solteiros. Outra pesquisa corrobora o presente estudo, não encontrando relação direta da incidência de DE com o estado civil, em uma amostra de homens brasileiros (4).

A despeito da divergência apresentada em relação aos fatores de risco, é razoável considerar que a presença de uma parceria engajada no tratamento, proporcionando segurança afetiva, é benéfico para o homem com DE, como mostrou a pesquisa de Shabsigh e colaboradores(63), em que homens casados tiveram melhor resposta ao tratamento com tadalafía do que homens não casados.

O estudo de Martins e Abdo (4), que entrevistou 1.947 homens brasileiros entre 18 e 40 anos, observou que homens não brancos (pretos, pardos, indígenas e amarelos) e com baixa instrução foram mais susceptíveis a ter DE. Embora os dados de cor e etnia não tenham sido coletados no presente estudo, é plausível inferir que,

no Brasil, ser branco, com bom grau de instrução, seja um fator protetivo por estar relacionado com condição financeira privilegiada, possibilitando acesso a informação atualizada, variedade de rede de serviços de saúde qualificada e condições logísticas para aderir ao tratamento.

Um aspecto importante em relação a este estudo é a alta presença de homens com histórico de prostatectomia, que se deve ao fato das sequelas cirúrgicas comuns a este tipo de tratamento oncológico. Ao longo do acompanhamento, esses pacientes despertam para problemas relacionados à ereção, levando a um estado de ansiedade, angústia e frustração.

A DE pós prostatectomia é uma sequela frequente, afetando entre 54% a 90% após 12 meses e entre 63% a 94% após 24 meses(63). Embora haja bastante variação nestes achados, esta questão se justifica pelas diferentes técnicas cirúrgicas que existem, pela experiência de cada cirurgião e por fatores intrínsecos de cada homem submetido a este procedimento.

Na presente pesquisa os homens iniciaram a participação com cerca de dois anos de pós-operatório. Houve uma diferença significativa no nível de satisfação dos homens que procuraram fisioterapia no intervalo menor que seis meses após a prostatectomia, observado após as doze primeiras sessões. Tal intervalo pode se justificar pelo grau de constrangimento do paciente em procurar serviço de saúde, gerando sensação similar a um processo de emasculação, isto é, perda da virilidade e da masculinidade. Isto o fragiliza a tal ponto que dificulta e retarda a procura de ajuda, interferindo inclusive na motivação em aderir a processos terapêuticos longos. Esta demora prejudica o bom prognóstico do tratamento.(64,65)

Uma vez que a ereção é uma condição vascular, é necessário que haja saúde cardiovascular para um bom desempenho. Neste estudo, 57,7% dos homens afirmaram ter hipertensão arterial sistêmica e 36,9% afirmaram ter Diabetes Mellitus. Ambas as condições estão relacionadas com a perda da função erétil.(18–20)

Uma característica positiva da abordagem nas linhas de cuidado na DE é a possibilidade de atuar em vários fatores de risco, pois entende-se que a DE é uma condição complexa e multicausal, tanto para seu surgimento quanto para sua manutenção. A solução para este contexto é utilizar mais de uma opção terapêutica, que pode ser desde mudanças nos hábitos de vida, passando por terapias não farmacológicas e farmacológicas, até a possibilidade de tratamento cirúrgico. Esta variedade no manejo é benéfica, como apresenta uma metanálise(66) com 32 ensaios

clínicos randomizados, que realizou uma comparação entre abordagens com monoterapia baseada em PD5i com terapia combinada associando PD5i com TOCBI, terapia a vácuo, terapia de reposição hormonal e outras modalidades de tratamento farmacológico. O desfecho principal foi a avaliação da função erétil pelo IIEF, que indicou que a adição da PD5i levou ao aumento no escore quando é combinada à TOCBI ou acrescentada à terapia a vácuo(66). Em relação aos efeitos adversos, essa metanálise apresentou os mesmos episódios de efeitos adversos que a monoterapia, portanto, a terapia combinada não acrescentou riscos quando é adotada(66). Neste estudo, a tadalafila diária (5mg) foi utilizada por em 36,9% dos participantes.

