

Considerações sobre a ejaculação precoce: o modelo multimodal e o modelo tridimensional de compreensão da disfunção sexual

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva¹

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

RESUMO

A ejaculação precoce é uma disfunção sexual sem etiologia descrita na literatura, apesar de os primeiros relatos clínicos serem de 1890. Ao longo dos anos, foi utilizada a definição da Internacional Society for Medicine Sexual para compreensão da ejaculação precoce e dos seus critérios diagnósticos. Muitos homens acreditam que a resposta sexual é automática e inata, no entanto, o medo de falhar e a perda do mundo erótico associados à angústia, frustração e evitação da intimidade sexual são aspectos subjetivos relacionados à dificuldade de controle ejaculatório. O homem cuja parceira apresenta postura ativa e envolvimento no intercurso sexual tem o seu processo de aprendizagem facilitado, controlando, assim, a excitação e mantendo a ereção. Essa parceira, em geral, tem maior qualidade de comunicação sexual, construído associado de forma positiva à função sexual masculina (por exemplo, ao aumento da excitação e ao controle ejaculatório); diminuindo a vulnerabilidade e a predisposição ao desenvolvimento de disfunção sexual. O presente artigo versa, também, sobre a proposta de tratamento do modelo multimodal e tridimensional para a ejaculação precoce. O primeiro modelo apresenta a resposta excitatória na ejaculação por meio de um sistema de software, sistema psicológico (variável conforme o contexto e com base na experiência sexual); e um hardware, sistema biológico (com pouca variação intrínseca e determinante genética), combina farmacoterapia e psicoterapia; o segundo, tridimensional, apresenta coordenadas cartesianas para corroborar aspectos subjetivos e relacionais da ejaculação precoce, apresentando uma baixa de serotonina na fenda sináptica, impactando a sensação de controle e reflexo ejaculatório.

PALAVRAS-CHAVE: Ejaculação precoce, sexualidade, ansiedade, ejaculação, comportamento sexual

A comunicação sexual é fundamental para o desenvolvimento e manutenção da função sexual saudável (Masters & Johnson, 1970)

¹Mestre, docente convidada da Pós-graduação em Terapia Sexual e do Aprimoramento em Sexualidade do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria (Ipq) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Editora responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Endereço para correspondência:

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva
Alameda Casa Branca, 851 — conjunto 51 — Jardins — São Paulo (SP) — CEP 01408-001
Cel. (11) 95677-7522 — E-mail: fernandarcss@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 11 de novembro de 2019. Última modificação: 29 de janeiro de 2020. Aceite: 27 de novembro de 2019.

INTRODUÇÃO

O presente artigo versa sobre a seleção de estudos publicados na literatura internacional a partir do tema ejaculação precoce. Foram discriminados aspectos subjetivos relacionados à disfunção sexual, aos modelos teóricos multimodal e tridimensional, bem como aos aspectos individuais e conjugais que interferem na dificuldade de controle ejaculatório.

O primeiro emprego do termo ejaculação precoce foi em 1917 pela teoria psicanalítica, apesar de o primeiro relato clínico ser datado em 1887. Entretanto, foi a Revolução Sexual e o Movimento Feminista em 1960, com o direito e a busca da mulher pelo prazer sexual (o orgasmo), que colocaram o desempenho sexual masculino como elemento importante para a satisfação sexual da mulher no sexo com penetração vaginal.¹

O medo de falhar e a perda do mundo erótico são dois pontos significativos associados à dificuldade de controle ejaculatório em relação à sexualidade masculina.² Muitos homens acreditam que a resposta sexual pode ser automática. Essa perspectiva pode, em caso de ausência de controle, ser considerada uma defesa. Condições básicas individuais à satisfação sexual e a história de vida revelam competência sexual rudimentar.^{1,2} Vale ressaltar que menos de 60% dos homens falam sobre as suas preocupações sexuais.³

O homem com dificuldade de controle ejaculatório pode apresentar consciência e preocupação reduzidas com as necessidades sexuais da parceira.⁴ Por outro lado, aquele que consegue falar de forma efetiva sobre a sua função sexual e partilhar a responsabilidade do prazer no ato com a esposa, namorada e/ou parceira pode ter receio do seu desempenho, apresentando, nesses casos, disfunção erétil secundária.^{3,4}

DEFINIÇÃO DE EJACULAÇÃO PRECOCE

Diversas hipóteses são apresentadas pela comunidade científica para ejaculação precoce, mas sem evidência comprovada. O avanço científico, o aumento das pesquisas e a busca da uniformidade relacionada à etiologia da ejaculação precoce e aos critérios diagnósticos fizeram com que a definição utilizada internacionalmente até o CID-11 fosse aquela do 4º Consenso da International Society for Sexual Medicine, sendo: 1) a ejaculação que sempre ou quase sempre ocorre antes ou dentro de um minuto de penetração vaginal; 2) a incapacidade de atrasar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais; 3) resposta a sentimentos emocionais pessoais negativos, como angústia, incômodo, frustração e/ou evitação da intimidade sexual.

