



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76

Recredenciamento pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA



### XXIV SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - 2020

## VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO ÚNICO (MMAS-BR) NA ANÁLISE DA FUNÇÃO ERÉTIL NO SEXO MASCULINO: UM NOVO INSTRUMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA?

**Lucas dos Santos Silva<sup>1</sup>; Flávio Amorim Machado<sup>2</sup>; Caroline Santos Silva<sup>3</sup> e José de Bessa Junior<sup>4</sup>**

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduando em medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [lucas\\_balack2@hotmail.com](mailto:lucas_balack2@hotmail.com)
2. Orientador, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [flavioamma@gmail.com](mailto:flavioamma@gmail.com)
3. Participante do núcleo UROS, Departamento Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [s.carolinne5@gmail.com](mailto:s.carolinne5@gmail.com)
4. Participante do UROS, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [bessa@uefs.br](mailto:bessa@uefs.br)

**PALAVRAS-CHAVE:** Disfunção erétil; impotência; saúde do homem

### INTRODUÇÃO

A disfunção erétil (DE) ou impotência sexual é a incapacidade de obter uma ereção suficiente e adequada para manter uma relação sexual satisfatória para ambos parceiros. Cerca de 50% dos homens acima dos 40 anos apresentam algum grau de DE, de modo que, quanto mais idoso o homem, maior a probabilidade de apresentar tal condição. A associação desse binômio, idade e DE é notável pelas alterações fisiológicas da idade avançada e/ou pelas comorbidades prevalentes dessa faixa etária, o que demonstra a necessidade de reforçar que a DE não deve ser simplesmente ignorada e descartada como uma consequência normal do envelhecimento. (FERNANDO NESTOR FACIO JUNIOR, 2018; O'DONNELL et al., 2005).

O'Donnell et al (2005) afirma que as abordagens diagnósticas da DE têm evoluído ao longo das últimas décadas. Os métodos iniciais (como a tumescência peniana noturna) eram realizados em um ambiente clínico e de forma bastante invasiva, o que os tornam inapropriados para triagem ou uso em estudos epidemiológicos observacionais. Mediante a isso, observa-se progresso na determinação desta doença baseada em questionários sobre função erétil. Atualmente três questionários são bastante utilizados como instrumento de avaliação da função erétil: Inventário Breve de Função Sexual Masculina de 11 itens (BMSFI), o Índice Internacional de Função Erétil de 15 itens (IIEF) e uma escala composta de 13 itens desenvolvida pelo Estudo de Envelhecimento Masculino de Massachusetts (MMAS).

Uma questão única e direta para autoavaliação da DE foi avaliada na amostra de base populacional do Massachusetts Male Aging Study (MMAS) e demonstrou razoável acurácia em identificar os casos mais graves e razoável concordância com o IIEF, sugerindo que a questão única do MMAS poderia ser uma ferramenta útil e prática para estudos populacionais em que medidas clínicas detalhadas de DE são impraticáveis. (DERBY et al., 2000).

Questionários simplificados e particularmente os de questão única diminuem a carga do entrevistado e do entrevistador e vem ganhando cada vez maior espaço na prática clínica. No Brasil, particularmente em nossa região tal questionário nunca foi utilizado o que nos motivou

avalia-lo.

## **MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA**

A população alvo foi constituída por homens adultos com vida sexual ativa e que desejaram preencher o questionário on-line.

A coleta de dados ocorreu mediante aplicação de instrumento autoadministrado, os dados foram coletados por meio de aplicação do instrumento de forma anônima e on-line, disponibilizado na plataforma Google Forms. O link do instrumento foi enviado/compartilhado para médicos urologistas para aplicação nas suas clínicas de atuação, bem como de forma individual/grupo pelo App WhatsApp Messenger. O formulário continha, em primeiro plano, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após a leitura do TCLE e da seleção da opção “Sim, concordo e quero participar da pesquisa”, era disponibilizado a segunda interface presença de comorbidades (Hipertensão, Colesterol/Triglicérides alto, Diabetes Mellitus) e idade, terceira interface Índice Internacional de Função Erétil-5 (IIEF-5) e quarta interface EHS-Br.

As respostas, para cada um dos cinco itens do IIEF-5, foram avaliadas de 1 a 5 e somado para produzir uma pontuação total variando de 5 a 25, com pontuações mais altas indicando melhor função erétil. Pacientes com uma pontuação total do IIEF-5 de 21 foram classificados como tendo ED, que foi categorizado de acordo com quatro graus de gravidade: sem DE (22-25), leve (17-21), leve a moderado (12-16) e moderada ou grave (5-11).