No presente estudo, foram realizadas, em média, cerca de 15 sessões de fisioterapia, sendo que o comparecimento da primeira reavaliação, após doze sessões de fisioterapia, foi em torno de 70% dos pacientes; enquanto o comparecimento na segunda reavaliação, após 24 sessões, foi em torno de 35%, metade da primeira reavaliação. Esta queda de adesão e abandono após as doze primeiras sessões pode estar relacionada com a melhora significativa nas primeiras doze sessões, quando o valor comparativo é de baixa ou nenhuma ereção; o que diminui nas sessões seguintes, uma vez que o que se alcança é uma melhora do quadro a partir de uma ereção já existente.

As conhecidas recomendações que envolvem mudanças de hábitos de vida e tratamento farmacológico têm se mostrado interessantes e demonstram ser benéficas quando associadas. Contudo, uma parcela significativa de homens persiste com queixa de disfunção erétil ou apresentam recidiva após um período de tratamento.(40)

No presente estudo, a prática de atividade física não demonstrou diferença estatística significativa. Possivelmente, isto se deve à característica das atividades de baixo impacto, como caminhadas, com uma frequência de dois a três dias por semana, o que pode representar uma baixa repercussão cardiovascular. Além deste fato, também é relevante o grande número de dados ausentes sobre este tópico (53%), estabelecendo uma limitação.

O sofrimento psíquico e as ideias desqualificantes e emasculantes que afetam os pacientes de DE dificulta a procura por serviços de tratamento. Ademais, a baixa oferta de linhas de cuidado gratuitas não medicamentosas e gratuitas representam outra barreira à divulgação das informações científicas sobre saúde pélvica masculina. Todavia, a despeito disso, a adesão de pacientes ao serviço e os

relatos de satisfação com o atendimento e o cuidado global, assim como o estímulo ao autocuidado e atenção demonstram a relevância desse perfil de atendimento.

## 7 DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Este estudo apresenta desafios importantes que devem ser considerados na interpretação dos resultados. Por tratar-se de uma pesquisa retrospectiva baseada em revisão de prontuários clínicos, há limitações inerentes à qualidade e à completude dos registros, o que pode comprometer a padronização e a precisão dos dados analisados. A ausência de um critério validado e uniforme para a mensuração da resposta clínica à intervenção constitui outra limitação relevante. A melhora relatada pelos pacientes foi registrada de forma subjetiva ou estimada em percentuais, o que, embora forneça indícios de eficácia terapêutica, carece de validação científica robusta para fins comparativos e generalização dos achados.

Além disso, a ausência de um grupo controle e a heterogeneidade das condições clínicas dos pacientes dificultam a avaliação isolada da efetividade do protocolo de tratamento aplicado, bem como a identificação de quais fatores específicos estão mais fortemente associados à resposta terapêutica.

Como perspectiva de continuidade, propõe-se a realização de um estudo prospectivo de custo-efetividade, com delineamento controlado, que permita a aplicação de instrumentos validados de avaliação clínica, até mesmo criar um instrumento, além do registro sistemático de dados sociodemográficos, clínicos e funcionais. A inclusão de um grupo comparativo e o uso de escalas padronizadas permitirão maior rigor metodológico na análise de impacto clínico, bem como a mensuração da relação entre os custos diretos do tratamento e os desfechos alcançados. Essa abordagem poderá fornecer evidências mais robustas para a tomada de decisão clínica, a otimização dos recursos públicos e a formulação de linhas de cuidado voltadas à saúde sexual masculina. Ao adotar critérios padronizados de avaliação e incorporar a análise de custo-efetividade, o estudo poderá gerar modelos assistenciais mais eficientes, seguros e centrados no paciente. Tais evidências podem, ainda, subsidiar a replicação de boas práticas tanto em nível nacional quanto internacional, contribuindo para o fortalecimento de políticas públicas e estratégias integradas de atenção à saúde do homem em diferentes contextos de atenção à saúde.

## **8 CONCLUSÃO**

A percepção de melhora com o tratamento é diretamente proporcional ao número de sessões de tratamento realizados. Homens com tempo menor de seis meses de prostatectomia apresentaram maior satisfação a melhora dos sintomas na reavaliação de 12 sessões.

Os homens com histórico de prostatectomia e aqueles que utilizam medicamento para tratamento da ereção apresentaram maior adesão ao tratamento.

Em geral, a observação da satisfação com o serviço do IPL na linha de cuidado de DE corrobora a demanda de linhas de cuidado para essa disfunção, em prol da diminuição de custos com cirurgias e medicamentos para esta disfunção.

