

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

JOSÉ DIEGO SANTOS E SILVA

**SINTOMAS ANSIOSOS E/OU DEPRESSIVOS EM HOMENS COM DISFUNÇÃO
ERÉTIL.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador - BA

2025

JOSÉ DIEGO SANTOS E SILVA

**SINTOMAS ANSIOSOS E/OU DEPRESSIVOS EM HOMENS COM DISFUNÇÃO
ERÉTIL.**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini.

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Roseny Ferreira

Salvador - BA

2025

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S586 Silva, José Diego Santos e
Sintomas ansiosos e/ou depressivos em homens com disfunção erétil. / José Diego Santos e Silva – 2025.
54f.: 30cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini
Co-orientadora: Prof.^a Dra. Roseny Ferreira

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. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Saúde mental masculina I. Magalhães, Suzane Bandeira de. II. Título.

CDU: 616.697.7

JOSÉ DIEGO SANTOS E SILVA

**"SINTOMAS ANSIOSOS E/OU DEPRESSIVOS EM HOMENS COM
DISFUNÇÃO ERÉTIL"**

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, 04 de julho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Ulton José Argolo Nascimento
Doutor em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP.

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

Dra. Suzane Bandeira de Magalhães
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por todo apoio, incentivo e suporte para conseguir seguir adiante nessa jornada.

Em especial gostaria de agradecer imensamente a minha esposa Talita e minha mãe Roseny, pilares fundamentais para que esse trabalho viesse a existir.

RESUMO

Introdução: A disfunção erétil (DE) é definida como uma incapacidade persistente para obter ou manter uma ereção peniana suficiente para conseguir uma satisfação na performance sexual. Ressaltando que o ciclo de resposta sexual envolve as fases de: desejo, excitação, orgasmo e resolução, a DE compreende uma condição que envolve aspectos físicos e psíquicos que independe da capacidade de resposta sexual. Esta condição afeta de 50 a 70% dos homens acima de 50 anos. **Objetivo:** Analisar a presença de sintomas ansiosos e/ou depressivos em homens com disfunção erétil na chegada para tratamento fisioterapêutico em um serviço de saúde especializado. **Método:** Trata-se de um estudo de corte transversal onde serão incluídos homens com idade entre 30 e 80 anos com escore do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) entre 6 e 25. Serão excluídos homens com história de doença neurológica e ou psiquiátrica, bem como, aqueles que são portadores de malformações anatômicas na região genital. Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), Questionário de Qualidade de Ereção (QQE), SF-36 e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD). **Resultados:** O público encontrado apresenta uma idade média de 63,5 anos e a mediana do IIEF foi de 9. A maioria dos participantes apresentaram o resultado do IIEF de moderado a severo, totalizando 71,8% da mostra. A mediana do escore de ansiedade foi de 5 (3-8) sendo que 22,4 % da amostra apresentou sintomas de ansiedade. O escore da escala dos sintomas de depressão foi uma mediana de 5 (2,5-7) e a frequência de participantes com esses sintomas foi de 15,3%. Juntamos os desfechos para a presença do desfecho combinado, presença de um ou dos dois sintomas avaliados (depressão e ansiedade) encontrando-se uma frequência de 29,4%. Destaca-se uma associação entre a presença dos sintomas com um menor escore do SF total. Para todas as outras variáveis não foi possível verificar associação. **Conclusão:** Esta pesquisa demonstrou uma frequência de sintomas ansiosos e depressivos que se aproxima de pesquisas realizadas em outras regiões do mundo, porém não encontrou associação significativa entre sintomas ansiosos e/ou depressivos com nenhuma das variáveis sócio-demográficas, nem com severidade da DE.

Palavras chaves: Disfunção erétil, Ansiedade, Depressão, Saúde mental masculina.

ABSTRACT

Introduction: Erectile dysfunction (ED) is defined as a persistent inability to obtain or maintain a penile erection sufficient to achieve satisfactory sexual performance. It is important to note that the sexual response cycle involves the phases of desire, arousal, orgasm, and resolution. ED is a condition that involves physical and psychological aspects that are independent of sexual response capacity. This condition affects 50 to 70% of men over 50 years of age. **Objective:** To analyze the presence of anxiety and/or depressive symptoms in men with erectile dysfunction upon arrival for physiotherapy treatment at a specialized health service. **Method:** This is a cross-sectional study that included men aged between 30 and 80 years with an International Index of Erectile Function (IIEF) score between 6 and 25. Men with a history of neurological and/or psychiatric disease, as well as those with anatomical malformations in the genital region, will be excluded. International Index of Erectile Function (IIEF), Erection Quality Questionnaire (EQQ), SF-36 and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Results:** The target audience had a mean age of 63.5 years and the median IIEF was 9. Most participants had a moderate to severe IIEF result, totaling 71.8% of the sample. The median anxiety score was 5 (3-8) and 22.4% of the sample presented symptoms of anxiety. The score on the depression symptoms scale was a median of 5 (2.5-7) and the frequency of participants with these symptoms was 15.3%. We combined the outcomes for the presence of the combined outcome, presence of one or both symptoms assessed (depression and anxiety) finding a frequency of 29.4%. An association between the presence of symptoms and a lower total SF score stands out. For all other variables, it was not possible to verify an association. **Conclusion:** This research demonstrated a frequency of anxious and depressive symptoms that is similar to research conducted in other regions of the world, but did not find a significant association between anxious and/or depressive symptoms with any of the sociodemographic variables, nor with the severity of ED.

Key words: Erectile dysfunction, Anxiety, Depression, Men's mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Avaliação diagnóstica mínima (avaliação básica) em pacientes com disfunção erétil.....	23
--	----

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Fisiopatologia da DE 14

Tabela 1 - Comparação das características sociodemográficas e clínicas dos homens que apresentaram a presença de disfunção erétil.....29

Tabela 2 - Descrição do questionário da Função erétil, Sintomas de ansiedade e depressão, Qualidade da ereção e qualidade de vida.30

Tabela 3 - Comparação das variáveis sociodemográficas e os questionários com a presença ou ausência dos sintomas de ansiedade e/ou depressão31

Tabela 4 - Correlação entre os questionários e a qualidade de vida (SF-36)32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAP - Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico

CID-11 - 11ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DE - Disfunção erétil

DS - Disfunção Sexual

EHAD - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IIFE - Índice Internacional de Função Erétil

IPL - Instituto Patrícia Lordelo

OMS - Organização Mundial da Saúde

PR - Prostatectomia radical

QQE - Questionário de Qualidade de Ereção

QV - Qualidade de vida

SF-36 - The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC - Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo Geral	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1	Aspectos epidemiológicos e clínicos da Disfunção erétil	12
3.2	Ansiedade e DE	15
3.3	Depressão e DE	18
4	MATERIAL E MÉTODOS	22
4.1	Tipo de estudo	22
4.2	Seleção da amostra, critérios de inclusão e exclusão	22
4.3	Local de estudo	22
4.4	Instrumentos	23
4.4.1	Índice Internacional de Função Erétil (IIFE)	23
4.4.2	Questionário de Qualidade de Ereção (QQE)	24
4.4.3	Questionário SF-36	24
4.4.4	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)	25
4.5	Procedimentos	26
4.6	Cálculo amostral	27
4.7	Análise estatística	27
4.8	Considerações éticas	28
5	RESULTADOS	29
5.1	Características sociodemográficas	29
5.2	Sintomas ansiosos e/ou depressivos	30
6	DISCUSSÃO	33
7	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO	39
8	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICES	46

1 INTRODUÇÃO

As disfunções sexuais (DS) apesar de representarem uma grande possibilidade de adoecimento psíquico e interferência na qualidade de vida dos indivíduos, talvez por não trazerem ameaça direta à vida, podem por vezes serem negligenciadas no cuidado de saúde da população.

Dentre as DS mais prevalentes no gênero masculino, a disfunção erétil (DE) se destaca pela alta incidência em vários países do mundo e pela sua importância de serem secundárias e/ou preditoras de vários outros estados mórbidos cardiovasculares, neuroendócrinos, traumáticos e de estilo de vida¹.

Diante do fato da sexualidade masculina está muitas vezes pautada no falocentrismo, obtenção do orgasmo, procriação e heterossexualidade, o advento de uma condição de impotência sexual predispõe o homem a um estado de sofrimento psíquico que interfere, via de modo, em toda a sua estrutura enquanto indivíduo e pessoa.

Baixa autoestima e autoconfiança, humor deprimido, diminuição do senso de masculinidade podem estar associados ao diagnóstico de DE² e os índices apontados em vários estudos da presença de sintomas ansiosos e depressivos validam essa associação³.

Estudos indicam que homens com diagnóstico de DE tem uma probabilidade de 2,24 vezes superior de desenvolverem depressão no 1º ano de diagnóstico do que aqueles sem DE em um período de 5 anos. Contudo, homens com depressão diagnosticada, por sua vez, apresentam um risco duas a quatro vezes mais elevado de desenvolverem disfunção erétil se não tratados⁴.

A necessidade de ser cada vez mais ampliado o olhar para as múltiplas necessidades do homem que convive com uma disfunção incapacitante do ponto de vista sensório-emocional, e sendo a DE tão prevalente inclusive no nosso meio, justifica-se a realização de pesquisas que tornem o acolhimento e tratamento desses indivíduos mais eficazes e assertivos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a presença de sintomas ansiosos e/ou depressivos em homens com disfunção erétil em tratamento fisioterapêutico em um serviço de saúde especializado.

.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos epidemiológicos e clínicos da Disfunção erétil

Disfunção Erétil (DE) pode ser definida como a incapacidade de obter e manter a ereção para uma função sexual satisfatória^{5,6} Essa disfunção pode ter caráter transitório ou persistente e recorrente onde a resposta psicofisiológica para as fases de desejo, excitação e orgasmo esteja bloqueada na sua totalidade ou parcialmente.⁵ A DE tornou-se um problema de saúde pública em vários países e esta prevalência varia de 39 a 61% em uma faixa etária de homens adultos e idosos. No Brasil os dados se assemelham aos índices mundiais em várias regiões do país sendo encontrada uma taxa de incidência de 33.3, 53.7 e 189.5 casos por 1.000 pessoas /ano para homens nas faixas etárias de 40 a 49, 50 a 59 e 60 a 69 anos respectivamente.^{7,6}

Em relação ao nível de comprometimento, em um inquérito nacional Moreira Jr⁶, demonstrou que em uma prevalência de 48,8% houve o percentual de 26,6% para disfunção mínima, 18,3% para moderada e 3,9% para completa.

