

Fúlvio Schiavo

Disfunção Erétil Psicogênica e Acupuntura:
Uma Opção Terapêutica?

São José do Rio Preto
2006

Fúlvio Schiavo

Disfunção Erétil Psicogênica e Acupuntura:
Uma Opção Terapêutica?

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de São
José do Rio Preto para obtenção
do título de Mestre no Curso de
Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático: Medicina
Interna.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio José Alves de
Almeida

São José do Rio Preto
2006

Schiavo, Fúlvio

Disfunção erétil psicogênica e acupuntura: uma opção terapêutica? / Fúlvio Schiavo.

São José do Rio Preto, 2006

88p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina Interna

Orientador: Prof. Dr. Sérgio José Alves de Almeida

1. Acupuntura; 2. Disfunção erétil psicogênica; 3. Medicina Tradicional Chinesa

Sumário

Dedicatória.....	i
Agradecimento Especial	ii
Agradecimentos.....	iii
Epígrafe.....	v
Lista de Quadros.....	vi
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
1. Introdução.....	01
2. Material e Método	11
3. Revisão de Literatura.....	13
4. Discussão	20
5. Conclusões.....	55
6. Referências Bibliográficas.....	57
7. Anexos.....	75
8. Glossário	84

Dedicatória

- ✓ Ao meu pai, pelo exemplo de esforço e empenho.
À minha mãe, pela referência da sensatez e pelos conselhos e lições.
Ao meu falecido avô *Otávio Biaggio*, pelo exemplo de serenidade.
À minha irmã, pelo apoio e carinho.

Agradecimento Especial

- ✓ Ao meu orientador *Prof. Dr. Sérgio José Alves de Almeida*, pela confiança e disponibilidade, por seus preceitos e sua amizade.

Agradecimentos

- ✓ À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), nas pessoas do Diretor Geral *Prof. Dr. Humberto Liedtke Júnior* e do Diretor Adjunto de Pós-graduação *Prof. Dr. Domingo Marcolino Braile*, pela oportunidade para a realização desta dissertação.

- ✓ À Coordenadoria do Curso de Pós-Graduação em Ciências de Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto nas pessoas do Coordenador Geral *Prof. Dr. Emmanuel A. Burdmann* e do Coordenador do Eixo Temático Medicina Interna *Prof. Dr. Reinaldo Azoubel*, pelo apoio à efetivação deste estudo.

- ✓ À *Prof. Adília Maria Pires Sciarra*, responsável pelo Laboratório de Línguas do Curso de Pós-Graduação em Ciências de Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pela revisão gramatical e correção ortográfica.

- ✓ Ao Serviço de Acupuntura do Hospital de Base nas pessoas do Chefe do Ambulatório *Prof. Dr. Rassen Saidah*, do Coordenador da Residência Médica *Prof. Dr. João Bosco Guerreiro da Silva* e dos docentes *Cecília Baccilli Cury Megid* e *Mauro Pedrin*, pelos ensinamentos e pela amizade.

- ✓ A todos os que foram e são meus pacientes, pela inspiração, paciência, compreensão e pelo carinho.

*“Na dúvida ou na certeza não devo ter
apego. A vida flui no seu ritmo próprio,
o qual preciso conhecer e respeitar.
Sem temor, com desapego”.*

(Sensei Kazuo Nagamine)

Lista de Quadros

Quadro 1 -	Freqüência recomendada de ejaculação.....	22
Quadro 2 -	Correspondência entre a MTC e a Medicina Ocidental.....	30

Lista de Abreviaturas e Símbolos

a.C.	Antes de Cristo
DE	Disfunção Erétil
DEP	Disfunção Erétil Psicogênica
DSM-III-R	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
GMPc	Guanilato-monofosfato cíclico
IIEF	<i>International Index of Erectile Function</i>
IPD5	Inibidores da fosfodiesterase 5
Lilacs	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
mg	Miligrama
MMII	Membros inferiores
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PubMed	Publicações Médicas
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
Scirus	<i>Search Engine for Science</i>
STRICTA	<i>Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture</i>

US Doppler	Ultra-sonografia Doppler
%	Porcentagem

RESUMO

Este estudo foi elaborado a partir de uma revisão da literatura sobre a aplicação da Acupuntura no tratamento da disfunção erétil psicogênica. A disfunção erétil é definida e inserida no contexto da sexologia. São comentados sua etiologia, seus fatores de risco e opções de tratamento de forma breve. A Acupuntura, uma nova arma terapêutica para o Ocidente, é abordada no contexto da Medicina Tradicional Chinesa. Devido às diferenças na maneira de encarar a sexualidade entre as culturas ocidental e oriental e a possibilidade de abordar, ao mesmo tempo, os aspectos físicos e psicológicos das doenças, a Acupuntura foi avaliada em alguns estudos como uma opção no tratamento da disfunção erétil psicogênica. São artigos dos tipos ensaio clínico, estudo retrospectivo, relato de caso e revisão. Considerando os que têm melhor delineamento, os resultados demonstraram que a acupuntura foi eficaz em cerca de 60 a 70% dos casos. Embora estes resultados sejam promissores, os estudos trazem consigo

falhas de estrutura e carecem de parte das informações em relação à estratégia de intervenção (manejo das agulhas). Portanto, são feitas sugestões para que os estudos futuros abordando o tema tenham plena confiabilidade. Até o encerramento desta pesquisa, não havia dados suficientes para afirmar que a Acupuntura é eficaz no tratamento da disfunção erétil psicogênica.

Palavras-chave: 1.Acupuntura; 2.Disfunção Erétil Psicogênica;
3.Medicina Tradicional Chinesa.

ABSTRACT

This work was elaborated on a literature review about the Acupuncture practice in the treatment of psychogenic erectile dysfunction. The erectile dysfunction is defined and inserted in the sexology context. Its aetiology, risk factors and alternatives for treatment are briefly discussed. The Acupuncture, a new Western therapeutic aid, is approached in the field of the Traditional Chinese Medicine. Due to the differences in the way of facing the sexuality between the Western and the Eastern cultures, and the possibility of approaching at the same time the physical and psychological aspects of diseases, the Acupuncture was evaluated in some studies as an option for the treatment of the psychogenic erectile dysfunction. The articles are clinic test types, retrospective study, case report and review. Taking into account the ones with better outline, the results showed that the acupuncture was efficient in about 60 to 70% of the cases. Although these results are promising, the papers have some structural failure and they do not have part of

the information related to the intervention strategy (handling of the needles). Therefore, it is suggested that further studies dealing with this subject ought to be more feasible. Up to end of this research, there was not sufficient information to provide the effectiveness of Acupuncture in the treatment of the psychogenic erectile dysfunction.

Key words: 1.Acupuncture; 2.Psychogenic erectile dysfunction;
3. Traditional Chinese Medicine.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A disfunção erétil (DE) ganhou notoriedade tanto no meio acadêmico quanto entre o público leigo há cerca de dez anos. Após a descoberta do citrato de sildenafil como droga facilitadora da ereção, ocorreu uma popularização do debate sobre este assunto.^(1,2)

A sexualidade sempre foi um tabu na cultura ocidental e isto se deve, sobretudo, à influência religiosa, mais especificamente da igreja cristã.⁽³⁾ Se a ciência demorou até Descartes para se libertar da religião, a sexualidade ainda esperou por mais dois séculos para se tornar um tema científico.

No final do século XIX, Krafft-Ebing, um psiquiatra alemão, fez uma classificação detalhada dos distúrbios sexuais, dando início à influência da ciência sobre a opinião pública. Ao mesmo tempo, Freud inicia suas publicações e propõe que a sexualidade é a força primária de todo comportamento humano e a principal causa de todos os tipos de neurose, ou seja, transtornos mentais nos quais é mantida a percepção da realidade. Ainda elaborou um método clínico, a psicanálise, capaz de avaliar e tratar os conflitos do inconsciente. Desde então, tornou-se óbvia a importância fundamental da sexualidade na vida do ser humano.⁽⁴⁾

Diversos autores passaram a estudar e escrever sobre o tema e, cada vez mais, as informações e conclusões se tornaram acessíveis ao público. Em 1926, Theodore van de Velde com seu livro *Ideal Marriage*, fornecendo detalhes sobre variadas técnicas sexuais e endossando práticas como o sexo orogenital, encabeçou a lista dos mais vendidos em vários países. Kinsey, em meados do século XX, após extensa pesquisa por meio de questionários, fez o maior levantamento produzido até então sobre as características do comportamento sexual humano. Sua obra vendeu mais de 100 mil exemplares.⁽⁴⁾

Alguns anos depois, Masters e Johnson⁽⁴⁾ iniciaram observações e registros da excitação sexual humana em laboratório, ultrapassando 10 mil casos de atividade sexual. Descreveram uma nova abordagem para o tratamento dos problemas sexuais com elevada taxa de sucesso, nascendo, então, a figura do terapeuta sexual.

A evolução bastante rápida da medicina, que se aliara à tecnologia, permitiu a confirmação de que o sexo não é um aspecto isolado da saúde humana. A atividade sexual pode ser prejudicada na vigência de uma série de maus hábitos e doenças e, ao mesmo tempo, a satisfação e o prazer advindos da prática sexual são fundamentais à saúde.⁽⁵⁾

Dentre as disfunções sexuais do homem, está a disfunção erétil. É definida como a incapacidade permanente de obter e ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual satisfatória.⁽⁶⁾ Tem diferentes taxas de prevalência de acordo com a região geográfica⁽⁷⁾ e sua incidência também aumenta de forma expressiva com o avanço da idade.⁽⁸⁾

Ainda em relação à disfunção erétil, sabe-se que hábitos de vida como uso de drogas,^(9,10) sedentarismo^(6,7) e tabagismo^(6,10) aumentam suas taxas de incidência. Também fatores sociais como baixo grau de escolaridade,^(6,7,11) nível sócio-econômico⁽⁶⁾ e situação profissional⁽¹¹⁾ aumentam a chance dela ocorrer.

A disfunção erétil apresenta-se em muitos casos como consequência de uma doença orgânica (física), resultando, por exemplo, de enfermidades vasculares, do sistema nervoso ou hormonais. Também pode ser provocada pelo uso de certos medicamentos ou ainda por doenças psiquiátricas.⁽¹²⁾

Como a ereção depende de inúmeros eventos que precisam ocorrer de maneira coordenada, a falha em qualquer um deles é capaz de comprometê-la. À medida que se avança nos conhecimentos sobre a fisiologia da ereção, cresce o número de opções terapêuticas.

Em busca de definir sua causa e, por conseguinte, seu tratamento, é preciso tanto de uma história médica quanto sexual pormenorizadas.⁽¹⁰⁾ De acordo com alguns autores,^(13,14) uma avaliação da parceira também é necessária. A partir daí, uma abordagem individualizada permitirá ao médico aproximar-se, de maneira eficiente, da terapêutica mais apropriada para cada caso.⁽¹⁰⁾

Se a DE está associada a uma doença orgânica ou psiquiátrica, o tratamento desta última antecede qualquer terapia indicada para a primeira. Caso não sejam detectadas quaisquer comorbidades, sendo a DE uma queixa isolada, o foco do tratamento é voltado unicamente para ela.⁽¹⁵⁾

No primeiro caso, a DE é chamada orgânica e, no segundo, psicogênica. Como regra geral, a disfunção erétil psicogênica (DEP) é um diagnóstico de exclusão, dado após minuciosa investigação.⁽¹⁶⁾ Porém, a *International Society of Impotence Research* defende que se considere DEP quando existir predominantes ou exclusivos fatores psicológicos que tanto podem estar ligados ao indivíduo quanto ao seu relacionamento interpessoal.⁽¹⁷⁾

Abdo⁽¹⁸⁾ considera que, devido às implicações psicológicas sempre presentes da DE, pode-se classificá-la como mista, quando

na presença concomitante de um fator causal orgânico, ou psicogênica, na qual somente existe uma causa psíquica.

