

Ejaculação precoce: abordagem terapêutica

Premature ejaculation: therapeutic approach

SINOPSE

Ejaculação precoce é a dificuldade do homem em perceber as sensações que antecedem o orgasmo. A ejaculação ocorre bem antes do desejado, muitas vezes precedendo a penetração. Acomete principalmente pacientes jovens e sem outros problemas de saúde. Trata-se de um distúrbio comportamental, na grande maioria das vezes. O manejo deve ser feito através de psicoterapia associada à farmacoterapia.

UNITERMOS: Ejaculação Precoce, Orgasmo, Terapia Oral, Psicoterapia.

ABSTRACT

Premature ejaculation is a difficulty to perceive the sensations that precede the orgasm. Ejaculation occurs before the man wishes it and sometimes before the intromission. Patients are mainly young and without any other medical problems. This is a behavioral disturbance in the majority of cases. The management should be done by psychological plus pharmacological approach.

KEY WORDS: *Premature Ejaculation, Orgasm, Oral Therapy, Psychotherapy.*

CARLOS TEODÓSIO DA ROS – Urologista Colaborador do Ambulatório de Andrologia do Serviço de Urologia da Santa Casa de Porto Alegre (ISCMPA). Doutor em Clínica Cirúrgica pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).

CLÁUDIO TELÖKEN – Responsável do Ambulatório de Andrologia da Santa Casa de Porto Alegre. Professor Adjunto Livre-Docente de Urologia da FFFCMPA.

MARIO TANNHAUSER – Doutor em Farmacologia. Professor do Curso de Pós-Graduação em Farmacologia da FFFCMPA e ISCMPA.

CARLOS ARY VARGAS SOUTO – Chefe do Serviço de Urologia da ISCMPA. Professor Titular de Urologia da FFFCMPA.

Trabalho realizado no Serviço de Urologia da Santa Casa de Porto Alegre.

✉ Endereço para correspondência:

Carlos Teodósio Da Ros

Av. Carlos Gomes 403 conj 604
90480-003 – Porto Alegre – RS.

☎ (51) 3282328

☎ (51) 3281975

✉ daros@voyager.com.br

A ejaculação precoce (EP) é a dificuldade do homem em perceber as sensações que antecedem o orgasmo. Existem várias conceituações. Enquanto alguns definem EP como a impossibilidade do homem manter uma relação sexual por mais de um minuto sem ejacular, outros defendem o conceito que a EP é o orgasmo e a ejaculação que ocorrem após uma rápida estimulação sexual, antes do orgasmo e da satisfação da parceira. Estes conceitos podem ser baseados no tempo de penetração, número de movimentos, satisfação da parceira ou mesmo grau de controle voluntário (1). No entanto, EP pode ser definida como a condição persistente e repetida, na qual o homem é incapaz de controlar, de forma adequada, seu reflexo ejaculatório, atingindo o orgasmo rapidamente, com pequenos estímulos. A ejaculação pode ocorrer antes, durante ou imediatamente após a penetração, bem antes do seu desejo (2). Também tem sido proposto que homens com EP apresentam uma sensibilidade peniana maior e o limiar para o reflexo bulbocavernoso menor (3).

Este distúrbio ejaculatório pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é mais freqüente entre os 20 e 30 anos. Estes pacientes geralmente não apresentam problemas de saúde, não usam nenhum medicamento e não têm história psiquiátrica significativa (4). Masters e Johnson (5) relatam que esta é a disfunção sexual mais freqüente no sexo masculino. Acredita-se que entre 25 e 40% dos homens apresentem algum grau de EP (4). Na França, em um estudo epidemiológico envolvendo mais de 20.000 homens entre 18 e 69 anos, foi detectada a prevalência de 41% de EP (6). Apesar da alta prevalência, é relativamente pequeno o número de pacientes que procuram tratamento para esta disfunção (3).

Pode ser um distúrbio primário (sempre ocorreu e o indivíduo nunca teve um desempenho normal) ou secundário ou situacional, isto é, adquirido após um período de função normal, e geralmente relacionado com disfunção erétil ou outras dificuldades sexuais.

A EP, se não manejada, pode levar à depressão, ansiedade, desordens de

personalidade, disfunção erétil, baixa auto-estima, dano ao relacionamento conjugal e/ou interpessoal, aversão ao sexo e diminuição da libido (4).

