

Artigo original

Características dos pacientes do sexo masculino com disfunção erétil do município de Santa Maria/RS

Characteristics of male patients with erectile dysfunction of municipality of Santa Maria/RS

Larissa Fernandes, Ft*, Letícia Fernandez Frigo, Ft., M.Sc.**

.....
*Centro Universitário Franciscano, Santa Maria/RS, **Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano, Santa Maria/RS, Membro do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Tecnologias Aplicadas à Fisioterapia e Orientadora do trabalho

Resumo

Introdução: A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade persistente para obter ou conservar uma ereção peniana suficiente para o desempenho sexual satisfatório, podendo indicar a existência de doenças subjacentes, sobretudo aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular. A partir do conhecimento da etiologia, a fisioterapia pode traçar objetivos e condutas para o tratamento deste paciente. *Objetivo:* Investigar quais são as características dos pacientes do sexo masculino com DE do município de Santa Maria/RS. *Material e métodos:* Pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa. Foi aplicada uma ficha semiestruturada e o Índice Internacional de Função Erétil, após entregue uma cartilha com exercícios. *Resultados:* 58 homens com média de idade 62,41 ± 11,53 anos; 15,52% apresentaram grau DE leve, 51,72% moderada e 32,76% grave. *Conclusão:* Observou-se no estudo que a causa da DE está associada à alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica e a idade.

Palavras-chave: disfunção erétil, Fisioterapia, homens.

Abstract

Introduction: Erectile dysfunction (ED) is defined as the persistent inability to achieve or maintain penile erection sufficient for satisfactory sexual performance and may indicate the presence of underlying diseases, especially those related to the cardiovascular system. From the knowledge of the etiology, therapy can define objectives for the treatment of this patient. *Objective:* To investigate the characteristics of male patients with ED at the municipality of Santa Maria/RS. *Methods:* Survey of descriptive and quantitative approach. A semi structured application form and the International Index of Erectile Function were applied after handed a booklet with exercises. *Results:* Fifty eight men with mean age 62.41 ± 11.53 years; 15.52% had mild ED, 51.72% moderate and 32.76% severe. *Conclusion:* It was observed in the study that the cause of ED is associated with high prevalence of hypertension and age.

Key-words: erectile dysfunction, physical therapy specialty, men.

Recebido em 10 de agosto de 2014; aceito em 28 de novembro de 2014.

Endereço para correspondência: Letícia Fernandez Frigo, Rua Serafim Valandro, 464/101, 97010480 Santa Maria RS, E-mail: leticia_frigo@hotmail.com, larivf@hotmail.com

Introdução

A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade persistente para obter ou conservar uma ereção peniana suficiente para o desempenho sexual satisfatório [1]. Por muito tempo, acreditava-se que a única causa desta disfunção eram os fatores psicológicos. Entretanto, já se sabe que a DE pode originar-se por inúmeras alterações vasculares [2], como, desequilíbrio entre contração e relaxamento da musculatura lisa do corpo cavernoso [3].

A DE pode ser classificada em psicogênica, orgânica e mista. A causa psicogênica poder ser classificada como primária e secundária, estando relacionada ao emocional ou problemas no relacionamento. Já a orgânica classifica-se em arterial ou vascular, neurogênica, endócrina e medicamentosa [3]. A causa orgânica vascular é comum aos problemas de ereção, devido ao estilo de vida [4].

Apesar da DE não ser letal, pode indicar a existência de doenças subjacentes, sobretudo aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular [5]. A artéria peniana mede a metade da artéria coronariana, portanto, a irrigação do pênis tende a diminuir antes de alguma manifestação cardiovascular [4].

Em uma pesquisa realizada no Brasil, em 2002, na qual foram avaliados 2.862 homens com média de idade de 38 anos, 45,1% dos avaliados apresentaram DE [5]. A incidência da DE aumenta com a idade, devido aos baixos níveis de testosterona, podendo atingir a população mais jovem [6]. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também está associada à DE, danificando o endotélio, fazendo com que a pessoa torne-se incapaz de gerar a dilatação necessária do leito vascular peniano em resposta à excitação sexual, produzindo falhas na ereção [7].

Na população masculina, a DE é mais prevalente quando comparados aos distúrbios ejaculatórios e de desejo [4]. Este problema de saúde pública afeta a saúde física e psicossocial, podendo gerar déficit significativo na qualidade de vida, gerando consequências nas relações interpessoais [5].

