

AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE IPATINGA

Juliana Gomes Lana

Pâmela Stérfane Silvana de Oliveira Campos

Rafael Antônio de Souza

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO ERÉTIL EM PACIENTES COM
E SEM CÂNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISE
COMPARATIVA E FATORES ASSOCIADOS**

IPATINGA - MG

2024

Juliana Gomes Lana
Pâmela Stérfane Silvana de Oliveira Campos
Rafael Antônio de Souza

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO ERÉTIL DE PACIENTES COM
E SEM CÂNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISE
COMPARATIVA E FATORES ASSOCIADOS**

Trabalho Científico do Curso apresentado à Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof. orientador: Dr. Renato Martins Araujo
Profa. coorientadora: Dra. Analina Furtado Valadão

IPATINGA- MG

2024

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO ERÉTIL DE PACIENTES COM E SEM CÂNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISE COMPARATIVA E FATORES ASSOCIADOS

Juliana Gomes Lana¹, Pâmela Stérfane Silvana de Oliveira Campos¹; Rafael Antônio de Souza¹; Analina Furtado Valadão²; **Renato Martins Araujo³**

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Coorientadora do TCC.
3. Docente do curso de Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

Resumo

Introdução: envelhecer é uma regra do ciclo natural da vida. À medida que os homens envelhecem, diversos elementos podem influenciar a saúde sexual masculina, incluindo questões como Disfunção Erétil (DE). A DE é definida como a incapacidade persistente de obter e/ou manter uma ereção peniana o suficiente para a penetração ou para o término do ato sexual satisfatoriamente. A doença é um grande problema mundial e estima-se que afeta mais de 150 milhões de homens em todo o mundo. Além disso, a maioria dos dados sobre a disfunção sexual masculina é derivada de pacientes com histórico de câncer de próstata. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência da DE em pacientes com e sem câncer de próstata pela aplicação de um questionário validado internacionalmente, bem como avaliar a correlação com fatores descritos em literatura. **Método:** tratou-se de um estudo observacional transversal quantitativo, realizado com homens atendidos no ambulatório da faculdade de medicina e no centro de oncologia da cidade de Ipatinga. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas, e as quantitativas por mínimo, máximo, média, Desvio-Padrão (DP). Os resultados foram expressos como odds ratio e intervalos de 95% de confiança. As análises foram realizadas no programa R versão 4.3.2 e foi considerado significativo $p < 0,05$. **Resultados:** a amostra foi composta por 61 casos, dos quais 30 eram de pacientes portadores de câncer de próstata. A idade média foi 65,4 (desvio padrão 8,4 anos), sendo que 70,5% estavam no sobrepeso ou eram obesos. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica foi 52,5%, de Diabetes Mellitus (DM) 26,2% e de depressão 3,3%. Apenas 6,6% eram fumantes, 18,0% eram etilistas e 3,3% faziam uso de drogas. Declararam assistir pornografia 19,7% dos pacientes. A disfunção erétil não se associou significativamente ao câncer de próstata. Ter DM e Índice de Massa Corporal (IMC) sobrepeso/obesidade esteve associado a aumento da chance de DE e o hábito etilista e de assistir pornografia levou à diminuição da chance de DE. **Conclusão:** os resultados do presente estudo contribuem para uma compreensão mais ampla dos fatores associados à disfunção erétil e destacam a importância de abordagens integradas que considerem aspectos médicos, comportamentais e psicológicos no manejo e prevenção dessa condição. Além disso, os resultados apontam para a necessidade de realização de mais pesquisas que explorem as relações causais entre os fatores investigados e a disfunção erétil.

Palavras-chave: Doenças crônicas. Disfunção erétil. Câncer de próstata. Questionário IIEF.

Introdução

Envelhecer é uma regra do ciclo natural da vida. Os seres humanos seguem uma linha do tempo biológica que vai desde o nascimento até o declínio final, que é a morte. Porém, com a modernização, essa expectativa de vida vem aumentando gradativamente, e, juntamente com esse fator, as doenças crônicas assolam a população (Camargo *et al.*, 2019).

À medida que os homens envelhecem, diversos elementos podem influenciar a saúde sexual masculina, incluindo questões como Disfunção Erétil (DE), diminuição do desejo sexual e distúrbios ejaculatórios (Carvalho *et al.*, 2018).

A Disfunção Sexual (DS) é um desafio multifatorial, suscetível a influências de fatores hormonais, emocionais e socioculturais. Além dos aspectos fisiológicos, como hormônios, saúde vascular, neurológica e resistência muscular, a função sexual é intrinsecamente ligada a fatores psicológicos, tais como sentimentos, estimulação, excitação, desejo e motivação. Aspectos socioculturais, como conhecimento, educação, percepção, valores e preconceitos, desempenham um papel crucial nessa complexa função, tornando-a de difícil compreensão (Martins; Teixeira, 2021).

Dentre as várias patologias que podem causar DS, a DE é o mais prevalente dos distúrbios sexuais que acometem a população masculina, convertendo-se em um problema de saúde comum que afeta homens de todas as idades (Franco; Cardoso; Silva, 2021). A DE é definida como a incapacidade persistente de obter e/ou manter uma ereção peniana o suficiente para a penetração ou para o término do ato sexual satisfatoriamente (Souza *et al.*, 2024).

A doença é um grande problema mundial e estima-se que afeta mais de 150 milhões de homens em todo o mundo (Singh *et al.*, 2017). Estudos epidemiológicos realizados no Brasil nos anos 2000, 2002 e 2006 corroboram para as evidências de haver um aumento de casos de disfunção erétil em homens acima de 40 anos de idade, apesar disso a DE não é uma consequência inevitável com o aumento da idade (Sarris *et al.*, 2016; Teixeira *et al.*, 2022).

Além disso, a maioria dos dados sobre a DS masculina é derivada de estudos de pacientes com histórico de câncer de próstata. Para homens com câncer, a disfunção sexual é um problema comum que exerce um impacto negativo em seu estado psicológico e qualidade de vida, independentemente de estarem envolvidos em relacionamentos estáveis ou de suas preferências sexuais (Dizon, 2022).

Portanto, o presente estudo foi motivado pelo panorama crescente do número de relatos de disfunção erétil e objetivou estimar a ocorrência dessa patologia em pacientes com e sem câncer de próstata por meio de um questionário validado internacionalmente, bem como avaliar a correlação com fatores descritos na literatura.