Em geral, na presença de distúrbios orgânicos, a primeira escolha terapêutica é pelos inibidores da fosfodiesterase 5 (IPD5).⁽¹⁹⁾ Ainda que haja somente fatores psicológicos como causa, eles são utilizados como auxiliares à psicoterapia,⁽²⁰⁾ a qual, nesta situação, é a primeira escolha.⁽²¹⁾ Os IPD5 são uma opção segura e eficaz, com sintomas colaterais leves e seu uso apenas é contra-indicado quando associado ao uso de nitratos.^(22,23)

Ainda que os IPD5 tenham trazido bons resultados, seu uso apresenta um alto custo e não é acessível para países pobres. A psicoterapia mostra-se cara e demorada para obter resultados.⁽²⁴⁾

A Acupuntura merece ser considerada uma opção. É um segmento da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que, essencialmente, consiste no uso de agulhas, as quais são inseridas pelo corpo, visando eliminar doenças e sintomas. Suas primeiras citações foram há mais de 2000 anos.⁽²⁵⁾

Em 1979, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enumerou uma série de doenças ou distúrbios funcionais que a Acupuntura seria capaz de tratar ou corrigir. As evidências práticas foram o critério utilizado, não existindo estudos clínicos bem desenhados como base para estas indicações.⁽²⁶⁾ O fato desta lista não ter sido

baseada em experimentos clínicos controlados foi o motivo pelo qual a OMS, mais tarde, voltou atrás.

A Acupuntura popularizou-se como terapia para dor e, desde então, as pesquisas vêm crescendo ano a ano. No início, pesquisou-se, de forma ostensiva, seu mecanismo de ação no tratamento da dor e, nos dias atuais, as pesquisas também abrangem outras áreas. Parte dos estudos buscam elucidar seus mecanismos de ação e os demais pretendem comprovar sua eficácia no alívio de diferentes sintomas ou no tratamento de doenças. O interesse nesta milenar ciência não parou de crescer. Com a ajuda da OMS, programas de formação na China já graduaram profissionais de mais de cem países.⁽²⁷⁾

A partir de fontes publicadas, a revisão da literatura mostra resultados promissores como opção terapêutica em certos tipos de dor crônica, alguns transtornos neurológicos, respiratórios, ginecológicos e digestivos, além de depressão e dependência química.⁽²⁸⁾ Tem sido demonstrado que a Acupuntura é capaz de agir nos sistemas nervoso, cardiovascular e imune. A maneira como isto ocorre ainda não é conhecida.⁽²⁹⁾

A fisiologia e a patologia na MTC baseiam-se em conceitos teóricos bastante diferentes da Medicina Ocidental. Na MTC, o fluxo do *Qi* (energia vital) quando normal, ou seja, suave e rítmico,

garante um estado saudável e, se alterado, provoca os sintomas e as doenças.⁽³⁰⁾

O *Qi* é a energia vital, pois desencadeia e perpetua todos os processos bioquímicos e biofísicos que permitem a manutenção da vida. Ele distribui-se pelo corpo percorrendo trajetos definidos nas estruturas internas e externas. Estes trajetos são os meridianos (canais de energia). O *Qi* se relaciona de um modo peculiar com cada um dos órgãos internos que, na MTC, são chamados de *Zang Fu*.⁽³¹⁾ Em parte, suas funções incluem aquelas concebidas na Medicina Ocidental, mas geralmente são mais complexas.⁽³²⁾

As atividades do *Qi* são determinadas pelo equilíbrio entre duas forças complementares e opostas, chamadas *Yin* e *Yang*. Na concepção chinesa, elas atuam no Universo e, portanto, no corpo humano. O *Yin* tem as propriedades do frio, do repouso e da contração e as do *Yang* são o calor, o movimento e a expansão.^(33,34)

A Acupuntura, tal como as ervas medicinais chinesas (fitoterapia tradicional chinesa), são formas pelas quais o médico pode intervir na atividade do *Qi*, pois, com o uso das agulhas (inserção e manipulação) e o uso das plantas, é capaz de corrigir seu fluxo.

A sexualidade sempre esteve inserida no contexto da MTC. Na cultura oriental, diferente do Ocidente, o sexo não era visto como algo impuro tampouco pejorativo, ou seja, que trouxesse males ou desabonasse o ser humano.⁽³⁵⁾ Desta forma, os diversos temas sexuais e a busca de saúde e longevidade já eram citados nos livros mais antigos.⁽³⁶⁾

As doenças são vistas como conseqüência de um desequilíbrio na atividade dos órgãos internos e a disfunção erétil, especificamente, como uma manifestação de diferentes padrões desse desequilíbrio, ou seja, padrões de desarmonia dos órgãos *Zang Fu*.

Na MTC, não há distinção entre doenças orgânicas ou psíquicas, já que corpo e mente são uma unidade que não pode ser dividida. Tanto as funções orgânicas como as psíquicas estão relacionadas a um só fator: o *Qi*. Cada órgão interno, em um estado de desequilíbrio, apresentará sinais e sintomas orgânicos e psíquicos.⁽³⁷⁾

Se, para a Medicina Ocidental, a DEP é uma manifestação somática de um distúrbio psíquico, um método terapêutico capaz de agir nestes dois níveis torna-se uma boa opção. Considerando ainda a presença da DE na literatura sobre MTC, é válido que se investigue a real eficácia do seu arsenal terapêutico.^(38,39) Também

merece ser avaliada a contribuição da Acupuntura e da Fitoterapia Tradicional Chinesa como métodos coadjuvantes ou nos casos em que os IPD5 não obtêm boa resposta.^(10,40)

Mediante a análise da estrutura (delineamento dos estudos) e das estratégias de intervenção (manejo da acupuntura) e a releitura dos resultados das pesquisas até aqui publicadas, este estudo teve como objetivo verificar se a Acupuntura é eficaz enquanto monoterapia para a DEP.

2 MATERIAL E MÉTODO

2 MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se um levantamento bibliográfico sobre disfunção erétil, buscando atualização dos conceitos, da fisiopatologia, dos fatores relacionados e da prevalência. Foram pesquisadas diversas bases de dados da literatura internacional, como as Publicações Médicas (PubMed), Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Search Engine for Science* (Scirus), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) entre outras.

Até a finalização deste estudo, foi avaliada toda a publicação existente sobre disfunção erétil e Acupuntura.

Também foram pesquisados livros-textos de Acupuntura utilizados para compreensão da fisiologia sexual e da fisiopatologia da disfunção erétil sob o ponto de vista da MTC.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

Sem autor definido, um estudo cujo título é *Teaching round: impotence* foi publicado em 1987. Seu formato lembra um artigo de revisão, no qual foi abordada a relação dos rins com a disfunção erétil na interpretação da MTC e um relato de caso foi descrito.⁽⁴¹⁾

Em 1988, Zhiming e Chenggu⁽⁴²⁾ publicaram um artigo de revisão ampliando a discussão sobre a fisiopatologia da DE no contexto da MTC. Um caso também foi relatado.

Jingzhong *et al.*⁽⁴³⁾ reportaram, no ano seguinte (1989), um estudo retrospectivo de 100 casos de disfunção erétil tratados por Acupuntura e moxabustão. Os resultados foram descritos em termos percentuais com 63% dos casos curados e 10% deles com melhora parcial.

Jinsheng,⁽⁴⁴⁾ em 1993, abordou o tema teoricamente, tecendo explicações sobre a fisiopatologia e o tratamento, mas não trouxe dados sobre pacientes.

Alguns anos mais tarde, em 1997, Yanzhong e Ling⁽⁴⁵⁾ detalharam a etiologia e a patologia da DE, incluindo a forma de tratamento com o uso de ervas medicinais chinesas e pontos de

acupuntura. Ainda citaram a experiência de médicos chineses utilizando-se destas duas terapias de forma isolada uma da outra.

Em seu estudo, publicado em 2004, Lijue⁽⁴⁶⁾ tratou 102 pacientes com idades entre 18 e 62 anos, dividindo-os de forma aleatória em três grupos. O grupo A tinha 20 indivíduos que foram tratados com acupuntura, o grupo B tinha 31 casos que receberam farmacopuntura e medicamentos tradicionais chineses e o grupo C tinha 51 casos que foram tratados com farmacopuntura e intensa moxabustão. Contudo, não descreveu quais critérios foram adotados para o diagnóstico de disfunção erétil, sendo excluídos os casos de hipoplasia genital e uso de drogas. Os grupos tinham características semelhantes e o autor considerou curados os pacientes que se tornaram assintomáticos e que voltaram à “vida sexual normal” e parcialmente curados os que puderam “em parte das vezes” ter relações sexuais. Somados, estes casos chegaram a 75% no grupo A.

O primeiro dos artigos publicados no ocidente sobre DE e Acupuntura foi realizado em Cuba. Orosco,⁽⁴⁷⁾ em 1986, em um estudo sobre disfunção erétil e anorgasmia feminina, avaliou 181 pacientes com DE, que foram encaminhados por outros médicos ou vieram por conta própria. Todos já haviam recebido psicofármacos

e psicoterapia sem sucesso e, então, foram tratados por Acupuntura como única terapia. Os resultados foram positivos para 142 dos 181 pacientes (78,45%).

Em 1994, Yaman *et al.*⁽⁴⁸⁾ publicaram seu estudo, que envolveu 29 pacientes, todos com diagnóstico de DEP realizado após a ausência de alterações em diversos exames complementares e avaliação detalhada que excluísse transtornos psiquiátricos. A média de idade dos pacientes foi 39,3 anos. Foi um estudo prospectivo, não controlado e não cego. Os resultados mostraram que 69% dos pacientes obtiveram melhora da ereção.

Aydin *et al.*⁽⁴⁹⁾ realizaram um estudo randomizado, controlado, prospectivo, mas não cego, publicado em 1997. Foram incluídos somente pacientes com DEP, considerando aqui a ausência de alterações em vários exames clínicos e laboratoriais, tais como ultra-sonografia Doppler (US Doppler) peniana e avaliação hormonal. Um total de 60 pacientes foi dividido em 4 grupos iguais, sendo 15 deles submetidos à eletroacupuntura. Destes, 60% melhoraram, mas isto não foi superior ao placebo de forma significativa.

Yamamura *et al.*⁽⁵⁰⁾ publicaram em 1998 um artigo de revisão, que abordou as causas de DE conforme a MTC. O artigo trouxe

interessantes especulações a respeito das correspondências das funções dos órgãos internos na MTC com aspectos da fisiologia na Medicina Ocidental.

No trabalho publicado em 1999, Kho *et al.*⁽⁵¹⁾ avaliaram, de maneira prospectiva, 13 pacientes com idade entre 43 e 65 anos, submetidos à eletroacupuntura, sem distingui-los entre portadores de DE orgânica ou psicogênica. Adotaram como critério de inclusão a definição de DE do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)* - Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais e resposta positiva a teste farmacológico por via injetável intracavernosa. Não houve grupo controle e a avaliação não foi cega. A taxa de melhora geral foi de 54%.

Em 2001, Crimmel *et al.*⁽⁵²⁾ descreveram uma revisão dos trabalhos que utilizaram acupuntura para tratar infertilidade masculina e DE.