A DE pode ser prevenida e tratada [8]. O diagnóstico pode ser feito pelo Índice Internacional de Função Erétil Simplificada (IIFE-5) [9,10], tanto para a identificação da disfunção erétil quanto para estratificação do risco cardiovascular, pois constitui uma ferramenta simples e de fácil aplicabilidade para o diagnóstico da presença e/ou gravidade da DE e a presença de Doença Arterial Coronariana (DAC) [11]. O tratamento da DE pode ser cirúrgico ou conservador, sendo este medicamentoso e/ou fisioterapêutico [8].

A fisioterapia constitui um tratamento complementar que vem aperfeiçoando seus conhecimentos, pois utiliza técnicas não invasivas como a cinesioterapia [12,13], eletroestimulação [14,15], tratamento comportamental [12,16], podendo estas serem utilizadas de forma individual ou combinadas, assim melhorando o aporte sanguíneo da região do pênis e auxiliando na ereção [17,18].

Levando em consideração o impacto da disfunção erétil na população masculina, verifica-se a necessidade de pesqui-

sar os fatores de risco destes pacientes; assim favorecendo a ampliação da gama de recursos disponíveis ao tratamento fisioterapêutico e/ou desenvolver técnicas de intervenções apropriadas para o tratamento da DE. Diante do exposto, este estudo buscou investigar quais são as características dos pacientes do sexo masculino com DE do município de Santa Maria/RS.

Material e métodos

Para análise das características dos pacientes do sexo masculino com disfunção erétil do município de Santa Maria/RS, foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa. A população deste estudo foi composta por homens com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico médico de disfunção erétil. Responderam ao questionário 62 voluntários, dos quais quatro foram excluídos, pois não identificaram a idade. A amostra foi composta por 58 voluntários do município de Santa Maria, encaminhados por médicos urologistas no período de abril a maio de 2014 no Laboratório de Ensino Prático da Fisioterapia no Centro Universitário Franciscano.

Os critérios de inclusão utilizados foram: homens com DE, homens com idade igual ou maior que 18 anos e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: homens com DE há menos de três meses, prostatectomizados, com neoplasia prostática, homens que faziam uso de prótese peniana, que não utilizavam medicamentos para a ereção, que apresentavam doença de peyronie ou doenças neurológicas e que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta foi realizada com a autorização do Centro Universitário Franciscano do Município de Santa Maria/RS e com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de acordo com a resolução 466/2012, sob o parecer 25198914.5.0000.5306. A pesquisadora entrou em contato com a população a ser pesquisada, através de indicações de médicos urologistas, esclarecendo os objetivos da pesquisa e convidando-os a participar voluntariamente deste estudo. Os voluntários assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, através do qual foi declarado seu aceite em participar da pesquisa. Foram garantidos sigilo e anonimato quanto à identificação dos participantes.

Foi realizada uma avaliação no Laboratório de Ensino e Prática do Centro Universitário Franciscano, em um horário previamente agendado pela pesquisadora. Nesta avaliação foi aplicada uma Ficha de Avaliação semiestruturada pela pesquisadora, contendo os dados sociodemográficos e características de cada entrevistado, abordando aspectos relacionados aos fatores de risco cardiovasculares.

Foi aplicado o Índice Internacional de Função Erétil, instrumento validado, utilizado para avaliar a função sexual, no momento da entrevista, que foi lido, interpretado e respondido pelos voluntários, orientando que as respostas deveriam ser

sobre o funcionamento natural da ereção, ou seja, sem uso de medicamentos ou dispositivos que auxiliassem na ereção [19]. O índice contém seis questões referentes à função erétil. Cada questão tem um valor que varia de um a cinco, e o participante escreve no espaço fornecido o número que melhor descreve. O resultado de cada resposta deste foi somado respectivamente, gerando um escore final, sendo considerados valores baixos entre um a dez, que indicam disfunção erétil grave; entre 11 e 16, moderada; entre 17 e 21, leve a moderada; entre 22 e 25, leve e entre 26 e 30, normal, portanto, não apresenta disfunção erétil [19].

Ainda para que não existissem interferências externas, cada participante do estudo foi entrevistado individualmente pela pesquisadora. O tempo de aplicação da avaliação foi de aproximadamente 20 minutos.