Método

Trata-se de um estudo observacional transversal quantitativo. A seleção dos pacientes não portadores de câncer de próstata foi feita no ambulatório da faculdade de medicina Afya de Ipatinga. O grupo portador de câncer de próstata foi selecionado no Centro de Oncologia (COR) da cidade de Ipatinga-MG. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Os critérios de inclusão do grupo controle foram pacientes do sexo masculino, da faixa etária igual ou superior a 40 anos que foram atendidos no ambulatório, com queixas, como retenção urinária ou outros sintomas relacionados a próstata, com ou sem histórico de neoplasia. Para o grupo de casos os critérios de inclusão foram idade igual ou superior a 40, com diagnóstico prévio de câncer de próstata selecionados aleatoriamente no COR.

Os critérios de exclusão foram pacientes com diagnóstico de câncer de próstata que já foram submetidos ao início do tratamento ou cirurgia de ablação e pacientes que residem fora do colar metropolitano do Vale do Aço.

Os pacientes selecionados, após a assinatura do TCLE, responderam ao questionário do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) (Anexo A), validado internacionalmente com 6 itens voltados para avaliação da função sexual. Além disso foi utilizado um questionário de conhecimento pessoal e comorbidades (Apêndice B).

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Fundação São Francisco Xavier – Hospital Márcio Cunha, sob número CAE 52135221.8.0000.8147.

Quanto à apresentação dos dados, o IIEF foi avaliado de acordo com as respostas dos pacientes selecionados. O questionário possui questões de múltipla escolha e cada resposta possui uma pontuação pré-determinada, que pode variar de 1 a 5, com score final variando de 1 a 30, onde o normal seria de 26 a 30, leve 22 a 25, leve a moderada 17 a 21, moderada 11 a 16 e grave 1 a 10. O questionário de conhecimento pessoal e de comorbidades apresenta dados relacionados a medidas antropométricas do paciente, raça, idade e profissão. Além disso, inclui perguntas

sobre escolaridade, cirurgia/comorbidades pré-existentes, uso de medicamentos, histórico familiar e hábitos de vida. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas, e as quantitativas por mínimo, máximo, média, Desvio-Padrão (dp). A associação entre variáveis qualitativas foi avaliada pelo teste exato de Fisher.

A associação entre cada característica e a disfunção erétil (classificada como não para a resposta normal e sim para as demais) foi avaliada por modelo de regressão logística binária simples. As variáveis com $p < 0,20$ na análise univariada foram inseridas em um modelo cheio, e após aplicado o método Backward chegou-se ao modelo final, em que foi mantida a variável de status de câncer de próstata independente de significância e variáveis significativas. A qualidade do ajuste foi verificada pelo teste de Hosmer-Lemeshow. Os resultados foram apresentados com o Odds Ratio (OR) e Intervalos de 95% de Confiança (IC 95%). As análises foram realizadas no programa R versão 4.3.2 e foi considerado significativo $p < 0,05$.

Resultados

A análise estatística compreende um conjunto de 61 pacientes. Destes, uma parcela significativa, correspondendo a 30 indivíduos, possuem o diagnóstico confirmado de câncer de próstata. Paralelamente, o restante do grupo, composto por 31 pacientes, não apresentou indícios da doença. Esta pesquisa visou explorar padrões e correlações potenciais que possam emergir da comparação entre os dois subgrupos, contribuindo assim para um entendimento mais aprofundado das dinâmicas relacionadas ao câncer de próstata.

A faixa etária dos participantes do sexo masculino envolvidos no estudo apresentou uma variação considerável, estendendo-se do mínimo de 49 anos até o máximo de 80 anos, com uma idade média de 65,4 e um desvio padrão de 8,4 anos. Dentro da amostra estudada, observou-se que uma proporção significativa dos indivíduos, correspondendo a aproximadamente 59,0%, identificou-se como pertencente à categoria étnica parda. Este dado reflete uma diversidade cultural considerável dentro do grupo analisado.

Além disso, um aspecto notável de saúde pública emergiu ao constatar que a maioria dos indivíduos, cerca de 70,5%, estavam classificados na categoria de sobrepeso ou obesidade. Esta estatística aponta para uma prevalência elevada de condições que podem predispor a riscos de saúde mais graves. Por outro lado, quase

a metade dos participantes, com um índice exato de 44,3%, consistia em pessoas aposentadas, o que pode indicar uma idade mais avançada entre os participantes e possivelmente uma menor mobilidade ou atividade física diária.

Ademais, mais da metade dos indivíduos, especificamente 52,5%, possuíam como nível máximo de formação o ensino fundamental incompleto. Esse fator sugere que a composição da amostra incluiu uma parcela significativa da população com acesso limitado à educação formal, o que pode influenciar diversas áreas de suas vidas, incluindo o acesso a informações de saúde e oportunidades econômicas. Esses dados podem ser observados na Tabela 1.

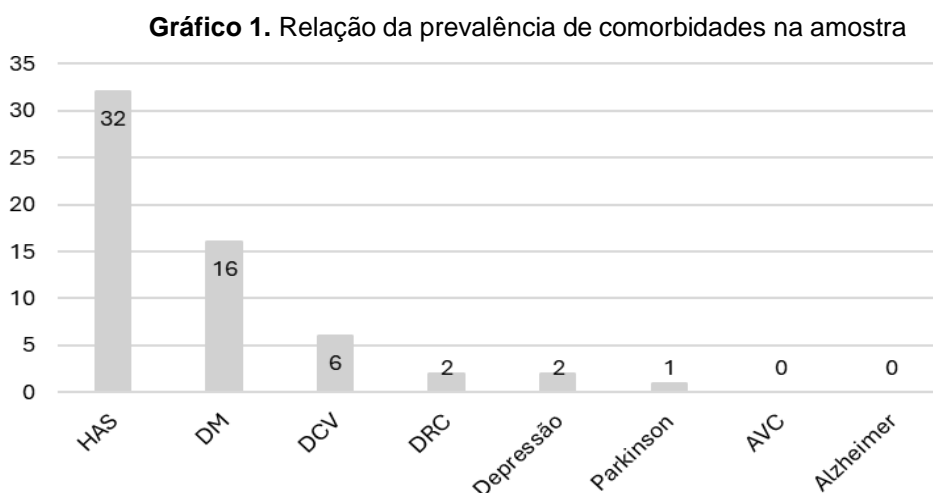
Tabela 1. Caracterização da amostra

Variáveis	Toda a amostra
Idade (anos)	
Min / Max	49,0 / 80,0
Média (dp)	65,4 (8,4)
Raça	
Preto	7 (11,5%)
Pardo	36 (59,0%)
Branco	16 (26,2%)
Amarelo	2 (3,3%)
IMC (kg/m²)	
Eutrófico	18 (29,5%)
Sobrepeso / obeso	43 (70,5%)
Profissão	
Aposentado	27 (44,3%)
Eletricista	5 (8,2%)
Motorista	6 (9,8%)
Pintor	8 (13,1%)
Outros	15 (24,6%)
Escolaridade	
Sem escolaridade	6 (9,8%)
Fundamental incompleto	32 (52,5%)
Fundamental completo	8 (13,1%)
Médio incompleto	4 (6,6%)
Médio completo	8 (13,1%)
Superior completo	3 (4,9%)