Diante do desafio de obtenção de dados adequados para responder à gama de perguntas que poderiam ser ofertadas no prontuário acerca do tema, estudos prospectivos poderiam ofertar maior robustez à relevância do tema.

Levando em conta a escassez de serviços neste perfil oferecidos em instituições do terceiro setor, são necessárias novas pesquisas com desenhos de estudo mais robustos para corroborar os achados deste estudo e aumentar sua validade.

## REFERÊNCIAS

1. Salonia A, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, et al. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health—2021 Update: Male Sexual Dysfunction[Formula presented]. *Eur Urol*. 2021;80(3):333–57.
2. Pizzol D, Smith L, Fontana L, Caruso MG, Bertoldo A, Demurtas J, et al. Associations between body mass index, waist circumference and erectile dysfunction: a systematic review and META-analysis. *Rev Endocr Metab Disord*. 2020;21(4):657–66.
3. Calzo JP, Austin SB, Charlton BM, Missner S, Kathrins M, Gaskins A, et al. Erectile Dysfunction in a Sample of Sexually Active Young Adult Men from a US Cohort: Demographic, Metabolic, and Mental Health Correlates. *J Urol*. 2021;205(2):539–44.
4. Martins FG, Abdo CHN. Erectile dysfunction and correlated factors in Brazilian men aged 18-40 years. *J Sex Med*. 2010;7(6):2166–73.
5. McMahon CG. Current diagnosis and management of erectile dysfunction. *Med J Aust*. 2019;210(10):469–76.
6. Pinto HA. Linhas De Cuidado Na Bahia: Um Conceito Em Viva Produção. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2012;33(1):22.
7. Rossetti SR. Functional anatomy of pelvic floor. *Arch Ital di Urol e Androl*. 2016;88(1):28–37.
8. Lakhoo J, Khatri G, Elsayed RF, Chernyak V, Olpin J, Steiner A, et al. MRI of the male pelvic floor. *Radiographics*. 2019;39(7):2003–22.
9. Frawley H, Shelly B, Morin M, Bernard S, Bø K, Digesu GA, et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourol Urodyn*. 2021;40(5):1217–60.
10. Varela CG, Mateos Yeguas LA, Rodríguez IC, Durán Vila MD. Penile Doppler ultrasound for erectile dysfunction: Technique and interpretation. *Am J Roentgenol*. 2020;214(5):1112–21.
11. Quartey JKM. Anatomy and blood supply of the urethra and penis. *Urethral Reconstr Surg*. 2006;11–7.
12. Aaron LT, Franco OE, Hayward SW. Review of Prostate Anatomy and Embryology and the Etiology of Benign Prostatic Hyperplasia. *Urol Clin North Am*. 2016;43(3):279–88.
13. Lee CH, Akin-Olugbade O, Kirschenbaum A. Overview of Prostate Anatomy, Histology, and Pathology. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2011;40(3):565–75.

14. Macdonald SM, Burnett AL. Physiology of Erection and Pathophysiology of Erectile Dysfunction. *Urol Clin North Am* [Internet]. 2021;48(4):513–25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.009>
15. Andersson K-E, Wagner G. Physiology of Penile Erection. *Physiol Rev*. 1995;75(1):191–236.
16. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, Kleinman KP, Mohr BA, Araujo AB, et al. Erectile dysfunction and coronary risk factors: Prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Prev Med (Baltim)*. 2000;30(4):328–38.
17. Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A, Osterloh IH. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology*. 1999;54(2):346–51.
18. Hatzimouratidis, K. Giuliano, F. Moncada, I. Muneer, A. Salonia, A. Verze P. EAU Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism In: European Association of Urology Guidelines. *Eur Assoc Urol*. 2019;1–28.
19. Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. *Lancet* [Internet]. 2013;381(9861):153–65. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60520-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60520-0)
20. Mobley D, Baum N. Smoking: Its Impact on Urologic Health. *Rev Urol* [Internet]. 2015;17(4):220–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26839519><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4735668>
21. NIH Consensus Development Panel on Impotence. Impotence - NIH Consensus Conference. *Jama* [Internet]. 2013;270(1):83–90. Available from: <http://jama.jamanetwork.com>
22. Porst H, Burnett A, Brock G, Ghanem H, Giuliano F, Glina S, et al. SOP Conservative (Medical and Mechanical) Treatment of Erectile Dysfunction. *J Sex Med*. 2013;10(1):130–71.
23. Eid JF, Nehra A, Andersson KE, Heaton J, Lewis RW, Morales A, et al. First international conference on the management of erectile dysfunction: Overview consensus statement. *Int J Impot Res*. 2000;12:S2–5.
24. Wong C, Louie DR, Beach C. A Systematic Review of Pelvic Floor Muscle Training for Erectile Dysfunction After Prostatectomy and Recommendations to Guide Further Research. *J Sex Med* [Internet]. 2020;17(4):737–48. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.008>
25. Ilan G, Boaz A, Arik S, Valentin S, Alexander G. Applying radiofrequency energy to the penis in the treatment of erectile dysfunction. *Med Hypotheses* [Internet]. 2022;166(January):110832. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2022.110832>
26. Andersson KE. Pharmacology of penile erection. *Pharmacol Rev*.