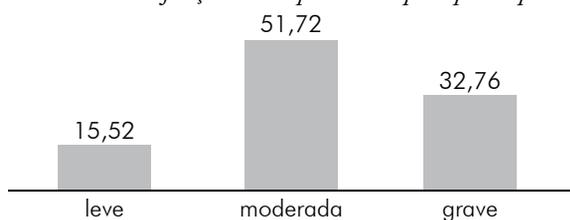
Após a entrevista, foi entregue uma cartilha aos voluntários, contendo exercícios para o assoalho pélvico (AP), associados à respiração e contrações do ânus e períneo, Os músculos do AP, como qualquer outro músculo, são treinados a desenvolver aumento da força muscular, o que acarreta melhora da função e possível diminuição dos sintomas da DE [20], orientando que os exercícios deveriam ser realizados em harmonia respiratória, ou seja, as contrações deveriam ser realizadas durante a expiração.

Para as análises estatísticas foram calculados as medidas descritivas, já para as variáveis categóricas (qualitativas) foram calculados os percentuais e para as variáveis quantitativas foi calculada média e desvio padrão. Para verificar a associação entre algumas variáveis como depressão, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, idade, IMC e a disfunção erétil, utilizou-se o teste qui-quadrado com nível de significância α 0,05. Devido à amostra de tamanho pequeno, a correção analítica de Yates e a correção computacional *bootstrap* foram utilizadas [21]. Para analisar os resultados do teste qui-quadrado foram verificados os resíduos *studentizados*. Todas as análises foram feitas utilizando o *software* R [22].

Resultados

Foram avaliados 58 homens com média de idade de 62,41 \pm 11,53 anos, variando de 35 a 89 anos, classificados por faixa etária de 30 a 50 anos de idade 15,52% (9), 51 a 65 anos de idade 51,72% (30) e 66 a 89 anos de idade 32,76% (19), sendo que destes 15,52% (9) apresentaram grau DE leve, 51,72% (30) moderada e 32,76% (19) grave (Figura 1).

Figura 1 - Grau da disfunção erétil apresentado pelos participantes.



A Tabela I mostra a classificação socioeconômica dos participantes com número(n) e sua porcentagem (%) respectivamente.

Tabela I - Características sociodemográficas dos participantes.

Características Sociodemográficas	Participantes (N)	%
Estado civil		
Solteiro	6	10,34
Casado	50	86,21
Divorciado e/ou viúvo	2	3,45
Situação empregatícia		
Empregado	31	53,45
Desempregado	2	3,45
Aposentado	25	43,1
Classificação socioeconômica		
Alta*	1	1,72
Média**	36	62,07
Baixa***	20	34,49
Escolaridade		
Fundamental Completo	20	34,48
Médio Completo	21	36,21
Superior Completo	17	29,31

*vinte ou mais salários mínimos; **seis a dez salários mínimos;***um a dois salários mínimos.

Quanto à patologia, 29,31% (17) apresentaram HAS, 11,54% (6) apresentaram DM, 18,97% (11) apresentaram depressão, 5,17% (3) apresentaram dislipidemia, 8,62% (5) eram tabagistas e 3,45% (2) eram ex-tabagistas. A maioria dos homens 72,41% (42) não apresentou hiperplasia da próstata. No IMC devido à classificação, apresentaram 62,07% (36) em normal, 36,21% (21) sobrepeso e 1,72% (1) obeso, no entanto, 72,41% (42) eram sedentários.

A média idade que os homens começaram a relação sexual foi de 19,62 \pm 1,55, a média de idade que os sintomas da DE apareceram foi de 59,33 \pm 10,84 e 84,43% (49) fizeram o uso de medicamentos para melhorar a ereção sem procurar o médico e 15,52% (9) procuraram o médico.

Tabela II - Comparação da disfunção erétil com as patologias (variáveis).

Variável	Qui-quadrado	P-valor
Depressão	1,1315	0,5181 (ns)
Diabetes mellitus	2,0506	0,5914 (ns)
Hipertensão arterial sistêmica	7,5204	0,02328*
Idade	23,3273	> 0,01*
I.M.C.	4,0423	0,4003 (ns)

*valor significativo; ns = não significativo ao nível de significância α \leq 0,05.

Não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre DE e variáveis como depressão, DM e IMC.

Houve significância estatística, onde $\alpha \leq 0,05$, entre DE com a idade que apresentou $\square 0,01$ e a HAS que apresentou 0,02328 (Tabela II).

Tabela III - Resíduos studentizados: disfunção erétil X hipertensão arterial sistêmica.