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Na análise dos dados coletados dos pacientes entrevistados, observou-se uma distribuição variada de condições de saúde. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) mostrou-se a condição mais prevalente, afetando 52,5% do total, o que corresponde a 32 indivíduos. Seguindo, o Diabetes Mellitus (DM) foi identificado em 26,2% dos pacientes, equivalente a 16 indivíduos. As Doenças Cardiovasculares

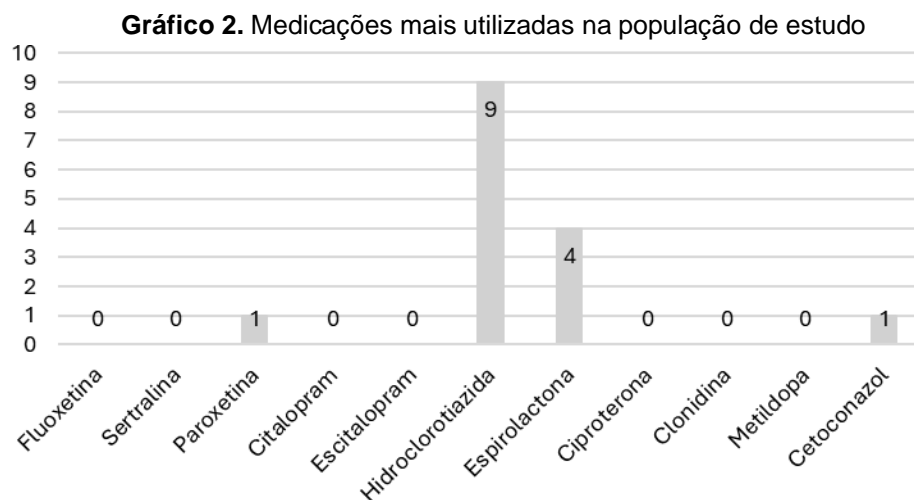
(DCV) foram reportadas por 9,8% dos entrevistados, totalizando 6 indivíduos. Menos prevalentes, mas ainda presentes, foram a Doença Renal Crônica (DRC) e o transtorno depressivo, cada uma afetando 3,3% dos pacientes, o que representa 2 indivíduos para cada condição. Ainda mais raro, a doença de Parkinson foi observado em apenas 1,6% dos pacientes, ou seja, apenas 1 pessoa foi diagnosticada com esta condição neurológica. Notavelmente, condições severas como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a demência de Alzheimer não foram registradas entre os pacientes. Estes dados estão ilustrados de maneira detalhada no Gráfico 1.



Fonte: dados da pesquisa, 2024.

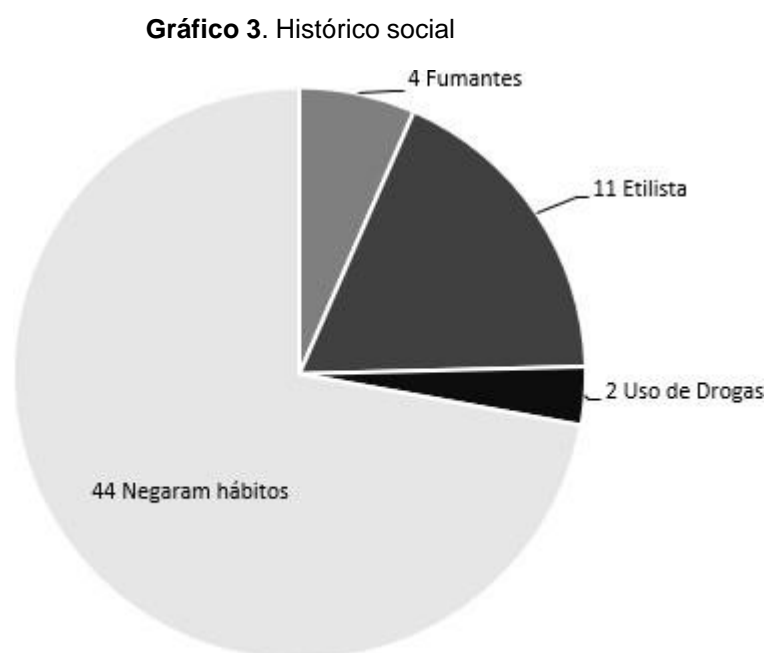
Durante o processo de revisão da literatura científica, foi realizado um estudo meticuloso para identificar quais medicamentos apresentavam uma maior interferência na função erétil. Esta investigação inicial foi essencial para fundamentar a próxima fase do estudo, na qual se elaborou um questionário detalhado. Esse questionário foi cuidadosamente desenhado para incluir uma lista de medicamentos específicos identificados durante a revisão bibliográfica como potencialmente disruptivos para a função erétil.

As substâncias questionadas incluíram fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram, hidroclorotiazida, espironolactona, ciproterona, clonidina, metildopa e cetoconazol. Aos participantes do estudo foi perguntado se eles faziam uso de algum desses medicamentos. Entre as medicações listadas, a hidroclorotiazida emergiu como a mais prevalente, sendo utilizada por 14,8% dos entrevistados, o que corresponde a 9 indivíduos do total. Este dado específico foi visualmente representado no Gráfico 2.



Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Na avaliação comportamental da população entrevistada, verificou-se que apenas uma pequena fração, especificamente 4 indivíduos ou 6,6% do total, eram fumantes ativos. Além disso, um número um pouco maior, composto por 11 pessoas ou 18,0% da amostra, identificou-se como etilistas, ou seja, consumidores regulares de álcool. Por outro lado, o uso de drogas ilícitas foi reportado por apenas 2 participantes, representando 3,3% dos entrevistados. Importante ressaltar que a grande maioria dos entrevistados negou a prática de fumar, beber álcool excessivamente ou usar drogas ilícitas. Todos esses dados foram cuidadosamente organizados e estão disponíveis para consulta no Gráfico 3.



Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Dentro do escopo da pesquisa, observou-se uma variedade de comportamentos e condições de saúde. Um segmento específico da amostra, composto por 12 indivíduos (19,7%) do total, admitiu assistir pornografia regularmente. Paralelamente, um número consideravelmente maior de participantes, especificamente 22 (36,1%) da amostra total, relatou ter o hábito de pedalar frequentemente. Além disso, foi notável que uma grande maioria dos entrevistados, totalizando 39 pessoas (63,9%) da amostra, relatou ter uma boa qualidade de sono sem a necessidade de medicação.

Outro aspecto relevante observado foi a prevalência de uma história familiar de câncer de próstata em parentes de primeiro grau, relatada por 14 pacientes (23,0%) dos entrevistados. Esses dados estão compilados e disponíveis para análise na Tabela 2.