O diagnóstico clínico da DE requer uma avaliação ampla por tratar-se de uma disfunção que envolve aspectos multifatoriais tanto do âmbito da saúde física (orgânica) quanto da saúde mental dos indivíduos.^{8,9}

Figura 1. Avaliação diagnóstica mínima (avaliação básica) em pacientes com disfunção erétil

Paciente com disfunção erétil (auto-relato)			
↓			
História médica e psicossocial (utilizar instrumentos validados, por exemplo, IIEF)			
↓			
Identificar outros problemas sexuais além da DE	Identificar as causas comuns de DE	Identificar os fatores de risco reversíveis de DE	Avaliar o estado psicossocial
↓			
Exame físico dirigido			
↓			
Deformidades penianas	Doença prostática	Sinais de hipogonadismo	Estado cardiovascular e neurológico

Fonte : I Consenso latino-americano de Disfunção sexual masculina

Apesar de haver uma relação direta com a idade avançada, precisa ser levado em consideração a possibilidade da DE ser fator indicativo ou secundário a comprometimentos sistêmicos como a diabetes mellitus e outras disfunções endógenas, transtornos vasculares, doenças neurológicas e transtornos psicológicos como depressão e ansiedade¹⁰. Outra condição predisponente para a DE é a prostatectomia radical (PR) pela possibilidade de lesão nervosa ou vascular do complexo neurovascular circunscrito. Entre 25-75% dos prostatectomizados apresentam DE no estágio pós-operatório.¹

Para o diagnóstico da etiologia da DE também não deverá ser negligenciada a ação medicamentosa destinada a outras comorbidades, mas que terão impacto sobre a capacidade e qualidade da ereção peniana como os anti-hipertensivos e antidepressivos por exemplo. Será pertinente enquadrar a categoria de drogas lícitas como álcool e tabagismo e demais condições contrárias aos hábitos para uma vida saudável para obtenção de um diagnóstico mais preciso.⁸ (Quadro 1)

Quadro 1 - Fisiopatologia da DE

VASCULOGÊNICO
Hábitos recreativos (por exemplo, fumar cigarros)
Falta de exercício regular
Obesidade
Doenças cardiovasculares (por exemplo hipertensão, doença arterial coronariana, vasculopatia periférica,etc)
diabetes mellitus tipo 1 e 2; hiperlipidemia; síndrome metabólica; hiper-homocisteinemia, etc.
NEUROGENICO
<i>Causas centrais</i>
Distúrbios degenerativos (por exemplo, esclerose múltipla, doença de Parkinson, atrofia múltipla, etc.)
Trauma ou doenças da medula espinhal
AVC
Tumores do sistema nervoso central
<i>Causas periféricas</i>
Diabetes mellitus tipo 1 e 2
Insuficiência renal crônica; insuficiência hepática crônica
Polineuropatia
Cirurgia (grande cirurgia da pelve/retroperitônio) ou radioterapia (pelve ou retroperitônio)
Cirurgia da uretra (estenose uretral, uretroplastia, etc.)
ANATÔMICO OU ESTRUTURAL
Hipospádia; epispádia; micropênis
Fimose
Doença de Peyronie
Câncer de pênis (outros tumores da genitália externa)
HORMONAL
Diabetes Mellitus; Síndrome Metabólica;
Hipogonadismo (qualquer tipo)
Hiperprolactinemia
Hiper e hipotireoidismo
Hiper e hipocortisolismo (doença de Cushing, etc.)
Pan-hipopituitarismo e distúrbios endócrinos múltiplos
VIAS MISTAS DE FISIOPATOLOGIA
Doenças sistêmicas crônicas (por exemplo, diabetes mellitus, hipertensão, síndrome metabólica, insuficiência renal crônica, doenças hepáticas crônicas, hiper-homocisteinemia, apneia obstrutiva do sono, etc.)
Psoríase; artrite gotosa; espondilite anquilosante; fígado gorduroso não alcoólico; periodontite crônica; glaucoma de ângulo aberto;

doença inflamatória intestinal
Causas iatrogênicas (por exemplo, biópsia de próstata guiada por TRUS, etc.)
INDUZIDO POR DROGAS
Anti-hipertensivos (por exemplo, diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, etc.)
Antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina, tricíclicos)
Antipsicóticos (por exemplo, neurolépticos, etc.)
Antiandrogênicos (análogos e antagonistas do GnRH; 5-ARIs)
Drogas recreativas (por exemplo, álcool, heroína, cocaína, maconha, metadona, drogas sintéticas, esteróides, anabolizantes, etc.)
PSICOGÊNICO
Tipo generalizado (por exemplo, falta de excitação e distúrbios da intimidade sexual)
Tipo situacional (por exemplo, questões relacionadas ao parceiro, ao desempenho ou devido a sofrimento)
TRAUMA
Fratura peniana
Fraturas pélvicas

Fonte : EAU Guidelines on Male Sexual Dysfunction 2019 (tradução livre pelo autor)

Pela relação que a DE possui com vários aspectos da saúde física e mental dos indivíduos, é possível inferir que ela pode ser vista como um marcador preditivo de condições que ameaçam a vida do ponto de vista orgânico (doenças cardiovasculares e metabólicas) como do ponto de vista mental/emocional representado prioritariamente com a depressão.³

3.2 Ansiedade e DE

Historicamente encontramos indícios de que a ansiedade e a angústia já foram consideradas sinônimos, embora houvesse pensadores como Cícero (106-04 a.c.) que diferencia um estado contínuo de ansiedade (ansiedade-traço , *ānxiētās*) de uma outra condição que seria um estado de ansiedade momentânea (ansiedade-estado, *angor*). Naquele momento histórico esses estados ansiosos foram compreendidos como características associadas à moral dos indivíduos do que realmente condições anômalas de saúde psíquica.¹¹

Em outros momentos históricos, foi se delineando o conceito de ansiedade como uma condição patológica independente e Freud (1856-1936) trouxe a proposição de que a ansiedade poderia ser uma nova síndrome denominada de neurose de ansiedade e que esta poderia ter como fator causal perturbações e influências nocivas provenientes da vida sexual¹²

Importante destacar que a ansiedade por si só não é uma condição patológica. Ela pode ser considerada normal quando ocasionada por uma causa aparente, tem pouca durabilidade e não exige um esforço exacerbado para que seja capaz de controlá-la e superá-la. A ansiedade se apresenta de diversas maneiras, como sensação de aperto no peito e tremores, enjoo, náuseas, tonturas ou sensação de desmaio, falta de ar ou respiração ofegante, diarreia, tensão muscular, irritabilidade e dificuldade para dormir¹³

Entretanto quando ela se apresenta de maneira repetitiva, sem motivos aparentes, com um continuum de pensamentos negativos e descontrolados proporciona ao organismo um estado de tensão e alerta como proteção do que pode vir a acontecer. Nesses casos a ansiedade transmuta-se e torna-se um transtorno, impactando de forma significativa diversas áreas da vida do sujeito.

Castillo e colaboradores (2000), apontam que o transtorno de ansiedade se apresenta como um sentimento vago, sendo desconfortável fundado a sensações como apreensão, medo, tensões, desconfiança provenientes de antecipação de perigo iminente ao organismo de forma a confeccionar um turbilhão de preocupações exacerbadas, muitas vezes incoerentes com as situações, desaguando no sentimento de insegurança e desconfiança.

Atualmente ansiedade está definida na 11ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 11 (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado de *apreensão ou antecipação de um perigo ou infortúnio futuro, acompanhada por um sentimento de preocupação, angústia ou sintomas somáticos de tensão. A origem do perigo antecipado pode ser interna ou externa.*¹⁴

O transtorno de ansiedade é um dos temas da psiquiatria mais subdiagnosticados na atualidade, pelo fato de que em inúmeros casos o indivíduo não busca atendimento profissional no aspecto da saúde mental por conta desse sofrimento. O fato da sintomatologia deste quadro ser relativamente vago e nem sempre claros por serem sintomas físicos pouco aparentes podem ser fator de barreiras na identificação desta condição.¹⁵

Apesar de, clinicamente, a DE não ser uma disfunção que possua características letais, é inegável o comprometimento psíquico em relação à qualidade de vida e bem estar de homens que convivem com ela. Isto acontece porque a sexualidade tem um papel importante na estruturação da identidade do indivíduo e da sua própria personalidade. Sendo a ereção o indicativo do desejo do homem e estando também associada à sua virilidade, a ausência ou incompletude dela pode ser fator desencadeador de níveis de ansiedade significativos^{10,3}.

De uma forma geral, a expressão afetiva e emocional masculina pode estar vinculada a uma apresentação mais racional que afirma a sua masculinidade e que seria contrária à apresentação mais emotiva associada ao feminino. Essa racionalidade pode trazer como consequência uma expressão da sexualidade valorizada apenas pelo desempenho sexual centrado no pênis, orgasmo, procriação e heterossexualidade como normalidade¹⁶.

A sexualidade influencia e é influenciada por pensamentos, sentimentos, cultura e construção da masculinidade e por conta disso, influencia também a nossa saúde física e mental. Se numa perspectiva masculina falocêntrica ocorrer algum desvio daquilo que é esperado em termos de virilidade, haverá um impacto importante na saúde e qualidade de vida deste indivíduo⁴.

Portanto o transtorno da ansiedade está associado a uma das causas da DE de origem psicogênica pois o mecanismo de autocobrança exarcebada do homem quanto á sua performance sexual pode funcionar como fator inibidor de uma excitação fisiológica e consequente dificuldade na obtenção e manutenção da ereção peniana. O medo de sucessivos fracassos acarreta mais constrangimento, o que gera por sua

vez maiores níveis de ansiedade¹⁰. A prevalência deste tipo de ansiedade foi associada a indivíduos mais jovens e apenas 10% em homens acima de 50 anos¹⁷. Quando se compara índices de ansiedade em homens com ou sem DE é possível ser detectado quase o dobro de incidência (6,4 e 3,8 respectivamente) caracterizando que, apesar da DE não se mostrar como ameaça à vida, não deve ser negligenciada como um potencial fator de desordem emocional e comprometimento das relações interpessoais e deletério para a qualidade de vida dos homens acometidos³.