Em 2002, Soszka, dissertou sobre a importância do conhecimento da fisiopatologia na MTC para realização do diagnóstico da DE no seu contexto. Ele deu destaque ao papel fundamental do fígado na ereção.⁽⁵³⁾ Com a colaboração Long elaboraram esquemas de tratamento com Acupuntura e Fitoterapia seguindo a fisiopatologia na MTC.⁽⁵⁴⁾

Engelhardt *et al.*,⁽⁵⁵⁾ em publicação de 2003, avaliaram 21 pacientes, que foram incluídos na pesquisa após avaliação clínica e psicológica, dosagens plasmáticas hormonais, teste de tumescência peniana noturna e teste farmacológico via oral (50mg de sildenafil) normais. Algumas co-morbidades foram critérios de exclusão. Os indivíduos foram randomizados em grupos controle e experimental e aqueles sem melhora do grupo controle foram cruzados para o grupo experimental. Não houve diferença na média de idade e duração prévia de DE entre os grupos. Os pacientes responderam ao *International Index of Erectile Function (IIEF)* - Índice Internacional da Função Erétil (Anexo 1) antes e depois do tratamento. As médias de pontos foram, respectivamente, 43,7 e 62. A Acupuntura foi efetiva em 68,4% dos casos.

Wong⁽⁵⁶⁾ fez uma revisão sobre a DE e apresentou um grupo de pontos de acupuntura para tratá-la, baseando-se no raciocínio neurofisiológico e utilizando como método a eletroacupuntura.

Aung⁽⁵⁷⁾ descreveu, de forma sucinta, faltando diversas informações, um caso de DE cujo paciente apresentava também fibromialgia e foi tratado com eletroacupuntura.

Watere⁽⁵⁸⁾ publicou um relato de caso, no qual fez uma descrição completa da sua estratégia de intervenção e do quadro

clínico prévio, incluindo diagnóstico na MTC, e da boa evolução do paciente, que se tornou assintomático.

4 DISCUSSÃO

A concepção do sexo na MTC vai muito além de uma fonte de prazer. A prática da atividade sexual torna o casal heterossexual ainda mais saudável, trazendo-lhes longevidade e, se considerada sob o foco da filosofia taoísta, proporciona uma espécie de enriquecimento espiritual.⁽⁵⁹⁾

A sexualidade é um assunto debatido na MTC desde os seus primeiros textos. As escavações de 1973 da tumba de Ma Wang Tui Han, na província chinesa de Hunan, encontraram manuscritos com a idade de 168 a.C. que discorrem sobre o assunto. A poligamia dos imperadores das dinastias chinesas fez com que se desenvolvessem as terapias sexuais.⁽⁵⁶⁾

As boas condições de saúde do casal são necessárias, pois a atividade sexual ocasiona, transitoriamente, uma debilidade do organismo devido ao enfraquecimento do *Qi* dos rins. Isto também reflete o cuidado necessário para que a atividade sexual não seja excessiva, o que é prejudicial à saúde mesmo sob condições saudáveis.⁽⁶⁰⁾

Para se determinar o que é excessivo, é preciso considerar a individualidade de cada paciente. Segundo Maciocia,⁽⁶⁰⁾ no *Classic*

of the Simple Girl, é estipulada a freqüência da ejaculação, a qual deve variar de acordo a idade e as condições de saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Freqüência recomendada de ejaculação

Idade (anos)	Em boas condições de saúde	Em condições médias de saúde
15	Duas vezes por dia	Uma vez por dia
20	Duas vezes por dia	Uma vez por dia
30	Uma vez por dia	Uma vez cada dois dias
40	Uma vez cada três dias	Uma vez cada quatro dias
50	Uma vez cada cinco dias	Uma vez cada dez dias
60	Uma vez cada dez dias	Uma vez cada vinte dias
70	Uma vez cada trinta dias	Abstinência

Fonte: Maciocia, 1996

Uma relação sexual é considerada excessiva, sobretudo, se resulta numa fadiga intensa com sintomas tais como tontura, visão turva, lombalgia, joelhos doloridos e fracos e aumento da freqüência urinária.⁽⁶⁰⁾ De uma forma geral, devem ser tomados alguns cuidados para que a prática sexual não cause danos a saúde. Por exemplo, respeitar a idade e a integridade do organismo, considerar as estações do ano e evitar condições desfavoráveis do ambiente. É também fundamental que o sexo seja feito sob um quadro harmonioso do ponto de vista psíquico-emocional, sendo, por exemplo, proibida a ejaculação em estado de embriaguez.⁽⁶¹⁾

É bastante curioso que existam muitas técnicas e muito cuidado para se controlar a ejaculação, com o homem buscando obter o orgasmo dissociado dela, evitando assim a perda do sêmen. O sêmen, na óptica dos chineses, é como uma reserva de vitalidade, que, se desperdiçada, pode provocar o envelhecimento precoce e predispõe ao surgimento de várias doenças.⁽⁶¹⁾

Por conseguinte, o homem e a mulher vão colher muitos benefícios. Há uma troca de energia entre eles, não só no aspecto físico, mas também mental, o que torna a relação sexual saudável e equilibrada.⁽⁵⁶⁾ A vivência plena do sexo permite que o casal alcance um enriquecimento espiritual, envolvendo assim o ser humano em toda a sua complexidade. Isto reflete a harmonia da natureza e contribui para a longevidade do casal.⁽⁶²⁾ Diante de toda esta importância, a sexualidade é vista de forma positiva na MTC e, portanto, as disfunções sexuais sempre estiveram entre os temas médicos.

Conforme a MTC, a disfunção erétil pode ser provocada por distúrbios de vários órgãos internos (*Zang Fu*). São várias as causas tanto em relação ao órgão de origem quanto ao mecanismo patológico. Não há distinção entre orgânica e psicogênica e podem coexistir sintomas psíquico-emocionais e físicos. Os órgãos internos

estão todos relacionados entre si. O diagnóstico e o tratamento da disfunção erétil requerem uma detalhada compreensão de quais deles e como estão envolvidos.⁽⁵³⁾

Uma breve análise de cada um destes órgãos mostra seu papel na ereção. O fígado é que harmoniza as emoções e dele depende o funcionamento da inervação e dos ligamentos penianos. A vesícula biliar garante a capacidade de tomar decisões e iniciativas e agir com coragem. Os rins conservam o desejo sexual e sustentam a ereção. O coração leva o sangue até o pênis e mantém o foco mental voltado para a atividade sexual. O baço-pâncreas, órgão único na MTC, e o estômago garantem a riqueza nutricional do sangue que irriga o pênis.⁽⁵³⁾

Torna-se óbvio que a abordagem do médico especialista em MTC precisa ser pormenorizada e individual, já que são vários os possíveis órgãos acometidos, o que desencadeará diversos diagnósticos sindrômicos, ou seja, padrões de desarmonia.⁽⁵³⁾

A etiologia da disfunção erétil na MTC baseia-se nas seguintes síndromes: estagnação do *Qi* do fígado, estase do *Qi* e do sangue, frio no meridiano do fígado, deficiência do sangue e do *Yin* do fígado, lesão dos rins por medo, umidade-calor no fígado e

na vesícula biliar, deficiência do *Yang* dos rins, deficiência do *Yin* dos rins e deficiência do baço-pâncreas e do coração.^(45,53)

A estagnação do *Qi* do fígado é encontrada em homens de meia-idade que trabalham excessivamente ou em jovens frustrados. É causada por perturbações emocionais e ausência de atividade física. É caracterizada por humor deprimido e irritado, perda da libido e sensação de opressão torácica e nos hipocôndrios.^(45,53)

A estase do *Qi* e do sangue é apresentada por pacientes vítimas de trauma na região genital, por exemplo, do tipo cirúrgico no caso de idosos ou desportivo nos jovens, principalmente ciclistas. Pode ocorrer também em doenças crônicas que provocam angiopatias, tais como arteriosclerose e diabetes.^(45,53)

O frio no meridiano (canal de energia) do fígado é visto em pacientes cujas condições de vida obrigam a exposição contínua ao ambiente com baixas temperaturas. Ocorrem diminuição da libido e frio nos órgãos genitais e nos membros inferiores (MMII).⁽⁵³⁾

A deficiência do sangue e do *Yin* do fígado é apresentada pelos pacientes que têm ereção, mas sentem que o pênis não está plenamente rijo. Os pacientes mostrarão distúrbios emocionais, tais como irritabilidade e depressão, os quais, na maioria das vezes, foram os próprios fatores causais.⁽⁵³⁾

A lesão dos rins por medo, cujo sinônimo é deficiência do *Qi* do coração e da vesícula biliar, manifesta-se pelos sintomas de timidez crônica e distúrbios de personalidade. A disfunção erétil é provocada por medo (preocupação) com o desempenho sexual, por dificuldade em se concentrar no ato sexual ou por um susto levando à flacidez peniana. Nesta síndrome, os pacientes podem ter ereção normal durante a masturbação ou o sono.^(45,53)

A umidade-calor no fígado e na vesícula biliar é gerada pelo consumo de alimentos gordurosos, oleosos e doces e bebidas alcoólicas. Os pacientes geralmente são obesos, podendo também ser diabéticos, apresentando sintomas como transpiração excessiva e sensação de distensão ou dor na região genital, distúrbios urinários e sensação de peso nas pernas.^(45,53)

A deficiência do *Yang* dos rins leva à diminuição da libido e à disfunção erétil progressivas. Ocorre tipicamente nos pacientes idosos ou que praticam sexo excessivamente (inúmeras ejaculações).^(45,53) A incidência de DE aumenta 10% a cada ano vivido.⁽⁷⁾

A deficiência do *Yin* dos rins caracteriza-se pela ejaculação precoce ou espontânea, desejo sexual excessivo e contínuo e disfunção erétil. Nesses casos, a ereção é obtida com facilidade,

mas cessa de maneira rápida. Excesso de trabalho, estresse emocional ou físico, poucas horas de sono e o uso de medicamentos e drogas são suas causas.^(52,53)

A deficiência do coração e do baço-pâncreas ocorre em indivíduos exaustos física e mentalmente, cujos sintomas são insônia, amnésia, palpitação, perda do apetite e ansiedade generalizada. A disfunção erétil atinge seu máximo grau em situações de fadiga.^(45,53)

Em analogia, a Medicina Ocidental, se considerados estes últimos dez anos, avançou muito seu conhecimento da fisiologia da ereção. Hoje, se compreende desde os mecanismos moleculares responsáveis pela vasodilatação dos corpos cavernosos até as prováveis regiões do cérebro envolvidas no desejo e na percepção dos estímulos sexuais.⁽⁶³⁾

Diversos estudos também analisaram as características epidemiológicas da DE. Isto permitiu uma compreensão mais ampla dos fatores de risco associados, os quais vão desde condições médicas como diabetes, hipertensão arterial e depressão até hábitos de vida e condições sócio-demográficas como sedentarismo, idade e baixa renda.^(6,7)

A correção do estilo de vida é fundamental para o manejo da disfunção erétil, de forma que a OMS incluiu, nas medidas terapêuticas de primeira escolha, o fim do tabagismo, evitar abuso de álcool ou drogas, dieta saudável, exercícios e sono adequado.⁽⁶³⁾

Conforme sua fisiopatologia, a Medicina Ocidental classifica a DE da seguinte forma: neurogênica - decorrente de lesões do sistema nervoso periférico ou central que afetem a transmissão dos sinais reguladores da ereção; arterial - quando há comprometimento do aporte sanguíneo para os corpos cavernosos; hormonal - que provém de alterações na função do eixo hipotálamo-hipófise ou nos testículos; psicogênica - seu exato mecanismo é desconhecido, mas tem sido proposto níveis aumentados de catecolaminas relacionados à ansiedade ou a inibição dos centros sacrais; farmacogênica - é devida ao uso de medicamentos que interferem nos controles neuroendócrino central ou vascular dos corpos cavernosos e, por fim, peniana - proveniente de alterações histológicas dos corpos cavernosos e da túnica albugínea.^(12,15)

Uma análise comparativa permite a percepção de que as Síndromes dos Órgãos Internos (*Zang Fu*) são coerentes com as causas e com os fatores de risco para disfunção erétil na Medicina Ocidental. Na MTC, a visão holística do ser humano e do processo

de adoecimento quase sempre reunirá em uma única síndrome mais de uma causa e fator de risco. As possíveis correspondências estão listadas no Quadro 2.^(52,53)

É importante notar que os fatores de risco e as causas de DE não são igualmente importantes tanto do ponto de vista da sua frequência quanto da sua gravidade.