Tabela 2. Histórico familiar e hábitos de vida.

Variáveis	Toda a amostra
Assiste pornografia	12 (19,7%)
Pedala frequentemente	22 (36,1%)
Dorme bem sem medicação	39 (63,9%)
História familiar câncer de próstata 1º grau	14 (23,0%)

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

No contexto do estudo conduzido, a avaliação da função erétil revelou que uma parcela de 36,1% dos participantes mantinha uma função erétil normal, indicando a ausência de problemas relacionados à disfunção erétil neste grupo. Por outro lado, a maioria dos pacientes, especificamente 63,9%, apresentou algum grau de DE. Esta condição foi categorizada em diferentes níveis de severidade para uma análise mais detalhada e compreensiva. Dentro deste grupo com disfunção, 18% dos casos foram classificados como leves, 14,8% foram categorizados com disfunção erétil de grau leve a moderado. A DE moderada foi observada em outros 18% dos pacientes. Além disso, 13,1% dos pacientes enfrentaram uma disfunção erétil grave.

Na análise dos dados coletados dos 39 pacientes que apresentaram DE, 17 pacientes já possuíam um diagnóstico confirmado de câncer de próstata, enquanto os 22 restantes não haviam sido diagnosticados com a doença. Os detalhes dessas observações estão compilados e apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Disfunção erétil segundo status de câncer de próstata.

Disfunção erétil	Controle (n=31)	Caso (n=30)	P-valor
Normal	9 (29,0%)	13 (43,3%)	0,304
Leve	7 (22,6%)	4 (13,3%)	
Leve a moderada	7 (22,6%)	2 (6,7%)	
Moderada	5 (16,1%)	6 (20,0%)	
Grave	3 (9,7%)	5 (16,7%)	

Fonte: dados da pesquisa, 2024

Nas análises univariadas realizadas, observou-se uma associação significativa entre a presença de DM e o aumento da probabilidade de desenvolver DE. Especificamente, os pacientes com DM apresentaram uma chance aproximadamente 5,6 vezes maior de ter DE, com um OR de 5,60 e um valor de $p=0,034$, indicando significância estatística.

Por outro lado, foi constatado que o hábito de consumo de álcool estava inversamente relacionado à probabilidade de DE. Os indivíduos que reportaram consumo etílico regular tiveram uma redução significativa na chance de desenvolver DE, com um OR de 0,24 e um valor de $p=0,044$. Esses resultados são apresentados de maneira clara e objetiva na Tabela 4 do estudo.

Tabela 4. Fatores associados à disfunção erétil (DE) avaliados via modelo de regressão logística binária simples (DE normal = sem DE, outras respostas = com DE).

Variáveis	Sem DE	Com DE	OR (IC 95%)	P-valor
Idade (anos)			1,05 (0,99; 1,13)	0,117
Min / Max	49,0 / 80,0	49,0 / 79,0		
Mediana [Q1;Q3]	64,0 [57,0;69,0]	66,0 [61,0;74,0]		
Média (dp)	63,2 (8,2)	66,7 (8,3)		
Grupo				
Sem ca próstata	9 (40,9%)	22 (56,4%)	1,00	-
Com ca próstata	13 (59,1%)	17 (43,6%)	0,53 (0,18; 1,53)	0,247
Raça				
Preto	3 (13,6%)	4 (10,3%)	1,00	-
Pardo	10 (45,5%)	26 (66,7%)	1,95 (0,34; 10,47)	0,432
Branco	9 (40,9%)	7 (17,9%)	0,58 (0,09; 3,51)	0,556
Amarelo	0 (0%)	2 (5,1%)	-	-
IMC (kg/m²)				
Eutrófico	9 (40,9%)	9 (23,1%)	1,00	-
Sobrepeso / Obeso	13 (59,1%)	30 (76,9%)	2,31 (0,74; 7,29)	0,147
Escolaridade				
Sem escolaridade	2 (9,1%)	4 (10,3%)	1,00	-
Fundamental incompleto	10 (45,5%)	22 (56,4%)	1,10 (0,14; 6,67)	0,920
Fundamental completo	3 (13,6%)	5 (12,8%)	0,83 (0,08; 7,78)	0,872
Médio incompleto	2 (9,1%)	2 (5,1%)	0,50 (0,03; 6,96)	0,600
Médio completo	2 (9,1%)	6 (15,4%)	1,50 (0,13; 17,42)	0,733
Superior completo	3 (13,6%)	0 (0%)	-	-

Continua...

Comorbidades				
Doença cardiovascular	2 (9,1%)	4 (10,3%)	0,88 (0,11; 4,91)	0,883
HAS	2 (9,1%)	4 (10,3%)	2,08 (0,73; 6,17)	0,178
DM	2 (9,1%)	14 (35,9%)	5,60 (1,35; 38,37)	0,034
DRC	1 (4,5%)	1 (2,6%)	1,81 (0,07; 47,35)	0,680
Uso de medicações				
Hidroclorotiazida	4 (18,2%)	5 (12,8%)	1,51 (0,34; 6,41)	0,572
Hábitos de vida				
Fumante	3 (13,6%)	1 (2,6%)	0,17 (0,01; 1,40)	0,132
Etilista	7 (31,8%)	4 (10,3%)	0,24 (0,06; 0,93)	0,044
Assiste pornografia	6 (27,3%)	6 (15,4%)	0,48 (0,13; 1,77)	0,267
Pedala frequentemente	7 (31,8%)	15 (38,5%)	1,34 (0,45; 4,21)	0,604
Dorme bem s/ medicação	15 (68,2%)	24 (61,5%)	0,75 (0,24; 2,22)	0,604
HF CA próstata 1º grau	5 (22,7%)	9 (23,1%)	0,98 (0,26; 3,33)	0,975
PSA total			0,87 (0,59; 1,30)	0,504
PSA L / PSA T			1,09 (0,47; 2,50)	0,837

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Na avaliação multivariada, que foi ajustada para o status de câncer de próstata, identificou-se que certos fatores influenciaram significativamente a probabilidade de DE. O Índice de Massa Corporal (IMC) classificado como sobrepeso ou obeso mostrou-se associado a um aumento na chance de DE, com um OR de 4,22 e um valor de p significativo de $p=0,039$. Além disso, a presença de DM também aumentou a probabilidade de DE, apresentando um OR de 5,77 e um valor de $p=0,044$, reforçando a associação entre estas condições de saúde e a disfunção erétil.

Contrariamente, o hábito de assistir pornografia foi associado a uma diminuição na chance de desenvolver DE. Especificamente, esse comportamento apresentou um OR de 0,16, com um valor de p estatisticamente significativo de $p=0,034$, indicando uma relação inversa entre o consumo de pornografia e a ocorrência de DE. Estes resultados estão detalhadamente documentados na Tabela 5 do estudo.