Em um estudo na china¹⁸ realizado com uma população de 511 homens entre 18 e 60 anos de idade com diagnóstico de DE, a prevalência de ansiedade foi de 38,16% encontrando associação com escolaridade, tempo de início e estilo de vida como tabagismo, atividade física e sono regular.

3.3 Depressão e DE

Hipócrates (460 – 370 a.C) no Sec. IV a.C. fez a primeira descrição clínica da depressão definindo-a como “melancolia” e Pinel (1745-1826) no início do Século XIX descreve que “ *os sintomas geralmente abarcados pelo termo melancolia são taciturnidade, um ar pensativo sério, suspeitas, soturnas e amor a solidão.*” Apesar da depressão ser caracterizada como uma síndrome clínica há mais de 2 mil anos, até hoje paira sobre ela incertezas sobre a sua natureza, classificação e etiologia questionando, entre outras coisas, a sua origem psicogênica ou simples e puramente orgânica¹⁹.

O termo depressão vem do latim e é resultado da combinação das palavras, de (para baixo) e *premere* (pressionar)²⁰.

No campo da saúde mental, a depressão é reconhecida como a segunda mais prevalente das doenças mentais, perdendo apenas para a esquizofrenia. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) existe a probabilidade de que 12 a 25% dos homens e de 10 a 25% das mulheres venham a desenvolver transtorno depressivo em alguma fase da vida¹⁹.

A característica comum da depressão é a experimentação de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida².

A depressão pode se apresentar enquanto sintoma, síndrome ou doença. Quando manifesta como sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos como transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, entre outras condições. Pode também se apresentar como resposta do organismo a situações e contextos estressantes, tais como no luto, circunstâncias sociais, econômicas e políticas adversas.²

Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma combinação de sintomas e sinais que incluem alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas como sono e apetite.

Por fim, quando a depressão emerge enquanto doença tem sido classificada de várias formas, variando no período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, etc.²¹

No atual DSM-V a Depressão clássica está classificada como Transtorno Depressivo Maior. Neste caso os sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. A característica essencial de um episódio depressivo maior é a manutenção de um humor depressivo ou mesmo a perda de interesse e/ou prazer em quase todas as atividades num período de duas semanas. Frequentemente a pessoa acometida desta condição descreve sua sensação como deprimido, triste, desesperançado, desencorajado ou "na fossa".²

É comum a perda de interesse ou prazer em algum grau nas suas atividades. Os indivíduos podem relatar menor interesse por passatempos e atividades de lazer, "não se importar mais" ou falta de prazer em qualquer atividade que antes lhe era prazerosa

e em alguns casos, há redução significativa nos níveis anteriores de interesse ou desejo sexual.²

Sentimentos de desvalia ou culpa a partir de episódio depressivo maior pode incluir avaliações negativas e irrealistas do próprio valor, preocupações cheias de culpa ou rumações acerca de pequenos fracassos do passado frequentemente, interpretando mal eventos cotidianos como provas de defeitos ou falhas pessoais reforçando crenças e supervalorizando a sua responsabilidade por adversidades.²

Na maioria dos países, a depressão varia de 8% a 12%. Especificidades culturais podem influenciar na expressão da depressão, porém algumas variáveis são comuns em diversos destes contextos. Aspectos como pobreza, baixa escolaridade, familiares com depressão, exposição à violência, estar separado ou divorciado, especialmente no caso dos homens, e outras doenças crônicas estão altamente correlacionados com a depressão.²²

Quando tratamos sobre saúde, e em especial saúde mental, e masculinidade encontramos um contexto de invisibilidade e risco. Uma diferença epidemiológica alarmante: a depressão é percebida, em média, duas a três vezes mais em mulheres do que em homens²².

Zanello aponta que os dados epidemiológicos sobre diagnóstico acerca de depressão precisam ser percebidos como resultantes da percepção do profissional acerca da expressão depressiva nos indivíduos, expressão esta que sofre impacto direto do viés de gênero. Os homens são condicionados a subjetivar sua existência, nos moldes de virilidade, suprimindo expressões de fragilidade, dor, sofrimento, entre outras questões. fatores que podem sugerir uma subnotificação dos quadros depressivos masculinos pela falta de uma expressão esperada de tristeza.²²

Ao se levar em conta os aspectos epidemiológicos da depressão e as questões próprias do gênero masculino relativas à sua sexualidade e forma de enfrentamento das emoções, o sofrimento psíquico desta monta na população masculina que convive com disfunções sexuais parece ser plausível de ser encontrado.

A prevalência e severidade dos transtornos de ordem psicológica associam-se à progressão e duração da DE, sendo maiores que os dados observados em homens sem DE, tanto antes como depois do diagnóstico. O risco de indivíduos com DE desenvolverem depressão é particularmente elevado no 1º ano após o diagnóstico de DE e é 2,24 vezes superior ao da população sem DE, num período de 5 anos.^{23,24}

Estudos demonstram que Múltiplos fatores da DE podem aumentar o risco de depressão, como os níveis reduzidos de testosterona, hipoprolactinemia, stress psicológico, baixa autoestima, problemas relacionais e a consequente diminuição da qualidade de vida.²³

Embora a associação da depressão com a DE tenha sido abordada em diversos estudos, a relação causal entre essas duas doenças permanece controversa. A depressão pode aumentar o risco de DE, e a DE pode acentuar a depressão. Shiri e colaboradores sugeriram que há uma relação bidirecional entre depressão e DE em um estudo prospectivo de base populacional de homens finlandeses de 50 a 70 anos.^{24,25}

Um outro estudo realizado com 103 pacientes entre 20 - 76 anos de idade com DE classificou como moderada para 26,2% e 44,7% como grave. Uma condição psiquiátrica detectável estava presente em 63,1% dos pacientes, descrita como transtornos depressivos em 25,2%, transtornos de ansiedade em 11,7%, comorbidade depressão-ansiedade em 6,8% e transtornos de personalidade em 5,8%. Pode-se concluir neste estudo que a morbidade psiquiátrica é altamente prevalente em pacientes com DE, afetando possivelmente o resultado do tratamento.⁸

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal.

4.2 Seleção da amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foram admitidos homens com queixa de incapacidade recorrente de ter ou de manter uma ereção peniana de maneira suficiente para ter uma satisfação sexual. Os Critérios de inclusão foram Homens na faixa etária entre 30 e 80 anos, que estavam matriculados no CAAP (Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico). Como critérios de exclusão foram excluídos homens com história de doença neurológica e ou psiquiátrica, bem como, aqueles que são portadores de malformações anatômicas na região genital.

4.3 Local de estudo

O estudo foi realizado no **Instituto Patrícia Lordêlo (IPL)**, situado no bairro do Itaigara, em Salvador (BA). Constituída como associação civil sem fins lucrativos, a instituição funciona como clínica-escola especializada em saúde pélvica, com foco na atenção integral à mulher. Originado do Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico (CAAP), criado em 2014 e sediado no IPL desde 2019, o instituto consolidou-se como centro de referência regional no diagnóstico, prevenção e tratamento de disfunções pélvicas — incluindo incontinência urinária e fecal, disfunções sexuais masculinas e femininas, constipação intestinal, prolapso genital e atrofia vulvovaginal — por meio de atendimento interdisciplinar com fisioterapia, medicina, psicologia, enfermagem e outras áreas.

Além da assistência clínica de alta complexidade — ofertada inclusive pelo SUS, com capacidade para cerca de 800 atendimentos por dia —, o IPL abriga o CAAP como polo de pesquisa e inovação tecnológica, centrado no desenvolvimento de técnicas pioneiras, como o uso da radiofrequência para tratar incontinência anal e disfunções gênito-pélvicas dolorosas femininas. Essa combinação de excelência assistencial,

atuação acadêmico-científica e compromisso com a democratização do acesso à saúde faz do IPL um espaço estratégico para investigação e formação na área das disfunções pélvicas e saúde da mulher.

4.4 Instrumentos

Foi utilizado como instrumento do estudo um questionário anamnésico básico (Apêndice 1) para coleta de dados clínicos e sociodemográficos, seguindo a rotina e padrão do serviço, baseado nas orientações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Posteriormente foi utilizado os seguintes instrumentos:

4.4.1 Índice Internacional de Função Erétil (IIFE)

O IIEF-5 (Índice Internacional de Função Erétil – versão abreviada) é uma versão simplificada do questionário original IIEF, composta por cinco itens, e tem como objetivo a triagem e avaliação da gravidade da disfunção erétil. Foi desenvolvida por Rosen et al.²⁶ e posteriormente validada por Cappelleri et al.²⁷, buscando oferecer um instrumento prático e clinicamente útil, com boa sensibilidade e especificidade diagnóstica.

Cada uma das cinco perguntas do IIEF-5 investiga aspectos centrais da função erétil, como a capacidade de obter e manter ereções firmes o suficiente para a relação sexual, frequência da atividade sexual satisfatória, confiança na função erétil e satisfação geral. As respostas são pontuadas de 1 a 5, gerando um escore total que varia de 5 a 25 pontos, sendo que escores abaixo de 21 indicam algum grau de disfunção erétil, classificados em leve, moderada ou severa.

Por sua simplicidade e rapidez de aplicação, o IIEF-5 é amplamente utilizado em ambientes clínicos e estudos populacionais, inclusive em versões traduzidas e adaptadas para o português do Brasil. Embora perca a avaliação mais abrangente de domínios como desejo sexual e orgasmo presentes na versão completa, o IIEF-5 se destaca como uma ferramenta eficiente para rastreamento inicial, acompanhamento terapêutico e avaliação de desfechos clínicos em intervenções voltadas à saúde sexual masculina

4.4.2 Questionário de Qualidade de Ereção (QQE)

O Questionário de Qualidade da Ereção (QQE), em sua versão ampliada com cinco itens, é um instrumento autoaplicável utilizado para avaliar de forma subjetiva e multidimensional a função erétil. Essa ferramenta é composta por cinco perguntas que investigam aspectos essenciais da experiência sexual masculina, como a firmeza da ereção, sua manutenção durante a atividade sexual, frequência de ereções satisfatórias, confiança do paciente em obter e manter a ereção, e o grau de satisfação geral com a rigidez peniana. As respostas são registradas em escalas do tipo Likert, o que permite uma mensuração graduada da severidade da disfunção erétil.

