

eBook

# EJACULAÇÃO PRECOCE

UM GUIA PARA PACIENTES



**BERNARDO SOBREIRO  
FÁBIO NERY  
MIRIAN BRAGA**

# EJACULAÇÃO PRECOCE – UM GUIA PARA PACIENTES

Bernardo Sobreiro, Fábio Nery, Mirian Braga

Todos os direitos reservados. É expressamente vedada a reprodução do conteúdo deste livro sem a autorização dos autores, de acordo com a Lei do Direito Autoral nº 9610/98.

Ilustrações, projeto visual e diagramação: Rafaela Sobreiro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

---

Sobreiro, Bernardo

Ejaculação Precoce / Bernardo Sobreiro; Fábio Nery, Mirian Braga ilustrações Rafaela Sobreiro. -- 1. ed. -- Curitiba, PR : Bernardo Sobreiro, 2025.

ISBN:

1. Ejaculação precoce 2. Saúde do homem

---

## **Índices para catálogo sistemático:**

1. Homens : Saúde e higiene : Ciências médicas

613.04234

## **Apresentação**

A ejaculação precoce é uma das disfunções sexuais mais comuns entre os homens, mas também uma das menos discutidas. Muitos homens sofrem em silêncio, sem saber que existem formas eficazes de entender e tratar esse problema. O objetivo deste livro é oferecer informações claras, baseadas na ciência, para ajudar você a compreender melhor essa condição e buscar soluções eficazes.

Neste livro, você encontrará respostas para dúvidas frequentes, explicações sobre as causas da ejaculação precoce e as principais abordagens de tratamento, desde técnicas comportamentais até opções médicas modernas. Tudo isso em uma linguagem acessível, sem termos complicados, para que qualquer pessoa possa entender e aplicar as orientações no dia a dia.

Se você já passou por essa situação ou conhece alguém que enfrenta esse desafio, este livro será um guia essencial para recuperar a confiança e melhorar sua vida sexual. Afinal, saúde sexual também é qualidade de vida.

Os autores

# Sumário

Capítulo 1 - Definição e epidemiologia da infertilidade masculina...	1
Capítulo 2 - Avaliação clínica do homem infértil .....	4
Capítulo 3 - Anatomia do sistema reprodutor masculino.....	9
Capítulo 4 - Causas de infertilidade masculina.....	15
Causas pré-testiculares.....	15
Causas testiculares.....	26
Causas pós-testiculares.....	61
Capítulo 5 – Azoospermia obstrutiva e não obstrutiva.....	67
Capítulo 6 - Exames complementares na infertilidade masculina....	76
Perguntas frequentes.....	91
Glossário de termos.....	97



## DR. BERNARDO SOBREIRO

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas, com Residência Médica em Urologia no Hospital Nossa Senhora das Graças (Curitiba-PR). Obteve grau acadêmico de Mestre e Doutor em Clínica Cirúrgica na Universidade Federal do Paraná. Realizou fellow em Andrologia e Reprodução Humana no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor de Urologia na Universidade Estadual de Ponta Grossa (PR) e na Universidade Positivo (Curitiba-PR). Possui extensa produção científica com mais de 30 trabalhos publicados em revistas internacionais e mais de 200 trabalhos apresentados em diversos congressos ao redor do mundo. Recebeu diversos prêmios com destaque para Jovem Pesquisador (CNPq), Pereira Barreto (Escola Paulista de Medicina), Giocondo Villanova Artigas (HNSG) e melhor trabalho científico de 2024 pela Associação Brasileira de Estudos em Medicina e Saúde Sexual (ABEMSS).



## DR. FÁBIO NERY

Graduado em Medicina pela Universidade Positivo, com Residência Médica em Cirurgia Geral no Hospital São Vicente e Residência Médica em Urologia no Hospital da Cruz Vermelha. Realizou *Fellow* de Uro-oncologia no Hospital São Vicente e é Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia. Atualmente é preceptor da Residência Médica em Urologia do Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR.



**DRA. MIRIAN BRAGA**

Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, com Pós-Graduação em Citologia Clínica pela Universidade Federal do Paraná, Microbiologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Reprodução Humana pela UNINTER.

## **Introdução**

### **Definição e importância do tema**

A ejaculação precoce (EP) é a disfunção sexual masculina mais comum, afetando uma parcela significativa da população masculina ao longo da vida. De acordo com a Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM), a EP pode ser definida como uma disfunção sexual caracterizada por uma ejaculação que ocorre de forma persistente ou recorrente em um tempo curto após a penetração vaginal, geralmente em menos de um minuto, e que causa sofrimento ao paciente e/ou ao seu parceiro(a). Essa definição abrange tanto a EP primária, que está presente desde o início da vida sexual do indivíduo, quanto a EP secundária (adquirida), que surge em algum momento da vida após um período de função sexual normal.

A ejaculação precoce é considerada um problema subdiagnosticado e frequentemente subestimado pelos profissionais de saúde, devido a múltiplos fatores, incluindo a relutância dos pacientes em buscar ajuda médica por vergonha, tabus culturais e falta de conhecimento sobre opções terapêuticas. Diferente da disfunção erétil, que frequentemente recebe maior atenção na mídia e na prática clínica, a EP é muitas vezes vista como um problema menor, apesar de seu impacto profundo na qualidade de vida dos pacientes.



Estudos epidemiológicos sugerem que a EP afeta entre 20% e 30% dos homens, variando de acordo com a população estudada e os critérios diagnósticos utilizados. A presença da EP pode estar associada a fatores psicológicos, como ansiedade de desempenho e baixa autoestima, além de causas neurobiológicas, genéticas e hormonais, que tornam o transtorno uma condição multifatorial.

A relevância do tema se justifica não apenas pelo impacto individual sobre o paciente, mas também pelos efeitos nos relacionamentos interpessoais, na saúde mental e na qualidade de vida em geral. Ao contrário da crença popular, a EP não é apenas um problema ocasional que pode ser resolvido espontaneamente; em muitos casos, é uma condição crônica que requer avaliação médica e estratégias terapêuticas específicas.

### **Impacto na qualidade de vida e nos relacionamentos**

A ejaculação precoce pode ter repercussões significativas na vida do paciente, afetando aspectos emocionais, psicológicos e sociais. A insatisfação sexual gerada por episódios recorrentes de EP pode levar a sentimento de frustração, vergonha e inadequação, que, quando não tratados, contribuem para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, como ansiedade generalizada e depressão.

Entre os principais impactos na qualidade de vida, destacam-se:

- Redução da autoestima e autoconfiança: Homens com EP frequentemente se sentem menos viris e inseguros quanto à sua capacidade de proporcionar prazer ao parceiro(a), o que pode levar a comportamentos de evitação sexual.
- Aumento da ansiedade e do estresse: A antecipação da falha no desempenho pode gerar um ciclo de ansiedade de desempenho, agravando ainda mais a condição.
- Prejuízo no bem-estar emocional e social: A EP pode impactar outras áreas da vida do paciente, incluindo desempenho profissional e interações sociais, especialmente se o indivíduo desenvolver um quadro depressivo secundário.

Além dos efeitos individuais, a EP tem um impacto significativo nos relacionamentos amorosos e conjugais. Em casais heterossexuais, a insatisfação sexual da parceira pode resultar em ressentimento e distanciamento emocional. Estudos indicam que mulheres de parceiros com EP relatam menor satisfação sexual, menor frequência de orgasmo e maior nível de frustração na vida íntima.

A falta de diálogo e de suporte emocional dentro do relacionamento pode levar a consequências mais graves, como:

- Diminuição da frequência sexual, levando a maior distanciamento do casal;

- Sentimentos de insatisfação e frustração, que podem evoluir para conflitos constantes;
- Aumento do risco de separação, caso a condição não seja abordada e tratada adequadamente.

O impacto da EP na qualidade de vida e nos relacionamentos reforça a necessidade de abordagens médicas e terapêuticas eficazes, que vão desde mudanças comportamentais até intervenções farmacológicas e psicológicas. O tratamento não deve focar apenas no paciente, mas também em estratégias de comunicação conjugal e reeducação sexual.

O reconhecimento da ejaculação precoce como uma condição tratável e não apenas um problema temporário pode incentivar mais homens a procurarem ajuda profissional, melhorando sua qualidade de vida e bem-estar geral.

### **Histórico e evolução do conceito de ejaculação precoce**

A ejaculação precoce (EP) é um dos distúrbios sexuais masculinos mais antigos descritos na literatura médica, mas sua compreensão e abordagem terapêutica passaram por transformações significativas ao longo dos séculos. Desde as primeiras descrições na medicina tradicional até as classificações modernas baseadas em critérios científicos, a EP evoluiu de um conceito vago e subjetivo para uma condição bem definida com base em estudos fisiológicos e neurobiológicos.

## **Primeiros registros históricos**

Os primeiros relatos sobre disfunções sexuais masculinas, incluindo a ejaculação precoce, datam de textos médicos da antiguidade, como os escritos da Medicina Ayurvédica na Índia e a medicina tradicional chinesa. Nessas tradições, a ejaculação rápida era frequentemente associada a um desequilíbrio energético ou a uma fraqueza do corpo, sendo tratada com ervas medicinais, técnicas respiratórias e práticas como a acupuntura.

Na Grécia Antiga, Hipócrates (460–370 a.C.), já mencionavam problemas relacionados à função sexual masculina, embora sem uma diferenciação clara entre disfunção erétil e ejaculatória. Os romanos, por sua vez, acreditavam que a EP poderia ser um sintoma de excesso de atividade sexual ou fraqueza do sêmen, promovendo tratamentos baseados na moderação sexual e na dieta.

Na medicina medieval islâmica, autores como Avicena (Ibn Sina, 980–1037 d.C.) descreveram problemas ejaculatórios e sugeriram intervenções dietéticas, uso de ervas e massagens para controlar o problema. A literatura médica do período, no entanto, ainda não reconhecia a ejaculação precoce como uma disfunção distinta.

## **Séculos XIX e XX: primeiros estudos científicos**

O conceito moderno de ejaculação precoce começou a se consolidar nos séculos XIX e XX, quando a ciência médica passou a

estudar mais detalhadamente a sexualidade masculina. Durante esse período, três abordagens principais ajudaram a moldar o entendimento da EP:

### **Perspectiva psicanalítica**

Sigmund Freud (1856–1939) foi um dos primeiros a abordar a EP sob uma ótica psicológica, sugerindo que ela poderia estar relacionada a conflitos emocionais e ansiedades inconscientes. Freud acreditava que homens com ejaculação precoce apresentavam dificuldades em controlar seus impulsos sexuais, e que essa condição poderia ser um reflexo de questões psicológicas não resolvidas, muitas vezes ligadas à infância ou à relação com figuras parentais.