- 2001;53(3):417–50.
27. Esposito, Katherine; Guigliano, Francesco; Di Palo, Carmen; Giugliano, Giovanni; Marfella, Raffaele, D’Andrea, Francesco; D’Armiento, Massimo; Giugliano D. Effect of Lifestyle Changes on Erectile Dysfunction in Obese Men: A Randomized Controlled Trial. *Jama* [Internet]. 2004;291(24):2978–84. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/198993>
  28. Rival T, Clapeau L. Effectiveness of pelvic floor rehabilitation in erectile dysfunction: A literature review. *Prog en Urol* [Internet]. 2017;27(17):1069–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.09.004>
  29. Mobley DF, Khera M, Baum N. Recent advances in the treatment of erectile dysfunction. *Postgrad Med J*. 2017;93(1105):679–85.
  30. Fojecki GL, Tiessen S, Osther PJS. Effect of Low-Energy Linear Shockwave Therapy on Erectile Dysfunction—A Double-Blinded, Sham-Controlled, Randomized Clinical Trial. *J Sex Med* [Internet]. 2017;14(1):106–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.11.307>
  31. Zewin TS, El-Assmy A, Harraz AM, Bazeed M, Shokeir AA, Sheir K, et al. Efficacy and safety of low-intensity shock wave therapy in penile rehabilitation post nerve-sparing radical cystoprostatectomy: a randomized controlled trial. *Int Urol Nephrol* [Internet]. 2018;50(11):2007–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11255-018-1987-6>
  32. Zou ZJ, Liang JY, Liu ZH, Gao R, Lu YP. Low-intensity extracorporeal shock wave therapy for erectile dysfunction after radical prostatectomy: A review of preclinical studies. *Int J Impot Res*. 2018;30(1):1–7.
  33. Yamaya S, Ozawa H, Kanno H, Kishimoto KN, Sekiguchi A, Tateda S, et al. Low-energy extracorporeal shock wave therapy promotes vascular endothelial growth factor expression and improves locomotor recovery after spinal cord injury. *J Neurosurg*. 2014;121(6):1514–25.
  34. Ito K, Fukumoto Y, Shimokawa H. Extracorporeal shock wave therapy as a new and non-invasive angiogenic strategy. *Tohoku J Exp Med*. 2009;219(1):1–9.
  35. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Montorsi F, Pryor J, et al. EAU Guidelines on Erectile Dysfunction: An Update. *Eur Urol*. 2006;49(5):806–15.
  36. Lordêlo P, Leal MRD, Brasil CA, Santos JM, Lima MCNPC, Sartori MGF. Radiofrequency in female external genital cosmetics and sexual function: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2016;27(11):1681–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3020-x>
  37. Pai R, Ory J, Delgado C, Ramasamy R. Energy-Based Therapies for Erectile Dysfunction: Current and Future Directions. *Urol Clin North Am* [Internet]. 2021;48(4):603–10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.013>