Por abordar diferentes domínios da função sexual, o QQE com cinco itens apresenta maior sensibilidade para detectar alterações clínicas ao longo do tempo, sendo especialmente útil no monitoramento da resposta a tratamentos para disfunção erétil. Além disso, seu uso em conjunto com outros instrumentos validados, como o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF), contribui para uma abordagem diagnóstica mais precisa e abrangente na avaliação da saúde sexual masculina.

4.4.3 Questionário SF-36

O SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey) foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão ^{28,29}. Por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, portanto permite comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos ³⁰.

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia

tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar).²⁹

4.4.4 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), elaborada por Zigmond e Snaith em 1983, foi inicialmente proposta como uma ferramenta de triagem para sintomas de ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados em contextos clínicos não psiquiátricos. No entanto, desde sua criação, a escala tem sido amplamente utilizada e validada em diferentes contextos, extrapolando o ambiente hospitalar e se consolidando como um instrumento útil na atenção primária à saúde, em serviços comunitários e em contextos de pesquisa.³¹

O principal diferencial da EHAD é sua concepção metodológica que exclui sintomas somáticos que poderiam ser confundidos com manifestações psíquicas, em especial nas populações com doenças clínicas. Diferente de outras escalas que incorporam sintomas como fadiga, alterações do apetite ou distúrbios do sono — comuns tanto em quadros clínicos quanto psiquiátricos —, a EHAD propõe uma abordagem mais estritamente a expressão psíquica, ao privilegiar conteúdos emocionais e cognitivos relacionados à ansiedade e à depressão. Esse aspecto reduz significativamente o risco de falsos positivos em populações com comorbidades clínicas, o que é particularmente relevante em contextos como o da dor crônica ou câncer, em que manifestações somáticas fazem parte do quadro de base.³²

A escala é composta por 14 itens, distribuídos igualmente entre duas subescalas: uma de ansiedade (EHAD-A) e outra de depressão (EHAD-D). Cada item é pontuado entre 0 e 3, permitindo que cada subescala tenha escore final que varia de 0 a 21. O ponto de corte mais comumente aceito para indicar a presença de sintomas clinicamente significativos em ambas as subescalas é de 8 pontos ou mais (≥ 8)³³. Estudos com diferentes populações indicam que esses pontos de corte apresentam boa sensibilidade (em torno de 80% a 90%), embora a especificidade possa variar bastante, especialmente em populações com alta carga de sofrimento emocional, como pacientes com dor crônica.³⁴

A crítica mais recorrente em relação à EHAD refere-se à sua limitação diagnóstica. Embora eficiente como instrumento de rastreamento, a EHAD não substitui avaliações clínicas estruturadas ou entrevistas diagnósticas como o M.I.N.I. ou SCID. Isso é particularmente relevante quando se discute a condução de tratamentos, pois uma pontuação elevada na escala indica sofrimento psíquico, mas não necessariamente um transtorno mental definido nos manuais diagnósticos como o DSM ou o CID.³⁴

Contudo, sua simplicidade de aplicação, rapidez e aceitação pelos pacientes a tornam uma ferramenta poderosa para o rastreio de sintomas e traços que podem indicar sofrimento mental, mesmo quando não exista ainda um transtorno já instalado, auxiliando aqueles indivíduos no acesso ao cuidado em saúde mental.

A estrutura da EHAD favorece a triagem da população aqui pesquisada, que tradicionalmente apresenta barreiras no reconhecimento e na busca por cuidado em saúde mental, como é o caso dos homens. Dados da literatura indicam que homens tendem a relatar menos sintomas emocionais e são menos propensos a procurar serviços de saúde mental, seja por razões socioculturais, estigmas de gênero ou por dificuldades em reconhecer seus próprios estados emocionais como sinais de adoecimento psíquico.⁴

Dessa forma, embora a EHAD não substitua uma avaliação psiquiátrica completa, ela se apresenta como uma ferramenta confiável e eficiente para triagem inicial de sintomas de ansiedade e depressão, especialmente em contextos clínicos com pacientes que apresentam condições crônicas. Sua aplicação pode auxiliar na identificação precoce do sofrimento psíquico, evitando o agravamento de quadros emocionais não tratados e promovendo a integralidade do cuidado.

4.5 Procedimentos

Após o convite inicial, os indivíduos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 5) conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa em humanos, em duas vias de igual teor, e uma foi devolvida ao pesquisador.

Após a assinatura do TCLE, em uma sala privada e individualizada, o paciente respondeu um questionário de dados sociodemográficos e anamnese básica. Em seguida, os participantes foram orientados por pesquisadores treinados a preencher os questionários autoaplicáveis: Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), Questionário de Qualidade de Ereção (QQE), SF-36 e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD).

4.6 Cálculo amostral

Foi realizado o cálculo amostral utilizando a calculadora Winpepi no qual foi estimado uma prevalência de ansiedade em pacientes com disfunção erétil de 30% , utilizando com base o estudo de Brotto³⁵, e uma diferença aceitável de 10%, sendo necessário um total de 81 pacientes com disfunção erétil.

4.7 Análise estatística

Para a elaboração do banco de dados e da análise inferencial, utilizou-se o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 15.0 para MAC. Os resultados foram apresentados em tabelas. As variáveis categóricas foram expressas em frequências e percentuais – n (%). As variáveis contínuas com distribuição normal foram apresentadas como média e desvio padrão, enquanto aquelas com distribuição não normal foram expressas como mediana e intervalo interquartil. A normalidade das variáveis numéricas foi verificada por meio da estatística descritiva, análise gráfica e do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para identificar as variáveis associadas à presença de sintomas ansiosos e/ou depressivos, utilizou-se o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas. Já para as variáveis contínuas com distribuição normal, aplicou-se o teste t independente, enquanto para aquelas com distribuição não paramétrica, foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

O teste de Spearman foi utilizado para correlacionar o questionário de qualidade de vida SF-36 com os escores dos questionários: IIEF, QEE, HAD-A e HAD-D. A

classificação das correlações seguiu os seguintes critérios: a) entre 1 e 0,90 (correlação muito alta); b) entre 0,90 e 0,70 (correlação alta); c) entre 0,70 e 0,40 (correlação moderada); d) entre 0,40 e 0,20 (correlação baixa); e) entre 0,20 e 0 (correlação muito baixa).

Para todas as análises estatísticas, foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

4.8 Considerações éticas

A coleta de dados do presente estudo só teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE 30593320.9.0000.5600) (Anexo 3) da União Metropolitana para Desenvolvimento da Educação e Cultura (UNIME), na cidade de Salvador-BA. Os informantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos do trabalho, ficando livres para participar ou não. Uma vez aceitando, assinam o TCLE em duas vias, ficando com uma delas. Os dados foram mantidos em sigilo, sendo respeitados os princípios éticos que constam na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É válido ressaltar que os participantes não tiveram custos, tendo o direito de recusar a participar ou de retirar seu consentimento sem penalidade e prejuízos.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 85 homens, todos em acompanhamento fisioterapêutico no IPL e que aceitaram participar de forma voluntária da pesquisa. Não houve desistência, perdas, exclusões por qualquer motivo

5.1 Características sociodemográficas

As características demográficas são apresentadas na tabela 1. O público encontrado apresenta uma idade média de 63,5 anos, que corrobora a variável idade como fator de risco para manifestação de DE. Em relação à conjugalidade, houve uma maior frequência de homens casados, exatamente metade da amostra, além daqueles que declararam união estável, fazendo com que a amostra tenha mais de 60% de homens em uma relação estável. A raça predominantemente autodeclarada foi preta, e o grau de escolaridade ensino médio completo. Outro dado relevante é que 78,8% dos homens desta amostra fizeram a prostatectomia e a mediana do tempo destes pacientes é de 14 meses de pós-cirurgia.

Tabela 1 - Comparação das características sociodemográficas e clínicas dos homens que apresentaram a presença de disfunção erétil

Variáveis	Amostra (n=85)
Idade m±DP	63,5 ±10
Estado Civil	N (%)
Casado	42 (50,0)
Solteiro	19 (22,6)
Divorciado	6 (7,1)
Viúvo	7 (8,3)
União Estável	10 (11,9)
Cor/Etnia	
Branco	6 (7,1)
Pardo	38 (45,2)
Preto	39 (46,4)
Amarelo	1 (1,2)
Grau de Escolaridade	
Sem escolaridade	1 (1,2)
Ensino fundamental incompleto	24 (28,6)
Ensino Fundamental Completo	13 (15,5)
Ensino Médio Incompleto	10 (11,9)

Ensino Médio Completo	30 (35,7)
Ensino Superior Incompleto	1 (1,2)
Ensino Superior Completo	5 (6,0)
Fez prostatectomia	67 (78,8)
Tempo que realizou a prostatectomia (meses)	14 (7-24)
M(IIQ)	
Uso de Tadalafila ou Sildenafil	33 (45,2)

5.2 Sintomas ansiosos e/ou depressivos

Na tabela 2 é apresentado a descrição dos resultados dos questionários utilizados na pesquisa. Estes dados estão descritos de forma numérica através da mediana e intervalo interquartil e de forma categórica pelo número absoluto e a frequência dos achados. Destaca-se que na amostra a mediana do IIEF foi de 9 e que a maioria dos participantes apresentavam o resultado do IIEF de moderado a severo, totalizando 71,8% da mostra. A mediana do escore de ansiedade foi de 5 (3-8) sendo que 22,4 % da amostra apresentou sintomas de ansiedade. O escore da escala dos sintomas de depressão foi uma mediana de 5 (2,5-7) e a frequência de participantes com esses sintomas foi de 15,3%. Juntamos os desfechos para a presença do desfecho combinado, presença de um ou dos dois sintomas avaliados (depressão e ansiedade) encontrando-se uma frequência de 29,4%. com IC95% 20,5-39,7%

Tabela 2 - Descrição do questionário da Função erétil, Sintomas de ansiedade e depressão, Qualidade da ereção e qualidade de vida.