### **Abordagem comportamental (trabalho de Masters e Johnson)**

Na década de 1950, William H. Masters (1915–2001), ginecologista e pesquisador, e Virginia E. Johnson (1925–2013), psicóloga e sexóloga, revolucionaram a compreensão da sexualidade humana ao realizar estudos inovadores sobre a resposta sexual e os transtornos sexuais. Antes de seu trabalho, a pesquisa sobre sexualidade era predominantemente baseada em teorias psicanalíticas e relatos subjetivos, com pouca observação científica direta da função sexual.

Ao longo de suas pesquisas, Masters e Johnson conduziram estudos laboratoriais detalhados sobre o ciclo da resposta sexual, utilizando técnicas pioneiras, como a observação direta de casais durante o ato sexual e o uso de dispositivos para monitorar as reações fisiológicas do corpo. Seus achados foram publicados no clássico livro "*Human Sexual Response*" (1966), onde descreveram os estágios do ciclo da resposta sexual:

- Excitação
- Plateau
- Orgasmo
- Resolução

A ejaculação precoce foi identificada como um transtorno no estágio de plateau, em que o homem não conseguia prolongar o tempo de latência ejaculatório até atingir o orgasmo de maneira controlada.

### **O conceito de ejaculação precoce e a terapia comportamental**

Masters e Johnson foram os primeiros a tratar a ejaculação precoce com abordagens baseadas no aprendizado comportamental, desmistificando a ideia de que esse problema era predominantemente psicológico ou emocional. Antes deles, muitas teorias baseavam-se na psicanálise freudiana, que associava a EP a traumas infantis ou conflitos inconscientes.

Eles propuseram que a ejaculação precoce ocorria devido a um déficit na aprendizagem do controle ejaculatório, e que esse controle poderia ser adquirido por meio de exercícios e treinamento. Essa abordagem lançou as bases da terapia sexual moderna.

O principal método desenvolvido por Masters e Johnson para o tratamento da ejaculação precoce foi a técnica de compressão.

### **Técnica da compressão ("squeeze technique")**

- Quando o paciente sente que está prestes a ejacular, ele (ou sua parceira) aplica uma leve pressão com os dedos sobre a base da glândula (cabeça do pênis).
- Essa compressão reduz temporariamente o reflexo ejaculatório, permitindo que o homem continue a relação sexual sem atingir o orgasmo de forma involuntária.
- O processo é repetido várias vezes, ajudando o homem a desenvolver maior controle ao longo do tempo.

Essa técnica foi amplamente adotada e serviu como um dos primeiros métodos comportamentais cientificamente validados para o tratamento da EP.

### **Impacto do trabalho de Masters e Johnson na medicina sexual**

O trabalho de Masters e Johnson foi revolucionário porque:

- Introduziu métodos práticos e replicáveis para o tratamento da ejaculação precoce.
- Desmistificou crenças psicanalíticas ultrapassadas, mostrando que a EP podia ser tratada sem necessidade de terapia de longo prazo.
- Trouxe a terapia sexual para a medicina baseada em evidências, estabelecendo bases para futuras pesquisas sobre disfunções sexuais.
- Influenciou o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, incluindo técnicas psicológicas modernas e estratégias farmacológicas.

Seus métodos ainda são aplicados na prática clínica, muitas vezes combinados com terapia cognitivo-comportamental (TCC) e intervenções farmacológicas.

### **Técnica "start-stop" (parar e continuar)**

Criada por James Semans nos anos 1950, tinha por objetivo ensinar o paciente a controlar sua resposta ejaculatório por meio da repetição e habituação. O método consiste nos seguintes passos:

- O homem é estimulado manualmente ou por meio da penetração até atingir um nível próximo ao orgasmo.



- Antes da ejaculação ocorrer, a estimulação é interrompida e o homem aguarda até que a excitação diminua.
- O ciclo é repetido várias vezes durante uma única sessão, ajudando a aumentar progressivamente o tempo de latência ejaculatório.
- Com o tempo, o paciente ganha maior autocontrole e consegue transferir essa habilidade para o contexto real da relação sexual.

Essa técnica é considerada eficaz e ainda é amplamente recomendada como parte do tratamento não farmacológico da EP.

## **Neurofisiologia**

Com o avanço da pesquisa neurocientífica no final do século XX, foram identificados fatores fisiológicos envolvidos na ejaculação precoce. Estudos começaram a apontar a serotonina como um dos principais neurotransmissores envolvidos no controle da ejaculação, o que abriu caminho para o desenvolvimento dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) como tratamento farmacológico.

## **Critérios diagnósticos**

No início dos anos 2000, a Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de

Transtornos Mentais (DSM-5) estabeleceram critérios mais objetivos para o diagnóstico da EP, incluindo:

- Tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) inferior a 1-2 minutos;
- Presença do problema de forma persistente ou recorrente;
- Sofrimento ou impacto negativo na qualidade de vida do paciente.

### **Epidemiologia e fatores de risco**

A ejaculação precoce (EP) é a disfunção sexual masculina mais comum, afetando muitos homens ao longo da vida. Estudos epidemiológicos sugerem que cerca de 20% a 30% dos homens apresentam EP, variando conforme a população estudada, os critérios diagnósticos utilizados e fatores culturais.

A definição de EP influencia diretamente as taxas de prevalência. Estudos que utilizam critérios mais rígidos, como tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) inferior a 1 minuto, reportam prevalências menores (4-6%). Já estudos baseados em autorrelato e percepção subjetiva do problema tendem a apontar taxas mais elevadas.

## Estudos epidemiológicos globais

- Estudo Global de Disfunções Sexuais Masculinas (2006) – conduzido em diversos países, encontrou uma prevalência média de 21% para EP.
- Pesquisa Nacional de Saúde e Vida Sexual dos EUA (1994) – identificou que 30% dos homens entrevistados relataram episódios frequentes de ejaculação precoce.
- Estudo Multinacional de Disfunções Sexuais (2015) – realizado na Europa e na América Latina, mostrou uma prevalência de 25%, sendo mais comum em homens mais jovens.

A prevalência pode variar entre diferentes regiões:

- Europa e América do Norte: Estudos indicam uma taxa média de 20-25%.
- América Latina: Algumas pesquisas apontam prevalência em torno de 30%, com maior relato entre populações mais jovens.
- Ásia e Oriente Médio: Algumas regiões apresentam taxas ligeiramente superiores (até 35%), possivelmente devido a diferenças culturais na percepção da função sexual.

Além disso, fatores sociais e culturais afetam a maneira como os homens percebem e relatam a ejaculação precoce. Em

países com maior estigma sobre disfunções sexuais, os índices podem ser subestimados.

### **Diferenças de faixa etária**

A ejaculação precoce pode ocorrer em qualquer idade, mas algumas faixas etárias apresentam maior predisposição devido a fatores hormonais, psicológicos e neurológicos.

### **Ejaculação precoce em jovens**

A EP primária geralmente se manifesta desde o início da vida sexual e persiste ao longo dos anos.

Em jovens adultos (18-30 anos), a prevalência pode chegar a 30-35%, possivelmente devido à inexperiência sexual, maior excitabilidade e ansiedade de desempenho.

Estudos sugerem que níveis mais baixos de serotonina e menor controle ejaculatório aprendido também contribuem para a maior incidência na juventude.

### **Ejaculação precoce em adultos de meia-idade (30-50 anos)**

Nesta faixa etária, a prevalência de EP varia entre 20-25%, com muitos casos associados a fatores psicológicos e ao aumento do estresse. A EP secundária (adquirida) é mais comum, surgindo

após anos de função sexual normal. Doenças metabólicas e cardiovasculares começam a se tornar fatores de risco relevantes.

### **Ejaculação precoce em homens com >50 anos**

A EP pode se tornar menos prevalente após os 50 anos, pois a diminuição da excitabilidade sexual e a redução nos níveis de testosterona podem aumentar o tempo de latência ejaculatório.

A coexistência com disfunção erétil (DE) torna-se um fator relevante, uma vez que homens que experimentam dificuldades de ereção podem passar a apresentar ejaculação precoce.

### **Fatores genéticos, hormonais e ambientais**

A ejaculação precoce (EP) é uma condição multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, hormonais e ambientais. O entendimento desses fatores é essencial para uma abordagem diagnóstica e terapêutica eficaz.

### **Fatores genéticos**

Pesquisas recentes sugerem que predisposições genéticas desempenham um papel significativo no desenvolvimento da EP, principalmente na forma primária. Alguns estudos indicam que até 30% dos homens com EP primária possuem histórico familiar da condição, sugerindo um componente hereditário.

## **Bases genéticas da EP**

Os estudos sobre a genética da ejaculação precoce ainda estão em desenvolvimento, mas algumas linhas de pesquisa sugerem que a regulação neurobiológica do reflexo ejaculatório envolve genes específicos associados aos neurotransmissores do sistema nervoso central, especialmente a serotonina (5-HT) e a dopamina.

### **Papel da serotonina (5-HT) na EP**

A serotonina é um dos principais moduladores do reflexo ejaculatório. Níveis mais elevados de serotonina no sistema nervoso central estão associados a uma maior latência ejaculatória, enquanto níveis reduzidos podem resultar em menor tempo até a ejaculação.

Os genes envolvidos no sistema serotoninérgico que foram associados à ejaculação precoce incluem:

- Gene do transportador de serotonina (5-HTTLPR, SLC6A4): O gene SLC6A4 codifica o transportador de serotonina (SERT), responsável pela recaptação desse neurotransmissor na fenda sináptica. Polimorfismos no promotor desse gene, como a variação "curta" (S) e "longa" (L), influenciam a quantidade de serotonina disponível no cérebro. Homens com a variante S do gene 5-HTTLPR podem apresentar níveis reduzidos de serotonina, o que tem sido associado a uma maior predisposição à EP.

- Receptores de serotonina (5-HT1A e 5-HT2C): Os receptores 5-HT1A e 5-HT2C desempenham papéis opostos na regulação da ejaculação. Estudos indicam que variantes genéticas nesses receptores podem alterar a sensibilidade dos neurônios à serotonina, influenciando a duração da fase pré-ejaculatória.

### **Dopamina e ejaculação precoce**

A dopamina tem um efeito estimulante sobre a resposta sexual, promovendo a excitação e a progressão do ciclo sexual masculino. Polimorfismos em genes que regulam a atividade dopaminérgica podem estar relacionados à EP, incluindo:

- Gene DRD4 (Receptor D4 da Dopamina): O gene DRD4 regula um dos principais receptores dopaminérgicos do cérebro. Algumas variações desse gene, como o alelo de 7 repetições, têm sido associadas a maior impulsividade e menor controle da resposta sexual, o que pode contribuir para a EP.
- Gene COMT (Catecol-O-Metiltransferase): A COMT é uma enzima que degrada a dopamina e outros neurotransmissores catecolaminérgicos. Polimorfismos nesse gene podem influenciar a degradação da dopamina, alterando o limiar de excitação sexual e a latência ejaculatória.