Tabela 5. Fatores associados à disfunção erétil (DE) avaliados via modelo de regressão logística binária múltiplo (DE normal = sem DE, outras respostas = com DE).

Variáveis	OR	IC 95%	P
Constante	1,033	0,298; 3,632	0,959
Grupo			
Caso	0,462	0,119; 1,614	0,239
Controle	1,000		
IMC			
Eutrófico	1,000	-	-
Sobrepeso/Obeso	4,220	1,116; 17,782	0,039
DM			
Não	1,000	-	-
Sim	5,774	1,234; 43,024	0,044

Continua...

Assiste pornografia			
Não	1,000	-	-
Sim	0,161	0,026; 0,812	0,034

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Discussão

De acordo com o presente estudo, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a presença de DE e o câncer de próstata. Em termos práticos, isso implica que os dados analisados não mostraram evidências suficientes para afirmar que a disfunção erétil é um indicador ou está diretamente relacionada ao diagnóstico de câncer de próstata. Segundo a UROMED (2017), isso pode ser explicado, pelo fato de a DE não ser exatamente uma resposta ao câncer de próstata, mas um efeito colateral previsto nas formas de tratamento, seja ele a cirurgia (prostatectomia radical), radioterapia ou tratamento hormonal. Ou seja, a ideia de que o câncer de próstata causa disfunção erétil não é totalmente correta. A condição é uma consequência do tratamento e não um problema da doença em si.

A DE após a retirada da próstata se dá por lesões nos nervos responsáveis pela ereção, que passam aderidos na lateral do tecido em direção ao pênis. O que reforça mais um vez que essa patologia está mais relacionada com o tratamento do que o diagnóstico em si (Barros *et al.*, 2023; Clínica Mattos, 2024). Outro estudo sobre a percepção de homens e companheiras acerca da disfunção erétil pós-prostatectomia radical demonstrou o impacto da moléstia na vida sexual do casal (Azevedo *et al.*, 2018; Araújo *et al.*, 2023). É importante ressaltar, que o estudo utilizou como fator de exclusão os pacientes que já haviam iniciado o tratamento da doença, independente de qual fosse o método, para exatamente tentarmos encontrar relação direta com o diagnóstico em si. Porém, tal relação não foi significativa. Isso não necessariamente implica que não exista nenhuma conexão biológica ou clínica, mas que o estudo específico não encontrou evidências suficientes para afirmar uma relação.

Tanto na avaliação univariada e multivariada, ter DM esteve intimamente ligado ao aumento de chance de ter e desenvolver DE. Em um estudo realizado por Pellegrino *et al.* (2023), foi observado que o diabetes emergiu como o fator de risco mais forte para DE. Em nosso estudo podemos confirmar a proposta de que a DM teve uma forte influência nos pacientes, apresentando uma chance aproximadamente 5,6 vezes maior na avaliação univariada e 5,77 na avaliação multivariada. Isso ocorre devido aos mecanismos patológicos, que estão relacionados principalmente com as

complicações vasculares e neurológicas associadas ao diabetes.

As complicações macrovasculares do diabetes estão relacionadas principalmente com a idade, enquanto as microvasculares se relacionam com a duração do diabetes e com o grau de controle glicêmico (Jameson *et al.*, 2020). Vale ressaltar que neste estudo não foi priorizado o nível de controle glicêmico dos pacientes, nem tão pouco o tempo de diagnóstico da doença, mas acreditamos que poderia existir uma forte influência sobre a DE.

Outro fator na avaliação multivariada controlada pelo status de câncer de próstata que levou ao aumento da chance de DE foi o IMC sobrepeso/obeso, representando chance de 4,22 vezes mais quando comparado com o grupo eutrófico. As análises realizadas neste trabalho convergem com as descritas na literatura, onde o IMC > 24,9 Kg/m² classificado em sobrepeso e obesidade grau I, II e III também foram observados nos estudos de Souza *et al.* (2024). Entretanto, no mesmo, deixa-se claro que é uma relação multifatorial onde se pode observar alterações metabólicas hormonais, comorbidades associadas e também fatores psicossociais relacionados a autoimagem. Não foram avaliadas essa relação multifatorial no presente estudo.

Ainda na avaliação univariada o hábito etilista levou à diminuição da chance de DE. Na verdade, o consumo de álcool geralmente tem o efeito oposto; ele pode diminuir a capacidade de manter uma ereção. O álcool é um depressor do sistema nervoso central, o que significa que pode reduzir a eficiência da transmissão dos sinais nervosos necessários para desencadear e manter uma ereção. Além disso, o consumo excessivo e prolongado de álcool pode levar a problemas de saúde a longo prazo, como danos aos nervos e ao fígado, que também podem afetar negativamente a função erétil. Portanto, o álcool pode temporariamente desinibir e aumentar a sensação de bem-estar, o que pode parecer melhorar a performance sexual inicialmente, mas esses efeitos são geralmente de curta duração. Com o tempo e o aumento do consumo, o álcool pode contribuir para a disfunção erétil ao invés de preveni-la (George, 2019; AUC, 2023; BMG, 2024).

Alem disso, nas análises apresentadas não foram observadas dentro da faixa etária proposta de 49 a 80 anos uma correlação entre a idade e a DE. Tais achados divergem dos dados da literatura de Carvalho *et al.* (2018), onde discute o envelhecer estar diretamente ligado a aspectos da disfunção sexual.

A correlação entre o grau de disfunção erétil e a faixa etária também foi observada por Souza *et al.* (2024), apresentando dados de que homens ≥ 60 anos

havia uma prevalência de DE. Entretanto mesmo em Souza *et al.* (2024) e Pellegrino *et al.* (2023), a idade não foi observada como um fator isolado para determinar a presença de DE, a faixa etária acima dos 60 com prevalência de DE sempre esteve associada com multifatores, como comorbidades.

Por fim, de acordo com o estudo, o hábito de assistir pornografia levou à redução da chance de DE. Esse dado foi conflitante com a literatura. Entre os meios que os humanos buscam prazer, encontra-se a pornografia. Ela é definida como qualquer coisa que vise explorar e despertar o público de forma sexual. Realmente o consumo de pornografia gera um estímulo sexual devido a estimulação visual e auditiva, porém, o uso problemático/excessivo da pornografia pode gerar emoções negativas e impulsividade que podem acarretar uma necessidade maior de estimulação para atingir o orgasmo, induzindo a DE (Romero, 2019). Ainda, segundo Grubbs e Gola (2019), o uso de pornografia apresenta ponto positivo na vida sexual humana, mas o uso problemático não.