38. Gruenwald I, Spector A, Shultz T, Lischinsky D, Kimmel E. The beginning of a new era: treatment of erectile dysfunction by use of physical energies as an alternative to pharmaceuticals. *Int J Impot Res* [Internet]. 2019;31(3):155–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41443-019-0142-y>
39. Gruenwald I, Appel B, Shechter A, Greestein A. Radiofrequency energy in the treatment of erectile dysfunction – a novel cohort pilot study on safety, applicability, and short-term efficacy. *Res Sq* [Internet]. 2023;1–18. Available from: <https://europepmc.org/article/ppr/ppr613037>
40. Liu MC, Chang ML, Wang YC, Chen WH, Wu CC, Yeh S Der. Revisiting the Regenerative Therapeutic Advances Towards Erectile Dysfunction. *Cells*. 2020;9(5).
41. Burnett AL, Nehra A, Breau RH, Culkin DJ, Faraday MM, Hakim LS, et al. AUA Guideline ED. *Am Urol Assoc Educ Res*. 2018;28(April):1–36.
42. Salonia A, Boeri ; L, Capogrosso P, Corona G, Dinkelman-Smith M, Falcone M, et al. EAU Working Group on Male Sexual and Reproductive Health. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *Sex Reprod Heal*. 2021;80(3):333–57.
43. Brasil M da S. Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Do Homem [Internet]. Vol. I, Ministério da Saúde. 2009. p. 1–40. Available from: [http://www.americanbanker.com/issues/179\\_124/which-city-is-the-next-big-fintech-hub-new-york-stakes-its-claim-1068345-1.html%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003161%5Cnhttp://cid.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/cid/cir991%5Cnhttp://www.scielo](http://www.americanbanker.com/issues/179_124/which-city-is-the-next-big-fintech-hub-new-york-stakes-its-claim-1068345-1.html%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003161%5Cnhttp://cid.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/cid/cir991%5Cnhttp://www.scielo)
44. Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, Corona G, Isidori AM, Goldfarb S, et al. Erectile dysfunction. *Nat Rev Dis Prim*. 2016;2(1).
45. Wang C-M, Wu B-R, Xiang P, Xiao J, Hu X-C. Management of male erectile dysfunction: From the past to the future. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;14(February):1–6.
46. Zhang M, Che JZ, Liu YD, Wang HX, Huang YP, Lv XG, et al. A prospective randomized controlled study on scheduled PDE5i and vacuum erectile devices in the treatment of erectile dysfunction after nerve sparing prostatectomy. *Asian J Androl*. 2022;24(5):473–7.
47. Rislanu A, Auwal H, Musa D, Auwal A. Comparative Effectiveness of Electrical Stimulation and Aerobic Exercise in the Management of Erectile Dysfunction: A Randomized Clinical Trial. *Ethiop J Health Sci*. 2020;30(6):961–70.
48. Dorey G, Speakman MJ, Feneley RCL, Swinkels A, Dunn CDR. Pelvic floor exercises for erectile dysfunction. *BJU Int*. 2005;96(4):595–7.
49. Vardi Y, Appel B, Jacob G, Massarwi O, Gruenwald I. Can low-intensity extracorporeal shockwave therapy improve erectile function? A 6-month follow-up pilot study in patients with organic erectile dysfunction. *Eur Urol* [Internet]. 2010;58(2):243–8. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2010.04.004>

50. Cui W, Li H, Guan R, Li M, Yang B, Xu Z, et al. Efficacy and safety of novel low-intensity pulsed ultrasound (LIPUS) in treating mild to moderate erectile dysfunction: A multicenter, randomized, double-blind, sham-controlled clinical study. *Transl Androl Urol.* 2019;8(4):307–19.
51. Carboni C, Fornari A, Bragante KC, Averbek MA, Vianna da Rosa P, Mea Plentz R Della. An initial study on the effect of functional electrical stimulation in erectile dysfunction: a randomized controlled trial. *Int J Impot Res.* 2018;30(3):97–101.
52. Mitidieri E, Cirino G, d’Emmanuele di Villa Bianca R, Sorrentino R. Pharmacology and perspectives in erectile dysfunction in man. *Pharmacol Ther* [Internet]. 2020;208:107493. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2020.107493>
53. Santos Pechorro P, Martins Calvinho A, Monteiro Pereira N, Xavier Vieira R. Validação de uma versão portuguesa do Índice Internacional de Função Eréctil-5 (IIEF-5). *Rev Int Androl.* 2011;9(1):3–9.
54. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49(6):822–30.
55. Ware, Jr. JE, Gandek B. The SF-36 Health Survey: Development and Use in Mental Health Research and the IQOLA Project. *Int J Ment Health.* 1994;23(2):49–73.
56. Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The SF-36 health survey questionnaire: Is it suitable for use with older adults? *Age Ageing.* 1995;24(2):120–5.
57. Reis AL dos S. Comparação entre Questionário de Qualidade de Ereção, Índice Internacional de Função Erétil e Questionário de Qualidade de Vida RAND 36-ITENS em homens brasileiros. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); 2012.
58. BRASIL M da S, BRASIL CN de S. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. *Diário Oficial da União nº12, 13/06/2013 Brasil;* 2012 p. 59.
59. BRASIL M da saúde, BRASIL CN de S. Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016 [Internet]. *Diário Oficial da União, nº98, 24/05/2016. Brasil:* 1; 2016 p. 44–6. Available from: [https://sedempr.gob.es/es/sede/csv%0Ahttp://www.researcherid.com/rid/I-2366-2012%0Ahttp://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?ruta=verTabla.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=5592&R=9928\[12\];0\[2015\];2\[all\]&C=1\[0\];3\[0\]&F=&S=&SCF=%0Ahttps://emea.mitsubishielectric.com/ar/products-](https://sedempr.gob.es/es/sede/csv%0Ahttp://www.researcherid.com/rid/I-2366-2012%0Ahttp://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?ruta=verTabla.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=5592&R=9928[12];0[2015];2[all]&C=1[0];3[0]&F=&S=&SCF=%0Ahttps://emea.mitsubishielectric.com/ar/products-)
60. de Araújo AR, da Silva FS, Soares VPC, Moreira T da S. Radiofrequency for the treatment of skin laxity: mith or truth. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2015;90(5):707–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806->