## **Influência genética no controle do reflexo ejaculatório**

Além dos genes envolvidos nos sistemas serotoninérgico e dopaminérgico, outros genes associados ao sistema nervoso autônomo e ao controle muscular da ejaculação têm sido investigados. Entre eles:

- **Gene NOS1 (Óxido Nítrico Sintase Neuronal):** O óxido nítrico (NO) é um importante neurotransmissor envolvido na regulação da resposta sexual. Alterações no gene NOS1 podem influenciar a sensibilidade neuronal do pênis, afetando o controle ejaculatório.
- **Gene MAOA (Monoamina Oxidase A):** A MAOA é uma enzima que degrada neurotransmissores como serotonina e dopamina. Polimorfismos nesse gene podem modificar a disponibilidade dessas substâncias, alterando a resposta ejaculatória.

## **Herança genética e estudos familiares**

Estudos populacionais e familiares sugerem que a EP pode ter um componente hereditário significativo. Um estudo realizado com gêmeos mostrou que a concordância para EP foi maior em gêmeos monozigóticos (idênticos) do que em dizigóticos, sugerindo forte influência genética. Além disso, há relatos de agregação familiar da EP, indicando um possível padrão hereditário, ainda que multifatorial.



## **Fatores hormonais**

Os hormônios sexuais influenciam diretamente o tempo de latência ejaculatório, e alterações nos níveis hormonais podem predispor à EP.

### **Testosterona**

- A testosterona tem um papel duplo na função sexual masculina, influenciando tanto o desejo sexual quanto a regulação do reflexo ejaculatório.
- Homens com níveis elevados de testosterona podem apresentar maior excitabilidade sexual e menor tempo de latência ejaculatório. Isso ocorre porque a testosterona estimula os neurônios dopaminérgicos, promovendo uma resposta ejaculatória mais rápida.
- No entanto, a redução da testosterona também pode afetar negativamente o controle ejaculatório, pois impacta a função neuromuscular do trato reprodutivo.

### **Prolactina**

- A prolactina é um hormônio conhecido por desempenhar um papel inibitório na função sexual.

- Níveis elevados de prolactina (hiperprolactinemia) podem reduzir o desejo sexual e aumentar o tempo de latência ejaculatório.
- Homens com níveis baixos de prolactina podem apresentar uma resposta sexual exagerada, favorecendo episódios de EP.

### **Hormônios tireoideanos**

- Alterações na função da glândula tireoide também podem influenciar o tempo ejaculatório.
- Homens com hipertireoidismo (níveis elevados de hormônios tireoideanos) frequentemente apresentam EP devido ao aumento da excitação neuromuscular.
- Já aqueles com hipotireoidismo podem desenvolver tempo de ejaculação prolongado, mas não necessariamente ejaculação precoce.

### **Cortisol e estresse crônico**

- O cortisol, principal hormônio do estresse, pode impactar a função sexual masculina.
- O estresse crônico e os níveis elevados de cortisol podem desregular o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA),

alterando a neurotransmissão envolvida no controle ejaculatório.

### **Fatores ambientais**

Os fatores ambientais têm um papel fundamental na modulação da EP, influenciando tanto sua origem quanto sua persistência ao longo da vida.

### **Ansiedade de desempenho e experiências sexuais precoces**

- Homens que experimentaram ansiedade intensa durante os primeiros encontros sexuais têm maior risco de desenvolver padrões de EP.
- A expectativa de "falhar" gera uma ativação do sistema nervoso simpático, que acelera a resposta ejaculatória.
- Experiências traumáticas ou inseguranças podem condicionar uma resposta rápida e automática à excitação, reforçando o problema ao longo do tempo.

### **Uso de substâncias e estilo de vida**

- Álcool e drogas recreativas: O álcool pode retardar a ejaculação, mas seu uso crônico afeta negativamente a resposta sexual e pode levar a disfunção erétil concomitante.

Algumas drogas estimulantes, como cocaína e anfetaminas, podem exacerbar a EP.

- Sedentarismo e obesidade: O excesso de gordura corporal pode levar a desequilíbrios hormonais (redução da testosterona e aumento do estrogênio), afetando o desempenho sexual e a latência ejaculatória.

### **Comorbidades associadas à ejaculação precoce**

A ejaculação precoce (EP) raramente ocorre de forma isolada. Estudos indicam que muitos homens com EP apresentam comorbidades psiquiátricas, sexuais e metabólicas, o que pode influenciar tanto o surgimento quanto a persistência do problema. A identificação dessas condições associadas é fundamental para um tratamento eficaz e individualizado.

### **Ansiedade e transtornos de ansiedade**

A ansiedade é um dos fatores psicológicos mais frequentemente associados à EP, sendo considerada tanto uma causa quanto uma consequência da condição.

### **Mecanismo da ansiedade na ejaculação precoce**

- A ansiedade ativa excessivamente o sistema nervoso simpático, que desempenha um papel na resposta ejaculatória.
- O aumento da excitabilidade neural pode levar a uma redução no tempo de latência ejaculatória.
- A antecipação da ejaculação rápida pode gerar um ciclo vicioso de ansiedade de desempenho, exacerbando o problema.

### **Transtornos de ansiedade relacionados a EP**

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG): Homens com TAG apresentam níveis cronicamente elevados de ansiedade, que podem aumentar a hiperexcitabilidade sexual e a ejaculação rápida.
- Fobia sexual e transtorno de pânico: Em alguns casos, a ejaculação precoce pode estar relacionada a um medo irracional de falhar sexualmente.
- Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): Alguns homens com TOC apresentam pensamentos intrusivos relacionados ao desempenho sexual, gerando níveis elevados de estresse durante a relação sexual.

Estudos indicam que até 50% dos homens com EP relatam sintomas de ansiedade clinicamente significativos.

### **Disfunção erétil (DE) e sua relação com a ejaculação precoce**

A disfunção erétil (DE) e a ejaculação precoce são frequentemente encontradas em associação, podendo coexistir ou uma condição levar ao desenvolvimento da outra.

### **EP Secundária Relacionada à DE**

- Homens com DE muitas vezes desenvolvem um padrão de ejaculação acelerada, pois temem perder a ereção antes de conseguirem atingir o orgasmo.
- Isso pode gerar uma resposta condicionada, onde o organismo se habitua a um padrão ejaculatório rápido, resultando em EP secundária.

### **EP primária e risco de desenvolvimento de DE**

- Homens com EP primária podem desenvolver insegurança e frustração ao longo do tempo, o que pode levar à perda de confiança na própria capacidade de manter uma ereção.
- Isso pode evoluir para disfunção erétil psicogênica, criando um ciclo disfuncional entre ambas as condições.

Tabela 1. Diferenças entre ejaculação precoce e disfunção erétil.

Característica	Ejaculação Precoce (EP)	Disfunção Erétil (DE)
<b>Definição</b>	Ejaculação que ocorre antes do desejado, geralmente logo após a penetração ou até mesmo antes dela.	Incapacidade persistente de obter ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual satisfatória.
<b>Causas Principais</b>	Fatores psicológicos (ansiedade, estresse, excitação excessiva), hipersensibilidade peniana, alterações neuroquímicas.	Fatores vasculares, neurológicos, hormonais, psicológicos e uso de medicamentos.
<b>Mecanismo Fisiológico</b>	Alteração no reflexo ejaculatório, geralmente mediada por neurotransmissores como a serotonina.	Problema na vascularização peniana, sinalização nervosa ou produção de óxido nítrico.
<b>Idade Mais Comum</b>	Pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em jovens.	Mais comum em homens acima dos 40 anos, aumentando com a idade.
<b>Impacto na Ereção</b>	Ereção normalmente preservada.	Dificuldade em obter ou manter a ereção.
<b>Diagnóstico</b>	Baseado na história clínica, tempo de latência ejaculatória e impacto na vida do paciente.	Anamnese, exames físicos, testes hormonais e vasculares (doppler peniano).
<b>Tratamento</b>	Terapia psicológica, técnicas comportamentais, inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), anestésicos tópicos.	Inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (como sildenafil, tadalafil), terapia hormonal, reabilitação peniana, ondas de choque, prótese peniana em casos graves.
<b>Prognóstico</b>	Geralmente tratável com boa resposta às abordagens comportamentais e farmacológicas.	Variável, dependendo da causa subjacente; algumas formas podem ser progressivas.

Estudos demonstram que homens com DE têm um risco 3 vezes maior de desenvolver EP em comparação com aqueles sem disfunção erétil.

## **Depressão e distúrbios do humor**

A depressão tem uma relação bidirecional com a ejaculação precoce:

- A EP pode levar ao desenvolvimento de depressão devido à frustração, vergonha e impacto negativo nos relacionamentos.
- A depressão pode agravar a EP, pois reduz os níveis de neurotransmissores como a serotonina, que desempenha um papel crucial no controle ejaculatório.

## **Fatores que ligam a depressão à EP:**

- Déficits em serotonina: A serotonina desempenha um papel fundamental no retardo da ejaculação. Homens com depressão frequentemente apresentam disfunção serotoninérgica, contribuindo para a EP.
- Baixa autoestima e perda de interesse sexual: A depressão pode reduzir o desejo sexual e tornar o paciente menos engajado em procurar tratamento para a EP.
- Uso de antidepressivos: Alguns antidepressivos, como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), são usados para tratar a EP, mas podem causar efeitos adversos, como disfunção erétil e diminuição da libido.



Pesquisas indicam que até 35% dos homens com EP apresentam sintomas depressivos clinicamente relevantes.

### **Fisiologia da ejaculação**

A ejaculação é um reflexo neurofisiológico complexo que envolve a integração de múltiplos sistemas, incluindo o sistema nervoso central (SNC), o sistema nervoso periférico (SNP) e o sistema endócrino. Essa resposta sexual masculina ocorre em duas fases principais – emissão e expulsão – e é regulada por circuitos neurais, neurotransmissores e hormônios que modulam o controle ejaculatório.