O MMAS-BR é uma questão única (“Como você definiria sua capacidade de ereção?”) apresentando uma pontuação que varia de 1 a 4, sendo, 1 (“Nunca sou capaz de obter e manter uma ereção boa o suficiente para a penetração.”), 2 (“Às vezes, sou capaz de obter e manter uma ereção boa o suficiente para a penetração.”), 3 (“Frequentemente sou capaz de obter e manter uma ereção boa o suficiente para a penetração.”), 4 (“Sempre sou capaz de obter e manter uma ereção boa o suficiente para a penetração.”).

Os dados foram expressos como mediana e intervalos interquartis valores absolutos ou frações o teste de KruskalWallis foi utilizado para comparar variáveis contínuas no que tange aos valores do EHS e os quatro graus de gravidade pelo IIEF-5. Os valores de p menores que 0.05 ( $p < 0.05$ ) serão considerados significativos.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, esta obedece à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos.

## **RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO**

Foram avaliados 139 homens sexualmente ativos no último mês. uma mediana de 38 [23-55] anos e em média 40 anos ( $40 \pm 16,9$  anos).

Na amostra de pacientes estudados, as comorbidades comumente associadas com a DE, foram hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes mellitus, distribuídos da seguinte forma: 30 (21,6%) pacientes com hipertensão arterial sistêmica, 31 (22,3%) com dislipidemia e 9 (6,5%) com diabetes mellitus.

De acordo com os resultados obtidos pelo IIEF, foram identificados 5 (3,6%) pacientes com sintomas graves, 10 (7,2%) pacientes com sintomas leve a moderado e 27 (19,4%) pacientes com alterações consideradas leves. Quando observados os resultados pelo MMAS, 5 (3,6%) pacientes resultaram com sintomas graves, 10 (7,2%) pacientes com sintomas leve a moderado e 27 (19,4%) apresentam alterações consideradas leves.

Os resultados revelam que pelo IIEF 97 (69,0%) pacientes não possuem DE e pelo MMAS 97 (70,0%) também não apresentam DE.

Quando observamos o MMAS-BR, 97 (70,0%) não apresenta disfunção erétil, 27 (19,4%) manifestaram sintomas leves, 10 (7,2%) sintomas leve a moderado e 5 (3,6%) sintomas moderados a graves ( $p < 0,0001$ ).

Observou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre os scores IIEF-5 e MMAS-BR ( $r = 0,7448$ ;  $p < 0,0001$ ), sendo que na medida que os scores para gravidade da DE pelo IIEF-5 aumentam, os scores pelo MMAS-BR também aumentam.

Uma vantagem da questão única do MMAS é que uma questão global sobre a autoavaliação do estado de DE é consistente com a visão entre os urologistas de que a avaliação subjetiva dos pacientes é crítica para definir DE “NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence” (1993)

De acordo com Derby et al. (2000) Outra vantagem da questão única do MMAS é que os homens podem responder independentemente de recentemente fez sexo. Os questionários de função sexual geralmente incluem itens escritos de modo que eles se aplicam apenas a homens que foram sexualmente ativo no passado recente.

Por fim, por ser simples e direto, a questão única MMAS pode ser apropriada para uso em estudos transculturais.

As causas de DE podem ser classificadas como de etiologia psicológica, orgânica ou ainda uma combinação de ambas. As causas psicogênicas mais comuns incluem ansiedade de desempenho, transtornos psiquiátricos (ansiedade e depressão) e conflitos no relacionamento. Entre os fatores orgânicos, encontram-se causas vasculares, endócrinas, neurológicas, relacionadas a drogas e a intervenções urológicas Sarris et al. (2016).

Seja qual for a sua etiologia, a depressão está presente em toda disfunção sexual. Desde o início, como origem ou fator desencadeante, ela pode caracterizar os mais diferentes quadros disfuncionais masculinos, como a disfunção erétil psicogênica. Já a disfunção sexual de base orgânica não escapa ao comprometimento psíquico secundário, sendo agravada pela depressão que se impõe. Assim, a depressão é um importante fator de risco para a disfunção sexual, causando sintomas como desinteresse, apatia, sensação de fadiga, entre outros que comprometem o desejo sexual. Por outro lado, o desempenho sexual insatisfatório pode agravar a depressão e gerar conflitos relacionais. Pode-se dizer que a depressão aumenta o risco para DE e vice-versa (Abdo, 2007).