Crimmel *et al.*⁽⁵²⁾ também propõem uma correspondência da etiologia na MTC com a da Medicina Ocidental. Sua análise é mais simples se comparada com este estudo (não envolve os fatores de risco e considera menos causas na MTC), mas existem muitas semelhanças.

Yamamura *et al.*⁽⁵⁰⁾ sugerem, considerando a teoria clássica da MTC, que o coração e os rins interagem tal como o eixo hipotálamo-hipófise.

Quadro 2 - Correspondência entre a MTC e a Medicina Ocidental

Síndromes dos órgãos internos (Zang Fu) na MTC	Causas e fatores de risco para DE na Medicina Ocidental
Estagnação do Qi do fígado	DE psicogênica; depressão; ansiedade; sedentarismo; fatores psicossociais (desemprego e menor renda)
Estase do Qi e do sangue	DE peniana (traumas pélvicos), DE arterial (traumas pélvicos); diabetes; hipertensão arterial; doenças cardiovasculares; tabagismo; DE neurogênica (traumas do sistema nervoso)
Frio no meridiano do fígado	DE hormonal (hipotireoidismo) ⁽¹⁵⁾
Deficiências do sangue e de Yin do fígado	DE psicogênica; depressão; ansiedade; fatores psicossociais (desemprego e menor renda)
Lesão do rim por medo	DE psicogênica (mecanismos psicofisiológicos de um alto nível de ativação e tensão do sistema autônomo simpático)
Umidade-Calor no fígado e na vesícula biliar	DE arterial; obesidade; dislipidemia; diabetes; alcoolismo; hiperplasia prostática (sintomas severos)
Deficiência do Yang dos rins	DE hormonal, idade (redução na síntese de testosterona)
Deficiência do Yin dos rins	DE psicogênica, uso de drogas, distúrbios do sono (desequilíbrio hormonal e do sistema nervoso autônomo) ⁽⁶⁴⁾ ; DE farmacogênica
Deficiência do coração e do baço-pâncreas	DE psicogênica; ansiedade generalizada

Fonte: Adaptado de Crimmel *et al.* (2001) e Soszka (2002)

Na Medicina Ocidental, vistas a complexidade e quantidade de mecanismos envolvidos na ereção, há a opção de diferentes

tipos de tratamento, cada um agindo de uma forma.⁽⁶³⁾ A terapia adequada requer diagnóstico apropriado e uma avaliação de poucos exemplos já mostra que não existe uma droga ideal para todos os casos.⁽¹⁶⁾

Atualmente, são várias opções (orais - iombina, fentolamina, apomorfina; intracavernosa - prostaglandina E1, intrauretral - alprostadil etc), sendo que os IPD5 são os mais conhecidos e utilizados.^(23,65) Há, no entanto, muitos medicamentos de uso tópico, oral e injetável em fases de teste II e III.⁽⁴⁰⁾ Isto requer uma unificação e estruturação dos futuros testes clínicos, visando definir as melhores respostas terapêuticas na prática clínica.⁽¹⁴⁾

Ao contrário dos medicamentos alopáticos já utilizados ou ainda em teste, que têm seu mecanismo de ação definido ao nível molecular, a Acupuntura foi considerada uma opção em alguns testes clínicos, que não visaram explicar como ela agiu, mas sim comprovar ou não sua eficácia.

Considerando como possíveis causas diferentes Síndromes dos Órgãos Internos (*Zang Fu*), existem numerosas combinações de pontos de acupuntura para tratar a disfunção erétil, pois para cada uma há um grupo de pontos correspondentes. Os autores divergem na escolha dos pontos mesmo se considerada uma

determinada síndrome.^(42,44,45,54) Esta divergência reflete o grande empirismo deste método e a inexistência de estudos comparando dois ou mais grupos de pontos com a mesma finalidade.

De fato, quando se pretende testar a Acupuntura como método terapêutico, considerando sua teoria clássica (com base na fisiologia dos *Zang Fu*), não deve haver padronização de pontos.⁽⁵¹⁾ Por exemplo, fica evidente que a DEP pode ser uma manifestação de distintas síndromes apresentadas no Quadro 2, o que impede de escolher um único conjunto de pontos e utilizá-lo uniformemente em todos os indivíduos do grupo experimental (em um estudo tipo ensaio clínico).

Se considerada, porém, do ponto de vista neurofisiológico, isto é, como método capaz de modificar as respostas do sistema nervoso, seria compreensível, então, o uso de um grupo fixo de pontos, cuja finalidade seria obter determinada resposta neurofisiológica.

Vistos os vários estudos realizados em busca de compreender como a Acupuntura é eficaz para o tratamento da dor, propõe-se que ela é capaz de agir em níveis centrais, como o tálamo e a substância cinzenta periaquedutal, e ainda em níveis segmentares, como a substância gelatinosa da medula espinhal.⁽⁶⁶⁾ Uma ação

neuroendócrina é confirmada pela modificação dos níveis de endorfinas plasmáticas em um estudo sobre cefaléia.⁽⁶⁷⁾

A ereção envolve muitas regiões do sistema nervoso central e autônomo como o córtex de associação, amígdalas, hipotálamo (área pré-óptica medial e núcleo paraventricular), substância cinzenta periaquedutal e núcleos tóraco-lombares (T11 – L2) e sacrais (S2 – S4). O plexo hipogástrico reúne tanto as aferências simpáticas como parassimpáticas. O sistema nervoso periférico se relaciona com a ereção pela inervação sensitiva da glândula e da pele do pênis.⁽⁶³⁾ A ação da Acupuntura sobre o sistema nervoso central e autônomo abre espaço para a dedução de que ela é capaz de influenciar a ereção.

Wu *et al.*⁽⁶⁸⁾ demonstram, utilizando ressonância magnética nuclear funcional, que a Acupuntura é capaz de ativar o hipotálamo, o que havia sido proposto por Ishibashi,⁽⁶⁹⁾ e inibir o sistema límbico. Esch *et al.*⁽⁷⁰⁾ também confirmam que ela age sobre o sistema límbico, influenciando ainda a atividade das áreas frontal e pré-frontal (áreas corticais).

A sua ação no sistema autônomo parassimpático é evidenciada pelo efeito de imunomodulação, neste caso obtido por eletroacupuntura.⁽⁷¹⁾ Um estudo na Suécia, aplicando acupuntura

manual, mostra a ativação tanto do sistema autônomo simpático quanto parassimpático, o que depende do local de estimulação e do tempo de observação.⁽⁷²⁾ Loiza *et al.*⁽⁷³⁾ propõem que a eletroacupuntura é capaz de liberar óxido nítrico na microcirculação sangüínea. Wong⁽⁵⁶⁾ sugere que pela ativação da via óxido nítrico - guanilato-monofosfato cíclico (GMPc), a acupuntura é capaz de aumentar a concentração do GMPc nos corpos cavernosos.

Wong⁽⁵⁶⁾ também expõe uma lista de pontos de acupuntura, os quais, baseados nas suas localizações anatômicas, terão distintas ações neurofisiológicas, sendo assim capazes de tratar diferentes condições, tais como disfunção erétil, ejaculação retardada ou precoce, perda da libido e anorgasmia.

Em 2002, MacPherson *et al.*⁽⁷⁴⁾ elaboraram e sugeriram uma padronização da descrição das intervenções realizadas nos testes clínicos com Acupuntura, a qual deram o nome de *Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture (STRICTA)*(Anexo 2). É uma forma completa e objetiva para avaliar, compreender e que facilita uma possível reprodução dos artigos estudados. Embora grande parte dos trabalhos analisados foi publicada antes deste estudo acima referido, ele servirá como base

para a verificação das suas adequações técnicas no que se refere ao manejo das agulhas.

A avaliação dos resultados dos tratamentos para disfunção erétil só nos anos recentes ganhou uma escala padronizada: o *IIEF*⁽⁷⁵⁾ (Anexo 1) é um questionário já validado em mais de 10 idiomas diferentes. Tem sido sugerido ainda um questionário para mensurar as mudanças que a DE provoca na qualidade de vida.⁽⁷⁶⁾

Na seqüência dos anos de publicação, nos próximos parágrafos, serão analisados os ensaios clínicos utilizando Acupuntura no tratamento da DE e, depois, será analisado o único estudo retrospectivo sobre este tema. Por fim, são avaliados os relatos de casos e artigos de atualização.

O primeiro trabalho no ocidente, considerando o ano de publicação, foi realizado em Cuba. Orosco⁽⁴⁷⁾, estudando disfunção erétil e anorgasmia, tem um resultado bastante bom. Um total de 142 dos 181 pacientes com DE (78,45%) obtiveram boa evolução. Porém, muitas falhas estão presentes: não há descrição de quais critérios foram adotados na história clínica para confirmar a disfunção erétil como “psicossomática”; não foi estabelecido um parâmetro para a avaliação, sendo só relatada boa ou má evolução e não fica claro se a avaliação é ou não cega, isto é, outro

pesquisador ou o próprio acupunturista que a realizou. O método de controle assemelha-se ao tratamento, mas o número de indivíduos é muito menor (30 no total) e impreciso já que não estão especificados quantos indivíduos do grupo controle eram homens com DE e quantas eram mulheres com anorgasmia. Por fim, os locais onde foram feitas as inserções das agulhas não são descritos de forma detalhada.

Conforme a *STRICTA*, ocorrem as seguintes falhas: não consta justificativa para o grupo de pontos usados no tratamento; os pontos descritos não seguem a nomenclatura internacional e não é descrita sua anatomia; não é relatada a profundidade de inserção, a resposta obtida e a técnica de manipulação, somente a periodicidade desta última; a descrição das agulhas é incompleta; não é especificado se houve ou não co-intervenção e não é referida a experiência clínica do autor. A intervenção controle é idêntica àquela praticada no grupo experimental, exceto pelo local e número de agulhas, mas faltam as mesmas informações a seu respeito. Os demais critérios estão descritos.⁽⁷⁴⁾

A pesquisa de Yaman *et al.*⁽⁴⁸⁾ mostra um bom resultado: quase 70% dos pacientes recuperaram a condição de ter, no mínimo, 2 relações sexuais por semana consideradas satisfatórias.

Os pacientes são submetidos à ampla investigação e o diagnóstico de DEP fora por exclusão. Deve ser observado que os pacientes responderam “bem” após 13,2 sessões em média. Foram acompanhados após o fim do tratamento, em média, por 8 meses, o que é um longo período. A avaliação foi realizada por entrevistas que focam a quantidade e a qualidade da atividade sexual. Em nenhum momento as parceiras foram entrevistadas. Os efeitos colaterais são discretos e não relevantes. A avaliação não cega e a ausência de controle são consideradas os erros desta pesquisa.