### **Controle neurológico da ejaculação**

A ejaculação é mediada por circuitos neurológicos complexos que envolvem centros localizados no cérebro e na medula espinhal. O controle neurológico da ejaculação pode ser dividido em três componentes principais:

#### **Centros supramedulares (cerebrais)**

Os principais núcleos cerebrais envolvidos no controle da ejaculação são:

- Núcleo paraventricular do hipotálamo (PVN): Atua como um centro de comando para o reflexo ejaculatório, regulando a liberação de neurotransmissores como a oxitocina.
- Núcleo da rafe dorsal: Origem dos neurônios serotoninérgicos que modulam a atividade neuronal espinhal e controlam a latência ejaculadora.
- Área pré-óptica medial (MPOA): Região crítica para a regulação do comportamento sexual masculino e da iniciação da ejaculação.

### **Centros medulares**

Os circuitos espinhais são fundamentais para coordenar a resposta ejaculadora. A medula espinhal contém dois centros principais:

- Centro simpático toracolombar (T10-L2): Regula a fase de emissão, promovendo a contração dos ductos deferentes, vesículas seminais e próstata.
- Centro parassimpático sacral (S2-S4): Modula a fase expulsiva da ejaculação, coordenando a contração dos músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos.

## **Vias aferentes e eferentes**

A percepção tátil do estímulo sexual é conduzida por fibras aferentes do nervo podendo até a medula espinhal. Após a integração da informação nos centros neurais, impulsos eferentes são transmitidos para os órgãos genitais, desencadeando a ejaculação.

## **Papel dos neurotransmissores no controle da ejaculação**

O controle da ejaculação é mediado por uma interação complexa entre diferentes neurotransmissores. Os principais envolvidos são serotonina, dopamina e ocitocina.

### **Serotonina (5-HT)**

A serotonina exerce um efeito inibitório sobre a ejaculação e modula a latência ejaculadora. Diferentes subtipos de receptores serotoninérgicos têm efeitos distintos:

- Receptor 5-HT1A: Estimula a ejaculação ao reduzir a atividade serotoninérgica, promovendo maior impulsividade ejaculadora.
- Receptor 5-HT2C: Inibe a ejaculação, prolongando o tempo de latência ejaculatória.
- Receptor 5-HT1B: Exerce um efeito semelhante ao 5-HT2C, aumentando a latência ejaculadora.

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), como dapoxetina, são frequentemente usados no tratamento da ejaculação precoce, pois aumentam a disponibilidade de serotonina e prolongam a latência ejaculadora.

## **Dopamina**

A dopamina tem um papel facilitador na excitação sexual e na ejaculação. Níveis elevados de dopamina aumentam a impulsividade ejaculadora, enquanto baixos níveis podem dificultar a ocorrência da ejaculação.

Os principais receptores dopaminérgicos envolvidos são:

- Receptor D2: Facilita a ejaculação ao estimular a ativação dos centros medulares responsáveis pelo reflexo ejaculatório.
- Receptor D4: Relacionado à modulação do desejo sexual e ao controle do tempo até a ejaculação.

A administração de agonistas dopaminérgicos, como a apomorfina, pode acelerar a ejaculação, enquanto antagonistas dopaminérgicos podem retardá-la.

## **Ocitocina**

A ocitocina é um neuropeptídeo produzido no hipotálamo e liberado pela neuro-hipófise. Ela exerce um efeito pró-ejaculatório. A liberação de ocitocina aumenta significativamente durante o orgasmo e tem sido associada à facilitação da ejaculação em estudos experimentais.

## **Tempo médio de latência ejaculatória intravaginal (IELT)**

O tempo médio de latência ejaculatória intravaginal (IELT) é o intervalo entre a penetração vaginal e a ocorrência da ejaculação. Ele é um parâmetro fundamental na avaliação da função ejaculadora e pode variar amplamente entre os indivíduos.

## **Valores médios de IELT**

- Estudos indicam que o IELT médio na população masculina é de 5 a 7 minutos.
- Homens com ejaculação precoce apresentam um IELT inferior a 1-2 minutos.
- Homens com ejaculação retardada podem apresentar um IELT superior a 25-30 minutos, podendo levar à anejaculação.

## **Fatores que afetam o IELT**

- Níveis de serotonina e dopamina no SNC.
- Influências hormonais (testosterona, prolactina e cortisol).
- Fatores psicológicos, como ansiedade de desempenho.
- Uso de substâncias, incluindo álcool e medicamentos.

## **Classificação da ejaculação precoce**

A ejaculação precoce (EP) é um dos distúrbios sexuais masculinos mais comuns e pode afetar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial dos pacientes. Tradicionalmente, a EP era classificada de maneira genérica, mas avanços na compreensão da fisiopatologia desse distúrbio levaram à distinção de diferentes subtipos, cada um com características clínicas específicas e implicações terapêuticas distintas.

Atualmente, a Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM) e a Associação Europeia de Urologia (EAU) reconhecem que a EP pode ser classificada em quatro subtipos principais:

- Ejaculação precoce primária
- Ejaculação precoce secundária (adquirida)
- Ejaculação precoce situacional
- Ejaculação precoce variável

Cada uma dessas categorias tem etiologia, características clínicas e abordagem terapêutica específicas, o que torna fundamental uma avaliação detalhada para o manejo adequado do paciente.

### **Ejaculação precoce primária**

A ejaculação precoce primária é considerada um transtorno de origem neurobiológica, caracterizado pelo início na adolescência ou no início da vida sexual, sendo persistente ao longo da vida.

### **Características clínicas**

- Presença desde a primeira relação sexual.
- Latência ejaculatória intravaginal (IELT) menor que 1-2 minutos.
- Dificuldade ou incapacidade de controlar voluntariamente a ejaculação.
- Ocorre em todas ou quase todas as relações sexuais.
- Alta carga genética e relação com alterações no sistema serotoninérgico.

## **Etiologia e mecanismos**

Estudos sugerem que a EP primária pode estar associada a alterações nos neurotransmissores, especialmente na serotonina. Níveis reduzidos desse neurotransmissor resultam em menor latência ejaculatória. Polimorfismos no gene do transportador de serotonina (SLC6A4) também foram implicados na predisposição genética à EP primária.

## **Implicações terapêuticas**

O tratamento para a EP primária frequentemente requer o uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), como dapoxetina, paroxetina e sertralina, que aumentam os níveis de serotonina e prolongam o tempo para a ejaculação. Técnicas comportamentais, como o método "start-stop" e exercícios de controle ejaculatório, podem ser complementares.

## **Ejaculação precoce secundária (adquirida)**

A ejaculação precoce secundária ocorre quando um paciente previamente normoejaculador desenvolve EP ao longo da vida, geralmente associada a fatores psicogênicos ou fisiológicos adquiridos.



### **Características clínicas**

- Início após um período de controle ejaculatório normal.
- Latência ejaculatória reduzida em comparação ao tempo anterior.
- Pode estar associada a outros distúrbios urológicos ou psicológicos.
- Pode ocorrer em todas as relações sexuais ou estar relacionada a fatores específicos.

### **Causas mais comuns**

- Disfunção erétil (DE): Muitos homens com DE desenvolvem EP secundária por ansiedade de desempenho.
- Fatores psicológicos: Estresse, depressão, ansiedade e traumas sexuais.
- Alterações hormonais: Níveis elevados de prolactina ou baixos níveis de testosterona.
- Uso de substâncias: Abstinência de álcool ou drogas, efeitos colaterais de medicamentos.

### **Implicações terapêuticas**

O tratamento da EP secundária deve focar na correção da causa subjacente. No caso de disfunção erétil, o uso de inibidores

da fosfodiesterase-5 (iPDE5), como o sildenafil ou tadalafil, pode auxiliar no controle do reflexo ejaculatório. ISRS também podem ser úteis, dependendo do caso.

### **Ejaculação precoce situacional**

A ejaculação precoce situacional ocorre apenas em determinadas circunstâncias ou com certos parceiros sexuais, mas não está presente em todas as relações.

### **Características clínicas**

- Acontece apenas em contextos específicos.
- Pode variar de acordo com o parceiro ou ambiente sexual.
- Geralmente associada a ansiedade de desempenho.
- Não ocorre em todas as tentativas de relação sexual.

### **Etiologia e mecanismos**

A EP situacional é predominantemente psicogênica e está relacionada a fatores como:

- Ansiedade de desempenho.
- Experiências sexuais negativas.
- Falta de conexão emocional com o parceiro.

- Autoestima e autoconfiança reduzidas.

### **Implicações terapêuticas**

A abordagem terapêutica envolve terapia cognitivo-comportamental (TCC), técnicas de controle ejaculatório e, em alguns casos, o uso de ISRS em baixas doses para ajudar no controle ejaculatório em situações específicas.

### **Ejaculação precoce variável**

A ejaculação precoce variável refere-se a casos nos quais o paciente apresenta variação na latência ejaculatória ao longo do tempo, sem um padrão consistente.

### **Características clínicas**

- Flutuação na latência ejaculatória sem um padrão definido.
- Pode ocorrer períodos de ejaculação normal intercalados com episódios de EP.
- Não se encaixa completamente nos outros subtipos.

### **Etiologia e mecanismos**

A etiologia da EP variável é menos compreendida, mas pode estar relacionada a:

- Flutuações hormonais.
- Influência de fatores emocionais e de estresse.
- Variação na excitação e desejo sexual.

### **Implicações terapêuticas**

O tratamento é baseado na identificação dos fatores que influenciam a variabilidade do tempo ejaculatório. Técnicas comportamentais e terapias psicosssexuais podem ser úteis, enquanto o uso de fármacos pode ser avaliado caso a EP variável afete negativamente a qualidade de vida do paciente.

### **Diferenças clínicas e implicações terapêuticas**

A diferenciação dos subtipos de EP tem grande impacto na escolha do tratamento.

Tabela 2. Diferenças entre os subtipos de ejaculação precoce

Subtipo de EP	Início	Padrão	Etiologia Principal	Tratamento Principal
<b>Primária</b>	Desde a primeira experiência sexual.	Presente em todas ou quase todas as relações sexuais.	Disfunção neurobiológica envolvendo a regulação da serotonina e hipersensibilidade peniana.	ISRS, anestésicos tópicos, terapia comportamental e psicoterapia.
<b>Secundária</b>	Surge após um período de vida sexual normal.	Pode ser intermitente ou progressiva.	Causas psicológicas, ansiedade, estresse, disfunção erétil, alterações hormonais, prostatite crônica.	Tratamento da causa subjacente, ISRS, terapia comportamental e tratamento para disfunção erétil, se necessário.
<b>Situacional</b>	Pode surgir em qualquer fase da vida sexual.	Ocorre apenas em determinadas situações, como com um parceiro específico ou em momentos de maior ansiedade.	Fatores psicológicos, ansiedade de desempenho, insegurança, estresse relacional.	Educação sexual, técnicas de controle ejaculatório, terapia cognitivo-comportamental e abordagem do contexto emocional.
<b>Variável</b>	Pode surgir em qualquer fase da vida sexual.	Inconstante, dependendo do momento, parceiro ou contexto emocional.	Fatores psicológicos, fadiga, estresse, mudanças no relacionamento.	Educação sexual, técnicas de controle ejaculatório, ajustes no estilo de vida e terapia comportamental, se necessário.

