

JOÃO AFIF-ABDO

Mestre em Urologia pela Escola Paulista de Medicina | UNIFESP
Tesoureiro da Sociedade Latino-Americana de Medicina Sexual | SLAMS
Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Santa Cruz | São Paulo
TiSBU

CARMITA H. N. ABDO

Livre-Docente e Professora Associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Fundadora e Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas | FMUSP

Abordagem e Tratamento da Ejaculação Precoce

Introdução

Schapiro (1943), psiquiatra alemão, definiu Ejaculação Precoce (EP) como um distúrbio psicossomático, para o qual contribuiriam fatores biológicos e psicológicos. Credita-se a ele a classificação da EP em dois tipos, hoje conhecidos como EP primária (ao longo da vida) e EP secundária (adquirida)¹.

Masters e Johnson, nos anos 1970, postularam que a EP resultava de comportamento aprendido e que a terapia comportamental (denominada técnica de *squeeze*) poderia remitir a maioria dos casos². Contudo, até os dias atuais, há poucos estudos baseados em evidência, demonstrando a eficácia desse tratamento no controle da ejaculação.

A partir dos anos 1990, com o advento dos inibidores seletivos da recaptção

da serotonina (ISRS), ocorreu uma revolução no tratamento da ejaculação precoce¹, inaugurando o conceito neurobiológico dessa disfunção.

Ao longo dessa mesma década e no início dos anos 2000, foi avaliada a eficácia do tratamento farmacológico da EP, à margem do suporte da indústria farmacêutica, não interessada no registro oficial dos ISRS para o controle dessa disfunção. Entretanto, a partir de 2004, a indústria passou a apoiar estudos e publicações sobre EP, buscando definir um tratamento de maior eficácia, menos efeitos adversos e menor interferência sobre a espontaneidade sexual³.

Definição

Critérios objetivos ou subjetivos podem definir a EP. Objetivamente, o tempo e o número de incursões penianas até a ejaculação são as medidas utilizadas. Subjetivamente,

a definição se pauta na sensação de controle falho (ejaculação que ocorre antes que o homem e/ ou sua (seu) parceira(o) a desejem), além de desconforto (sofrimento), insatisfação e dificuldades relacionais do homem⁴.

Para o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição, texto revisado (DSM-IV-TR), EP é a ejaculação que ocorre com estímulo sexual mínimo antes, durante ou logo após a penetração, de forma persistente ou recorrente, e antes que o indivíduo a deseje. Também deve causar desconforto significativo e dificuldade no relacionamento e não pode se dar devido a efeito de alguma substância⁵. Segundo o guia da Associação Urológica Americana, EP é a ejaculação que ocorre mais cedo que o desejado, antes ou logo após a penetração, causando desconforto a um ou a ambos os parceiros⁶.

Não há EP se o homem consegue controlar sua ejaculação, retardando-a até quando decida ejacular.

Como o DSM-IV-TR⁵ e a CID-10⁷ definem EP com base no curto tempo até a ejaculação, foram desenvolvidos estudos no sentido de identificar a duração dessa fase pré-ejaculatória no portador de EP. Concluiu-se que tempo de latência ejaculatória intravaginal (*Intravaginal Ejaculatory Latency Time* – IELT) menor do que 1 minuto indica latência inferior à da população geral⁸.

Classificação

A EP foi descrita como uma entidade clínica ou uma síndrome, com dois tipos distintos (ao longo da vida e adquirida)¹:

1. **EP ao longo da vida:** quando a ejaculação ocorre rapidamente em todas ou quase todas as relações; com (quase) todas(os) as(os) parceiras(os); desde o primeiro relacionamento; na maioria dos casos (90%) entre 30-60 segundos ou entre 1-2 minutos (10%) após a penetração; permanece rápida ao longo da vida (70%) ou se agrava com a idade (30%); a capacidade de retardar a ejaculação está diminuída ou ausente. Alguns homens ejaculam até mesmo antes da penetração.

2. **EP adquirida:** ejaculação rápida que começa a ocorrer em determinado ponto da vida, em homem que habitualmente não apresentava queixas sexuais; pode se iniciar de forma súbita ou gradual; a capacidade de retardar a ejaculação encontra-se diminuída ou ausente.