Causas psicológicas:

- Relacionamento ruim com a parceira.
- Medo de gravidez.
- Medo de doenças sexualmente transmissíveis.
- Ansiedade de desempenho.
- Desconhecimento da sexualidade.
- Conflitos religiosos ou culturais.
- Comportamento condicionado à masturbação e coitos rápidos.

Causas orgânicas (4, 7):

- Lesão do sistema nervoso autônomo simpático devido a cirurgias retroperitoneais.
- Fraturas pélvicas.
- Patologias urológicas: hiperplasia prostática, prostatite e uretrite.

- Policitemia.
- Diabetes *mellitus*.
- Polineurite.
- Esclerose múltipla.
- Doença cardiovascular.
- Lesões raquimedulares (traumáticas ou neoplásicas).
- Medicamentos (anticonvulsivantes).

Complicações:

- Depressão.
- Ansiedade.
- Desordens da personalidade.
- Disfunção erétil.
- Baixa da auto-estima.
- Dano ao relacionamento conjugal.
- Aversão ao sexo.
- Diminuição da libido.

T R A T A M E N T O

Consiste em fazer com que o homem adquira habilidade para perceber e captar as sensações que antecedem o orgasmo. Geralmente, é empregada uma terapia sexual breve (métodos psicológicos e comportamentais) associada ou não à farmacoterapia. Estas técnicas de condicionamento do comportamento são utilizadas há muitos anos com resultados bons e ruins, pois requerem motivação e envolvimento intenso do casal. A terapia comportamental envolve exercícios de palpação e sensação, técnicas do *stop-and-start* e compressão da glândula. A taxa de sucesso, quando usada como terapia isolada, varia de 50 a 95%. Porém, o índice de abandono desta terapia é alto e, após 3 anos, esta taxa já diminuiu para 25% (1, 3). O importante é deixar claro ao paciente/casal que a essência da relação sexual é o prazer e a satisfação de ambos. Normalmente, existe uma boa resposta à terapia comportamental, porém é fundamental a motivação do casal para a obtenção do resultado.

As alternativas medicamentosas incluem a farmacoterapia intracavernosa, α -bloqueadores e anestésicos tópicos. Nenhuma droga está aprovada pelo *Food and Drug Administration* (FDA), que é o órgão que regula o uso de me-

dicamentos nos Estados Unidos, para o tratamento de EP. Mas alguns medicamentos que retardam a ejaculação têm sido estudados para este fim. Entre eles estão os antidepressivos tricíclicos (clomipramina) e os inibidores específicos da recaptção da serotonina (fluoxetina, sertralina e paroxetina).

A farmacoterapia intracavernosa é uma alternativa para manejo da EP. Existem alguns estudos demonstrando bons resultados. Foi empregada com sucesso num grupo de indivíduos com EP resistente à terapia comportamental. Na verdade, não houve melhora da ejaculação. Os pacientes permanecem com EP, porém como a ereção perdura mais tempo, isso facilita o orgasmo da parceira (8).

Existem vários trabalhos onde são empregados α -bloqueadores, pois a emissão e a ejaculação são controladas pelo sistema nervoso simpático. Os resultados, independente da droga utilizada, são de aproximadamente 50% (9, 10). Os anestésicos tópicos, como a associação de prilocaína-lidocaína, também podem ser empregados. Deve-se empregar o preservativo para evitar a absorção vaginal da droga. Os pacientes referem amortecimento peniano (11). Outra forma de tratamento descrita na literatura é um creme-SS, também para aplicação tópica. Este creme é feito com o extrato de 9 produtos naturais. O estudo inicial, onde 41 pacien-

tes foram divididos em 3 grupos (creme SS, lidocaína 9% e placebo), o índice de resposta foi 85,4%, 46% e 0%, respectivamente (12). Outro estudo, envolvendo 186 homens que utilizaram este creme, demonstrou uma taxa de 89,2% de melhora da EP (13).