Mediante os parâmetros da *STRICTA*, pode-se identificar algumas omissões: ausência de justificativa para o grupo fixo de pontos selecionados; não é descrito se os pontos foram unilaterais ou bilaterais e, portanto, qual o número total de agulhas inseridas; a profundidade de inserção assim como o comprimento das agulhas (embora variados) não são citados, o que também ocorre com o calibre das agulhas; não é informado se houve ou não co-intervenção; não é referida a experiência dos acupunturistas e não existiu intervenção controle. Os demais parâmetros são informados.⁽⁷⁴⁾

A pesquisa de Aydin *et al.*⁽⁴⁹⁾ mostra que 60% dos pacientes submetidos à eletroacupuntura verdadeira (não placebo) obtiveram

melhora. Porém, o resultado foi inferior a hipnose (75%) e não superou, de maneira significativa do ponto de vista estatístico, a eletroacupuntura placebo (43%) e o placebo oral (47%). A ausência de teste psicométrico pode ter incluído, nesta casuística, pacientes com depressão e ansiedade, reconhecidos fatores etiológicos da disfunção erétil,⁽¹⁷⁾ e assim ter reduzido as taxas de melhora. Os pacientes receberam eletroacupuntura por 6 semanas e foram seguidos por 7,6 meses em média (um bom período) e avaliados por entrevistas. Os que relataram “estar felizes e sem problemas na atividade sexual” foram considerados curados. As suas parceiras verificaram as respostas de forma independente. A avaliação não cega e a pouca precisão do método de avaliação são suas falhas.

Considerando a *STRICTA*, neste estudo falta a descrição dos seguintes itens: argumentos que justificam a escolha do grupo fixo de pontos; descrição do uso uni ou bilateral e, portanto, número de agulhas no total; informação sobre a profundidade de inserção das agulhas e a resposta obtida; dados sobre a intensidade da corrente elétrica, comprimento, calibre e material das agulhas; esclarecimento sobre presença ou não de co-intervenção; referências sobre a experiência do acupunturista e sobre os locais utilizados como pontos para a eletroacupuntura placebo e as

características dela (ausência dos mesmos dados não relatados sobre a eletroacupuntura verdadeira)⁽⁷⁴⁾.

O estudo de Kho *et al.*⁽⁵¹⁾ apresenta uma taxa de melhora geral de 54%. É importante notar que se forem excluídos os pacientes com DE associada a doenças orgânicas (físicas), esta taxa sobe para 63%. Outro dado que deve ser observado é a extensa pesquisa hormonal mediante dosagens plasmáticas, a qual não mostrou alterações durante ou após o tratamento. Os critérios de inclusão são precisos e rígidos. A avaliação é bastante minuciosa, envolvendo diários (da parceira inclusive) e entrevistas, embora estas últimas podem ter sido feitas pelos mesmos pesquisadores que realizaram as aplicações de Acupuntura, tornando-se uma avaliação não cega. A ausência de grupo controle, embora isto pudesse encarecer muito o trabalho (devido aos exames hormonais), é uma outra falha.

Quanto aos critérios da *STRICTA*, este estudo tem algumas falhas: não justifica a escolha do grupo fixo de pontos; não cita a profundidade alcançada pelas agulhas, seu comprimento, calibre e material; não especifica se houve ou não co-intervenção; não informa a experiência dos acupunturistas e não foi realizada intervenção controle. Os demais quesitos estão todos relatados.⁽⁷⁴⁾

A estrutura do estudo realizado por Engelhardt *et al.*⁽⁵⁵⁾ permite observar que o tratamento com Acupuntura pode ser bastante eficiente para DEP. Enquanto o grupo experimental alcançou taxas de melhora de 68,4%, o grupo placebo apresentou somente 9%. Os critérios de inclusão e exclusão são rigorosos. Não há efeitos colaterais. A intervenção controle é bastante apropriada, pois é quase idêntica ao tratamento não fosse pelo local dos pontos. Também dá credibilidade ao estudo o cruzamento dos pacientes, comparando os dois métodos nos mesmos indivíduos, no mínimo, em mais da metade dos casos. Com altas taxas de sensibilidade e especificidade, o emprego do *IIEF* (Anexo 1), sendo uma escala padronizada, confere qualidade à pesquisa. A ausência de seguimento a longo prazo é a lacuna deste estudo.

Sob o foco da *STRICTA*, não são preenchidas as seguintes informações: a justificativa da escolha dos pontos, embora seja citado que são pontos reconhecidos no tratamento da DE; se são usados uni ou bilaterais, portanto quantas agulhas foram inseridas no total; a localização anatômica já que a nomenclatura utilizada não segue o padrão internacional; a profundidade de inserção e a resposta obtida; se existem ou não co-intervenções; a experiência dos acupunturistas, descritos apenas como “certificados co-autores”

e, sobre a intervenção controle (pontos para cefaléia), suas características (as mesmas que faltaram para os pontos do tratamento). Os demais dados são descritos.⁽⁷⁴⁾

Lijue⁽⁴⁶⁾, em um recente estudo, compara a Acupuntura (grupo A) com outras duas intervenções – farmacopuntura aliada ao uso de medicamentos tradicionais chineses (grupo B) e farmacopuntura aliada a intensa moxabustão (grupo C). Não houve, porém, um grupo controle com placebo. A taxa de melhora com a acupuntura foi de 75% dos pacientes, todavia foi inferior aos outros dois grupos, sendo 90% e 96% nos grupos B e C, respectivamente. Não há diferenças no perfil dos grupos, sendo excluídos casos de hipoplasia genital e uso de drogas.

Embora randomizada, a amostra é distribuída, visto que o grupo A teve 20 pacientes, enquanto que os grupos B: 31 e C: 51. Outra falha nesta pesquisa é a imprecisa forma de avaliação, pois os pacientes assintomáticos ou que, parte das vezes, conseguissem ter relação sexual após o tratamento são incluídos no percentual da taxa de melhora. A ausência de um seguimento a longo prazo também se constitui em um erro e, por fim, do ponto de vista da Medicina Ocidental, os tipos de intervenção são muito distintos para serem comparados.

Em relação a *STRICTA*,⁽⁷⁴⁾ o trabalho de Lijue⁽⁴⁶⁾ não traz os seguintes dados: a profundidade alcançada pelas agulhas, o tempo de retenção das mesmas após sua inserção e seu comprimento, calibre e material e a experiência do acupunturista. É interessante notar que este é o único dos ensaios que descreve justificativas para a escolha dos pontos (correlacionando a Medicina Ocidental e a Tradicional Chinesa) e, como co-intervenção, a proibição de praticar sexo durante os cursos de tratamento. A técnica de manipulação da agulha também é relatada.

Jingzhong *et al.*⁽⁴³⁾ publicaram um estudo retrospectivo com uma boa casuística (100 casos), mas falham em não pormenorizar o critério de inclusão, incluindo pacientes com “impotência funcional” e com “exames normais” dos órgãos genitais. Não há um grupo controle e a avaliação limita-se a considerar curados os pacientes que apresentaram “atividade sexual normal” mais que duas vezes por semana, sem questionar a qualidade da ereção. A taxa de cura foi de 63%, e o seguimento foi de três a seis meses.

Os pontos de acupuntura utilizados são citados e sua escolha é justificada, em parte, pelo raciocínio da MTC e, em outra, pela sua ação neurofisiológica. São relatados a técnica de manipulação, a resposta obtida, o tempo de retenção das agulhas e o regime do

tratamento. É válido notar que, como intervenções coadjuvantes, este autor faz uso da moxabustão e impõe restrição à prática sexual. Porém, os outros parâmetros da *STRICTA* não estão presentes.⁽⁷⁴⁾

O primeiro relato de caso apresentando a Acupuntura para o tratamento da DE foi publicado em 1987. É feita a discussão do caso clínico, considerando-se diagnóstico sindrômico, com base na história médica e no exame físico, a Deficiência do Yang dos rins. O paciente é apresentado com o diagnóstico prévio de neurose e havia recebido tratamento com testosterona e ervas medicinais chinesas sem melhora. Ao final do tratamento, a ereção peniana era suficiente para relações sexuais satisfatórias, o que é confirmado pelo acompanhamento de seis meses.⁽⁴¹⁾

De acordo com a *STRICTA*,⁽⁷⁴⁾ a descrição do tratamento é quase completa, contendo as justificativas do diagnóstico sindrômico estabelecido, os pontos escolhidos e os argumentos desta escolha. Os detalhes da inserção das agulhas, a técnica de manipulação, o regime de tratamento e as co-intervenções são todos descritos. São incluídas, nestas últimas, orientações sobre o sono, a alimentação, a atividade laboral e a prática sexual. O único item não descrito é a experiência do acupunturista.

Zhiming e Chenggu⁽⁴²⁾ publicaram, um ano depois (1988), um relato de caso no qual o paciente também é tratado por Acupuntura visando dar suplementação aos rins e fortalecer seu *Yang*. Após o exame físico, este paciente recebeu diagnóstico de “impotência”. As sessões de Acupuntura já haviam promovido a remissão dos sintomas, quando um tratamento com ervas medicinais chinesas foi administrado para consolidar o efeito. O paciente foi acompanhado por seis meses e manteve-se assintomático.

Os autores descrevem também a patogênese da DE na Medicina Tradicional Chinesa baseada em três diferentes padrões de desarmonia, incluindo o quadro clínico e os pontos de cada um e as razões da escolha destes pontos. Os diagnósticos sindrômicos por eles descritos estão inclusos no Quadro 2. É o único trabalho que sugere o uso da Acupuntura Auricular para tratamento da DE

Baseando-se na *STRICTA*,⁽⁷⁴⁾ este estudo apresenta os pontos utilizados, a técnica de manipulação e a resposta obtida, além do número total de sessões. As demais diretrizes são todas negligenciadas.

Aung,⁽⁵⁷⁾ após uma descrição da sexologia sob a óptica da MTC, sugere, como recurso mais eficaz no contexto da Acupuntura, a eletroacupuntura. Segue então com a descrição sucinta de um

caso de disfunção erétil. Trata-se de um paciente de 35 anos apresentando também fibromialgia. Após seis meses de tratamento, houve um bom resultado. Aung⁽⁵⁷⁾ sugere ainda um método para tratar com Acupuntura, de forma simultânea, o casal com perda mútua da libido.

Em relação aos itens da *STRICTA*,⁽⁷⁴⁾ este artigo somente descreve os pontos, ainda assim não informa se foram uni ou bilaterais, o que praticamente impede uma tentativa de reprodução.

Watere⁽⁵⁸⁾ descreve o caso de um paciente de 40 anos de idade com desejo sexual preservado, mas incapaz de realizar a “atividade sexual normal”. A história médica mostrou atividade sexual prévia (masturbação). O exame físico e os exames complementares (investigação urológica) não identificaram qualquer anormalidade. Os sinais e sintomas identificados conforme a MTC levaram ao diagnóstico de deficiência de *Yang* dos rins. O paciente conseguia ter relações sexuais com uso do citrato de sildenafil, mas ao fim do tratamento, após melhora progressiva, ele era capaz de realizar a “atividade sexual normal” sem uso deste medicamento. A melhora clínica é evidente com a remissão dos outros sinais e sintomas.