Outro estudo relata que a estimulação sexual não é a única entrega da pornografia, ela traz consigo efeitos negativos, como: ciúmes, incômodo, sentimento de traição, deslealdade, insegurança em relação ao corpo. Além disso, a pornografia leva ao ato de se masturbar, levando o indivíduo ao controle total da própria experiência sexual, o que dificulta a adaptação as condições na relação sexual a dois. Entretanto, pode-se observar o impacto positivo da pornografia na vida do casal, como o aumento da qualidade e frequência sexual. Porém, o uso desse conteúdo de forma indiscriminada pode acabar criando a necessidade de estímulos cada vez maiores e, conseqüentemente, a disfunção erétil. Desse modo, nesse mesmo estudo foi possível notar que a pornografia funciona de maneira diferente para grupos distintos de pessoas (Jacobs *et al.*, 2021; Ferreira; Santos, 2023).

Conclusão

O presente estudo investigou de forma comparativa a prevalência da disfunção erétil (DE) em pacientes com e sem diagnóstico de câncer de próstata, por meio de questionário validado internacionalmente e fatores associados. Os resultados indicaram que o câncer de próstata não está significativamente associado ao desenvolvimento de DE. No entanto, foi identificada uma correlação significativa entre DE e diabetes mellitus, bem como com a condição de sobrepeso ou obesidade, medida pelo índice de massa corporal (IMC), reforçando a literatura que aponta essas

condições metabólicas e o excesso de peso como fatores de risco.

Adicionalmente, comportamentos como o consumo moderado de álcool e o hábito de assistir pornografia foram associados a uma diminuição da probabilidade de DE, sugerindo que aspectos comportamentais e psicológicos podem influenciar o risco de DE. Esses achados destacam a importância de abordagens integradas que considerem fatores médicos, comportamentais e psicológicos no manejo e prevenção da DE, incentivando futuras pesquisas a explorar as relações causais entre esses fatores e a DE e a testar intervenções direcionadas baseadas nestes resultados.

EVALUATION OF ERECTILE FUNCTION IN PATIENTS WITH AND WITHOUT PROSTATE CANCER: COMPARATIVE ANALYSIS AND ASSOCIATED FACTORES

Abstract

Introduction: aging is a natural cycle of life. As men age, various factors can influence male sexual health, including issues such as Erectile Dysfunction (ED). ED is defined as the persistent inability to obtain and/or maintain a penile erection sufficient for penetration or for the completion of sexual activity satisfactorily. The condition is a major global problem and is estimated to affect over 150 million men worldwide. Additionally, most data on male sexual dysfunction are derived from patients with a history of prostate cancer. **Objective:** the objective of this study was to estimate the prevalence of ED in patients with and without prostate cancer by applying an internationally validated questionnaire, as well as evaluating the correlation with factores described in the literature. **Method:** this was a quantitative cross-sectional observational study conducted with men attending the outpatient clinic of the medical school and the oncology center in the city of Ipatinga. Qualitative variables were presented as absolute and relative frequencies, and quantitative variables as minimum, maximum, mean, Standard Deviation (SD). Results were expressed as odds ratios and 95% confidence intervals. Analyses were performed using R software version 4.3.2, and $p < 0.05$ was considered significant. **Results:** the sample consisted of 61 cases, of which 30 were patients with prostate cancer. The mean age was 65.4 (standard deviation 8.4 years), with 70.5% being overweight or obese. The prevalence of systemic arterial hypertension was 52.5%, Diabetes Mellitus (DM) 26.2%, and depression 3.3%. Only 6.6% were smokers, 18.0% were alcoholics, and 3.3% used drugs. Pornography was reported by 19.7% of the patients. Erectile dysfunction was not significantly associated with prostate cancer. Having DM and being overweight/obese were associated with an increased chance of ED, while the habit of alcohol consumption and watching pornography were associated with a decreased chance of ED. **Conclusion:** the results of this study contribute to a broader understanding of the factors associated with erectile dysfunction and highlight the importance of integrated approaches that consider medical, behavioral, and psychological aspects in the management and prevention of this condition. Additionally, the results indicate the need for further research to explore the causal relationships between the investigated factors and erectile dysfunction.

Keywords: Chronic diseases. Erectile dysfunction. Prostate cancer. IIEF questionnaire.

Referências

ARAÚJO, M. V. L. *et al.* Biofeedback na disfunção erétil e qualidade de vida em pacientes pós-prostatectomia radical: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, 2023.

AUC. ATLANTIC UROLOGY CLINICS. **Alcohol and Erectile Dysfunction: What You Should Know**". 2023. Disponível em: <https://atlanticurologyclinics.com/blog/alcohol-and-erectile-dysfunction-what-you-should-know/>. Acesso em: 04 maio 2024.

AZEVEDO, C. *et al.* A percepção de homens e companheiras acerca da disfunção erétil pós-prostatectomia radical. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.

BARROS, R. *et al.* Changes in male sexuality after urologic cancer: a narrative review. **International Brazilian Journal of Urology**, v. 49, p. 175-183, 2023.

BMG. BOSTON MEDICAL GROUP. **Alcohol and Erectile Dysfunction**. 2024. Disponível em: <https://www.bostonmedicalgroup.com/ed/alcohol-and-erectile-dysfunction/>. Acesso em: 04 maio 2024.

CAMARGO, T. *et al.* Envelhecimento e doenças crônicas: uma análise sobre o envelhecimento funcional da população brasileira. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2019.

CARVALHO, J. F. *et al.* Prevalência e fatores de risco da disfunção sexual em adultos. **Revista Brasileira de Medicina**, v.75, n.3, p.129-136, 2018.

CLÍNICA MATTOS. **Disfunção Erétil Após Câncer de Próstata**. 2024. Disponível em: <https://clinicamattos.com.br/disfuncao-eretil-apos-cancer-de-prostata/>. Acesso em: 04 maio 2024.

DIZON, D. Sexual dysfunction in men with prostate cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v.40, n. 3, p. 235-238, 2022.

FERREIRA, R. M. C; SANTOS, M. Dos efeitos à constatação dos usos da pornografia pela audiência. **Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v.46, 2023.

FRANCO, A. S. G.; CARDOSO, M. N.; SILVA, K. C. C. A abordagem fisioterapeuta na disfunção erétil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, 2021.

GEORGE, W. H. Alcohol and sexual health behavior: "What we know and how we know it". **The Journal of Sex Research**, v. 56, n. 4-5, 2019.

GRUBBS, J. B.; GOLA, M. Is pornography use related to erectile functioning? Results from cross-sectional and latent growth curve analyses. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 16, n. 1, p. 111-125, 2019.

JACOBS, T. *et al.* Associations between online pornography consumption and sexual dysfunction in young men: multivariate analysis based on an international web-based survey. **JMIR public health and surveillance**, v. 7, n. 10, 2021.