Variáveis	Amostra (n=85)
IIEF M(IIQ)	9 (6-12)
Leve	24 (28,2)
Moderado	32 (37,6)
Severa	29 (34,1)
EHAD A M(IIQ)	5 (3-8)
Sintomas de Ansiedade	19 (22,4)
EHAD D M(IIQ)	5 (2,5-7)
Sintomas de Depressão	13 (15,3)
Sintomas de ansiedade ou depressão	25 (29,4)
QQE M(IIQ)	25 (0-46)
SF 36 M(IIQ)	113 (101-127)

M=mediana ; IIQ= Intervalo interquartil; IIEF= Índice Internacional de Função Erétil; QQE= Questionário de qualidade de ereção

Na tabela 3 foi realizada a comparação entre as variáveis sociodemográficas e os resultados dos questionários, observando a presença ou ausência dos sintomas de ansiedade e/ou depressão. Destaca-se uma associação entre a presença dos sintomas com um menor escore do SF total. Para todas as outras variáveis não foi possível verificar associação.

Tabela 3 - Comparação das variáveis sociodemográficas e os questionários com a presença ou ausência dos sintomas de ansiedade e/ou depressão

Variáveis	Sintomas de Ansiedade e/ou depressão		Valor de p
	Não (60)	Sim (25)	
Idade	64 ±9	63 ±12	0,848*
Prostatectomia	50 (83,3)	17 (68,0)	0,115**
Estado Civil			0,125**
Casado	28 (47,5)	14 (56,0)	
Solteiro	13 (22,0)	6 (24,0)	
Divorciado	6 (10,2)	0	
Viúvo	3 (5,1)	4 (16,0)	
União Estável	9 (15,3)	1 (4,0)	
Cor/Etnia			0,724**
Branco	5 (8,5)	1 (4,0)	
Pardo	25 (42,4)	13 (52,0)	
Preto	28 (47,5)	11 (44,0)	
Amarelo	1 (1,7)	0	
Escolaridade			0,535**
Fundamental	35 (59,3)	13 (52,0)	
Médio e Superior	24 (40,7)	12 (48,0)	
IIEF			0,952**
Leve a moderado	17 (28,3)	7 (28,0)	
Moderado	22 (36,7)	10 (40,0)	
Severo	21 (35,0)	8 (32,0)	
Tempo de prostatectomia (meses)	12 (8-22)	21 (8-37)	0,405***
Uso de Tadalafil ou Sildenafil	26 (50,0)	7 (33,3)	0,195**
SF total	121 (106-128)	103 (91-117)	0,039***
QEQ	33,3 (1-49,0)	17 (0-43)	0,415***
IIEF	9 (6-12)	9 (6,5-14,5)	0,215***

*Teste T independente, ** Teste Qui-quadrado ; *** Teste Mann-whitney;

Na tabela 4 realizamos a correlação entre os escores dos questionários com o escore do SF 36 que representa a qualidade de vida (QV), desta forma foi possível identificar correlação entre a QV e os escores da ansiedade e depressão. Destaca-se que houve uma correlação moderada entre o escore de ansiedade e o de qualidade de vida,

quanto maior o escore de QV menor o escore de ansiedade. O escore de depressão apesar de também ter demonstrando relação, foi identificada uma correlação mais fraca, destacando que quanto menor o escore de depressão maior o impacto positivo na QV.

Tabela 4 - Correlação entre os questionários e a qualidade de vida (SF-36)

Escore Questionários	R	Valor de p *
IIEF	- 0,012	0,913
EHAD A	- 0,449	<0,001
EHAD D	- 0,364	<0,001
QQE	0,063	0,575

*Correlação de Spearman

6 DISCUSSÃO

A literatura aponta que a DE acomete 45,1% de homens brasileiros, em algum grau, e a partir dos 60 anos a taxa de DE aumenta independentemente da presença de outras comorbidades associadas¹⁰. A idade é um importante fator de risco, elevando tanto a prevalência quanto a severidade da DE⁷. No presente estudo, ao analisar a amostra de homens com DE acerca da presença de sintomas ansiosos e/ ou depressivos verificamos uma idade média de 63,5 anos e com 78,8% da amostra pós prostatectomizada. Duas variáveis que corroboram para uma maior severidade da DE^{1,10}. Nesta amostra destaca-se que a mediana do escore IIEF foi de 9, apontando que a maioria dos participantes apresentaram uma DE de grau moderado a severo, totalizando 71,8%.

O nível de escolaridade associa-se de modo inversamente proporcional ao risco para DE⁷. Nesse estudo 35,7% da amostra possui ensino médio completo, no entanto, ao somar a população que possui um nível educacional inferior ao ensino médio completo, foi encontrado uma frequência de 57,2%. Este dado pode ser relevante, visto que o grau de escolaridade também pode ser um fator importante na capacidade de auto-expressão emocional. A literatura tem apontado a escolaridade como um fator protetor contra as enfermidades psíquicas, potencializador de expressão e reconhecimento emocional.^{22,36}

Além disto, sabe-se que os indivíduos com baixa escolaridade têm menor acesso aos cuidados em saúde, maior desconhecimento acerca da função sexual, mais mitos, tabus e preconceitos errôneos, que são prejudiciais ao desempenho sexual.⁷ Os idosos, nosso maior público nesta pesquisa, com menor nível de instrução, tendem a apresentar uma menor capacidade de interpretar os sinais e sintomas subjetivos de adoecimento mental, por muitas vezes tanto eles próprios como a família relegando à idade avançada potenciais sinais de sofrimento, fator este que prejudica a busca por cuidado especializado^{37,38}

Para muitos homens a DE surge como elemento que abala a sua masculinidade, tornando-o menos homem ou um homem incompleto. Diversos estudos, principalmente qualitativos, reiteram essa crença tornando essa experiência como

uma fonte de ansiedade, depressão ou constrangimento para os homens. Essa perspectiva questiona sua autoestima promovendo sentimentos de impotência e medo de serem estigmatizados.³⁹

Segundo Coutinho e colaboradores⁴⁰ a DE está associada a sintomas de ansiedade e de depressão, sendo que quanto maior a escolaridade menor a presença de sintomas ansiosos e depressivos. Neste estudo encontramos uma frequência de 29,4% de presença do desfecho combinado (depressão e ansiedade), sendo que 22,4 % da amostra apresentou sintomas de ansiedade e 15,3% sintomas de depressão. Sugimori e colaboradores⁴¹ encontraram dados similares na sua pesquisa com 20,5% de ansiedade e 22,3% de frequência de depressão na população japonesa.

Diversos estudos apontam para a bidirecionalidade entre depressão e DE, um aumenta o risco do outro.^{25,40,42,43} No entanto, a literatura diverge quanto a associação entre gravidade da DE e a presença de sintomas depressivos e ansiosos. Xiao e colaboradores¹⁸ encontraram associação positiva entre estas variáveis, dado também encontrado em pesquisas anteriores na população chinesa.^{44,45} Já nesta presente pesquisa não foi encontrada associação positiva entre grau de severidade da DE e presença de sintomas ansiosos ou depressivos o que corrobora com os achados de outro estudo.⁸

Coutinho e colaboradores⁴⁰ apontam no seu estudo que sintomas ansiosos e depressivos estavam mais associados a casos de DE leve e moderada do que nos casos de DE grave. Apontam também que os casos de DE grave possuíam majoritariamente uma etiologia orgânica.⁴⁰ Os achados deste estudo podem reforçar os dados encontrados na presente pesquisa, visto que 78,8% da amostra são de homens prostatectomizados, tendo uma causa orgânica como base para DE.

A frequência de homens prostatectomizados apresenta-se como um elemento significativo, visto que homens que desenvolveram DE como consequência da prostatectomia tem outras características que podem influenciar na percepção e na experiência da DE. Chambers e colaboradores³⁹, a partir de uma revisão sistemática, encontraram algumas respostas acerca dos impactos desta sequela em

homens pós-cirúrgicos. A ameaça ao senso de masculinidade foi uma resposta frequente em diversos estudos com homens pós tratamento oncológico. Algumas das formas de lidar com essa questão foram descritas como “respostas masculinas tradicionais(hegemônicas)” como por exemplo a contenção emocional, estoicismo, aceitação, otimismo e humor.³⁹

A maioria destes dados foram alcançados através de estudos qualitativos, nos quais foi possível detectar que os homens racionalizaram sua DE como uma estratégia ativa de reformular cognitivamente essa experiência e ferir menos o seu senso de masculinidade abalado pela disfunção. Quatro foram as principais estratégias adotadas: Usaram a idade como fator para normalizar ou aceitar sua condição; A DE como uma compensação pela manutenção da vida ou saúde prolongada; Ampliaram sua definição de sexo para além da ereção e penetração; Procuraram outras evidências da sua masculinidade como por exemplo o fato de ter filhos, já ter vivido muitas experiências, ter se relacionado com muitas parceiras, etc.³⁹

Este mesmo estudo em contraposição apresenta que num pequeno número dos estudos quantitativos analisados, que incluíam homens mais mais velhos, relatou que as mudanças na função sexual masculina teve impacto mínimo na masculinidade.³⁹ Portanto, a vivência e a sobrevivência do câncer é um fantasma que pode obnubilizar outras experiências deste indivíduo, como por exemplo sua condição de saúde mental. Em muitos casos o diagnóstico do câncer de próstata surge como um atestado de óbito enquanto representação social e mesmo após a intervenção médica estes homens podem se perceber como sobreviventes, não curados, podendo recidivar. Conseqüentemente este fator torna-se mais significativo do que as suas sequelas e conseqüências, tornando qualquer sentimento alheio a isso menos relevante.^{46,47}

Estes fatores, DE pós-prostatectomia e média de idade elevada desta população são variáveis que podem ter impactado na percepção da presença de sintomas ansiosos e depressivos pelo público da pesquisa vigente. DSM-V² aponta dificuldades diagnósticas em pacientes com adoecimentos graves como o câncer quando se trata de depressão. A literatura também corrobora sobre a dificuldade dos idosos em reconhecer e relatar sintomas de saúde mental, como depressão e ansiedade. Essa limitação pode estar associada a diversos fatores como alterações neurobiológicas

relacionadas ao envelhecimento, presença de alexitimia (incapacidade de identificar e expressar emoções), estigmas sociais e a tendência de normalizar sintomas emocionais como parte do processo de envelhecimento. Além disso, o estigma cultural relacionado à vulnerabilidade emocional em populações mais velhas e a falta de informação adequada sobre saúde mental contribuem para a subnotificação e o subdiagnóstico desses transtornos.⁴⁸

Sugimori e colaboradores⁴¹ tiveram como um diferencial no seu trabalho a estratificação dos sintomas de ansiedade e depressão segundo a faixa etária da amostra. Foram encontradas associações significativas entre DE e ansiedade e depressão apenas nos grupos etários de 45 a 49 anos e também no grupo de 50 a 54 anos. Nesse mesmo estudo o estrato etário de 60 a 65 anos, grupo no qual se encontra a média de idade dos participantes da presente pesquisa, apresentou 16,7% e 7,7% de sintomas para depressão e ansiedade respectivamente, sendo frequências menores que a média da pesquisa total, o que pode levantar a possibilidade de que outros fatores relacionados à idade e o envelhecer influenciam no surgimento ou não de sintomas psicológicos na vivência da DE em idosos.