Se avaliado conforme a *STRICTA*,⁽⁷⁴⁾ o procedimento terapêutico está descrito de forma completa, exceto pela ausência de informações sobre o tempo de prática e experiência do autor como acupunturista.

Nos estudos que virão a seguir, não há intervenções terapêuticas, portanto, na sua análise, não foi levada em consideração a *STRICTA*.⁽⁷⁴⁾

Jinsheng⁽⁴⁴⁾ publicou em 1993 um artigo de atualização. Ele discute os diagnósticos sindrômicos que são causa da DE sob o ponto de vista da MTC e a origem destas síndromes. Propõe como método de tratamento um grupo básico de pontos aos quais são acrescentados outros pontos quando necessário. O grupo básico tem como meta fortalecer o *Yang* dos rins (aumentar o desejo sexual e sustentar a ereção). Os pontos coadjuvantes são escolhidos de acordo com o diagnóstico sindrômico (deficiência do coração e do baço-pâncreas, umidade-calor no fígado e na vesícula biliar e estagnação do *Qi* do fígado). A descrição das técnicas de manipulação das agulhas é pormenorizada.

Deve ser observado que este autor considera um menor número de síndromes como causas da DE quando se compara àquelas listadas no Quadro 2. Vale destacar que há uma orientação

para controlar a frequência da atividade sexual e que é uma preocupação do autor esclarecer aos pacientes que sua disfunção erétil pode estar ligada a traumas psíquicos.

Yanzhong e Ling⁽⁴⁵⁾ escreveram em 1997 um extenso artigo de atualização. Eles descrevem a etiologia e a patologia da DE no contexto da MTC e consideram os seguintes diagnósticos sindrômicos: estagnação do *Qi* do fígado, umidade-calor no fígado e na vesícula biliar, “Declínio do Fogo da Porta Vital” (deficiência do *Yang* dos rins), lesão dos rins pelo medo, estase de *Qi* e do sangue e deficiência do coração e do baço-pâncreas. Incluem prescrições de fitoterápicos tradicionais chineses para cada uma das síndromes e sugerem a prescrição de quatro grupos de pontos de Acupuntura para tratar a DE. As técnicas de manipulação são descritas de forma minuciosa. Todas as síndromes referidas por estes autores constam no Quadro 2. Por fim, esta pesquisa cita as experiências de médicos chineses no tratamento da DE com Acupuntura, as quais mostram bons resultados.

Soszka publicou, em 2002, um artigo com duas partes e, na primeira delas,⁽⁵³⁾ tal como propõe, esclarece que, na MTC, a disfunção erétil pode ter diversas síndromes como causa e, a maioria delas, está relacionada ao fígado (os padrões de

desarmonia aqui descritos constam no Quadro 2). Na segunda parte, escrita em conjunto com Long,⁽⁵⁴⁾ eles sugerem prescrições de pontos de Acupuntura e de fórmulas da farmacopéia chinesa para cada uma das síndromes. É necessário acentuar que esta farmacopéia inclui extratos vegetais, animais e minerais. Eles destacam também uma lista de alimentos usados no tratamento das disfunções sexuais. Embora todas as combinações de pontos sejam justificadas, a técnica de manipulação das agulhas não é descrita.

Soszka,⁽⁵³⁾ ainda na primeira parte, explica que os órgãos internos (*Zang Fu*), mediante suas relações com as estruturas anatômicas corporais e com os aspectos mentais (espirituais), vão permitir que a relação sexual seja satisfatória. Ele também ressalta a importância de uma vida sexual sem exageros, vista a necessidade de “conservar” o sêmen. Faz um alerta sobre o uso do Viagra®, pois, ao facilitar a obtenção das ereções para os pacientes, estes podem ter inúmeras ejaculações, danificando assim sua saúde.

Uma análise dos artigos até agora publicados mostra que, devido à falta de clareza dos seus critérios de inclusão, os resultados obtidos por Jingzhong *et al.*⁽⁴³⁾, Lijue⁽⁴⁶⁾ e Orosco⁽⁴⁷⁾ não podem ser considerados.

Os demais autores^(48,49,51,55) alcançam, em seus ensaios clínicos, resultados positivos em 60 a 70% dos pacientes com DE psicogênica. Exceto no estudo de Engelhardt *et al.*,⁽⁵⁵⁾ em que é utilizado o *IIEF* (Anexo 1), nos demais, as ferramentas para a avaliação não são padronizadas. Sendo um questionário auto-administrado, o *IIEF*⁽⁷⁵⁾ torna a avaliação cega, o que não fica claro nos outros estudos. A padronização seria necessária para que eles pudessem ser comparados entre si.⁽¹⁴⁾

Considerando os diferentes tipos de disfunção erétil, na maioria dos estudos clínicos com citrato de sildenafil (Viagra®), de 60 a 80% dos pacientes apresentam melhora na ereção, enquanto que o efeito placebo positivo alcança de 10 a 30% dos pacientes.⁽¹⁵⁾ Moyad⁽⁷⁷⁾ destaca que este percentual pode estar por trás do efeito da maioria das terapias alternativas.

A análise dos estudos sobre DE compreende ainda um outro obstáculo: os critérios de inclusão dos pacientes. Existem propostas para uma abordagem diagnóstica padronizada,^(10,63,78) mas há discordâncias em pontos como o uso de teste farmacológico como ferramenta diagnóstica.⁽⁷⁹⁾

Dentre as pesquisas consideradas, o diagnóstico de disfunção erétil psicogênica é por exclusão em todas elas, embora Kho *et*

al.⁽⁵¹⁾ tenham considerado os critérios do *DSM-III-R*. Mesmo entre os relatos de caso descritos, não há, nas histórias clínicas, referências a distúrbios emocionais relacionando-os à DE.⁽¹⁷⁾

Engelhardt *et al.*⁽⁵⁵⁾ e Aydin *et al.*⁽⁴⁹⁾ utilizam grupos controle. As intervenções controle de ambos são adequadas, pois foram idênticas ao tratamento. Os primeiros consideram ainda pontos verdadeiros de acupuntura, cujos locais são conhecidos. Já no estudo de Aydin *et al.*, as agulhas são inseridas em locais que não são pontos de Acupuntura, porém não se esclarece com exatidão onde se situam. Do ponto de vista da MTC, pontos próximos podem ter efeitos bastante semelhantes, o que pode ter assegurado o elevado resultado (43%) da acupuntura placebo. Um estudo argumenta que a manipulação ou estimulação da agulha é mais importante que seu local exato.⁽⁸⁰⁾

Apenas Yaman *et al.*⁽⁴⁸⁾ relatam efeitos colaterais, que são dois casos de ejaculação precoce. Todos os demais estudos não encontram qualquer efeito colateral, o que é coerente com as informações disponíveis na literatura de que a Acupuntura é um método seguro.⁽⁸¹⁾

Em relação aos custos, não é possível realizar uma comparação entre a Acupuntura e os demais tratamentos para

DEP, pois não há dados precisos sobre custos e custo-benefício no tratamento da DE.⁽⁸²⁾ Porém, Engelhardt *et al.*⁽⁵⁵⁾ informam que, na Áustria, o custo de uma sessão de psicoterapia é 60 euros maior que o da sessão de acupuntura.

De autoria indefinida, o relato de caso publicado em 1987⁽⁴¹⁾ e aquele por Watere,⁽⁵⁸⁾ o estudo retrospectivo de Jingzhong *et al.*⁽⁴³⁾ e, em parte, o artigo de Lijue⁽⁴⁶⁾ são os únicos que justificam o porquê dos pontos utilizados para seus respectivos pacientes. Isto mostra uma freqüente lacuna nos estudos sobre Acupuntura, já que a escolha dos pontos requer sua justificativa, mesmo que baseada nos sintomas, no raciocínio neurofisiológico ocidental ou na fisiopatologia da MTC.

A descrição de caso feita por Watere⁽⁵⁸⁾ contém também a profundidade alcançada pelas agulhas e a técnica de manipulação utilizada. É o único dos autores ocidentais que descreve estes dados, o que também ocorre em quase todos os trabalhos chineses, o que parece evidenciar a importância que eles atribuem a isso.

Na execução da Acupuntura, após a inserção da agulha e manipulação da mesma, deve-se obter a sensação da chegada do Qi, chamada *DeQi*.⁽⁸³⁾ A *DeQi* seria percebida como uma sensação

de distensão, peso, dormência ou dor leve. Para os médicos chineses, isto é inerente à prática da Acupuntura, mas dois trabalhos ocidentais, o de Engelhardt *et al.*⁽⁵⁵⁾ e o relato de caso de Aung⁽⁵⁷⁾ não descrevem a obtenção do *DeQi*. Isto poderia comprometer a eficácia da acupuntura.⁽²⁸⁾

A redução na frequência das relações sexuais ou mesmo a abstinência sexual determinadas como intervenções coadjuvantes ao tratamento por Acupuntura refletem a importância que os trabalhos chineses dão ao conceito de que a atividade sexual excessiva é uma das causas da disfunção erétil.

Assim como um ato cirúrgico tem seu resultado relacionado à experiência do cirurgião, a acupuntura tem as suas eficácia e eficiência relacionadas à experiência do acupunturista.⁽⁷⁴⁾ Nesse sentido, é fundamental que as pesquisas deixem claro qual a formação, o treinamento e a vivência clínica do acupunturista que realizou a intervenção. Isto não ocorre em nenhum dos trabalhos.

Como sugestão para os próximos estudos, cujo objetivo for testar se a Acupuntura é uma opção terapêutica eficaz no tratamento da DEP, são feitas as seguintes recomendações:

- 1) Como critério de inclusão, levar em consideração uma história clínica de distúrbios emocionais precedendo a

disfunção erétil e como fator de piora na qualidade e quantidade das ereções;

2) Considerar como instrumento de avaliação o *IIEF*;

3) Desenhar um estudo cuja amostra seja randomizada em grupos experimental e controle com médias de idade semelhantes;

4) Realizar uma intervenção controle quase idêntica: utilizar pontos de Acupuntura indicados para tratar outras patologias, em número semelhante e não próximos aos pontos do tratamento;

5) Relatar os custos do tratamento;

6) Justificar a escolha dos pontos e descrever a técnica de manipulação das agulhas, assim como a profundidade do tecido que foi atingido;

7) Designar um experiente acupunturista como responsável pelo tratamento;

8) Orientar, de acordo com sinais e sintomas da MTC, sobre a redução da atividade sexual durante o tratamento.

Por fim, considera-se que os resultados podem ser melhores, caso a escolha dos pontos seja baseada no diagnóstico sindrômico (padrões de desarmonia) da MTC.

5 CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

Considerando os estudos até então publicados, os dados obtidos foram insuficientes para afirmar que a Acupuntura pode, enquanto monoterapia, tratar a Disfunção Erétil Psicogênica.

Os estudos trouxeram consigo diversas limitações decorrentes de falhas no seu delineamento.

Quase todos os estudos negligenciaram as características essenciais da Medicina Tradicional Chinesa.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Montorsi F, Pryor J, Vardi Y. Guidelines on erectile dysfunction. *Eur Urol* 2002;41(1):1-5.
2. Shabsigh R. Recent developments in male sexual dysfunction. *Curr Psychiatry Rep* 2000;2(3):196-200.
3. Cherman S. O Ocidente ontem e hoje perante os papéis sexuais do macho e da fêmea. In: Cherman S, editora. *Sexo x afeto: o grande desafio*. 4ª ed. São Paulo: Saraiva; 1996. p. 31-58.
4. Masters HW, Johnson EV, Kolodny CR. Perspectivas da sexualidade. In: Masters HW, Johnson EV, Kolodny CR, editores. *O relacionamento amoroso: segredos do amor e da intimidade sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988. p. 7-29.