A classificação correta da EP é essencial para um manejo terapêutico mais eficaz e personalizado, levando a melhores resultados para os pacientes.

## **Diagnóstico da ejaculação precoce**

O diagnóstico preciso da EP é essencial para determinar a abordagem terapêutica mais adequada e evitar confusões com outras disfunções sexuais, como a disfunção erétil ou a diminuição do desejo sexual.

O diagnóstico da ejaculação precoce deve ser baseado em uma abordagem estruturada, envolvendo critérios diagnósticos reconhecidos, uma anamnese detalhada, questionários validados e, em alguns casos, exames laboratoriais e testes complementares para excluir causas secundárias.

## **Critérios diagnósticos da EP**

Atualmente, os critérios diagnósticos da EP são estabelecidos por diferentes instituições e associações médicas. Os mais utilizados são os do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM) e da Associação Americana de Urologia (AUA).

## **Critérios do DSM-5**

O DSM-5 define a ejaculação precoce como um transtorno sexual masculino caracterizado pelos seguintes critérios:

- Ejaculação sempre ou quase sempre ocorrendo dentro de aproximadamente 1 minuto após a penetração vaginal e antes que o indivíduo deseje.
- Dificuldade persistente ou recorrente de controlar a ejaculação.
- Sintomas causando sofrimento significativo ao paciente e/ou dificuldades interpessoais.
- Presença da condição por pelo menos 6 meses em quase todas as atividades sexuais.
- O problema não deve ser explicado por outro transtorno mental, condição médica ou uso de substâncias.

### **O DSM-5 também classifica a EP de acordo com sua duração:**

- Ejaculação precoce ao longo da vida (primária)
- Ejaculação precoce adquirida (secundária)
- Ejaculação precoce situacional
- Ejaculação precoce de gravidade variável

### **Critérios da Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM)**

A ISSM adota um critério objetivo e clínico baseado no tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT). Segundo a ISSM, a EP é definida por:

- Ejaculação ocorrendo sempre ou quase sempre dentro de aproximadamente 1 minuto após a penetração vaginal (EP primária) ou redução significativa do tempo de latência ejaculatória (EP adquirida).
- Incapacidade persistente ou recorrente de controlar a ejaculação.
- Consequências psicológicas negativas, como sofrimento pessoal, frustração ou evitação da atividade sexual.

A ISSM enfatiza que a definição de EP se aplica a relações heterossexuais com penetração vaginal, e que o diagnóstico em outras situações ainda precisa ser mais estudado.

### **Diretrizes da Associação Americana de Urologia (AUA)**

A Associação Americana de Urologia (AUA) considera que a EP deve ser diagnosticada com base nos seguintes fatores:

- Queixa subjetiva de ejaculação mais rápida do que o desejado.
- Tempo médio de latência ejaculatória intravaginal (IELT) reduzido.
- Presença de sofrimento emocional e impacto na qualidade de vida do paciente.



- Fatores psicogênicos e neurobiológicos devem ser avaliados.

A AUA recomenda que o diagnóstico seja complementado por escalas validadas e, em casos selecionados, exames laboratoriais.

### **Avaliação clínica e anamnese detalhada**

Uma avaliação clínica minuciosa é fundamental para o diagnóstico preciso da EP e para diferenciar suas causas primárias (congenitas) das adquiridas.

### **Anamnese sexual e médica**

A entrevista médica deve abordar:

- Histórico da ejaculação precoce: Desde a primeira relação ou adquirida ao longo da vida?
- Duração da latência ejaculatória: O tempo médio do IELT.
- Frequência do problema: Ocorre em todas as relações ou apenas em determinadas situações?
- Autocontrole da ejaculação: O paciente consegue retardar voluntariamente o orgasmo?
- Impacto na vida do paciente: Estresse, ansiedade, impacto no relacionamento.

- Histórico de outras disfunções sexuais: Disfunção erétil, redução da libido.
- Uso de medicamentos: Antidepressivos, estimulantes, drogas recreativas.
- Comorbidades médicas: Diabetes, doenças neurológicas, hipertensão.

### **Exame físico**

Embora a EP seja predominantemente um transtorno funcional, um exame físico pode ajudar a identificar causas secundárias, como:

- Avaliação genital: Fimose, hipersensibilidade do pênis.
- Avaliação prostática: Prostatite crônica pode estar associada à EP adquirida.
- Exame neurológico: Reflexos perineais e avaliação da sensibilidade peniana.

### **Questionários validados para diagnóstico da EP**

Para uma avaliação mais objetiva, escalas validadas podem ser utilizadas. A mais comum é:

**PEDT (*Premature Ejaculation Diagnostic Tool*)**

- Ferramenta validada de 5 perguntas que avalia o controle ejaculatório, latência ejaculatória e impacto emocional.
- Pontuação: De 0 a 20. Valores acima de 11 sugerem EP.

Outros questionários incluem o *Index of Premature Ejaculation* (IPE) e o *Male Sexual Health Questionnaire* (MSHQ-EjD).

**Exames laboratoriais e testes complementares**

Embora o diagnóstico da EP seja predominantemente clínico, exames laboratoriais podem ser úteis para excluir causas secundárias.

**Exames hormonais**

- Testosterona total e livre: Baixos níveis podem estar associados à EP adquirida.
- Prolactina: Hiperprolactinemia pode causar distúrbios ejaculatório.
- Hormônio Tireoestimulante (TSH) e T4 livre: Hipotireoidismo pode influenciar a latência ejaculatória.

## **Abordagem psicogênica e comportamental**

Embora existam fatores neurobiológicos e genéticos envolvidos, aspectos psicogênicos e emocionais desempenham um papel crucial na gênese e no agravamento do transtorno.

A abordagem psicogênica e comportamental da EP é fundamental para um tratamento eficaz, especialmente nos casos em que fatores psicológicos são preponderantes. Estratégias como terapia cognitivo-comportamental (TCC), técnicas de controle ejaculatório e manejo do estresse e da ansiedade têm se mostrado eficazes no manejo da EP.

## **Fatores psicológicos e emocionais envolvidos na EP**

A ejaculação é um reflexo neurológico regulado pelo sistema nervoso central e modulado por fatores emocionais. Diversas condições psicológicas podem contribuir para o desenvolvimento e persistência da EP, incluindo:

### **Ansiedade de desempenho**

- A ansiedade de desempenho é um dos principais fatores associados à EP e está relacionada ao medo do fracasso sexual.
- Homens com essa condição frequentemente entram em um estado de hiperexcitação, resultando em menor controle sobre o reflexo ejaculatório.

- O ciclo de ansiedade gera uma resposta condicionada: a antecipação da ejaculação rápida aumenta a tensão, levando a uma maior vulnerabilidade ao problema.

### **Depressão e baixa autoestima**

- Embora a depressão seja classicamente associada à disfunção erétil, ela também pode contribuir para a EP.
- A diminuição da autoestima e a sensação de inadequação sexual intensificam a insegurança durante o ato sexual.
- Homens com depressão podem apresentar alterações neuroquímicas que afetam a regulação da serotonina, influenciando o controle ejaculatório.

### **Experiências sexuais negativas e condicionamento comportamental**

- Homens que tiveram suas primeiras experiências sexuais sob circunstâncias de pressa ou estresse podem desenvolver um reflexo ejaculatório rápido condicionado.
- Episódios de vergonha, ridicularização ou traumas sexuais podem reforçar o padrão de ejaculação precoce ao longo da vida.

## **Problemas relacionais e comunicação ineficaz**

- Problemas conjugais, falta de conexão emocional ou dificuldades de comunicação sobre expectativas sexuais podem contribuir para a EP.
- O estresse relacional pode gerar tensão psicológica durante a relação sexual, intensificando o problema.

## **Tratamento da ejaculação precoce**

### **Estratégias comportamentais**

Conforme mencionado anteriormente, as estratégias comportamentais são fundamentais para ajudar os pacientes a desenvolver um maior controle sobre a resposta ejaculadora. Algumas das abordagens mais eficazes incluem:

### **Técnica "start-stop"**

- Método desenvolvido por Semans (1956) para ajudar no controle ejaculatório.
- Consiste em estimular o pênis até próximo do clímax e interromper a estimulação por 30 segundos, permitindo que a excitação diminua.
- Esse processo é repetido várias vezes antes da ejaculação final.

- Ao longo do tempo, o paciente desenvolve maior autocontrole sobre a ejaculação.

### **Técnica "squeeze" (compressão)**

- Criada por Masters e Johnson (1970), essa técnica envolve a compressão da base da glândula quando o homem sente que está prestes a ejacular.
- Isso reduz a excitação temporariamente e permite maior controle.
- Embora eficaz, pode ser menos confortável e mais difícil de ser implementada de forma espontânea.

### **Exercícios do assoalho pélvico (Kegel)**

- Fortalecer os músculos do assoalho pélvico (especialmente o músculo pubococcígeo) pode melhorar o controle ejaculatório.
- Estudos demonstram que homens com EP podem ter uma disfunção nos músculos do períneo, levando a um reflexo ejaculatório mais rápido.

## **Terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia sexual**

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia sexual são abordagens bem estabelecidas para tratar a EP, especialmente quando há fatores psicogênicos envolvidos.

### **Terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

A TCC é uma abordagem terapêutica estruturada que visa modificar padrões de pensamento e comportamento relacionados à ejaculação precoce.

- Identificação de pensamentos disfuncionais: Trabalhar crenças negativas sobre o desempenho sexual, autoestima e medo da falha.
- Reestruturação cognitiva: Substituir pensamentos automáticos negativos por percepções mais realistas e saudáveis.
- Exposição progressiva: Reduzir a ansiedade associada ao ato sexual por meio de técnicas de dessensibilização.
- Treinamento de controle ejaculatório: Implementação de técnicas como "start-stop" e "squeeze" no contexto da terapia.



## **Terapia sexual**

- Envolve a participação do casal e busca melhorar a comunicação sobre a vida sexual.
- Técnicas específicas são ensinadas para aumentar o controle ejaculatório e reduzir a ansiedade durante o ato sexual.
- A orientação sexual pode ser útil para educar o paciente sobre padrões normais de resposta sexual masculina.