A vivência da sexualidade no idoso é repleta de estigmas, tabus e preconceitos. Alguns estudos apontam que a partir dos 60 anos os idosos e a sociedade encaixam essas pessoas neste lugar de assexual, se tornando comum não vivenciar sua sexualidade.⁴⁹ Esses mitos podem mascarar o sofrimento deste idoso sobre a DE, tornando a experiência com essa disfunção algo que corrobora com essa expectativa social de um idoso sem vida sexual ativa.

Além da idade, Silva e Melo⁴ apontam que quando se trata de dados sobre saúde mental, um outro fator se mostra relevante. Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são encontrados em uma frequência maior entre mulheres do que nos homens. Segundo o DSM-V² pessoas do sexo feminino experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino, começando no início da adolescência e além disto, existe uma maior chance de falsos-negativo entre homens quando se realiza testes de screening em saúde mental. Essa percepção deficitária masculina pode ocorrer pelo fato de que homens demonstram ter uma tendência em associar doença à fraqueza e, conseqüentemente, têm maior dificuldade na sua expressão emocional,

na comunicação de ansiedades e de sentimentos de tristeza do que as mulheres. O fator gênero, portanto, se torna em muitos casos uma barreira de resistência deste público em relatar sintomas emocionais a entrevistadores havendo possibilidade de sub-diagnósticos quando trata-se de saúde mental masculina.^{2,4}

Esta pesquisa corrobora a literatura acerca da relação positiva entre a DE e qualidade de vida. Diversos estudos mostram que homens com DE relatam piora significativa nos domínios físico, emocional e social de bem-estar, além de aumento nos níveis de ansiedade e depressão.⁵⁰

Diante de um público acometido por uma condição que impacta dimensões estruturantes como a autoestima, o senso de identidade, os papéis e representações sociais, as relações interpessoais e a sexualidade, é esperado que a qualidade de vida seja significativamente afetada. Mesmo com a presença de diversos fatores que mascaram a expressão do sofrimento psíquico — como a idade avançada, os mecanismos de uma masculinidade hegemônica, a baixa escolaridade e a dificuldade de acesso à informação —, os efeitos subjetivos da disfunção erétil tendem a se intensificar. A combinação entre o abalo na subjetividade e a incapacidade ou dificuldade em reconhecer, expressar e cuidar desse sofrimento emocional contribui diretamente para o adoecimento mental e a queda na qualidade de vida.⁵¹⁻⁵³

A internalização destes padrões rígidos da masculinidade hegemônica frequentemente impede que homens busquem ajuda para questões emocionais, quiçá expressá-las, reforçando o silêncio masculino que o isola e fundamenta uma vida dolorida, insegura e confusa. Esse impacto da repressão emocional e sexual na qualidade de vida pode ser amplamente compreendido à luz da teoria de Wilhelm Reich. Para este autor, a supressão contínua dos impulsos afetivos e sexuais, frequentemente incentivada por padrões sociais repressivos — como os modelos rígidos de masculinidade —, gera bloqueios energéticos que se manifestam em tensões corporais e sintomas psicossomáticos.⁵⁴ Esses bloqueios afetam diretamente a vitalidade do indivíduo, sua capacidade de experimentar prazer e espontaneidade. Esse bloqueio limita as experiências de prazer, as relações sociais, extraindo ou restringindo junto a perda da ereção da possibilidade da experimentação do prazer para além do sexo. Quando somados fatores como baixa escolaridade, envelhecimento e

sobrevida pós câncer, esses mecanismos contribuem para um quadro de sofrimento subjetivo silencioso, que desestrutura a saúde mental e deteriora a qualidade de vida.⁵⁰⁻⁵⁴

Todos estes dados apresentados e discutidos se afinam com a experiência deste pesquisador durante a aplicação dos questionários, no qual diversos participantes relataram experiências de sofrimento psíquico no discurso enquanto preenchiam os questionários, muitas vezes também acompanhados de discursos de aceitação como por exemplo o fato “da idade já ser avançada”, “não ter mais idade para isso”, “já ter vivido o suficiente”, “estar vivo é mais importante”, piadas e bom humor, entre outras estratégias típicas desta masculinidade hegemônica como discutido ao longo do texto. Estes sofrimentos, portanto, não puderam ser observados plenamente nos resultados quantitativos desta mostra. Uma especulação do autor é que esta observação poderia ser melhor discutida através de um estudo qualitativo.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Como limitações este estudo aponta uma amostra pequena, um quantitativo maior de homens idosos e também um alto índice de homens pós-prostatectomizados, fatores que podem ter influenciado nos resultados desta pesquisa. A falta de uma metodologia que contemplasse além dos dados quantitativos também as dimensões qualitativas destes homens foi algo que demonstrou ser uma limitação importante para característica deste estudo, visto que foi percebido pelo pesquisador em algumas oportunidades relatos de desconforto emocional em conversas informais que não apareciam no momento da marcação das questões nos instrumentos.

A falta de coleta de alguns dados presentes em outras pesquisas ao redor do mundo como tabagismo, prática de atividades físicas, entre outros elementos, também foi identificado como limitação deste presente estudo.

No entanto, discutir acerca da saúde sexual e emocional dos homens se mostrou um tema de grande relevância para o cuidado em saúde integral para essa população, visto que é um público que tende a resistir na expressão do seu sofrimento, correndo mais riscos de viver com sofrimento psíquico sem suporte adequado.

8 CONCLUSÃO

Esta pesquisa demonstrou uma frequência de sintomas ansiosos e depressivos que se aproxima de pesquisas realizadas em outras regiões do mundo, porém não encontrou associação significativa entre sintomas ansiosos e/ou depressivos com nenhuma das variáveis sócio-demográficas, nem com severidade da DE. Assim como presente na literatura, o presente estudo também encontrou relação positiva entre a qualidade de vida e a DE, sendo elementos inversamente proporcionais. Este estudo ainda apontou para a necessidade de pesquisas e estudos que também contemplem metodologias qualitativas como a possibilidade para ultrapassar possíveis resistências e/ou barreiras dos homens sobre sua expressão emocional bem como a necessidade de uma investigação mais específica entre os homens com DE como sequela do tratamento oncológico e aqueles de outras etiologias.

REFERÊNCIAS

1. Wespes E, Schulman C, Montorsi F, Rosen RC, André B, Buvat J, Hatzichristou D, McCarthy T, Muneer A, Raczka M, Sharlip ID, Ulbrich E. EAU guidelines on erectile dysfunction. *Eur Urol.* 2009;55(5):1038–59. doi:10.1016/j.eururo.2008.12.020.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Britto R, Benetti SPC. Ansiedade, depressão e característica de personalidade em homens com disfunção sexual. *Rev Soc Bras Psicol Hosp.* 2010 Dez [citado 2025 Jun 18];13(2):243-58. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200007&lng=pt.
4. Silva RP, Melo EA. Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2021;26(10):4613–22. doi:10.1590/1413-812320212610.10612021.
5. Domingos VG, Britto IAG. Disfunção sexual masculina: algumas implicações. *Fragmentos Cult.* 2013;23(4):579–86.
6. Moreira Júnior ED, Abdo CHN, Torres EB, Lobo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalência e fatores de risco da disfunção erétil no Brasil: resultados do estudo multicêntrico de comportamento sexual. *Rev Bras Med.* 2001;58(6):515–22.
7. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(6):424–9
8. Mallis D, Moysidis K, Nakopoulou E, Papaharitou S, Papadopoulos I, Hatzichristou D. Psychiatric morbidity is frequently undiagnosed in patients with erectile dysfunction. *J Urol.* 2005;174(2):538–41. doi:10.1097/01.ju.0000165162.02868.57.
9. 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.* 2000;30(4):328–38. doi:10.1006/pmed.2000.0643.
10. Lima TA, Moreira ED Jr, Moura MD, et al. Disfunção erétil e fatores associados em homens brasileiros: resultados da pesquisa nacional de saúde sexual e reprodutiva. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(2):245–56. doi:10.1590/1980-5497201600020006.
11. Ilgner Justa Frota A, Moura Fé AAC, de Paula FTM, Santos de Moura VEG, de Moura Campos E. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *J Health Biol Sci.* 2022;10(1):1-8.
12. Freud S. As neuropsicoses de defesa (1894). In: Freud S. Obras completas. Vol. 3: Neuropsicopatologia. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. p. 255–280.