4841.20153605

61. Feldman HA, Irwin G, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *J Urol*. 1994;151:54–61.
62. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeções da População: Notas metodológicas 01/2024: Brasil e Unidades da Federação: Estimativas e Projeções [Internet]. Instituto. Hypótilo E, editor. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento e Orçamento; 2024. 1–48 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102111>
63. Shabsigh R, Broderick GA, Althof S, Natanegara F, Wong DG. Daily patterns of sexual intercourse attempts by men with erectile dysfunction treated with tadalafil: Influence of age and marital status. *Int J Impot Res*. 2009;21(5):285–91.
64. Walz J, Epstein JI, Ganzer R, Graefen M, Guazzoni G, Kaouk J, et al. A Critical Analysis of the Current Knowledge of Surgical Anatomy of the Prostate Related to Optimisation of Cancer Control and Preservation of Continence and Erection in Candidates for Radical Prostatectomy: An Update. *Eur Urol* [Internet]. 2016;70(2):301–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.01.026>
65. Lima TFN, Bitran J, Frech FS, Ramasamy R. Prevalence of post-prostatectomy erectile dysfunction and a review of the recommended therapeutic modalities. *Int J Impot Res* [Internet]. 2021;33(4):401–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41443-020-00374-8>
66. Mykoniatis I, Pyrgidis N, Sokolakis I, Ouranidis A, Sountoulides P, Haidich AB, et al. Assessment of Combination Therapies vs Monotherapy for Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021;4(2):1–17.

## ANEXO

## Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -  
FBDC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CUSTO EFETIVIDADE DAS LINHAS DE CUIDADO PARA O TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES PÉLVICAS EM UMA ASSOCIAÇÃO PRIVADA SEM FINS LUCRATIVOS COM RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SALVADOR, BAHIA

**Pesquisador:** PATRÍCIA VIRGÍNIA SILVA LORDÉLO GARBOGGINI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 79633224.9.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.979.563

**Apresentação do Projeto:**

A International Urogynecological Association (IUGA) e a International Continence Society (ICS) determinaram terminologias para as disfunções do assoalho pélvico feminino. (HAYLEN et al., 2010) Dentre elas, a incontinência urinária feminina é uma condição altamente prevalente, com impacto negativo na qualidade de vida, e oneroso impacto econômico para os serviços de saúde. Sendo mais comum em mulheres do que em homens, estima-se que aproximadamente 10% de todas as mulheres adultas sofrem de incontinência urinária. (IRWIN et al., 2011; MILSOM et al., 2016)

Embora existam serviços especializados em ginecologia, urologia e fisioterapia, vinculados ao SUS, a concentração desses recursos em um único centro, dedicado exclusivamente às disfunções pélvicas, é uma lacuna que merece atenção de estudos científicos, não apenas para investigar a qualidade de vida e a melhora clínica dos pacientes acompanhados, mas também descrever a otimização dos recursos públicos de saúde, alinhando aos princípios de eficiência e equidade do sistema de saúde brasileiro.

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br