## **Exercícios do assoalho pélvico e mudanças no estilo de vida**

A ejaculação precoce (EP) é uma disfunção sexual masculina que pode ter múltiplas causas, incluindo fatores neurobiológicos, psicológicos e comportamentais. Embora o tratamento farmacológico e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) sejam frequentemente utilizados, intervenções não farmacológicas desempenham um papel essencial na abordagem da EP.

Dentre essas intervenções, destacam-se os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico e mudanças no estilo de vida, incluindo técnicas de relaxamento e controle do estresse. Essas estratégias podem melhorar o controle ejaculatório, reduzir a ansiedade e aumentar a qualidade da vida sexual do paciente.

## **Anatomia e função do assoalho pélvico na ejaculação**

O assoalho pélvico é composto por vários músculos, sendo os mais importantes para o controle ejaculatório:

- **Músculo bulbocavernoso:** Atua na fase expulsiva da ejaculação, promovendo contrações rítmicas para a ejeção do sêmen.
- **Músculo isquiocavernoso:** Auxilia na rigidez peniana, controlando o fluxo sanguíneo nos corpos cavernosos.
- **Músculo pubococcígeo:** Responsável pelo controle voluntário da micção e envolvido na regulação do reflexo ejaculatório.

Homens com fraqueza do assoalho pélvico podem apresentar ejaculação descontrolada, pois os músculos responsáveis pelo reflexo ejaculatório são incapazes de contrair e relaxar adequadamente.

## **Exercícios do assoalho pélvico para o controle ejaculatório**

Os exercícios de Kegel, amplamente utilizados no tratamento da incontinência urinária e disfunção erétil, também são eficazes para pacientes com EP. Eles fortalecem os músculos do assoalho pélvico, proporcionando maior controle voluntário sobre a ejaculação.

## **Mudanças no estilo de vida e controle do estresse**

Além do fortalecimento do assoalho pélvico, mudanças no estilo de vida e técnicas de controle do estresse podem ajudar no manejo da EP, reduzindo fatores que contribuem para a desregulação do reflexo ejaculatório.

### **Controle do estresse e ansiedade**

A ansiedade é um dos principais fatores psicológicos associados à EP. O estresse ativa o sistema nervoso simpático, que pode acelerar a resposta ejaculadora.

### **Alimentação e saúde metabólica**

Alguns hábitos alimentares podem contribuir para a EP, especialmente aqueles que afetam a função neurológica e circulatória.

### **Alimentos que podem ajudar no controle ejaculatório**

- Alimentos ricos em triptofano (precursor da serotonina): Banana, aveia, nozes, chocolate amargo.
- Ácidos graxos ômega-3: Peixes gordurosos, chia e linhaça podem melhorar a função neuroquímica.

- Magnésio e zinco: Nutrientes essenciais para a regulação dos neurotransmissores (presente em frutos do mar, amêndoas, abacate).

### **Evitar estimulantes e alimentos inflamatórios**

- Reduzir o consumo de cafeína e álcool, pois podem aumentar a ansiedade e afetar o controle ejaculatório.
- Evitar alimentos ultraprocessados, que podem impactar negativamente os níveis hormonais e a função neuronal.

### **Atividade física e sono**

#### **Exercícios físicos regulares**

A prática de exercícios melhora o controle do estresse, aumenta os níveis de testosterona e melhora a resiliência psicológica. Recomendações incluem:

- Treinamento aeróbico (corrida, natação, ciclismo) por pelo menos 30 minutos, 4-5 vezes por semana.
- Exercícios de resistência (musculação) para aumentar a produção de testosterona.

## **Qualidade do sono**

A privação de sono pode aumentar o estresse e impactar os neurotransmissores responsáveis pelo controle ejaculatório. Recomenda-se:

- Dormir 7 a 9 horas por noite.
- Evitar o uso excessivo de eletrônicos antes de dormir.

## **Tratamento farmacológico**

Embora técnicas comportamentais e terapia cognitivo-comportamental (TCC) sejam frequentemente recomendadas, o tratamento farmacológico tem um papel essencial, especialmente em casos persistentes e de origem neurobiológica.

Atualmente, diversas classes de medicamentos são utilizadas para o tratamento da EP, incluindo inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), anestésicos tópicos, antidepressivos tricíclicos, betabloqueadores e terapias combinadas. A escolha do tratamento deve ser individualizada, levando em consideração o perfil clínico do paciente, a gravidade dos sintomas e os efeitos colaterais dos fármacos.

## **Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)**

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são a principal classe de medicamentos utilizada no tratamento da

EP. Esses fármacos aumentam a disponibilidade da serotonina no sistema nervoso central (SNC), prolongando a latência ejaculatória.

### **Mecanismo de ação dos ISRS**

Os ISRS bloqueiam a recaptação da serotonina na fenda sináptica, prolongando sua ação sobre os receptores pós-sinápticos. O aumento da atividade serotoninérgica inibe a ativação dos centros espinhais responsáveis pelo reflexo ejaculatório, promovendo um maior controle sobre a ejaculação.

### **Os principais receptores serotoninérgicos envolvidos são:**

- 5-HT1A: Estimula a ejaculação e reduz a latência ejaculatória.
- 5-HT2C e 5-HT1B: Inibem a ejaculação e prolongam a latência ejaculatória.

### **Principais ISRS utilizados na ejaculação precoce**

Os ISRS podem ser usados de duas formas: uso contínuo (diário) ou uso sob demanda (intermitente). As principais substâncias incluem: Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina e Citalopram.

## **Dapoxetina: o único ISRS aprovado para a ejaculação precoce**

A dapoxetina é um ISRS de curta duração aprovado especificamente para a EP. Diferente de outros ISRS, que precisam de semanas para demonstrar eficácia, a dapoxetina tem um início de ação rápido e pode ser usada sob demanda. Estudos demonstram que a dapoxetina pode triplicar ou quadruplicar o tempo de latência ejaculatório intravaginal (IELT).

## **Efeitos colaterais dos ISRS**

Os principais efeitos colaterais incluem:

- Náuseas, tontura e cefaleia.
- Diminuição da libido e disfunção erétil (em uso contínuo).
- Sonolência ou insônia.
- Sudorese e boca seca.

A dapoxetina tende a ter menos efeitos adversos do que ISRS de uso contínuo.

## **Anestésicos tópicos e seu mecanismo de ação**

Os anestésicos tópicos são uma alternativa para pacientes que não desejam ou não podem usar fármacos sistêmicos. Eles agem reduzindo a sensibilidade peniana, retardando o reflexo ejaculatório.

## Principais anestésicos utilizados

Os anestésicos tópicos mais comuns são:

- Lidocaína 2-10% (creme ou spray).
- Prilocaína 2-10% (creme ou spray).
- Associação lidocaína-prilocaína (EMLA®).

## Mecanismo de ação

- Os anestésicos bloqueiam os canais de sódio nos nervos periféricos, reduzindo a excitabilidade dos neurônios sensoriais do pênis.
- Isso diminui a hipersensibilidade da glândula, retardando o reflexo ejaculatório.

## Modo de uso

- Aplicar 5 a 15 minutos antes da relação sexual e remover o excesso antes da penetração para evitar dessensibilização na parceira.
- O spray de lidocaína pode aumentar o IELT em 2 a 3 vezes.

## Efeitos colaterais

- Dormência peniana excessiva.



- Redução do prazer sexual.
- Possível irritação cutânea.

### **Antidepressivos tricíclicos e betabloqueadores**

Além dos ISRS, outros fármacos têm sido estudados no tratamento da EP, incluindo os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os betabloqueadores.

#### **Antidepressivos tricíclicos (ADT)**

Os ADT, como a clomipramina, têm propriedades serotoninérgicas e podem prolongar a latência ejaculadora. A clomipramina pode ser usada em doses baixas sob demanda, mas seus efeitos colaterais incluem boca seca, sonolência, constipação e tontura.

#### **Betabloqueadores**

Os betabloqueadores, como o propranolol, têm sido investigados devido ao seu efeito ansiolítico, reduzindo a resposta autonômica associada à ansiedade sexual. Os betabloqueadores podem ser úteis para pacientes cuja EP está associada à ansiedade de desempenho, mas seu efeito direto sobre a latência ejaculadora ainda é limitado.

## **Terapias combinadas e individualização do tratamento**

A escolha do tratamento ideal para a EP deve levar em consideração fatores individuais, como a gravidade do quadro, a presença de comorbidades e as preferências do paciente.

### **Terapias combinadas**

A combinação de diferentes abordagens pode proporcionar melhores resultados, como:

- ISRS + Anestésico tópico: Potencializa o aumento da latência ejaculadora.
- ISRS + Terapia cognitivo-comportamental: Aborda aspectos neuroquímicos e psicológicos simultaneamente.
- Dapoxetina + Tadalafila: Indicada para pacientes com EP e disfunção erétil.

### **Individualização do tratamento**

- EP Primária: ISRS contínuo ou dapoxetina sob demanda.
- EP Secundária (adquirida): Tratar a causa subjacente + ISRS ou anestésico tópico.
- EP Situacional: Terapia comportamental + possível uso de betabloqueadores.

## **Inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (iPDE5)**

Os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (iPDE5), como o sildenafil e tadalafila, são amplamente utilizados no tratamento da disfunção erétil (DE). No entanto, nos últimos anos, esses medicamentos têm sido estudados e utilizados como uma opção terapêutica para a ejaculação precoce (EP), principalmente em pacientes com disfunção erétil associada.

A relação entre a EP e os iPDE5 ainda não é totalmente compreendida, mas evidências clínicas sugerem que esses fármacos podem melhorar o controle ejaculatório, a confiança sexual e a satisfação geral, tornando-os uma alternativa terapêutica viável, isoladamente ou em combinação com outros medicamentos.

## **Mecanismo de ação dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5**

Os iPDE5 atuam inibindo a enzima fosfodiesterase tipo 5, responsável pela degradação do monofosfato cíclico de guanosina (GMPc) nas células do músculo liso vascular. Isso resulta em um aumento da concentração de GMPc, promovendo vasodilatação e aumento do fluxo sanguíneo peniano, facilitando a ereção.

Embora seu mecanismo primário seja a melhora da função erétil, os iPDE5 podem influenciar o reflexo ejaculatório de diversas maneiras:

- Modulação do óxido nítrico (NO): A vasodilatação e a melhora do fluxo sanguíneo no pênis podem contribuir para um melhor controle ejaculatório.
- Redução da hipersensibilidade peniana: Alguns estudos sugerem que os iPDE5 podem reduzir a sensibilidade do pênis, prolongando a latência ejaculatória.
- Diminuição da ansiedade de desempenho: O uso dos iPDE5 pode melhorar a confiança sexual, reduzindo o estresse e a excitação excessiva, fatores associados à EP.
- Influência na neurotransmissão dopaminérgica e serotoninérgica: Há indícios de que os iPDE5 possam interagir com os sistemas neuroquímicos envolvidos no controle da ejaculação.