Etiologia

Vêm se evidenciando os determinantes orgânicos para a variação da latência ejaculatória e, conseqüentemente, para a ejaculação precoce do tipo primário. Estudos sugerem que a latência ejaculatória se distribui ao longo de uma curva, assim como outras características humanas. Os componentes dessa determinação biológica incluem: hipersensibilidade dos receptores de serotonina, hormônios sexuais, variação na excitabilidade sexual ou reflexo ejaculatório hipersensível, doença associada, além da perspectiva evolucionária de que a cópula rápida seria uma estratégia reprodutiva superior⁹.

Já a EP secundária ou adquirida se manifesta por vulnerabilidade a eventos estressores.

Pode-se afirmar que a EP tem causas multifatoriais, refletindo uma predisposição biológica à latência ejaculatória rápida, associada a elementos psicossociais⁹. O desencadeamento da EP pode exacerbar as questões que contribuíram para o seu aparecimento, originando, assim, um círculo vicioso.

Fisiopatologia da Ejaculação Precoce

Sensações premonitórias (SP) correspondem às alterações corporais causadas pela excitação sexual (elevação testicular, miotonia, respiração acelerada e frequência cardíaca aumentada), precedendo e sucedendo o estágio da emissão do sêmen.

Retardar conscientemente esse processo requer identificação dessas sensações premonitórias, antes que a emissão se inicie. Homens com EP são incapazes de identificar e/ou não conseguem responder a esses sinais de alarme, no sentido de retardarem o processo ejaculatório.

Ejaculadores precoces necessitariam aprender a controlar a excitação física e/ou psíquica em resposta à SP, antes de atingirem o limiar de emissão, o que controlaria o processo ejaculatório.

Supõe-se que a EP esteja associada a menores níveis sinápticos de 5-HT em regiões do SNC, as quais modulam a ejaculação, devido às variações na sensibilidade do receptor 5-HT¹.

Destarte, a base neurofisiológica da EP pode incluir um desequilíbrio entre 5-HT_{1A} (resposta hipersensível) e a atividade do receptor 5-HT_{2C} ou 5-HT_{1B} (resposta hipossensível), o que requer ainda mais pesquisas para ser confirmado.

A respeito da neuroquímica da ejaculação, não há dúvida de que o incremento do 5-HT central seja uma estratégia importante para retardar a ejaculação.¹⁰

A fisiopatologia da EP adquirida, por seu turno, estaria relacionada a alterações na função neuronal periférica⁸.

Prevalência

A prevalência da EP varia entre 20% e 30%¹¹. Tal condição acomete 25,8% da população masculina no Brasil¹². Não havendo distinção entre EP como queixa ou como síndrome, pode-se concluir que a “disfunção” ejaculação precoce está superdiagnosticada e que essa é a prevalência da “queixa”, na população masculina.

Diagnóstico

O tempo de latência ejaculatória (*Intravaginal Ejaculatory Latency Time* – IELT) é utilizado como medida de diagnóstico e/ ou de eficácia em ensaios clínicos para investigação e tratamento da EP⁸. Na prática, no entanto, não se costuma usar o IELT para diagnóstico, mas a própria impressão clínica do médico, bem como o desconforto e a preocupação manifestados pelo paciente.

Havendo a queixa, são perguntas fundamentais a serem feitas ao paciente: “O que você chama de ejaculação?”; “Quanto tempo você leva desde a penetração até ejacular (ou seja, a partir da pe-

netração, em quanto tempo você ejacula)?”. Essas questões devem ser seguidas da investigação de aspectos psicossociais e orgânicos subjacentes e da ocorrência de dificuldades que possam prejudicar o tratamento.

Deve ser investigado, também, se o paciente consegue identificar a sensação premonitória (SP) e responder a ela. Se puder identificar a SP, ele retarda a sua ejaculação? Que mecanismos ele adota para tentar cumprir essa tarefa? Identificar a SP varia em diferentes experiências sexuais, com diferentes parceiras(os) e tipos de estimulação? Ele já tentou tratamentos anteriores para EP e, em caso positivo, quais foram os resultados?

Tratamento

O tratamento atual da EP baseia-se mais na opinião de especialistas do que em evidências bem estabelecidas.