Pesquisadores como Alfred Kinsey rejeitaram a noção que considera a ejaculação precoce uma disfunção sexual. Segundo ele, 75% dos homens ejaculavam com um “timing” de dois minutos de penetração. Shapiro, por outro lado, considerava-a uma combinação de elevada ansiedade e defeito anatômico.¹

A International Society for Sexual Medicine no 4º Consenso define o painel internacional para a ejaculação precoce primária: um “timing” anterior a um minuto de penetração vaginal ao longo da vida; para a secundária: uma redução clinicamente significativa e incômoda de latência (em geral, até três minutos) e a incapacidade de retardar a ejaculação nas penetrações vaginais.⁵

Angústia, frustração e evitação da intimidade sexual são aspectos subjetivos relacionados à ejaculação precoce.⁵ A vergonha também é uma emoção relatada pelo homem com ejaculação precoce, assim como a insegurança com uma mulher em situações em que o desejo de um encontro sexual ou um relacionamento amoroso esteja presente.⁴ Dentre as emoções descritas na literatura, a ansiedade é aquela que gera um ciclo: ansiedade, comportamento de perda de controle ejaculatório e ansiedade.⁵

O novo Código Internacional de Doenças (CID), em sua última versão, passou a considerar os aspectos subjetivos presentes nos critérios diagnósticos para a disfunção sexual. A ejaculação precoce é classificada como aquela que ocorre antes ou dentro de um tempo curto após o início da penetração vaginal ou após outra forma de estimulação sexual (com pouco ou nenhum controle percebido ao ejacular). Em geral, identifica um padrão persistente que a define; associando-a, por meses, a um sofrimento significativo.¹ O novo código apresenta, ainda, uma distinção entre as doenças do aparelho genito-urinário (GU) e as condições relacionadas à saúde sexual.

A subjetividade precisa ser considerada na avaliação da função ejaculatória, de forma a garantir aspectos subjetivos inerentes aos critérios diagnósticos da ejaculação precoce. Cognição e percepção afetam a avaliação do relacionamento e a qualidade do intercurso sexual.^{1,2}

O tratamento da ejaculação precoce necessita de adequada identificação, abordagem e adaptação quanto à fisiopatologia. Em geral, a percepção da parceira é de que existe menos disfunção do que a relatada pelo homem. Mudanças na condição clínica e enfermidades com o avançar da idade podem se associar a outros distúrbios, como por exemplo: ausência de ejaculação (anaejaculação), diminuição do volume e do jato ejaculatório e falha para alcançar o orgasmo.^{2,6,7}

Apesar da percepção da parceira divergir em relação à percepção do homem com ejaculação precoce, indicando menos disfunção que a relatada por ele, a avaliação é baseada em

medidas de autorrelato. Com isso, a proposta psicoterapêutica comportamental visa desconstruir as falsas crenças associadas à ejaculação precoce, melhorando não apenas o tempo de latência, mas, também, a satisfação sexual com a qualidade do ato conjugal e a melhora orgásmica durante o coito.

Entre as propostas de tratamento para a ejaculação precoce, existe o chamado modelo multimodal, em que a resposta excitatória na ejaculação ocorre por meio de um sistema de software, psicológico (nos níveis cerebrais, programável, variável conforme o contexto e com base na experiência sexual); e um hardware, sistema biológico (com reflexo espinal, programação, pouca variação intrínseca e determinante genética).⁷

O controle ejaculatório, a latência intravaginal e a satisfação assumem característica singular nos homens com ejaculação precoce.⁷ O tratamento combina farmacoterapia e psicoterapia (com exercícios sexuais para o controle da ejaculação). Nessas situações, a ausência de doenças físicas ou psiquiátricas concomitantes favorece o prognóstico positivo, assim como a motivação do homem, o relacionamento estável, o interesse da parceira e, conseqüentemente, a ausência de disfunção sexual.⁷

A proposição de um modelo tridimensional com coordenadas cartesianas apresentando a representação gráfica dos conceitos, sendo eixo x, o controle; eixo y, o estresse; eixo z, o tempo, corrobora os aspectos subjetivos e relacionais da ejaculação precoce. O eixo x apresenta a perda do controle presente na ejaculação precoce; o eixo y, o estresse experienciado por casais com ejaculação precoce e o eixo z, o tempo de latência intravaginal.¹

Para a compreensão tridimensional, o homem apresenta déficit de serotonina (5-HT) na fenda sináptica, cujo impacto está relacionado à baixa da monoamina neurotransmissora. Se adequado, o nível melhora a sensação de controle e o reflexo ejaculatório relacionado à disfunção sexual, diminui a aflição e melhora o tempo de latência da ejaculação intravaginal.¹

A falha no controle altera o tempo de latência ejaculatória intravaginal que, se inferior a um minuto, está diretamente relacionado a um medo irracional do homem em ejacular intravaginalmente, o que compromete o relacionamento conjugal, causando diminuição ou ausência de satisfação sexual da parceira no intercuro sexual. Essa conjuntura impacta, de forma direta, a autoestima do homem, que vivencia diferentes emoções negativas, tais como: medo, inferioridade, raiva, ansiedade e decepção.^{1,2}