### **Evidências clínicas do uso de iPDE5**

Diversos estudos clínicos avaliaram o efeito dos iPDE5 na latência ejaculatória intravaginal (IELT) e na satisfação sexual de pacientes com EP.

### **Estudos comparativos entre iPDE5 e ISRS**

- Estudos demonstraram que o uso isolado de iPDE5 pode aumentar a latência ejaculatória em homens com EP, mas o efeito é menos pronunciado do que o observado com os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS).

- Quando combinados com dapoxetina ou paroxetina, os iPDE5 podem potencializar o efeito dos ISRS na melhora do controle ejaculatório.

### **Efeito na EP secundária à disfunção erétil**

- Homens que apresentam EP associada à disfunção erétil frequentemente experimentam melhora da latência ejaculatória com o uso dos iPDE5.
- A melhora da qualidade da ereção reduz a ansiedade de desempenho, um fator importante na perpetuação da EP.

### **Benefícios na EP situacional**

- Em pacientes com EP situacional, onde o tempo de ejaculação varia de acordo com a parceira ou o contexto, os iPDE5 podem ser úteis ao reduzir a ansiedade e melhorar a excitação controlada.

### **Escolha do iPDE5 no tratamento da EP**

- Sildenafil e vardenafila são mais indicadas para uso sob demanda, pois possuem um tempo de ação mais curto.
- Tadalafila em doses diárias (5 mg/dia) pode ser mais eficaz em pacientes com EP crônica e disfunção erétil concomitante, pois mantém níveis estáveis no organismo.

## **Terapias combinadas: iPDE5 + ISRS**

A combinação de inibidores da fosfodiesterase tipo 5 com ISRS tem se mostrado promissora no tratamento da EP, especialmente em pacientes que não respondem bem ao tratamento isolado.

### **Mecanismo da combinação**

- Os ISRS aumentam os níveis de serotonina, retardando a ejaculação.
- Os iPDE5 melhoram a função erétil, reduzem a ansiedade e podem aumentar indiretamente a latência ejaculatória.

### **Estudos sobre a combinação de tadalafila + dapoxetina**

- Pacientes que usaram tadalafila 5 mg/dia + dapoxetina 30 mg sob demanda relataram maior controle ejaculatório, menor ansiedade e melhor qualidade da ereção do que aqueles que usaram apenas um dos fármacos.
- Esse regime pode ser particularmente útil em pacientes com EP adquirida e disfunção erétil concomitante.

### **Benefícios da terapia combinada**

- Melhora simultânea do controle ejaculatório e da função erétil.

- Redução da ansiedade sexual e aumento da confiança
- Potencialização dos efeitos individuais de cada classe medicamentosa.

### **Considerações sobre segurança e efeitos colaterais**

Os iPDE5 são bem tolerados pela maioria dos pacientes, mas podem causar efeitos adversos, como:

- Cefaleia e rubor facial (mais comum com sildenafil e vardenafila).
- Congestão nasal e dispepsia.
- Hipotensão e tontura, especialmente quando combinados com nitratos (contraindicação absoluta).
- Mialgia e lombalgia (mais comuns com tadalafila).

Pacientes com doenças cardiovasculares não controladas, hipotensão severa ou insuficiência hepática grave devem evitar o uso de iPDE5.

### **Tramadol no tratamento da EP**

Embora os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) sejam a principal abordagem farmacológica, o tramadol, um analgésico opioide, tem sido estudado como uma alternativa promissora para o tratamento da EP.

O tramadol possui propriedades que modulam a neurotransmissão serotoninérgica e noradrenérgica, o que pode ajudar a prolongar a latência ejaculatória. Neste texto, abordaremos seu mecanismo de ação, eficácia clínica, dosagem, efeitos adversos e considerações sobre segurança no tratamento da EP.

### **Mecanismo de ação do tramadol na ejaculação precoce**

O tramadol é um analgésico opioide atípico, pois age por múltiplos mecanismos que influenciam o controle da ejaculação:

#### **Modulação da serotonina e noradrenalina**

- O tramadol inibe a recaptação de serotonina e noradrenalina no sistema nervoso central, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores.
- O aumento da serotonina retarda o reflexo ejaculatório, similar ao efeito dos ISRS, como paroxetina e dapoxetina.
- A elevação dos níveis de noradrenalina modula a resposta ao estímulo sexual e contribui para o aumento da latência ejaculatória.

#### **Ativação dos receptores opioides $\mu$ (mu)**

- O tramadol também se liga aos receptores opioides  $\mu$ , reduzindo a excitabilidade neuronal e alterando a percepção do prazer e do orgasmo.



- Essa ação pode ajudar no controle da ejaculação, tornando a resposta ejaculatória menos impulsiva.

### **Efeito sobre os centros de controle ejaculatório**

- O núcleo paraventricular do hipotálamo (PVN) e os centros espinhais responsáveis pela ejaculação são modulados por neurotransmissores que o tramadol influencia, resultando em um maior controle ejaculatório.

### **Eficácia clínica do tramadol no tratamento da EP**

Diversos estudos avaliaram a eficácia do tramadol na EP, especialmente na EP primária (congenita) e na EP adquirida.

### **Estudos clínicos sobre tramadol e latência ejaculatória**

- Em ensaios clínicos randomizados, o tramadol aumentou significativamente o tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) em comparação com placebo.
- Estudos demonstram que doses entre 25 mg e 100 mg podem prolongar o IELT de 1 minuto para 4 a 6 minutos em pacientes com EP grave.
- Em comparação com dapoxetina 30 mg, o tramadol apresentou eficácia semelhante ou até superior em alguns estudos, com efeitos colaterais ligeiramente diferentes.

O tramadol age mais rapidamente do que ISRS de uso contínuo, como paroxetina e sertralina, tornando-se uma opção para uso sob demanda, assim como a dapoxetine.

### **Efeitos colaterais e segurança do tramadol**

Embora o tramadol seja eficaz no prolongamento da latência ejaculatória, ele pode apresentar efeitos adversos, especialmente em doses elevadas ou uso prolongado.

#### **Efeitos colaterais mais comuns**

- Náusea e vômito.
- Tontura e sonolência.
- Boca seca.
- Sudorese excessiva.

#### **Risco de dependência e tolerância**

- O tramadol é um opioide fraco, mas seu uso crônico pode levar ao desenvolvimento de tolerância e dependência.
- O risco é baixo em doses de até 50 mg sob demanda, mas deve-se evitar o uso diário prolongado sem acompanhamento médico.

**Interações medicamentosas**

- Risco de síndrome serotoninérgica quando associado a ISRS ou outros fármacos serotoninérgicos (como dapoxetina e paroxetina).
- Potencial sedativo quando combinado com álcool ou benzodiazepínicos.

**Contraindicações**

- História de dependência de opioides.
- Uso concomitante de antidepressivos serotoninérgicos (devido ao risco de síndrome serotoninérgica).
- Doenças hepáticas ou renais graves.
- Epilepsia ou risco aumentado de convulsões.

Tabela 3. Comparação entre tramadol, ISRS e outras opções terapêuticas para ejaculação precoce.

Tratamento	Mecanismo de Ação	Modo de Uso	Risco de Dependência
Tramadol	Inibe recaptção de serotonina e ativa receptores opioides	Sob demanda (25-50 mg)	Baixo a moderado
Dapoxetina	Inibe recaptção de serotonina	Sob demanda (30-60 mg)	Nenhum
Paroxetina	Inibe recaptção de serotonina	Uso diário (10-40 mg)	Nenhum
Anestésicos tópicos	Reduz sensibilidade peniana	Aplicação local	Nenhum
Betabloqueadores	Reduz resposta autonômica ao estresse	Sob demanda (10-40 mg)	Nenhum

## Impacto da EP nos relacionamentos e saúde mental

A ejaculação precoce (EP) não afeta apenas a vida sexual do homem, mas também pode impactar significativamente seus relacionamentos e bem-estar emocional. Esse distúrbio sexual, caracterizado pela incapacidade de controlar a ejaculação e um tempo de latência ejaculatória reduzido, pode levar a frustração, ansiedade, baixa autoestima e conflitos conjugais.

A abordagem eficaz da EP deve ir além dos tratamentos farmacológicos e comportamentais, incluindo estratégias para melhorar a comunicação no casal e reduzir o impacto psicológico sobre o paciente e seu parceiro(a).

## **Efeitos da EP na dinâmica do casal**

A EP pode alterar a qualidade e a satisfação do relacionamento, principalmente quando não há um diálogo aberto sobre o problema.

## **Frustração e insatisfação sexual**

- Parceiros(as) podem sentir-se insatisfeitos sexualmente, o que pode gerar ressentimento e distanciamento emocional.
- A relação sexual pode se tornar previsível e frustrante, reduzindo o desejo e o prazer.

## **Aumento da ansiedade no relacionamento**

- O homem pode desenvolver ansiedade de desempenho, tornando a relação sexual um momento de tensão em vez de prazer.
- O parceiro(a) pode interpretar a EP como falta de desejo ou atração, o que pode levar a insegurança e conflitos.

## **Redução da intimidade e do vínculo emocional**

- A falta de satisfação sexual pode levar ao afastamento emocional.

- Homens com EP muitas vezes evitam relações sexuais, reduzindo a conexão e o contato físico no relacionamento.

### **Impacto na autoestima e confiança**

- O homem pode sentir-se incapaz de satisfazer seu parceiro(a), afetando sua autoconfiança.
- A insegurança pode levar à evitação do sexo, piorando ainda mais o problema.

### **Estratégias para comunicação e envolvimento do parceiro(a)**

Um dos aspectos mais importantes no manejo da EP é promover um diálogo aberto e construtivo no relacionamento. Muitos casais evitam falar sobre o problema, o que pode gerar desconforto e ressentimento.

### **Comunicação**

O homem deve expressar suas preocupações e sentimentos sem medo de julgamentos. O parceiro(a) deve ser envolvido de maneira empática e compreensiva, sem apontar culpas. O casal pode buscar momentos neutros para conversar, evitando discussões durante ou após o sexo.

### **Normalização da ejaculação precoce**

- Explicar que a EP é uma condição comum e tratável ajuda a reduzir a pressão emocional.
- Desconstruir mitos sobre "desempenho perfeito" e reconhecer que a sexualidade envolve prazer mútuo, e não apenas a duração da relação.

### **Exploração de alternativas sexuais**

- O casal pode experimentar outras formas de prazer sexual, como estimulação manual e oral, para reduzir a dependência da penetração.
- Técnicas de pausa e controle (como a técnica do "start-stop") podem ser praticadas juntos.
- Usar anestésicos tópicos ou outras abordagens sob demanda pode ajudar a aumentar a satisfação do casal.