Disfunção Erétil	Hipertensão Arterial Sistêmica	
	SIM	NÃO
Leve	-0,51	0,51
Moderado	-2,19	2,19
Grave	2,72	-2,72

O que está dentro do intervalo (-1,96; 1,96) não é significativo. No entanto ter HAS está associado de forma inversamente com o grau de disfunção erétil moderada, ou seja, ter HAS reduz as chances de estar no grau de DE moderado, já possuir HAS está associado diretamente com o nível de DE grave, ou seja, ter HAS aumenta as chances de ter o grau grave da DE (Tabela III).

Não apresentar HAS está associado diretamente com o grau de DE moderada, portanto, aumenta as chances de estar no grau moderado, que está inversamente associado com o grau de DE grave (Tabela III).

Tabela IV - Resíduos studentizados: disfunção erétil x idade.

Disfunção Erétil	Idades/anos		
	35 a 50	51 a 65	66 a 89
Leve	1,61	0,25	- 1,51
Moderada	0,98	2,36	- 3,26
Grave	-2,28	- 2,70	4,64

Apresentar idade entre 35 e 50 anos está associado inversamente com ter DE grave, já entre 51 e 65 anos está associado diretamente com ter DE moderada e inversamente com o grau de DE grave e idade entre 66 e 89 anos está associado inversamente com ter disfunção erétil moderada e diretamente com ter DE grave, todos não apresentando significância dentro do intervalo -1,96; 1,96 (Tabela IV).

Discussão

A definição de DE também pode ser a incapacidade de manter relações sexuais e não a envergadura erétil em si, em função disto deve ter uma causa a se diagnosticar [23].

O estudo de Haczynskiet *et al.* [24] mostrou que dos 3.552 pacientes entrevistados com idade entre 40 anos, 42,7% apresentaram DE, 44,9% não apresentaram e 12,4% recusaram-se a responder as perguntas. Os pacientes entre 41-50 anos apresentaram maior DE, se comparados com pacientes com idade inferior a 41 anos. No presente estudo a maior prevalência de DE foi de 51 a 65 anos de idade apresentando 51,72% (30).

A idade revelou ser importante fator de risco nesta pesquisa, como evidenciado também na pesquisa realizada com os profissionais da saúde, que avaliou a influência da idade no

comportamento sexual dos norte-americanos, e revelou que 40% dos homens com idade entre 60-69 anos já apresentaram suas primeiras dificuldades de ereção e 2% relataram o problema antes dos 40 anos [8].

Vários estudos têm mostrado que os homens com diabetes correm risco para predispor a DE. Para Enzlin *et al.* [25], no estudo com pacientes portadores de diabetes tipo 1, observaram-se 222 pacientes, sendo destes 95 homens, 22% apresentaram DE. Estes tinham idade e IMC mais elevados, apresentando maior tempo de diabetes, fato que não corrobora, pois dos homens entrevistados 11,54% (6) apresentaram DM, não mostrando correlação com a gravidade.

A depressão e/ou a ansiedade é uma etiologia que pode desencadear a DE. Em um estudo de Brito *et al.* [26], avaliaram 42 homens, destes, 21 com DE e 21 com ejaculação precoce (EP), com média de idade entre $31,21 \pm 6,16$ anos. Em relação aos resultados das avaliações dos questionários, Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), identificou-se que o grupo com DE apresentou maiores valores significativos no BAI ($13,57 \pm 7,40$) do que o BDI ($13,38 \pm 9,74$) que comparados com o grupo de EP. Já em outro estudo foi observado que 54,3% dos 2862 homens entrevistados apresentaram depressão associados à DE, sendo um resultado significativo, apresentando uma alta incidência [5].

Um estudo fez o levantamento aleatório de uma determinada população de Massachusetts, pesquisando a presença de DE associados à depressão. Avaliaram através do questionário autoaplicável a DE e a depressão através da escala do centro de estudos epidemiológicos - depressão, esta escala mensura o nível de sinais da depressão e não diagnóstica a depressão clínica. Constataram que dos 449 indivíduos entre 40 e 50 anos de idade 25% tinham depressão e 1,92 tinham razão de chance para a associação de DE e sintomas de depressão, já entre 61-70 anos de idade, dos 333 indivíduos 47% apresentaram DE e 2,88 tinham associações de sintomas de depressão [27].

Os sintomas de DE associados à depressão, devido aos estudos, mostram que a etiologia é significativa, o que não corrobora este estudo, podendo ser justificada pela amostra muito pequena composta por 58 participantes, porém destes 18,97% (11) apresentaram depressão, não significativa.