EP ao longo da vida (primária) responde a medicamentos que retardam a ejaculação. EP adquirida necessita de tratamento medicamentoso para a condição médica de base, psicoterapia para a causa psicológica da disfunção ejaculatória ou ambos, com ou sem medicamento (tipo ISRS) ou anestésico tópico, para retardar a ejaculação.

Medicamentos

Doses contínuas de clomipramina (antidepressivo tricíclico que inibe a recaptção da noradrenalina e da serotonina) prolongam o IELT. Tratamento diário com clomipramina melhora o estado do paciente para o relacionamento, a satisfação pessoal e a habilidade destes homens, para que suas parceiras atinjam o orgasmo. Os efeitos indesejáveis (sonolência, boca seca, constipação e náusea) costumam ser mais severos do que os do tratamento feito com inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS)¹³.

Paroxetina, fluoxetina e sertralina são ISRS. Aumentam a concentração sináptica de 5-HT, por meio do bloqueio de transportadores de 5-HT, sendo utili-

zados para o tratamento da ejaculação precoce. Contudo, nenhum desses agentes tem indicação formal para esse tratamento (uso *off-label*)¹⁴.

Podem ocorrer efeitos adversos (diminuição do desejo e da excitação, ausência de orgasmo e disfunção erétil) com o uso crônico e com doses maiores. Também podem ocorrer reações dermatológicas, efeitos colinérgicos, alterações do peso e interações medicamentosas. A mudança de um ISRS para outro pode ocasionar superdosagem, o que exige período de *washout* adequado à meia-vida do ISRS inicialmente administrado.

Pode haver “síndrome de abstinência” (náusea, vômito, cefaleia, letargia, tontura, agitação e insônia) pela redução ou descontinuação da dose. Esta síndrome, quando ocorre, inicia-se de 1 a 3 dias após a descontinuação e dura até uma semana.

Os resultados de estudos clínicos randomizados controlados, referentes ao tratamento da EP com ISRS, são apresentados na Tabela 1.

A Dapoxetina (que é um ISRS com perfil farmacocinético peculiar) alcança velozmente alta concentração sanguínea e tem rápida eliminação, após administração oral, o que contribui para o tratamento da EP sob demanda¹⁰. As mudanças no perfil ejaculatório, proporcionadas pela dapoxetina (30 e 60 mg, respectivamente) também estão na Tabela 1. Náusea é o principal efeito adverso, além de outros de menor expressão (cefaleia, tontura, diarreia e insônia).

Apesar de aprovada pela ANVISA, a Dapoxetina (pesquisa Janssen-Cilag) não foi lançada comercialmente no Brasil. Foi comercializada na Europa e no México (Priligy®) e é, hoje, a única droga com indicação específica para tratamento da EP.

Inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (iPDE-5) são utilizados isoladamente ou em combinação com ISRS para tratar ejaculação precoce. Em homens com EP, sem disfunção erétil (DE) concomitante, os resultados são controversos. Em recente revisão sistemática, concluiu-se que não há comprovação suficiente para suportar a efetividade desses medicamentos no tratamento da EP¹⁵.

Tramadol (analgésico opioide sintético de ação central) vem sendo usado para o tratamento sob demanda da ejaculação precoce¹⁶. Na dose de 50mg, aumenta significativamente o IELT, a satisfação sexual e o controle ejaculatório, por inibir a recaptação da noradrenalina e da serotonina. Como a dapoxetina, tramadol é rapidamente absorvido e eliminado. Por ser um opioide, existe o risco de abuso e/ ou dependência. Metanálise a respeito da administração de tramadol concluiu, pela ausência de estudos clínicos adequadamente desenhados, a confirmação do suposto abuso e/ ou dependência, no seu uso para tratamento da ejaculação precoce¹⁷.

Agentes Tópicos

Formulações de lidocaína/ prilocaína tópica causam efetiva dessensibilização, o que aumentaria o IELT, o controle ejaculatório e a qualidade de vida sexual do casal. Leve a moderada anestesia vaginal é o efeito adverso mais comum (12%), não associado à descontinuação. O uso de preservativo minimiza esse inconveniente.