Clomipramina é um antidepressivo tricíclico usado há bastante tempo para o manejo de EP. Parece agir através da diminuição do tônus α -adrenérgico. Existem vários trabalhos mostrando bons resultados com seu emprego. A taxa de resposta é de 70 a 80%, mas muitos pacientes referem à volta dos sintomas após a suspensão da droga (3). Também são conhecidos seus efeitos colaterais. Os mais comuns são: boca seca, constipação, fadiga, sedação e zumbidos (1, 7, 14, 15, 16, 17, 18).

Os novos antidepressivos, inibidores específicos da recaptção da serotonina (fluoxetina, sertralina e paroxetina), devido à sua eficácia e baixo índice de efeitos colaterais, têm sido muito utilizados (19, 20, 21, 22, 23). O mecanismo de ação sobre a ejaculação permanece incerto, mas parece ser central (7). Os inibidores da recaptção da serotonina são contra-indicados em pacientes que fazem uso de inibidores da monoaminoxidase (MAO), pois sua associação pode desencadear crises serotoninérgicas. Também devem ser evitados em pacientes com desordem de ansiedade ou infarto agudo do mio-

Tabela 1 – Drogas utilizadas no tratamento da ejaculação precoce, com seus respectivos índices

Drogas	Emprego	Índice de resposta	Dose diária
Clomipramina	Existe melhora nas ejaculações, mas ocorrem muitos efeitos colaterais.	70 a 80% (Ref. 14-18, 23)	25 a 50 mg
Fluoxetina	Droga prescrita muito comumente para motivos psiquiátricos, onde é percebido um retardo na ejaculação.	63 a 80% (Ref. 20, 23)	20 a 40 mg
Paroxetina	Estudos duplo-cegos e controlados demonstraram aumento no tempo da ejaculação.	81 a 100% (Ref. 26-28)	20 a 40 mg
Sertralina	Pode-se perceber melhora clínica significativa da latência ejaculatória.	78% (Ref. 23)	25 a 125 mg

cárdio recente. Seus principais efeitos colaterais são: náusea, cefaléia e insônia (7).

Os tratamentos medicamentosos parecem ser eficientes enquanto o paciente utiliza as drogas. Por outro lado, os pacientes relutam a usar drogas psiquiátricas por tempo prolongado (3). O uso prolongado também pode levar à diminuição da libido e disfunção erétil. Os efeitos colaterais dos antidepressivos sobre a sexualidade parecem ser dose dependente. Variam com o medicamento usado, dependendo de mecanismos da recaptção de dopamina e/ou serotonina, da indução de liberação de prolactina, de efeitos antimuscarínicos, da inibição da sintetase do óxido nítrico ou da acumulação com o uso prolongado (24).

A grande crítica ao tratamento exclusivamente medicamentoso é a falta de bons resultados duradouros. Por isso, faz-se necessária à psicoterapia conjunta, pois desta maneira atuar-se-á sobre o componente psíquico. Esta associação, de terapia comportamental com a medicamentosa, é a forma de tratamento mais eficaz para o manejo da EP (25).