5. Costa M. Disfunção do desejo sexual. In: Wroclawski ER, Bendhack DA, Damião R, Ortiz V, editores. Guia Prático de Urologia. São Paulo: Segmento; 2003. p. 111-4.

6. Cairoli CED, Rhoden EL. Disfunção erétil: epidemiologia. In: Wroclawski ER, Bendhack DA, Damião R, Ortiz V, editores. Guia Prático de Urologia. São Paulo: Segmento; 2003. p. 115-7.

7. Nicolosi A, Moreira Jr ED, Shirai M, Tambi MIBM, Glasser DB. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology* 2003;61:201-6.

8. Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Urol* 2000;163(2):460-3.

9. La Pera G, Franco Giannotti C, Taggi F, Macchia T. Prevalence of sexual disorders in those young males who later become drug abusers. *J Sex Marital Ther* 2003;29(2):149-56.

10. Levine LA. Diagnosis and treatment of erectile dysfunction. *Am J Med* 2000;109(Supl 9A):S3-12.

11. Abdo CHN, Oliveira Júnior, WM, Moreira Júnior, E, Abdo, JA, Fittipaldi, JAS. The impact of psychosocial factors on the risk of erectile dysfunction and inhibition of sexual desire in a sample of the Brazilian population. *Sao Paulo Med J* 2005;123(1):11-4.

12. Gromatzky C, Bautzer CRD. Disfunção erétil: fisiopatologia. In: Wroclawski ER, Bendhack DA, Damião R, Ortiz V, editores. *Guia Prático de Urologia*. São Paulo: Segmento; 2003. p. 119-20.

13. Faria GE. Disfunção erétil: avaliação diagnóstica. In: Wroclawski ER, Bendhack DA, Damião R, Ortiz V, editores.

Guia Prático de Urologia. São Paulo: Segmento; 2003. p. 121-2.

14. Hedlund H. Clinical trial designs: is it possible to have a unified approach and common end points? *Int J Impot Res* 2002;14(Supl 1):S35-7.

15. Rodríguez Vela L, Gonzalvo Ibarra A, Pascual Regueiro D, Rioja Sanz LA. Disfunción eréctil. *Actas Urol Esp* 2002;26(9):667-90.

16. Stief CG. Is there a common pathophysiology of erectile dysfunction and how does this relate to new pharmacotherapies? *Int J Impot Res* 2002;14(Supl 1):S11-6.

17. Rosen RC. Psychogenic erectile dysfunction: classification and management. *Urol Clin North Am* 2001;28(2):269-78.

18. Abdo CHN. Entrevista: Sexualidade Médica. *Ser Médico* 2005;31(VIII):4-9.

19. Torres LO. Disfunção erétil: tratamento clínico. In: Wroclawski ER, Bendhack DA, Damião R, Ortiz V, editores. Guia Prático de Urologia. São Paulo: Segmento; 2003. p. 123-5.

20. Segraves RT. New treatment for erectile dysfunction. *Curr Psychiatry Rep* 2000;2(3):206-10.

21. Giommi R, Corona G, Maggi M. The therapeutic dilemma: how to use psychotherapy. *Int J Androl* 2005;28(Supl 2):81-5.

22. Padma-Nathan H, Eardley I, Kloner RA, Laties AM, Montorsi F. A 4-year update on the safety of sildenafil citrate (Viagra). *Urology* 2002;60(2 Supl 2):67-90.

23. Jackson G, Gillies H, Osterloh I. Past, present, and future: a 7-year update of Viagra (sildenafil citrate). *Int J Clin Pract* 2005;59(6):680-91.

24. Holmes S. Treatment of male sexual dysfunction. *Br Med Bull* 2000;56(3):798-808.

25. Birch SJ, Felt RL. História. In: Birch SJ, Felt RL, editores. Entendendo a Acupuntura. São Paulo: Roca; 2002. p. 3-53.
26. World Health Organization. Use of acupuncture in modern health care. WHO Chronicle 34 1980;294-301.
27. World Health Organization. The role of traditional medicine in primary health care. Technical discussion RC 36. Geneva: WHO, 1985.
28. Birch SJ, Felt RL. O que a acupuntura trata? In: Birch SJ, Felt RL, editores. Entendendo a Acupuntura. São Paulo: Roca; 2002. p. 233-68.
29. Birch SJ, Felt RL. Qual é o mecanismo de ação da acupuntura? In: Birch SJ, Felt RL, editores. Entendendo a Acupuntura. São Paulo: Roca; 2002. p. 183-229.
30. Auteroche B, Navailh P. O Qi, O Sangue, Os Líquidos Orgânicos. In: Auteroche B, Navailh P, editores. O diagnóstico na medicina chinesa. São Paulo: Andrei; 1992. p. 33-48.

31. Maciocia G. Substâncias Vitais. In: Maciocia G, editor. Os fundamentos da medicina chinesa. São Paulo: Roca; 1996. p. 49-78.
32. Auteroche B, Navailh P. As Zang Fu (Vísceras). In: Auteroche B, Navailh P, editores. O diagnóstico na medicina chinesa. São Paulo: Andrei; 1992. p. 61-108.
33. Auteroche B, Navailh P. A Teoria do Yin Yang. In: Auteroche B, Navailh P, editores. O diagnóstico na medicina chinesa. São Paulo: Andrei; 1992. p. 13-22.
34. Maciocia G. Yin-Yang. In: Maciocia G, editor. Os fundamentos da medicina chinesa. São Paulo: Roca; 1996. p. 1-19.
35. Cherman S. Comparações entre as tradições orientais e ocidentais. In: Cherman S, editora. Sexo x afeto: o grande desafio. 4ª ed. São Paulo: Saraiva; 1996. p. 149-79.

36. Chia M, Arava DA. Introdução. In: Chia M, Arava DA, editores. O orgasmo múltiplo do homem: os segredos do prazer prolongado. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. p. 17-22.
37. Birch SJ, Felt RL. A base teórica da acupuntura: conceitos fundamentais e modelos explanatórios. In: Birch SJ, Felt RL, editores. Entendendo a Acupuntura. São Paulo: Roca; 2002. p. 109-181.
38. Shanghai College of Traditional Medicine. Doenças cirúrgicas e dermatológicas. In: O'Connor J, Bensky D, editores. Acupuntura: um texto compreensível. São Paulo: Roca; 1996. p. 607-41.
39. Xinnong C. Doenças internas. In: Xinnong C, editor. Acupuntura e Moxibustão Chinesa. São Paulo: Roca; 1999. p. 283-337.
40. Pryor JL, Redmon B. New therapies and delivery mechanisms for treatment of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2000;12(Supl 4):S158-62.

41. Teaching Round: Impotence. *J Tradit Chin Med* 1987; 7(4):307-10.
42. Zhiming L, Chenggu Y. Treating impotence with traditional Chinese medicine coordinated by acupuncture & moxibustion. *J Tradit Chin Med* 1988;8(2):121-2.
43. Jingzhong W, Qin Z, Wanchun W, Zhenhua G, Fuxing Y, Chunhai Y, *et al.* 100 cases of impotence treated by acupuncture and moxibustion. *J Tradit Chin Med* 1989;9(3):184-5.
44. Jinsheng H. How is impotence treated with Acupuncture? *J Tradit Chin Med* 1993;13(3):234-5.
45. Yanzhong Z, Ling N. Treatment of impotence by Chinese herbs and Acupuncture. *J Tradit Chin Med* 1997;17(3):226-37.

46. Lijue Z. Clinical observation on the therapeutic effects of heavy moxibustion plus point-injection in treatment of impotence. *J Tradit Chin Med* 2004;24(2):126-7.
47. Orozco, JAS. Tratamiento de la impotencia y la frigidez por medio de la acupuntura. *Rev Cuba Med* 1986;25(6):614-21.
48. Yaman LS, Kilic S, Sarica K, Bayar M, Saygin B. The place of acupuncture in the management of psychogenic impotence. *Eur Urol* 1994;26(1):52-5.
49. Aydin S, Ercan M, Caskurlu T, Tasci AI, Karaman I, Odabas O, *et al.* Acupuncture and hypnotic suggestions in the treatment of non-organic male sexual dysfunction. *Scand J Urol Nephrol* 1997;31(3):271-4.
50. Yamamura Y, Yabuta MM, Gurfinkel E. Disfunção erétil e a medicina tradicional chinesa. *Rev Paul Acupunt* 1998;4(2):97-102.

51. Kho HG, Sweep CG, Chen X, Rabsztyn PR, Meuleman EJ. The use of acupuncture in the treatment of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999;11(1):41-6.
52. Crimmel AS, Conner CS, Monga M. Withered Yang: a review of traditional chinese medical treatment of male infertility and erectile dysfunction. *J Andrology* 2001;22(2):173-82.
53. Soszka S. Liver & gall bladder based erectile dysfunction: treatment by chinese medicine (part 1). *The Journal of Chinese Medicine* 2002;68:5-14.
54. Soszka S, Long R. Liver & gall bladder based erectile dysfunction: treatment by chinese medicine (part 2). *The Journal of Chinese Medicine* 2002;69:13-9.
55. Engelhardt PF, Daha LK, Zils T, Simak R, Könik K, Pflüger H. Acupuncture in the treatment of psychogenic erectile dysfunction: first results of a prospective randomized placebo-controlled study. *Int J Impot Res* 2003;15:343-6.

56. Wong J. Male sexual impotence, sildenafil citrate, and acupuncture. *Medical acupuncture* 2005;13(1);
http://www.medicalacupuncture.com/aama_marf/journal/index.html
57. Aung SKH. Sexual dysfunction: a modern medical acupuncture approach. *Medical acupuncture* 2005;13(2);
http://www.medicalacupuncture.com/aama_marf/journal/index.html
58. Watere W. Acupuncture and Moxibustion for erectile dysfunction. *Medical acupuncture* 2005;15(3);
http://www.medicalacupuncture.com/aama_marf/journal/index.html
59. Cherman S. Sexualidade no Oriente. In: Cherman S, editora. *Sexo x afeto: o grande desafio*. 4^a ed. São Paulo: Saraiva; 1996. p. 85-147.

60. Maciocia G. Causas da Patologia. In: Maciocia G, editor. Os fundamentos da medicina chinesa. São Paulo: Roca; 1996. p. 161-180.
61. Chia M, Wei WU. Controle da ejaculação e do ciclo menstrual. In: Chia M, Wei WU, editores. Reflexologia sexual: o Tao do amor e do sexo. 2ª ed. São Paulo: Cultrix; 2005. p. 73-95.
62. Chia M, Wei WU. Energia sexual: a perspectiva taoísta. In: Chia M, Wei WU, editores. Reflexologia sexual: o Tao do amor e do sexo. 2ª ed. São Paulo: Cultrix; 2005. p. 36-41.
63. Shabsigh R, Anastasiadis AG. Erectile dysfunction. *Annu Rev Med* 2003; 54:153-68.
64. Boethel CD. Sleep and the endocrine system: new associations to old diseases. *Curr Opin Pulm Med* 2002;8(6):502-5.
65. Dinsmore W. Treatment of erectile dysfunction. *Int J STD AIDS* 2004;15(4):215-21.