O creme Severance Secret (*SS cream*) é um agente tópico, de origem coreana, composto por sete tipos de ervas. Amplia o IELT e a satisfação com o intercuro, tendo, como efeito adverso mais comum, uma leve sensação de queimação/ dor no local da aplicação¹⁰. Seu exato mecanismo de ação ainda não é conhecido.

Psicoterapia

Há poucos estudos randomizados e controlados¹⁸; no entanto, é suficiente a evidência clínica de que a psicoterapia, combinada à terapia medicamentosa, beneficia o paciente com EP.

O perfil que favorece o processo psicoterápico compõe-se de: ausência de doenças físicas ou psiquiátricas concomitantes à EP, relacionamento estável, parceira sem disfunção sexual e motivação do paciente e de sua parceira¹⁹. Por outro lado, são indicadores de mau prognóstico: EP que mantém encoberta a disfunção sexual da parceira; expecta-

TABELA 1

• Resumo de estudos clínicos com ISRS para o tratamento da EP (adaptada de Wang WF et al., 2007)²⁰

Droga	Uso/mg	N*	Medidas					IELT, min		Desenho	
			CE	O	IELT	SSM	SSF	Antes	Depois	RPCDC	CR
Fluoxetina	20 diários	40	-	-	+	-	-	1,2 (1,0)	6,6 (7,7)	+	-
Sertralina	50 diários	37	-	-	+	-	-	0,3	3,2	+	-
Sertralina	50/100 diários/ sob demanda	24	-	-	+	+	+	0,4 (0,3)	4,5 (2,7)	-	-
Paroxetina	20 diários	130	-	+	+	+	+	1,5 (0,7)	7,7 (4,0)	-	-
Paroxetina	20 diários/ sob demanda	61	-	+	+	-	-	0,4	5,5	-	-
	20 diários	33						0,4	1,5		
Paroxetina	20 diários/ sob demanda	26	-	-	+	-	-	0,5	5,8 e 6,1	-	-
	20 diários	42						0,3	3,2 e 3,5		
Citalopram	20-60	30	-	-	+	-	-	0,6 (0,3)	4,1 (1,9)	-	-
Citalopram	20 diários por 3 meses	58	-	-	+	-	-	0,5	3,5	+	+
	20 diários por 6 meses	58						0,5	3,3		
Dapoxetina	30 sob demanda	26	+	-	+	+	+	0,9	2,8	+	+
	60 sob demanda	14						0,9	3,3		

*N** = número de pacientes no estudo; *CE* = controle ejaculatório; *O* = orgasmo; *IELT* = tempo de latência ejaculatória intravaginal; *SSM* = satisfação sexual masculina; *SSF* = satisfação sexual feminina; *RPCDC* = randomizado, placebo-controlado, duplo-cego; *CR* = cronômetro.

tivas irreais do casal; conflitos conjugais; falta de sinceridade no processo psicoterápico.

Os objetivos da psicoterapia para EP podem ser assim resumidos: desenvolver técnicas para controle da ejaculação; proporcionar ao homem confiança em seu desempenho sexual; reduzir a ansiedade de performance; modificar o repertório sexual rígido; superar os obstáculos à intimidade; solucionar os problemas interpessoais que causam e mantêm a EP; compatibilizar sentimentos e pensamentos; melhorar a comunicação; transformar conflitos em intimidade e estímulo; minimizar ou prevenir recaídas.

Dois técnicas de terapia são tradicionais para o controle da ejaculação: *Stop-Start* e *Squeeze*. Apesar de bons resultados terem sido creditados por seus idealizadores, essas técnicas apresentam várias limitações: o casal avalia como mecânicos os procedimentos para controlar o momento da ejaculação; há interrupção da atividade sexual; não se desenvolve o erotismo no homem e no casal; o foco está nos processos fisiológicos, negligenciando dimensões psicológicas, como a comunicação afetiva e o prazer sexual.

A terapia cognitivo-comportamental instrui os pacientes para o uso de fantasias mentais e técnicas comportamentais (por exemplo: pausas, mudança de posição), para desenvolver maior controle sobre o tempo de ejaculação. Aumentando o controle, o tempo de latência intravaginal e a satisfação sexual podem se ampliar.