De acordo Tan et al. (2012) O conhecimento atual apoia a noção de que a disfunção erétil é um marcador precoce de doença cardiovascular (DCV) e acidente vascular cerebral (AVC). Isto é atribuído principalmente à fisiopatologia do mecanismo arterial, oclusão e fatores de risco comuns. Acredita-se que a doença oclusiva deve se manifestar precocemente em vasos penianos antes de acometer vasos coronários maiores.

Braz (2005) O menino cresce e é educado para ser forte e proteger. Isso o coloca numa posição de vulnerabilidade física e psíquica já que não pode admitir que pode ser frágil ou que possa adoecer, o que o torna susceptível a riscos de agravamento de uma doença que poderia ser evitado.

Uma outra questão que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave, assim, não saber pode ser considerado um fator de “proteção” para os homens estudados. Outra dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata. Também é apontado como um fator que dificulta esse acesso a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem (Gomes et al. 2007).

(Mackenbach et al., 1994) reforça a importância de questionários auto avaliativos referindo que apesar de seu caráter subjetivo, a autoavaliação do estado de saúde é frequentemente utilizada em inquéritos populacionais e tem especial relevância na explicação do uso de serviços de saúde. A proporção de pessoas que define seu estado de saúde como

regular ou ruim é um poderoso preditor do uso de serviços de saúde e já foi associado com a mortalidade em estudos longitudinais.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O MMAS-BR é um instrumento de questão única e direta. Apresenta clareza, objetividade e concisão em suas respostas. No presente estudo, foi demonstrada a sua elevada concordância em relação ao IIEF-5, instrumento este padrão ouro. Por se tratar de um questionário simples, tem uma grande aplicabilidade em pessoas com baixa escolaridade, podendo ser utilizado em triagens na atenção primária à saúde para diagnosticar DE e, secundariamente, outras comorbidades comumente associadas, como a DCV.

Não observamos um número significativo de pacientes com DE grave, o que pode ser explicado pela população do presente estudo ser majoritariamente jovem. Na população de baixa faixa etária a principal causa da DE costuma ser psicogênica, ratificando a importância do cuidado à saúde proposto pela OMS como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença ou enfermidade.

Embora seja um tema que muitos homens apresentem dificuldade para verbalizar, pela associação, por vezes, a uma demonstração de fraqueza, o MMAS BR pode ser utilizado além da unidade básica de saúde. Sua aplicabilidade acessível e rápida possibilita sua utilização em atividades voltadas à promoção da saúde do homem e, para além disso, ao centro de atenção psicossocial (CAPS).

### REFERÊNCIAS

FERNANDO NESTOR FACIO JUNIOR (São Paulo). **Disfunção Erétil**. 2018. Disponível em: <<http://sbu-sp.org.br/publico/doencas/disfuncao-eretil/>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

O'DONNELL, Amy B et al. The Validity of a Single-question Self-report of Erectile Dysfunction: Results from the Massachusetts Male Aging Study. **Journal Of General Internal Medicine**. San Francisco, p. 515-519. jun. 2005.

DERBY, Ca et al. Measurement of erectile dysfunction in population-based studies: the use of a single question self-assessment in the Massachusetts Male Aging Study. **International Journal Of Impotence Research**. Watertown, p. 197-204. dez. 2000

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005.

DERBY, C. A.; ARAUJO, A. B.; JOHANNES, C. B.; FELDMAN, H. A.; MCKINLAY, J. B. Measurement of erectile dysfunction in population-based studies: the use of a single question self-assessment in the Massachusetts Male Aging Study. **International journal of impotence research**, v. 12, n. 4, p. 197-204, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11079360>>. Acesso em: 09/03/2020.

GOMES, R.; DO NASCIMENTO, E. F.; DE ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saude Publica**, 2007.

NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, 1993.

TAN, H. M.; TONG, S. F.; HO, C. C. K. Men's health: Sexual dysfunction, physical, and psychological health-is there a link? **Journal of Sexual Medicine**, 2012.

MACKENBACH JP; VAN DEN BOIS J; JOUNG IMA; VAN DEN MHEEN H; STRONKS K. The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health? **International Journal of Epidemiology**, 1994.