As cirurgias propostas para ejaculação precoce devem ser encaradas como procedimentos experimentais, indicadas para pacientes selecionados e realizadas em locais de pesquisa credenciados, baseados nas normas de pesquisa que envolve seres humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da resolução 1478/97 do Conselho Federal de Medicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SEFTEL AD, ALTHOF SE. Premature ejaculation. In: Hellstrom WJG. Male infertility and sexual dysfunction. 1st Ed. Springer Verlag, New York, USA. 1997; 356-61.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Ed. Washington DC, USA. American Psychiatric Association. 1994.
- ROSEN RC. Premature ejaculation. In: GOLDSTEIN I, de TEJADA IS, NEHRA A, ROSEN RC. Pharmacotherapy for erectile dysfunction. Post-Graduation Course. 92nd Annual Meeting of the American Urological Association. New Orleans, USA. 1997.
- SHABSIGH R. Definition, pharmacotherapy and other alternative of premature ejaculation. In: PADMA-NATHAN H, SHABSIGH R. Pharmacotherapy for sexual dysfunction: what does the future hold? Instructional course. 93rd Annual Meeting of the American Urological Association. San Diego, USA, 1998.
- MASTERS WH, JOHNSON VE. Human sexual inadequacy. Little, Brown & Co, Boston, USA. 1970.
- BÉJIN A, COLOMBY P, SPIRA A, JARDIN A, BICETRE FG. Epidemiology of male sexual disorders in France. J Urol 1998; 159 (5):140.
- HALD D, RAJFER J. Premature ejaculation. In: LUE TF, BENSON GS, CARSON II CC, RAJFER J. Erectile dysfunction, priapism and Peyronie's disease. Post-graduation Course. 92nd Annual Meeting of the American Urological Association. New Orleans, USA. 1997.
- FEIN RL. Intracavernous medication for the treatment of premature ejaculation. Urology 1990; 35:301-3.
- SHILTON M, PAZ GF, HOMONNAI ZT. The use of phenoxibenzamine treatment in premature ejaculation. Fertil Steril 1984, 42:659-62.
- CAVALLINI G. Alpha-1 blockade pharmacotherapy in primitive psychogenic premature ejaculation resistant to psychotherapy. Eur Urol 1995; 28:126-8.
- BERKOVITCH M, KERESTECI AG, KOREN G. Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. J Urol 1995; 154: 1360-3.
- CHOI HK, XIN SC, CHOI YD. Efficacy of a newly developing topical agent (SS-cream) for premature ejaculation: double blind clinical studies. J Urol 1997; 157:182(A).
- XIN ZC, CHOI YD, LEE SH, CHOI HK. Efficacy of a topical agent SS-cream in the treatment of premature ejaculation.: a preliminary clinical studies. Yonsei Med J 1997; 38 (2):91-5.
- GIRGIS SM, EI-HAGGER S, EI-HERMOUZY S. A double-blind trial of clomipramine in premature ejaculation. Andrologia 1982; 14:364-7.
- ALTHOF SE, LEVINE SB, CORTY EW, RISEN CB, STERN EB, KURIT DM. A double-blind crossover trial of clomipramine for rapid ejaculation en 15 couples. J Clin Psych 1995; 56:402-6.
- SEFTEL AD, ALTHOF SE. For premature ejaculation, clomipramine shows promise. Contemp Urol 1996; 8:25-8.
- HAENSEL SM, ROWLAND DL, KALLAN KTHK, SLOB AK. Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation and controls. J Urol 1996; 156:1310-5.
- STRASSBERG DS, BRAZAO CA, ROWLAND DL, TAN P, SLOB AK. Clomipramine in the treatment of rapid (premature) ejaculation. J Sex Marital Ther 1999; 25:89-101.
- WISE TN. Sertraline as a treatment for premature ejaculation. J Clin Psych 1994; 55:417-20.
- YILMAZ U, TATLISEN A, TURAN H, ARMAN F, EKMEKCIOGLU O. The effects of fluoxetine on several neurophysiological variables in patients with premature ejaculation. J Urol 1999; 161 (1):107-11.
- WALDINGER MD, HENGEVELD MW, ZWINDERMAN AH. Paroxetine treatment of premature ejaculation: a double blind, randomized, placebo-controlled study. Am J Psychiatr 1994; 151 (9):1377-9.
- WALDINGER MD, HENGEVELD MW, ZWINDERMAN AH. Ejaculation-retarding properties of paroxetine in patients with primary premature ejaculation: a double-blind, randomized, dose-response study. Br J Urol 1997; 79:592-5.
- KIM SC, SEO KK. Efficacy and safety of fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo controlled study. J Urol 1998; 159:425-7.
- ROSEN RC, LANE RM, MENZA M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. J Clin Psychopharmacology 1999; 19:67-85.
- GRAZIOTTIN A, MONTORSI F, GUAZZONI G, DAPOZZO L, CONSONNI P, FERINI L, RIGATTI P. Combined fluoxetine and sexual behavioral therapy for premature ejaculation; one-year follow-up analysis of results, complications and success predictors. J Urol 1996; 155 (suppl):497A.
- MCMAHON CG, TOUMA K. Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride. Int J Impot Res 1999; 11: 241-5.
- LUDOVICO GM, CORVASCE A, PAGLIARULO G, CIRILLO-MARUCCO E, MARANO A, PAGLIARULO A. Paroxetine in the treatment of premature ejaculation. Br J Urol 1996; 77:881-2.
- GIAMMUSO B, MORGIA G, SPAMPINATO A, MOTTA M. Paroxetine in the treatment of premature ejaculation. Arch Ital Urol Androl 1997; 69:11-3.