Uma das causas de DE é a HAS, também pode estar relacionada ao tratamento desta. Uma pesquisa qualitativa realizada no ano de 2012 avaliou 14 homens com idade superior a 40 anos, hipertensos e com vida sexual ativa, estes relataram que após a descoberta e o tratamento da HAS diminuíram as atividades sexuais; pensaram em parar o tratamento para demonstrar virilidade às parceiras, sem conhecerem as reais consequências da suspensão do tratamento [28]. Em outro estudo, dos 1.516 pacientes que apresentaram DE, apenas 13,6% não tinha nenhuma doença crônica associada; já 86,4% relataram uma ou mais doenças crônicas. As doenças mais comuns foram diabetes mellitus (40%), aterosclerose e/ou DAC (55,2%) e

HAS (55,8%) [24]. O que se evidenciou que a HAS, nos estudos, apresentou um alto nível significativo para a causa da DE, corroborando este estudo, no qual 29,31% (17) dos entrevistados possuíam esta patologia associada.

Em outro estudo realizado em Massachusetts, acompanharam os homens por uma média de 16,2 anos, avaliaram 1.165 homens, destes 213 tinham DE com média de idade de 59 ± 8 anos, 33% (71) apresentou HAS associados à DE [29]. Já nesse estudo não se mostrou significativo a hipertensão associadas à causa da DE, podendo ser justificado pelo desenvolvimento da HAS durante os anos de pesquisa.

Na pesquisa de Abdo *et al.* [5], a média de idade foi de 38 anos, 45,1% apresentaram DE, os participantes referiram começar a relação sexual com uma média de idade de 15,9 anos, o que é constatado neste estudo é uma média de 19,62 $\pm 1,55$, sendo uma diferença de aproximadamente três anos.

Corroborando ainda o estudo, não foram encontradas associações estatisticamente entre DE, tabagismo e sedentarismo [5]. A prática de exercícios físicos e uma dieta balanceada são modificações essenciais na vida do indivíduo, pois melhoram o condicionamento cardiovascular e a qualidade de vida, associando com outros tratamentos [30].

Já Constance *et al.* [8] relataram que o exercício vigoroso, como correr pelo menos três horas por semana, foi associado à redução no risco da DE, se comparado ao grupo de sedentários ou com pouca atividade física. Apesar de o exercício proteger contra a DE, homens com menos de 60 anos se beneficiaram mais do treinamento que os com idade superior ou igual a 80 anos.

Em um estudo, foram avaliados e tratados 42 homens com DE que aceitaram participar de um programa de reeducação do assoalho pélvico com média de idade de 46 ± 11 anos. As sessões constituíram de exercícios ativos, biofeedback e eletroestimulação dos músculos perineais. Foi realizado o tratamento durante quatro meses, uma vez por semana; 47% (24) dos participantes recuperaram a ereção normal, 24% (12) relataram melhora e 12% (6) não houve alteração na ereção sexual [31]. A fisioterapia está em crescente estudo nessa área, mas o que se pode observar é que ela pode contribuir para a melhora da DE. O que não corrobora o estudo, pois nenhum dos entrevistados tinha realizado tratamento fisioterapêutico, a primeira opção foi o tratamento medicamentoso, podendo ser justificado, já que nenhum destes conhecia a fisioterapia para a DE.

Conclusão

Conclui-se, através dos dados obtidos nesta pesquisa, que os resultados encontrados permitem afirmar que as principais causas de DE é a idade e a HAS, mostrando valores significativos nestes participantes.

Quando a prevalência da etiologia é pesquisada através de estudos populacionais, possibilita intervenções fisioterapêuticas adequadas.

Ainda há poucos estudos que investigam a importância da fisioterapia na DE, necessitando mais pesquisas. Espera-se que a referida pesquisa crie subsídios para novos estudos sobre a temática, acrescentando qualidade de vida aos homens com DE.

Agradecimentos

Agradecemos aos pacientes e aos médicos que contribuíram para a realização deste trabalho, em especial ao José Alberi Moreira Félix e ao Marcio Rigo.