JAMESON, J. L. *et al.* **Medicina interna de Harrison**. Porto Alegre: Grupo A, 2020.

MARTINS, C. L.; TEIXEIRA, J. A. Disfunção sexual masculina e feminina: causas, diagnóstico e tratamento. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2021.

PELLEGRINO, F. *et al.* Relationship between age, comorbidity, and the prevalence of erectile dysfunction. **European urology focus**, v. 9, n. 1, p. 162-167, 2023.

ROMERO, F. J. S. Disfunção Erétil Induzida por Pornografia: Revisão de Literatura. **PQDT-Global**, 2019.

SARRIS, A. B. *et al.* Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão. **Revista de Medicina**, v. 95, n. 1, p. 18-29, 2016.

SINGH, V. P. *et al.* Oral health and erectile dysfunction. **Journal of Human Reproductive Sciences**, v. 10, n. 3, p. 162-167, 2017.

SOUZA, L.F. *et al.* Fatores associados à gravidade da disfunção erétil entre pacientes de um serviço de referência no sul de Mato Grosso: um estudo transversal descritivo e analítico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 1, p. 4663-4674, 2024.

TEIXEIRA, G. R. *et al.* Disfunção erétil: revisão da literatura e atualização terapêutica. **Jornal Brasileiro de Urologia**, v. 48, n. 1, p. 85-96, 2022.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2023.

UROMED. **Câncer de próstata causa disfunção erétil?**. 2017. Disponível em: <https://uromed.com.br/artigos/cancer-de-prostata-causa-disfuncao-eretil/>. Acesso em: 04 mai. 2024.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – (TCLE)

Título da Pesquisa	Utilização da espectroscopia Raman na identificação de biomarcadores do adenocarcinoma prostático
Pesquisador Responsável	RENATO MARTINS ARAÚJO
CPF	91017068615
Endereço	AV ARY BARROSO 455 TIMÓTEO MINAS GERAIS
Telefone	031 999558549
E-mail	RENATOURO@HOTMAIL.COM
Período da Pesquisa	ABRIL DE 2022 A DEZEMBRO DE 2025
Nome do participante	

1. Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa citada nesse documento.
2. O propósito da pesquisa é pesquisar novos biomarcadores de câncer da próstata em urina dos pacientes com diagnóstico histopatológico confirmado e comparar com a urina de homens sem suspeita de câncer prostático.
3. Você só participará da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. A sua participação na pesquisa não acarretará nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;
4. A pesquisa acontecerá no na UNIDADE DE ONCOLOGIA DA FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER e também no ambulatório da Faculdade de Medicina da UNIVAÇO, e caso aceite participar dessa pesquisa, será realizado entrevista médica com realização de anamnese e análise de prontuários, bem como a coleta de amostra de urina (primeira urina da manhã ; volume de 50 ml) sem massagem prostática prévia a ser realizada pelo próprio paciente em sua casa (logo que acordar pela manhã) em uma data que será previamente programada. O frasco estéril tipo Falcon, devidamente identificado, para a coleta da urina será entregue ao paciente (sem custos para o mesmo) que aceitar participar da pesquisa no dia da primeira consulta ; o Pesquisador Responsável utilizará consultório para realização de consulta médica garantindo a privacidade dos participantes. O transporte das amostras será feito por um técnico de enfermagem que será contratado pelo pesquisador responsável (os custos estão previstos no orçamento) para buscar as amostras na casa dos pacientes em um horário programado logo ao amanhecer. As amostras serão colocadas em uma caixa térmica com temperatura controlada e transportadas para o congelamento.
As amostras biológicas (urina) coletadas durante este estudo serão armazenadas temporariamente em um Biorrepositório (instalação de armazenamento das amostras de urina



coletadas no estudo) localizado no Hospital Márcio Cunha, de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde que regulam o armazenamento de material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas. O endereço do biorrepositório é:

Hospital Márcio Cunha - Av. Kiyoshi Tsunawaki, 41 - Das Águas, Ipatinga - MG, 35160-158

Posteriormente as amostras de urina congeladas serão transportadas (o volume total de urina coletada de cada paciente), por uma empresa certificada, e custeado pelo pesquisador principal, para o laboratório de biologia molecular e celular do câncer, localizado no Centro de Biotecnologia do IPEN-USP (Av. Professor Lineu Prestes, n 2242, Cidade Universitária-Butantã- São Paulo/SP-Brasil CEP- 05508-000) onde serão armazenadas em um biorrepositório até a análise das amostras. As amostras de urina(na sua totalidade) que sobraem serão devidamente descartadas ao final do estudo.

5. Os possíveis riscos, caso concorde em participar do estudo, são relacionados a perda da confidencialidade dos seus dados (perda do sigilo). Ou seja, apesar de todos os cuidados e esforços para preservar o seu anonimato (impossibilidade da sua identificação), eventos externos como perdas ou roubos dos arquivos podem eventualmente acontecer. Também, durante a entrevista, após seu consentimento (autorização), podem ocorrer desconfortos emocionais decorrentes das lembranças do período de diagnóstico e tratamento. Caso isto ocorra, contamos com todo suporte assistencial médico e psicológico para atender essas eventuais situações;

6. É possível que este estudo não traga benefícios diretos a você. Mas ao final desta pesquisa, as informações que ela irá gerar, poderão trazer benefícios a outras pessoas; pois poderemos identificar novos marcadores urinários de câncer da próstata mais sensíveis e específicos que podem auxiliar no diagnóstico do câncer prostático bem como evitar biópsias prostáticas desnecessárias.

7. Os resultados deste estudo podem ser publicados, mas seu nome ou identificação não serão revelados;

8. A sua participação na pesquisa não irá ocasionar retornos extras, ou seja, você não terá maior número de visitas médicas já além daquelas planejadas para seu acompanhamento e/ou tratamento. Desta forma, não irá acarretar em custos adicionais não sendo necessários ressarcimentos pela sua participação; se houver algum atraso no atendimento será disponibilizado garantia de transporte e alimentação conforme resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde de Dezembro de 2012.

9. Quaisquer dúvidas que você tiver em relação à pesquisa ou à sua participação, antes ou depois do consentimento, serão respondidas pelo pesquisador responsável citado nesse documento;



10. Esta pesquisa será avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação São Francisco Xavier / Hospital Márcio Cunha, situado na Av. Kiyoshi Tsunawaki, 41, 3º andar, Bairro das Aguas, Ipatinga/MG, CEP 35160-158, Tel. 31 3830 5037, e só poderá ser considerada concluída após a devida aprovação deste Comitê. Informações posteriores a data desta assinatura, como resultados de tratamentos ou de exames complementares só poderão ser obtidas pela equipe de pesquisa sob responsabilidade do Pesquisador Responsável após a aprovação deste projeto pelo CEP da FSFX/HMC.