13. Andrade LH, Mangolini VI, Wang YP. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Med (São Paulo)*. 2019;98(6):415–22. doi:10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422.
14. Organização Mundial da Saúde. ICD-11 Reference Guide. Genebra: OMS; 2019.
15. Zuardi AW. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. *Med Ribeirão Preto*. 2017;50(supl 1):51–5. doi:10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p51-55.
16. Santos L. Homens e expressão emocional e afetiva: vozes de desconforto associadas a uma herança instituída. *Configurações*. 2015;(15):31–48.
17. Avasthi A, Krishna K, Grover S. Prevalence and psychological impact of antidepressant-associated sexual dysfunction: a study from North India. *Indian J Psychiatry*. 1994;36(4):144–8.
18. Xiao Y, Xie T, Peng J, Zhou X, Long J, Yang M, et al. Factors associated with anxiety and depression in patients with erectile dysfunction: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2023;11(1):36. doi:10.1186/s40359-023-01074-W.
19. Beck AT, Alford BA. *Depressão: causas e tratamento*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
20. Delouya S. A invisibilidade da depressão em homens: há lugar para dor no masculino? *Psicol Clín*. 2008;20(2):63-76.
21. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, organizadores. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial; 2000. p. 87-92.
22. Windmüller N, Zanella V. Depressão e masculinidades: uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros. *Psicol Estud*. 2016 Nov 25 [cited 2025 Jun 18];21(3):437-49. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31896>
23. Silva MS. *Fatores biopsicossociais relacionados com a disfunção sexual e a depressão ao longo da vida [dissertação]*. Porto: Universidade do Porto; 2023.
24. Huang KL, Liu CY, Yang YH, Leu HB, Wu CC, Lin SJ, et al. Newly diagnosed erectile dysfunction and risk of depression: a population-based 5-year follow-up study in Taiwan. *J Sex Med*. 2012;9(7):1957-63. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02731.x.
25. Shiri R, Koskimäki J, Häkkinen J, Auvinen A, Tammela TLJ, Hakama M. Bidirectional relationship between depression and erectile dysfunction in men: a population-based longitudinal study. *J Sex Med*. 2007;4(6):1736–42. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00603.x
26. 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 Jun;49(6):822-30. doi: 10.1016/s0090-4295(97)00238-0. PMID: 9197930.
27. 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 Aug;54(2):346-51. doi:10.1016/S0090-4295(99)00099-0. PMID: 10443736.
 28. Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart AL. Comparison of health outcomes at a health maintenance organisation with those of fee-for-service care. *Lancet*. 1986;327(8488):1017-22.
 29. Ware JE Jr, Gandek B; IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*. 1994;23(2):49-73. doi:10.1080/00207411.1994.11449283
 30. Hayes V, Blane D, Wallace P. The SF-36 Health Survey Questionnaire: Is it Suitable for use with Older Adults? *Age Ageing*. 1995 Mar;24(2):120-125. doi:10.1093/ageing/24.2.120.
 31. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 Feb;52(2):69-77. doi:10.1016/S0022-3999(01)00296-3.
 32. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr*. 1998;47(6):285-9. doi:10.1590/S0047-20852098000600006.
 33. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):359-63. doi:10.1590/S0034-89101995000500004
 34. Castro MMC, Quarantini L, Batista Neves SC, Kraychete DC, Daltro CH, Miranda Scippa ÂM. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anesthesiol*. 2006;56(5):470-7. doi:10.1590/S0034-70942006000500005.
 35. Brotto LA, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo CH, Byers ES, Graham CA, Nobre P, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med*. 2016 Apr;13(4):538-71. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.019
 36. Demenescu LR, Stan A, Kortekaas R, van der Wee NJ, Veltman DJ, Aleman A. On the connection between level of education and the neural circuitry of emotion perception. *Front Hum Neurosci*. 2014 Oct 27;8:866. doi:10.3389/fnhum.2014.00866. PMID: 25386133; PMCID: PMC4209829.

37. Batista AS, Lourenço RA, Neri AL. Escolaridade e percepção de saúde em idosos: dados da Pesquisa SABE. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(4):e200076. doi:10.1590/1981-22562020023.200076.
38. Kasai JY, Santos MA, Silva LM, Fiorati RC. A vivência do sofrimento psíquico em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(1):e180156. doi:10.1590/1981-22562019022.180156.
39. Chambers SK, Chung E, Wittert G, Hyde MK. Erectile dysfunction, masculinity, and psychosocial outcomes: a review of the experiences of men after prostate cancer treatment. *Transl Androl Urol.* 2017;6(1):60–68. doi:10.21037/tau.2016.08.12.
40. Coutinho PJR, Fernandes CSC, Facio FN Jr, Miyazaki MCOS. Caracterização e aspectos psicológicos de pacientes com disfunção erétil. *Psicologia: Teoria e Prática.* 2020;22(3):321–38. Disponível em: <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/12435>
41. Sugimori H, Yoshida K, Tanaka T, Baba K, Nishida T, Nakazawa R, et al. Relationships between erectile dysfunction, depression, and anxiety in Japanese subjects. *J Sex Med.* 2005;2(3):390–396. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.20354.x
42. McCabe MP, Althof SE. A systematic review of the psychosocial outcomes associated with erectile dysfunction: Does the impact of erectile dysfunction extend beyond a man's inability to have sex? *J Sex Med.* 2014;11(2):347-363.
43. Rajkumar R, Kumaran AK. Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. *Compr Psychiatry.* 2015;60:114–8. doi:10.1016/j.comppsy.2015.04.010.
44. Yang Y, Song Y, Lu Y, Xu Y, Liu L, Liu X. Associations between erectile dysfunction and psychological disorders (depression and anxiety): a cross-sectional study in a Chinese population. *Andrologia.* 2019 Nov;51(10):e13395. doi: 10.1111/and.13395
45. Gao J, Wang N, Wang Z, Guo L, Zhang H, Wu J, et al. Erectile dysfunction and associated factors among Chinese men aged 35–64 years. *Int J Impot Res.* 2013;25(3):116–121. doi:10.1038/ijir.2013.7.
46. Araújo JS. Paciente, curado, vítima ou sobrevivente de câncer urológico? Um estudo qualitativo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10102016-161847/publico/JEFERSONSANTOSARAUJO.pdf>
47. Oliveira RAA de, Zago MMF. Paciente, curado, vítima ou sobrevivente de câncer urológico? Um estudo qualitativo. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26:e3089. doi:10.1590/1518-8345.2715.3089.
48. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. Assessment of alexithymia and cognition in elderly psychiatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005;17(1):45–51. doi:10.1176/jnp.17.1.45.

49. De Alencar DC, Ciosak SI, Pimenta CJL. A sexualidade na velhice: entre mitos e tabus. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):193–203. doi:10.1590/S1809-98232014000100019
50. Elterman DS, Bhattacharyya SK, Mafilios M, Woodward E, Nitschelm K, Burnett AL. The Quality of Life and Economic Burden of Erectile Dysfunction. *Res Rep Urol.* 2021;13:79–86. doi:10.2147/RRU.S283097.
51. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol.* 2003 Jan;58(1):5-14. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.5.
52. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000 May;50(10):1385-401. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00390-1.
53. Oliffe JL, Han CS. Beyond workers' compensation: men's mental health in and out of work. *Am J Mens Health.* 2014 Jan;8(1):45-53. doi: 10.1177/1557988313490786.
54. Reich W. *A função do orgasmo.* São Paulo: Martins Fontes; 1971.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Ficha de avaliação



1. Data da avaliação: ____/____/____
 2. Data de nascimento: ____/____/____
 3. Nome: _____
 4. Idade: _____
 5. Endereço: _____
 6. Bairro: _____
 7. Telefone: (____) _____ / (____) _____

8. Cor/etnia: []
 [1] Branco [4] Amarelo
 [2] Pardo [5] Indígena
 [3] Preto

9. Estado Civil: []
 [1] Casado [4] Viúvo
 [2] Solteiro [5] Em união estável
 [3] Divorciado

10. Qual o seu grau máximo de escolaridade? []
 [1] Sem escolaridade [5] Ensino médio completo
 [2] Ensino fundamental incompleto [6] Ensino superior incompleto
 [3] Ensino fundamental completo [7] Ensino superior completo
 [4] Ensino médio incompleto [8] Pós graduação completa ou incompleta

11. Quantas pessoas moram em sua casa? (Incluindo você) []
 [1] Duas pessoas. [5] Seis pessoas.
 [2] Três pessoas. [6] Mais de 6 pessoas.
 [3] Quatro pessoas. [7] Moro sozinho.
 [4] Cinco pessoas.

12. Quais das seguintes condições já lhe foram diagnosticadas? []
 [1] Doença neurológica [5] Mal formação na região genital
 [2] Doença de Peyronie [6] Anemia falciforme
 [3] Diabetes [7] Câncer de próstata
 [4] Doença Psiquiátrica [8] Câncer de pênis

13. Você toma medicamento para ereção? []
 [1] Sim
 [2] Não

14. Se sim, qual medicamento você tem utilizado? []
 [1] Sildenafil (Viagra)
 [2] Tadalafila (Cialis)
 [3] Vardenafil (Levitra)
 [4] Lodenafila (Helleva)
 [5] Injeção intracavernosa
 [6] Outro: _____
 [7] Não se aplica

15. Fez algum procedimento cirúrgico? []
 [1] Sim. Local: _____ Data do procedimento: ____/____/____
 [2] Não

16. Fez algum tratamento oncológico? []
 [1] Sim
 [2] Não

17. Se sim, qual?

18. IIEF-5

	q.01	q.02	q.03	q.04	q.05	Total
Aval						
Final	q.01	q.02	q.03	q.04	q.05	Total

19. QEQ

	q.01	q.02	q.03	q.04	q.05	q.06	Total
Avl							
Fim	q.01	q.02	q.03	q.04	q.05	q.06	Total

20. SF-36

Avl	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	Total
Fim	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	Total

21. EHAD

Ti	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	total
Tf	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	total

22. Ultrassonografia com Doppler de Pênis

Velocidade Sistólica de Pico

	Direita				Esquerda			
	5'	10'	15'	20'	5'	10'	15'	20'
Avaliação Inicial								
Reavaliação Final								

Velocidade Diastólica Final

	Direita				Esquerda			
	5'	10'	15'	20'	5'	10'	15'	20'
Avaliação Inicial								
Reavaliação Final								

23. Diâmetro da artéria cavernosa

	Artéria Direita		Artéria Esquerda	
	Pênis flácido	10 minutos	Pênis flácido	10 minutos
Avaliação Inicial				
Reavaliação Final				

24. ICIQ-SF

Avl	q3	q4	q5	Total	q6.1	q6.2	q6.3	q6.4	q6.5	q6.6	q6.7	q6.8
Fim	q3	q4	q5	Total	q6.1	q6.2	q6.3	q6.4	q6.5	q6.6	q6.7	q6.8



APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: COMPARAÇÃO DE OPÇÕES DE TRATAMENTO CONSERVADOR NO MANEJO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CEGO

Pesquisadora responsável: Carlos Mamede

O senhor está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias de igual teor. Uma via ficará com o senhor e a outra ficará com o pesquisador. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo principal: Verificar a resposta hemodinâmica da radiofrequência, ondas de choque e terapias combinadas no tratamento da disfunção erétil.