Referências

1. Khera M, Goldstein I. Erectile dysfunction. Clin Evid 2011;06:1803.
2. Neves G, Rates SMK, Fraga CAM, Barreiro EJ. Agentes dopaminérgicos e o tratamento da disfunção erétil. Quim Nova 2004;27(6):949-57.
3. Nardoza JRA. Disfunção erétil. In: Borges DR, ed. Atualização terapêutica de Prado, Ramos, Valle: diagnóstico e tratamento. 24ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p.1893-901.
4. Souza CA, Cardoso FL, Silveira RA, Wittkopf PG. Importância do exercício físico no tratamento da disfunção erétil. Rev Bras Cardiol 2011;24(3):180-5.
5. Abdo CHN, Oliveira Junior WM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. Rev Assoc Med Bras 2006;52(6):424-9.
6. Buzin L. Avaliação de função erétil, parâmetros androgênicos, questionários de rastreamento de hipogonadismo de início tardio, e obesidade central em homens com 40 anos ou mais, participantes de um rastreamento de câncer de próstata [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade do Rio Grande do Sul; 2010. 70p.
7. Javaroni V, Oigman W, Neves MF. Hipertensão arterial e disfunção erétil. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ 2011;10(3).
8. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. Ann Intern Med 2003;139(3):161-8.
9. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International erectile dysfunction. Urology 1997;49(6):822-30.
10. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res 1999;11(6):319-26.
11. Cordeiro CA, Mizzaci CC, Fernandes RM, Araujo-Junior AG, Cardoso PO, Dutra LV, Sousa AGMR, Amodeo C. Índice internacional de função erétil simplificado e doença coronariana em pacientes hipertensos. Arq Bras Cardiol 2012;99(4):924-30.
12. Moreno AL. Fisioterapia em uroginecologia. 2a ed. São Paulo: Manole; 2009.
13. Santos Filho SD, Meyer PF, Ronzio AO, Bernardo Filho M. A saúde sexual e os direitos sexuais: abordagens de interesse multi-profissional. Fisioterapia Ser 2011;6(2):25-8.
14. Macêdo SR. O significado da vivência do paciente em tratamento de câncer de próstata [Dissertação]. Fortaleza: Fundação

- Edson Queiroz, Centro de Ciências Humanas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza; 2008. 124p.
15. Knorst MR, Cavazzotto K, Henrique M, Resende TL. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. *Rev Bras Fisioter* 2012;16(2):102-7.
 16. Kakihara CT, Sens YA, Ferreira U. Efeito do treinamento funcional do assoalho pélvico associado ou não à eletroestimulação na incontinência urinária após prostatectomia radical. *Rev Bras Fisioter* 2007;11(6):481-6.
 17. Mendonça CR, Amaral WN. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas: revisão de literatura. *Femina* 2011;39(3).
 18. Monteiro ES, Aquino LM, Gimenez MM, Fukujima MM, Pradp GF. Eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior para bexiga hiperativa neurogênica. *Rev Neurocienc* 2010;18(2):238-43.
 19. Gonzáles AI, Sties SW, Wittkoff PG, Mara LS, Ulbrich AZ, Cardoso FL. Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2013;101(2):176-82.
 20. Palma P. Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais. Campinas: Personal Link; 2009.
 21. Efron B. Bootstrap methods: Another look at the Jackknife. *The Annals of Statistics* 1979;7:1-26.
 22. Development Core Team (2012). R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2012.
 23. Russo JA. A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana* 1984;14:172-94.
 24. Haczynski J, Lew-Starowicz Z, Darewicz B, Krajka K, Piotrowicz R, Ciesielska B. The prevalence of erectile dysfunction in men visiting outpatient clinics. *Int J Imp Res* 2006;18:359-63.
 25. Enzlin P, Mathieu C, Van Dem Briel A, Vanderschueren D, Demytternaere K. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(2):409-14.
 26. Britto R, Benetti SPC. Ansiedade, depressão e característica de personalidade em homens com disfunção sexual. *Rev SBPH* 2010;13(2):243-58.
 27. Andre B, Durante R, Feldman HÁ, Goldstein I, Mckinkay J. Relação entre sintomas depressivos e disfunção erétil masculina: resultados transversais do estudo de Massachusetts sobre envelhecimento masculino. *Psychosomatic Medicine* 1998;60:458-65.
 28. Chaves T, Ross J. O homem hipertenso: repercussões do tratamento medicamentoso na sua vida sexual. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(2):135-140.
 29. Hall AS, Shackelton RMS, Rosen RC, Araujo AB. Sexual Activity, Erectile Dysfunction, and Incident Cardiovascular Events. *Am J Cardiol* 2010;105(2): 192-7.
 30. Oliveira A. Disfunção Erétil: aspectos anátomo-morfológicos e a farmacologia do tratamento. *Littera Docente & Dicente* 2012(2):2.
 31. Kampen MV, Weerdt DW, Claes H, Feys H, Maeyer DM, Poppel VH. Treatment of erectile dysfunction by perineal exercise, electromyographic biofeedback, and electrical stimulation. *Phys Ther* 2003;83(6):536-43.