11. Este termo está de acordo com a Resolução 466 e 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e 7 de abril de 2016 respectivamente, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante em pesquisas, ou se sentir que foi colocado em riscos não previstos, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimentos;

=====

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Esclareço que li as informações acima, recebi as explicações sobre a natureza, os riscos e benefícios do projeto. Comprometo-me a colaborar voluntariamente e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício. Concordo com a utilização das informações do prontuário médico e exames de imagens já realizados (ressonância da próstata, US pélvico e prostático, biópsia prostática) e seus respectivos laudos, desde que estas sejam apenas para fins científicos e sem identificação pessoal.

Ao assinar duas vias deste termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma via deste termo me foi dada e a outra arquivada.

Nome do Participante: _____

Assinatura do participante: _____

CPF: _____ Data ___/___/_____

Nome do responsável (quando aplicável): _____

Assinatura do responsável (quando aplicável): _____

CPF: _____ Data ___/___/_____

Nome da testemunha imparcial (quando aplicável): _____

Assinatura da testemunha imparcial (quando aplicável): _____

CPF: _____ Data ___/___/_____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

CPF: _____ Data ___/___/_____

APÊNDICE B – Questionário de conhecimento pessoal e comorbidades

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Este questionário tem como objetivo correlacionar dados epidemiológicos e etiológicos com a disfunção erétil

Nº da pesquisa:	Data:
Nº do prontuário:	
Nome do paciente:	Data de nascimento:
Profissão:	Idade:
Endereço:	
Peso:	
Altura:	IMC:

1. Qual sua raça/cor (segundo os critérios de autodeclaração):
 - () Preto
 - () Pardo
 - () Branco
 - () Amarelo
 - () Indígena
2. Qual seu grau de escolaridade
 - a. Sem escolaridade (1)
 - b. Fundamental incompleto (2)
 - c. Fundamental completo (3)
 - d. Médio incompleto (4)
 - e. Médio completo (5)
 - f. Superior incompleto (6)
 - g. Superior completo (7)
3. Você apresenta alguma dessas doenças:
 - a. Doenças cardiovasculares (1)
 - b. Hipertensão arterial (2)
 - c. Diabetes Mellitus (3)
 - d. Doença renal crônica (4)
 - e. Parkinson (5)
 - f. Alzheimer (6)
 - g. AVC
 - h. Não se aplica (8)
4. Você tem depressão:
 - a. SIM (1)
 - b. NÃO (2)
5. Em caso de depressão faz uso de algum desses medicamentos?

a. Fluoxetina (1)	e. Citalopram (5)
b. Sertralina (2)	f. Escitalopram (6)
c. PArroxetina (3)	g. Outro (7)
d. Fluvoxamina (4)	h. Não se aplica (0)

6. Faz uso de algum desses medicamentos?
- a. Hidroclorotiazida (1)
 - d. Flutamida (2)
 - c. Espironolactona (3)
 - d. Ciproterona (4)
 - e. Clonidina (5)
 - f. Metildopa (6)
 - g. Cetoconazol (7)
 - h. Cimetidina (8)
 - i. Não se aplica (0)
7. Você fuma?
- a. SIM (1) Desde qual idade? _____ Quantos cigarros por dia? _____
 - b. NÃO (2)
- Outras informações: _____
8. Você bebe?
- a. SIM (1) Desde qual idade? _____ Quanto por dia? _____
 - b. NÃO (2)
9. Faz uso de drogas ilícitas: maconha, cocaína, LSD
- a. SIM (1) Qual? _____ Frequência? _____
 - b. NÃO (2)
10. Já fez cirurgia de hiperplasia prostática benigna?
- a. SIM (1)
 - b. NÃO (2)
11. Tem deficiência do hormônio testosterona?
- a. SIM (1)
 - b. NÃO (2)
12. Você dorme bem sem o auxílio de alguma medicação?
- a. SIM (1)
 - b. NÃO (2)
13. Você anda de bicicleta com frequência?
- a. SIM (1)
 - b. NÃO (2)
14. Assiste pornografia?
- a. SIM (1)
 - b. NÃO (2)
15. Você gosta do seu ambiente de trabalho?
- a. SIM (1)
 - b. NÃO (2)
 - c. Não se aplica (3)
16. Como é o seu relacionamento familiar?
- a. BOM (1)
 - b. RUIM (2)

17. História familiar de parentes de 1º grau (pai, irmão, filho) com câncer de próstata?

1 () SIM

2 () NÃO

Em caso positivo informar o parentesco: _____

18. Quando foi feito o diagnóstico de câncer de próstata? ___/___/___

19. PSA total: _____

(Em caso de não ter, colocar zero na tabela)

PSA livre: _____

20. Tipo tumoral e Estadiamento da doença/escore de Gleason no diagnóstico:

Tipo: _____

Estadiamento/escore de Gleason: _____

ISUP: _____

(Em caso de não ter, colocar zero na tabela)

ANEXO A - Índice Internacional de Função Erétil

Índice Internacional de Função Erétil

1 – Com que frequência você consegue uma ereção durante a atividade sexual?

- 1 = Quase nunca / Nunca
- 2 = Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- 3 = Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
- 4 = Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- 5 = Quase sempre / Sempre

2 – Quando você tem ereções após estímulo sexual, com que frequência suas ereções são suficientemente rígidas para penetração?

- 0 = Nenhuma atividade sexual
- 1 = Quase nunca / Nunca
- 2 = Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- 3 = Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
- 4 = Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- 5 = Quase sempre / Sempre

3 – Quando você tentou ter uma relação sexual, com que frequência você conseguiu penetrar sua companheira?

- 1 = Quase nunca / Nunca
- 2 = Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- 3 = Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
- 4 = Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- 5 = Quase sempre / Sempre

4 – Durante a relação sexual, com que frequência você consegue manter a ereção depois de ter penetrado sua companheira?

- 0 = Não tentei ter relação sexual
- 1 = Quase nunca / Nunca
- 2 = Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- 3 = Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
- 4 = Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- 5 = Quase sempre / Sempre

5 – Durante a relação sexual, qual seu grau de dificuldade para manter a ereção até completar a relação sexual?

- 0 = Não tentei ter relação sexual
- 1 = Extremamente difícil
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Um pouco difícil
- 5 = Não é difícil

6 – Qual seu grau de confiança de que você pode conseguir manter uma ereção?

- 1 = Muito baixo
- 2 = Baixo
- 3 = Moderado
- 4 = Alto
- 5 = Muito alto

Resultado:

- Normal = 26-30
- Leve = 22-25
- Leve a moderada = 17-21 Moderada = 11-16
- Grave = 1-10