O senhor foi escolhido por apresentar queixa clínica de disfunção erétil, que é a incapacidade persistente para obter ou manter uma ereção peniana suficiente para conseguir uma satisfação na relação sexual.

Será oferecido três opções de tratamento, ondas de choque, radiofrequência ou terapias combinadas. Os três agem na melhora da vascularização do pênis, acredita-se que, uma vez aumento a chegada de sangue no pênis, haverá melhora na capacidade do pênis de ficar duro. Serão realizadas doze sessões, duas vezes por semana, que acontecerão em um consultório do IPL (Instituto Patrícia Lordélo). É importante deixar claro que existem estudos que comprovam os efeitos positivos do uso das técnicas, de forma isolada, para o tratamento da disfunção erétil, mas não existe nenhuma comparação entre os tratamentos, para definir qual tem melhor efeito.

Inicialmente, o senhor ficará em uma sala reservada com apenas um profissional fisioterapeuta e responderá a um questionário, onde deverá informar seus dados pessoais (idade, ocupação, escolaridade) além de algumas perguntas, sobre a sua função erétil pelo IIFE (Índice Internacional de Função Erétil) e sobre a qualidade da sua ereção pelo QQE (Questionário de Qualidade de Ereção).

Após responder estes questionários, iremos induzir a ereção do seu pênis com a administração injetável de um agente vasoativo com uma dose segura. Esta ereção induzida permitirá realizar uma nova medição, bem como, da ultrassonografia do seu pênis que ocorrerá em ambiente confortável e seguro, uma sonda irá passar externamente pelo seu pênis e, desta forma, teremos imagens sobre das principais artérias penianas.

Uma vez sorteado no grupo, você poderá ser submetido a radiofrequência com dosagens seguras, o senhor estará deitado e a aplicação será nos dois lados do pênis utilizando o aplicador e a placa de dispersão colocado no sentido oposto, o senhor sentirá um leve aumento na temperatura na região do pênis, esta terapêutica durará em torno de 10 minutos. Outra possibilidade é o senhor ser submetido a terapia de ondas de choque, que constitui de uma aplicação em todo comprimento do pênis nos dois lados, o senhor ouvirá batidas similares a batidas em uma porta, esta terapêutica durará em torno de 10 minutos. Por fim, o senhor pode fazer parte do grupo terapias combinadas que será aplicado as duas técnicas: inicialmente a radiofrequência e depois a terapia de ondas de choque.

Em sala fechada, na presença apenas do fisioterapeuta, o senhor ficará deitado de barriga para cima, com região genital desnuda, a aplicação será realizada nos dois lados do pênis. Qualquer incômodo deverá ser avisado para a profissional para que seja suspenso o tratamento.

A aplicação destes tratamentos pode beneficiar a ereção do seu pênis, bem como, trazer alguns riscos como dor ou queimação. Saiba que estes riscos estarão controlados com a supervisão de um profissional que irá interromper a sessão caso algum evento deste ocorra.

Após a conclusão do estudo, caso o resultado de melhor benefício não seja o grupo no qual o senhor participou iremos ofertar o tratamento de forma gratuita.

Ressaltamos que não haverá identificação dos seus dados pessoais, pois serão de natureza confidencial, usados unicamente para fins de pesquisa. Os resultados somente utilizados para divulgação dos resultados em congressos e artigos científicos, sem divulgação do nome do participante. Estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

O senhor pode sair da pesquisa a qualquer momento, sendo sua privacidade preservada e nenhum dano irá acontecer por isso. Asseguro que seu tratamento será mantido mesmo que o senhor desista de permanecer no estudo, mas queira continuar fazendo as sessões de tratamento. Estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e autorizo minha participação, para fins de pesquisa, sem divulgação da minha identidade. Salvador, ____ de _____ de 20 ____.

Participante da Pesquisa

Carlos Mamede
Responsável pela Pesquisa



Impressão Digital

Em caso de denúncia ou dúvida, entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa – União Metropolitana de Educação e Cultura – UNIME;
Av. Luís Tarquínio Pontes Nº 600, Centro - Lauro de Freitas, Salvador – BA; CEP:
42.700-000; Fone: (71) 3378-8900; E-mail: cep.unime@kroton.com.br.

Pesquisador responsável: Carlos Mamede; Telefone para contato: (71) 996673967 ou e-mail carlosandrejpa@gmail.com Endereço: Avenida Juracy Magalhães Júnior, 462, Rio Vermelho.

ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL (IIFE)

Para responder às próximas questões, você deve pensar em suas relações sexuais **nos últimos 6 meses**. Marque apenas uma alternativa em cada uma das questões.

1 – Como classifica a sua confiança em conseguir ter e manter uma ereção?

- Muito baixa
- Baixa
- Média
- Alta
- Muito alta

2 – Quando teve ereções com o estímulo sexual, com que frequência suas ereções foram suficientemente rígidas para conseguir a penetração?

- Quase nunca ou nunca
- Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
- Mais da metade das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- Sempre ou quase sempre

3 – Durante as relações sexuais, com que frequência foi capaz de manter a sua ereção após a penetração?

- Quase nunca ou nunca
- Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
- Mais da metade das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- Sempre ou quase sempre

4 – Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve em manter a sua ereção até o fim da relação sexual?

- Dificuldade total
- Muita dificuldade
- Moderada dificuldade
- Pouca dificuldade
- Nenhuma dificuldade

5 – Quando tentou ter relações sexuais, com que frequência essa relação foi satisfatória?

- Quase nunca ou nunca
- Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
- Mais da metade das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- Sempre ou quase sempre

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente.

Pedimos que leia cada uma das perguntas e assinale a alternativa no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Por favor, marque apenas uma resposta em cada pergunta.

1. Eu me sinto tenso ou contraído:

- A maior parte do tempo
 Boa parte do tempo
 De vez em quando
 Nunca

2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes

- Sim, do mesmo jeito que antes
 Não tanto quanto antes
 Só um pouco
 Já não consigo ter prazer em nada

3. Tenho uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- Sim, do jeito muito forte
 Sim, mas não muito forte
 Um pouco, mas não me preocupa
 Não sinto nada disso

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- Do mesmo jeito que antes
 Atualmente um pouco menos
 Atualmente bem menos
 Não consigo mais

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
 Boa parte do tempo
 De vez em quando
 Raramente

6. Sinto-me alegre:

- Nunca
 Poucas vezes
 Muitas vezes
 A maior parte do tempo

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- Sim, quase sempre
 Muitas vezes
 Poucas vezes
 Nunca

8. Eu estou lento para pensar e fazer coisas:

- Quase sempre
 Muitas vezes
 Poucas vezes
 Nunca

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- Nunca
 De vez em quando
 Muitas vezes
 Quase sempre

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- Completamente
 Não estou mais me cuidando como eu deveria
 Talvez não tanto quanto antes
 Me cuido do mesmo jeito que antes

11. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- Sim, demais
 Bastante
 Um pouco
 Não me sinto assim

12. Fico animado esperando as coisas boas que estão por vir:

- Do mesmo jeito que antes
 Um pouco menos que antes
 Bem menos que antes
 Quase nunca

13. De repente, tenho a sensações de entrar em pânico:

- A quase todo momento
 Várias vezes
 De vez em quando
 Não senti isso

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- Quase sempre
 Várias vezes
 Poucas vezes
 Quase nunca

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DA EREÇÃO (QEIQ)

As questões seguintes perguntam sobre a qualidade das suas ereções ao longo das últimas quatro semanas. Por favor, para cada questão assinale a opção que melhor descreve sua resposta.

Ao responder estas questões, observe as seguintes definições:

Atividade sexual inclui relação sexual, carícias, brincadeiras amorosas e masturbação.

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

Satisfatória é definida como atingir suas expectativas, ter sucesso na relação sexual.*

Insatisfatória é definida como falha das suas expectativas, falha do sucesso na relação sexual.*

1. Você teve ereções suficientemente duras para permitir a penetração em sua parceira

- Quase sempre ou sempre
- Mais da metade do tempo
- Cerca da metade do tempo
- Menos da metade do tempo
- Quase nunca ou nunca

2. Sua habilidade para manter sua ereção até o final da relação sexual foi:

- Muito satisfatória
- Um pouco satisfatória
- Nem satisfatória nem insatisfatória
- Um pouco insatisfatória
- Muito insatisfatória

3. A quantidade de tempo (desde que começou a atividade sexual) até que a sua ereção fosse suficientemente dura para participar de uma relação sexual foi:

- Muito satisfatória
- Um pouco satisfatória
- Nem satisfatória nem insatisfatória
- Um pouco insatisfatória
- Muito insatisfatória

4. A quantidade de tempo que você foi capaz de manter a ereção durante a relação sexual foi:

- Muito satisfatória
- Um pouco satisfatória
- Nem satisfatória nem insatisfatória
- Um pouco insatisfatória
- Muito insatisfatória

5. A dureza da sua ereção foi:

- Muito satisfatória
- Um pouco satisfatória
- Nem satisfatória nem insatisfatória
- Um pouco insatisfatória
- Muito insatisfatória

6. A qualidade geral de sua ereção foi:

- Muito satisfatória
- Um pouco satisfatória
- Nem satisfatória nem insatisfatória
- Um pouco insatisfatória
- Muito insatisfatória

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

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

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

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

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

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

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

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

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

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

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

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

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