### **Envolvimento ativo do parceiro(a) no tratamento**

- O parceiro(a) pode ajudar na implementação de técnicas comportamentais.
- A participação em sessões de terapia sexual pode fortalecer a conexão emocional e criar um ambiente de suporte.

## **Psicoterapia individual e terapia de casal**

Além da comunicação no casal, a psicoterapia pode ser uma ferramenta valiosa para o tratamento da EP, ajudando a lidar com ansiedade, baixa autoestima e dificuldades emocionais.

### **Psicoterapia individual**

A terapia individual pode ser útil para:

- Identificar fatores psicológicos subjacentes, como ansiedade de desempenho e crenças negativas sobre sexualidade.
- Reduzir o medo da falha e ensinar estratégias de enfrentamento.
- Melhorar a autoestima e a autoconfiança sexual.
- Explorar experiências sexuais passadas que possam ter influenciado o desenvolvimento da EP.

A abordagem mais recomendada é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que ajuda o paciente a:

- Reestruturar pensamentos negativos sobre sua performance sexual.
- Desenvolver técnicas para melhorar o controle ejaculatório.
- Aprender a gerenciar a ansiedade sexual.



## **Terapia de casal**

A terapia de casal pode ser uma solução essencial para casais que enfrentam dificuldades relacionadas à EP.

### **Benefícios da terapia de casal**

- Melhora a comunicação e empatia entre os parceiros.
- Ajuda a estabelecer estratégias para aumentar a intimidade sem pressão pela performance.
- Permite que o casal explore novas formas de prazer sexual sem que a penetração seja o foco principal.

A ejaculação precoce tem um impacto significativo na autoestima, nos relacionamentos e na saúde mental do paciente. No entanto, a comunicação aberta, o envolvimento do parceiro(a) e o suporte psicológico podem fazer uma grande diferença no tratamento e na recuperação da confiança sexual.

A combinação de terapia individual, terapia de casal, técnicas de controle ejaculatório e mudanças no estilo de vida pode transformar a experiência do casal, promovendo mais prazer, conexão e satisfação sexual.

## **Perguntas frequentes**

### **1. O que é ejaculação precoce?**

A ejaculação precoce é uma disfunção sexual masculina caracterizada pela incapacidade de controlar ou retardar a ejaculação, ocorrendo antes ou logo após a penetração, causando insatisfação para o casal.

### **2. Qual é o tempo considerado normal para a ejaculação?**

O tempo médio de ejaculação após a penetração varia entre 5 e 7 minutos. A ejaculação precoce geralmente ocorre em menos de 1 a 2 minutos.

### **3. Quais são as causas da ejaculação precoce?**

As causas podem ser psicológicas (ansiedade, estresse, insegurança), biológicas (níveis alterados de neurotransmissores, hipersensibilidade peniana) ou uma combinação de ambas.

### **4. Ejaculação precoce é um problema comum?**

Sim. Estudos indicam que cerca de 20% a 30% dos homens experimentam esse problema em algum momento da vida.

### **5. Como é feito o diagnóstico da ejaculação precoce?**

O diagnóstico é clínico, baseado no histórico do paciente e na duração da ejaculação. Questionários como o PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) podem auxiliar na avaliação.

## **6. Ejacular rápido significa que tenho algum problema de saúde?**

Nem sempre. Em muitos casos, pode estar relacionado a fatores psicológicos ou emocionais. No entanto, doenças como prostatite ou distúrbios hormonais podem contribuir.

## **7. Existe cura para a ejaculação precoce?**

O tratamento pode controlar ou melhorar significativamente a condição. Em alguns casos, a ejaculação precoce pode ser resolvida com terapia comportamental, medicamentos ou técnicas específicas.

## **8. Quais são os tratamentos disponíveis?**

Os principais tratamentos incluem terapia cognitivo-comportamental, técnicas de controle da ejaculação, uso de antidepressivos (como ISRS), anestésicos tópicos e terapia sexual.

## **9. Exercícios como o pompoarismo ajudam na ejaculação precoce?**

Sim. Exercícios para fortalecer o músculo pubococcígeo podem ajudar a melhorar o controle ejaculatório.

## **10. Masturbação frequente pode causar ejaculação precoce?**

Não necessariamente, mas o hábito de se masturbar rapidamente pode condicionar o reflexo ejaculatório, contribuindo para o problema.

**11. Como a ansiedade influencia na ejaculação precoce?**

A ansiedade pode aumentar a excitação e diminuir o controle sobre a ejaculação, agravando o problema.

**12. A ejaculação precoce pode afetar a fertilidade?**

Não diretamente. O problema está no tempo da ejaculação, mas a qualidade do sêmen geralmente não é afetada.

**13. Alterações hormonais podem causar ejaculação precoce?**

Sim. Níveis baixos de serotonina e alterações na testosterona podem influenciar o tempo ejaculatório.

**14. Anestésicos locais podem ajudar a retardar a ejaculação?**

Sim, cremes ou sprays anestésicos podem reduzir a sensibilidade do pênis, ajudando no controle da ejaculação.

**15. Medicamentos para disfunção erétil ajudam na ejaculação precoce?**

Alguns inibidores da fosfodiesterase-5 (como o tadalafil) podem auxiliar indiretamente ao melhorar o controle da ereção.

**16. O uso de preservativos pode retardar a ejaculação?**

Sim. Preservativos mais espessos podem reduzir a sensibilidade e, conseqüentemente, prolongar o tempo de ejaculação.

### **17. Mudanças na alimentação podem ajudar no controle da ejaculação?**

Embora não exista uma dieta específica, alimentos ricos em triptofano (como banana, aveia e chocolate) podem ajudar na produção de serotonina, que influencia no controle ejaculatório.

### **18. A idade influencia na ejaculação precoce?**

Pode influenciar. Em jovens, está mais associada à ansiedade e falta de experiência. Em homens mais velhos, pode ter relação com alterações hormonais ou problemas de próstata.

### **19. Práticas como a técnica "start-stop" são eficazes?**

Sim. Essa técnica, que consiste em interromper a estimulação antes do orgasmo, pode treinar o controle ejaculatório.

### **20. Quando devo procurar um médico?**

Se a ejaculação precoce estiver causando sofrimento, afetando sua vida sexual ou seu relacionamento, é recomendável buscar um urologista ou especialista em saúde sexual para avaliação e tratamento adequado.

## Glossário de termos

### A

- **Ansiedade de desempenho** – Estado emocional caracterizado pelo medo de falhar durante a relação sexual, podendo contribuir para a ejaculação precoce.
- **Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)** – Classe de medicamentos utilizados no tratamento da ejaculação precoce devido ao efeito de retardamento da ejaculação.
- **Anestésicos tópicos** – Substâncias aplicadas no pênis para reduzir a sensibilidade e aumentar o tempo de ejaculação.
- **Andrologia** – Ramo da medicina que estuda a saúde reprodutiva e sexual masculina.

### B

- **Bupropiona** – Antidepressivo que, ao contrário dos ISRS, não tem efeito significativo na ejaculação precoce.

### C

- **Controle ejaculatório** – Capacidade de regular o reflexo ejaculatório, evitando a ejaculação precoce.
- **Cortisol** – Hormônio do estresse que pode influenciar na resposta sexual masculina.

### D

- **Desempenho sexual** – Capacidade de um indivíduo de manter uma relação sexual satisfatória.

- **Dapoxetina** – ISRS de ação curta, desenvolvido especificamente para o tratamento da ejaculação precoce.
- **Disfunção erétil** – Incapacidade de obter ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual satisfatória. Embora seja uma condição distinta, pode coexistir com a ejaculação precoce.

## E

- **Ejaculação precoce primária** – Tipo de ejaculação precoce presente desde a primeira experiência sexual do indivíduo.
- **Ejaculação precoce secundária** – Tipo de ejaculação precoce adquirida ao longo da vida, geralmente associada a fatores psicológicos ou médicos.
- **Ejaculação retardada** – Condição na qual o homem tem dificuldade em ejacular ou não consegue atingir o orgasmo durante a relação sexual.
- **Estresse** – Fator emocional que pode contribuir para a ejaculação precoce devido ao aumento da tensão e da ansiedade.

## F

- **Frequência ejaculatória** – Número de ejaculações em determinado período, que pode influenciar no controle ejaculatório.

## H

- **Hipersensibilidade peniana** – Sensibilidade aumentada do pênis, que pode reduzir o tempo de latência ejaculatório.
- **Hormônios sexuais** – Substâncias como a testosterona que influenciam a resposta sexual masculina.

## L

- **Latência ejaculatória intravaginal (IELT)** – Tempo decorrido entre a penetração e a ejaculação; usado para medir a severidade da ejaculação precoce.

## M

- **Masturbação condicionada** – Hábito de masturbação rápida e intensa, que pode contribuir para a ejaculação precoce ao reforçar um reflexo ejaculatório acelerado.

## N

- **Neurotransmissores** – Substâncias químicas cerebrais, como a serotonina e a dopamina, que regulam a resposta sexual e o controle da ejaculação.

## P

- **Psicoterapia sexual** – Abordagem terapêutica voltada para o tratamento de disfunções sexuais, incluindo a ejaculação precoce.
- **Próstata** – Glândula do sistema reprodutor masculino que pode influenciar no controle ejaculatório. Doenças prostáticas, como a prostatite, podem estar associadas à ejaculação precoce.

## R

- **Refratariedade sexual** – Período após a ejaculação no qual o homem não consegue ter outra ereção ou ejacular novamente.



- **Reflexo ejaculatório** – Resposta neuromuscular que controla o processo da ejaculação.

## S

- **Sensibilidade peniana** – Grau de percepção tátil e estímulo no pênis, que pode influenciar no tempo de ejaculação.
- **Serotonina** – Neurotransmissor envolvido no controle da ejaculação. Baixos níveis estão associados à ejaculação precoce.
- **Start-Stop** – Técnica de controle ejaculatório baseada na interrupção da estimulação sexual antes do orgasmo para prolongar o tempo de ejaculação.

## T

- **Terapia cognitivo-comportamental (TCC)** – Abordagem psicológica utilizada para tratar a ejaculação precoce ao modificar padrões de pensamento e comportamento associados à ansiedade sexual.
- **Testosterona** – Principal hormônio sexual masculino, envolvido na libido e na função sexual.

## V

- **Vias neurais ejaculatórias** – Conjunto de nervos e circuitos cerebrais que regulam a ejaculação e podem ser alvo de tratamentos para ejaculação precoce.