Recomenda-se, atualmente, abordar a fisiopatologia como tratamento adequado e eficaz para ejaculação precoce nas situações cuja etiologia da disfunção está identificada e adaptada.^{1,2} Para tanto, é necessária a cooperação de pesquisadores

básicos, como geneticista, neurofisiologista, farmacologista e etologista; e clínicos, como endocrinologista, andrologista, psicólogo, sexólogo, psiquiatra e urologista.¹

A COMUNICAÇÃO DO CASAL

A qualidade da comunicação sexual entre o casal é um aspecto protetivo à função sexual ao se associar de forma positiva à função erétil e ao aumento da excitação masculina durante o intercuro sexual.³

Casais com dificuldade sexual relatam mais problemas de comunicação do que aqueles sem essa preocupação. Em geral, o diálogo sobre as preocupações, sexuais e não sexuais, diminui a vulnerabilidade e a propensão ao desenvolvimento de disfunção.³ A mulher pode ajudar o homem com ejaculação precoce, inclusive, nos exercícios sexuais prescritos na psicoterapia, controlando o movimento durante o intercuro sexual, acompanhando o aumento da excitação do homem e o ajudando a lidar com a própria excitação.⁵

A mulher que participa de forma ativa do intercuro sexual e se envolve com o parceiro ajuda-o no processo de aprendizagem do controle excitatório e na manutenção da ereção até o momento em que o casal deseje encerrar o ato. No relacionamento conjugal, compartilhar as preferências, as experiências passadas e as fantasias com o homem surte efeito positivo na função sexual feminina, em especial, na experiência orgásmica e na lubrificação vaginal.^{2,5} Criando, assim, um ambiente acolhedor que favorece o relaxamento masculino e diminui a ansiedade.

Um estudo americano avaliou a relação entre a comunicação sexual conjugal e as dimensões da função sexual. Foi evidenciada correlação positiva entre ejaculação precoce e comunicação, nas situações em que existe esse comprometimento. Essa correlação interfere, ainda, facilitando ou inibindo o orgasmo.³ O homem com ejaculação precoce pode apresentar dificuldade na comunicação erótica, no sentido de expor suas preferências e práticas (anteriores e fantasias) com a parceira.

CONCLUSÃO

A proposição de um modelo tridimensional de compreensão da ejaculação precoce, cujos aspectos relacionados ao seu caráter etiológico englobam os aspectos subjetivos presentes na dinâmica conjugal e no intercuro sexual associados às alterações do CID-11 em relação aos critérios diagnósticos da ejaculação precoce, favorece a criação tanto de políticas públicas eficazes para diferentes populações, quanto de propostas de tratamento alinhadas ao avanço científico da área.

Ao longo dos anos, pouco se abordou sobre a questão da importância da comunicação sexual conjugal e do repertório erótico para o controle ejaculatório do homem e seu processo de excitação (êxito em ter e manter a ereção).

O homem que tem dificuldade para controlar a ejaculação intravaginal vivencia intenso sofrimento, o que

compromete sua autoimagem, diminui a satisfação sexual e provoca emoções como medo, inferioridade, raiva e ansiedade. Essa circunstância compromete, de forma gradual, o relacionamento conjugal, podendo, inclusive, levar ao término do relacionamento em decorrência de sucessivas experiências negativas.

REFERÊNCIAS

1. Janini EA, Ciocca G, Limoncin E, et al. Premature ejaculation: old story, new insights. *Fertil Steril*. 2015;104(5):1061-73. PMID: 26409323; doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.08.035.
2. Abdo CH. The impact of ejaculatory dysfunction upon the sufferer and his partner. *Transl Androl Urol*. 2016;5(4):460-9. PMID: 27652218; doi: 10.21037/tau.2016.05.08.
3. Mallory AB, Stanton AM, Handy AB. Couples' Sexual Communication and Dimensions of Sexual Function: A Meta-Analysis. *J Sex Res*. 2019;56(7):882-98. PMID: 30777780; doi: 10.1080/00224499.2019.1568375.
4. Masters WH, Johnson VE. *A inadequação sexual humana*. São Paulo: Roca; 1985. ISBN: 031654985-1.
5. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, et al. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *J Sex Med*. 2014;11(6):1392-422. PMID: 24848686; doi: 10.1111/jsm.12504.
6. Hartmann U, Waldinger MD. Treatment of delayed ejaculation. In: Leiblum SR, Rosen RC, editors. *Principles and practice of sex therapy*. 4th edition. New York: The Guildford Press; 2007. p. 241-76.
7. Morgentaler, A Polzer, P Althof, S, et al. Delayed Ejaculation and Associated Complaints: Relationship to Ejaculation Times and Serum Testosterone Levels. *J Sex Med*. 2017;14(9):1116-24. PMID: 28807505; doi: 10.1016/j.jsxm.2017.06.013.