O tratamento psicoterápico da EP deve, no entanto, priorizar: maior consciência do homem e

de sua parceira a respeito do nível de excitação; foco de atenção no relacionamento; ampliação do repertório sexual para estimulação mais eficaz; atenção ao contexto sexual, considerando a importância da estimulação psicológica e da situacional; habilidades comunicacionais do casal, superando padrões de evitação de temas relacionados à vida sexual.

Desafios ao Tratamento da Ejaculação Precoce

O tratamento atualmente proposto para a EP apresenta limitações, a saber:

- Medicamentos orais e tópicos são percebidos pelos pacientes e parceiras como “mecânicos” e pouco eróticos.
- Medicamentos têm efeitos adversos indesejáveis (disfunção erétil, náusea, vertigem, diarreia, entre outros).
- Técnicas de terapia focam processos físicos, negligenciando comunicação, prazer e sequência/ espontaneidade da atividade sexual.
- Recrudescimento da sintomatologia, quando o tratamento é suspenso.

O que define o sucesso da terapêutica não é apenas o manejo da latência e do controle ejaculatório, mas os parâmetros de qualidade de vida, tais como: o impacto sobre o relacionamento; a espontaneidade no engajamento em atividade sexual; a autoconfiança; o humor/ afeto; a superação da vergonha/ constrangimento e a satisfação do casal.

A melhor escolha de tratamento para a ejaculação precoce é aquela baseada no conhecimento do médico e na preferência do paciente¹⁴.

REFERÊNCIAS

1. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. *J Urol* 2002;168:2359-67.
2. Masters WH, Johnson VE. Premature ejaculation. In: Masters WH, Johnson VE (eds). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown, 1970: 92-115.
3. Waldinger MD, Schweitzer DH. Premature ejaculation and pharmaceutical company-based medicine: the dapoxetine case. *J Sex Med* 2008;5(4):966-97.
4. McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip ID, Adaikan PG, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Dabees K, Giraldi A, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Laan E, Meuleman E, Perelman MA, Rosen RC, Rowland DL, Seigraves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med* 2008;5(7):1590-606.
5. Associação Psiquiátrica Americana (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Tradução Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
6. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, Nehra A, Sharlip ID; AUA Erectile Dysfunction Guideline Update Panel. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. *J Urol* 2004;172(1):290-4.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
8. Waldinger MD. Recent advances in the classification, neurobiology and treatment of premature ejaculation. *Adv Psychosom Med* 2008;29:50-69.
9. Perelman MA, McMahon CG, Barada JH. Evaluation and treatment of the ejaculatory disorders. In: Lue T (ed.) *Atlas of male sexual dysfunction*. Philadelphia, CA: Current Medicine, Inc, 2004: 127-57.
10. Giuliano F, Hellstrom WJ. The pharmacological treatment of premature ejaculation. *BJU Int* 2008;102(6):668-75.
11. St. Lawrence JS, Madakasira S. Evaluation and treatment of premature ejaculation: a critical review. *Int J Psychiatr Med* 1992;22:77-97.
12. Abdo CHN. *Descobrimento sexual do Brasil*. São Paulo: Summus, 2004.
13. 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.
14. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, Rosen RC, Andersson KE, Althof S, Christ G, Hatzichristou D, Hirsch M, Kimoto Y, Lewis R, McKenna K, MacMahon C, Morales A, Mulcahy J, Padma-Nathan H, Pryor J, de Tejada IS, Shabsigh R, Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2004;1:6-23.
15. McMahon CG, McMahon CN, Leow LJ, Winestock CG. Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: a systematic review. *BJU Int* 2006;98:259-72.
16. Salem EA, Wilson SK, Bissada NK, Delk JR, Hellstrom WJ, Cleves MA. Tramadol HCL has promise in on-demand use to treat premature ejaculation. *J Sex Med* 2008;5:188-93.
17. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ* 2006;174:1589-94.
18. Althof SE. 'It was the Best of Times; it was the worst of Times'. *J Sex Marital Ther* 2007;33:399-403.
19. Abdo CH, Afif-Abdo J, Otani F, Machado AC. Sexual satisfaction among patients with erectile dysfunction treated with counseling, sildenafil, or both. *J Sex Med* 2008;5(7):1720-6.
20. Wang WF, Chang L, Minhas S, Ralph DJ. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation. *Chin Med J (Engl)* 2007;120:1000-6.