66. Browsher D. Mecanismos da Acupuntura. In: Filshie J, White A, editores. Acupuntura médica. São Paulo: Roca; 2002. p. 83-99.
67. Pintov S, Lahat E, Alstein M, Vogel Z, Barg J. Acupuncture and the opioid system: implications in management of migraine. *Pediatr Neurol* 1997;17(2):129-33.
68. Wu MT, Hsieh JC, Xiong J, Yang CF, Pan HB, Chen YC, *et al.* Central nervous pathway for acupuncture stimulation: localization of processing with functional MR imaging of the brain--preliminary experience. *Radiology* 1999;212(1):133-41.
69. Ishibashi S. The effect of auricular electroacupuncture on the neuronal activity of the thalamic and hypothalamic neurons of the rat. *Acupunct Electrother Res* 1986;11(1):15-23.
70. Esch T, Guarna M, Bianchi E, Zhu W, Stefano GB. Commonalities in the central nervous system's involvement with

complementary medical therapies: limbic morphinergic processes. *Med Sci Monit* 2004;10(6):MS6-17.

71. Mori H, Nishijo K, Kawamura H, Abo T. Unique immunomodulation by electro-acupuncture in humans possibly via stimulation of the autonomic nervous system. *Neurosci Lett* 2002;320:21-4.

72. Haker E, Egekvist H, Bjerring P. Effect of sensory stimulation (acupuncture) on sympathetic and parasympathetic activities in healthy subjects. *J Auton Nerv Syst* 2000;79(1):52-9.

73. Loaiza LA, Yamaguchi S, Ito M, Ohshima N. Electro-acupuncture stimulation to muscle afferents in anesthetized rats modulates the blood flow to the knee joint through autonomic reflexes and nitric oxide. *Auton Neurosci* 2002;97(2):103-9.

74. MacPherson H, White A, Cummings M, Jobst K, Rose K, Niemtow R. Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture: the STRICTA recommendations. *Acupuncture in Medicine* 2002;20(1):22-5.

75. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49(6):822-30.
76. MacDonagh R, Ewings P, Porter T. The effect of erectile dysfunction on quality of life: psychometric testing of a new quality of life measure for patients with erectile dysfunction. *J Urol* 2002;167:212-7.
77. Moyad MA. Dietary supplements and other alternative medicines for erectile dysfunction: what do I tell my patients? *Urol Clin North Am* 2002;29:11-22.
78. Padma-Nathan H. Diagnostic and treatment strategies for erectile dysfunction: the 'Process of Care' model. *Int J Impot Res* 2000;12(Supl 4):S119-21.

79. Lehmann K, Eichlisberger R, Gasser TC. Lack of diagnostic tools to prove erectile dysfunction: consequences for reimbursement? *J Urol* 2000;163(1):91-4.
80. Langevin HM, Churchill DL, Fox JR, Badger GJ, Garra BS, Krag MH. Biomechanical response to acupuncture needling in humans. *J Appl Physiol* 2001;91:2471-8.
81. Birch S, Hesselink JK, Jonkman FA, Hekker TA, Bos A. Clinical research on acupuncture (Part 1): what have reviews of the efficacy and safety of acupuncture told us so far? *J Altern Complement Med* 2004;10(3):468-80.
82. Health economics and sexual dysfunction. Based on a presentation by Cyril F. Chang, PhD. *Am J Manag Care* 1999;5(1 Supl):S15-8.
83. Birch SJ, Felt RL. Tratamento. In: Birch SJ, Felt RL, editores. *Entendendo a Acupuntura*. São Paulo: Roca; 2002. p. 319-62.

7 ANEXOS

Anexo 1 - Índice Internacional de Função Erétil (tradução e adaptação para a língua portuguesa da versão norte-americana do *International Index of Erectile Function - IIEF*)

I. Com que frequência você consegue ter ereção durante a atividade sexual?

0 = sem atividade sexual

1 = quase nunca / nunca

2 = poucas vezes (muito menos que a metade)

3 = algumas vezes (mais ou menos a metade)

4 = muitas vezes (muito mais que a metade)

5 = quase sempre / sempre

II. Quando você tem ereções com estimulação sexual, com que frequência suas ereções são fortes o suficiente para penetração?

0 = sem atividade sexual

1 = quase nunca / nunca

2 = poucas vezes (muito menos que a metade)

3 = algumas vezes (mais ou menos a metade)

4 = muitas vezes (muito mais que a metade)

5 = quase sempre / sempre

**III. Quando você tenta relação sexual, com que frequência
você consegue penetrar sua parceira?**

0 = não tentou relações

1 = quase nunca / nunca

2 = poucas vezes (muito menos que a metade)

3 = algumas vezes (mais ou menos a metade)

4 = muitas vezes (muito mais que a metade)

5 = quase sempre / sempre

**IV. Durante a relação sexual, com que frequência você
consegue manter sua ereção após ter penetrado sua
parceira?**

0 = não tentou relações

1 = quase nunca / nunca

2 = poucas vezes (muito menos que a metade)

3 = algumas vezes (mais ou menos a metade)

4 = muitas vezes (muito mais que a metade)

5 = quase sempre / sempre

V. Durante a relação sexual, qual é o grau de dificuldade para manter sua ereção até completar a relação?

0 = não tentou relação

1 = extremamente difícil

2 = muito difícil

3 = difícil

4 = pouco difícil

5 = sem dificuldade

VI. Quantas vezes você tentou relação sexual nos últimos 30 (trinta) dias?

0 = não tentou

1 = 1 a 2 tentativas

2 = 3 a 4 tentativas

3 = 5 a 6 tentativas

4 = 7 a 10 tentativas

5 = mais que onze tentativas

VII. Quando você tentou ter relações sexuais, com que frequência foram satisfatórias para você?

0 = não tentou relações

1 = quase nunca / nunca

2 = poucas vezes (muito menos que a metade)

3 = algumas vezes (mais ou menos a metade)

4 = muitas vezes (muito mais que a metade)

5 = quase sempre / sempre

VIII. O quanto você gosta de relações sexuais?

0 = não tive relações

1 = não são agradáveis (ou são desagradáveis)

2 = pouco agradáveis

3 = agradáveis

4 = bastante agradáveis

5 = muito agradáveis

IX. Quando você tem estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você ejacula?

0 = não tive relação ou estimulação sexual

1 = quase nunca / nunca

2 = poucas vezes (muito menos que a metade)

3 = algumas vezes (mais ou menos a metade)

4 = muitas vezes (muito mais que a metade)

5 = quase sempre / sempre

X. Quando você tem estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você tem a sensação de orgasmo ou clímax?

0 = não tive relação ou estimulação sexual

1 = quase nunca / nunca

2 = poucas vezes (muito menos que a metade)

3 = algumas vezes (mais ou menos a metade)

4 = muitas vezes (muito mais que a metade)

5 = quase sempre / sempre

XI. Com que frequência você tem sentido desejo sexual?

1 = quase nunca / nunca

2 = poucas vezes (muito menos que a metade do tempo)

3 = algumas vezes (mais ou menos a metade do tempo)

4 = muitas vezes (muito mais que a metade do tempo)

5 = quase sempre / sempre

XII. Como você classifica seu nível de desejo sexual?

1 = muito baixo / nenhum

2 = baixo

3 = médio

4 = alto

5 = muito alto

XIII. Você está satisfeito com sua vida sexual de uma forma geral?

1 = muito insatisfeito

2 = um pouco insatisfeito

3 = mais ou menos satisfeito

4 = bastante satisfeito

5 = muito satisfeito

XIV. Você está satisfeito com o seu relacionamento sexual com sua parceira?

1 = muito insatisfeito

2 = um pouco insatisfeito

3 = mais ou menos satisfeito

4 = bastante satisfeito

5 = muito satisfeito

XV. Como você classifica sua confiança em que você pode conseguir e manter uma ereção?

1 = muito baixa

2 = baixa

3 = média

4 = alta

5 = muito alta

Anexo 2 - Padronização da descrição das intervenções realizadas nos testes clínicos com Acupuntura (tradução e adaptação para a língua portuguesa da *STRICTA*)

Intervenção	Descrição
Embasamento da acupuntura	Estilo da acupuntura (método tradicional chinês ou métodos ocidentais); Fundamentos do tratamento (padrão de desarmonia, acupuntura segmentar, pontos gatilhos); Explicação na literatura para o estilo escolhido e o fundamento aplicado
Manejo das agulhas	Pontos unilaterais ou bilaterais; número total de agulhas inseridas; profundidade de inserção; resposta obtida; estímulos ou manipulação sobre as agulhas; tempo de retenção das agulhas; calibre, comprimento e material das agulhas;
Regime de tratamento	Número total e frequência das sessões (aplicações)
Intervenções coadjuvantes (co-intervenções)	Uso de moxabustão, ventosa, ervas medicinais, exercícios e mudanças no estilo de vida
Experiência do acupunturista	Duração do treinamento, tempo de experiência clínica e especialização em alguma técnica ou área de atuação
Intervenção controle	Tipo de intervenção controle (placebo oral, técnica simuladora de acupuntura, inserção de agulhas fora de pontos ou em pontos não efetivos para o que se pesquisa); explicações dadas aos pacientes sobre as intervenções terapêutica e controle; manejo das agulhas (ver acima) e razões para o tipo escolhido

GLOSSÁRIO

Acupuntura Auricular: técnica de acupuntura que utiliza somente pontos situados nas orelhas para realização do tratamento.

DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): Terceira edição revisada da classificação e descrição das doenças mentais segundo a Associação Norte-americana de Psiquiatria.

Eletroacupuntura: técnica de acupuntura que acopla às agulhas inseridas no corpo fios que conduzem corrente elétrica, gerando estimulação elétrica nas agulhas.

Euro: moeda corrente nos países da União Européia.

Farmacopuntura: técnica de acupuntura que consiste na injeção subcutânea de medicamentos em pontos da pele correspondentes aos pontos de acupuntura.

Fases de teste - Os testes clínicos de drogas experimentais se processam em quatro fases:

Fase I: os pesquisadores testam uma nova droga ou tratamento pela primeira vez num pequeno grupo de pessoas (20-80) para avaliar sua segurança, determinar uma faixa segura de dosagem e identificar os efeitos colaterais;

Fase II: a droga ou tratamento em estudo é dado para um grupo maior de pessoas (100-300) para observar se é eficaz e para continuar a avaliação de segurança;

Fase III: a droga ou tratamento em estudo é dado a um grupo grande de pessoas (1000-3000) para confirmação de sua eficácia, monitoramento de efeitos colaterais, comparação com tratamentos comumente utilizados e coleta de informações que permitirão o uso seguro da droga ou do tratamento;

Fase IV: são feitos depois que a droga ou tratamento é comercializado. Estes estudos continuam testando a droga ou tratamento para coleta de informações a respeito de seu efeito nas várias populações e quaisquer efeitos colaterais associados com o seu uso prolongado.

GMPc: guanilato-monofosfato cíclico, molécula intracelular que resulta da ação do óxido nítrico na membrana celular das células dos corpos cavernosos e que perpetua a ereção; a enzima fosfodiesterase 5 inativa a molécula de GMPc.

Moxabustão: técnica complementar à acupuntura que consiste no aquecimento das áreas da pele correspondentes aos pontos de acupuntura utilizando a brasa de uma planta denominada *Artemisia vulgaris*.

S2 – S4: nível da medula espinhal correspondente à altura do 2º corpo vertebral sacral até o 4º corpo vertebral sacral.

Saúde: de acordo com a definição da OMS, é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

T11 – L2: nível da medula espinhal correspondente à altura do 11º corpo vertebral torácico até o 2º corpo vertebral lombar.

US Doppler: tipo de ultra-sonografia que é capaz de quantificar o fluxo sanguíneo de uma determinada artéria ou veia.