

Considerações sobre a ejaculação precoce

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva¹

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

RESUMO

Este artigo versa sobre ejaculação precoce. De forma breve, aborda situações que podem ser vivenciadas pelos homens, entre elas: a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, a dificuldade com a parceira geradora de estresse no relacionamento amoroso. As opções de tratamento dos modelos multimodal e tridimensional são apresentadas como forma de tratamento para ajudar o homem a recuperar a condição que tinha antes da disfunção sexual. Em geral, há relatos de vergonha e de dificuldade em satisfazer a parceira sexualmente. Recomenda-se avaliar o grau de sintomas de depressão e de ansiedade nos homens em decorrência do impacto na função sexual e na resposta sexual. A depressão é um fator de risco às disfunções sexuais masculinas, evidenciando desde a baixa do desejo sexual à perda de satisfação que pode, nesses casos, estar associada às alterações cognitivas e comportamentais. A ansiedade está presente em diferentes graus nos pacientes com ejaculação precoce em relação ao padrão de evitação do intercurso sexual com penetração vaginal. Interfere na capacidade do homem de manter a excitação física e/ou psíquica presente na sensação premonitória do orgasmo durante o coito. A psicoterapia enfoca o pensamento desadaptativo cujo temor da atividade sexual com penetração vaginal está presente, diminuindo a capacidade de enfrentar a situação e aprender novas maneiras de lidar com a sexualidade e o intercurso sexual com penetração vaginal.

PALAVRAS-CHAVE: Ejaculação precoce, sexualidade, ansiedade, depressão, psicoterapia

*Aracnídea boca
Sem voz, sangrando um ente
Desfeito eternamente
Num fio que se apouca
E tomba. Casa em chamas.
Umbral do sono. Rio
Do olvido, onde um ciclo
De carne eriça as ramas
Gosto do todo. Ogiva*

*Da vontade do nada
A haumir, coralizada,
Quanta ânsia nela viva.
Sarça de extintos eu
A arder. Sol da penumbra
Onde se acende e obumbra
O oco onde esteve Deus.*

Alexei Bueno em “Vulva”¹

¹Mestre em Psicologia e Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas (SP), Brasil. Capacitação Profissional em Sexualidade no Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil.

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva
Alameda Casa Branca, 851 — conjunto 51 — 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: 16 de novembro de 2021. Data da última modificação: 30 de novembro de 2021. Aprovação: 30 de novembro de 2021.

INTRODUÇÃO

Este artigo versa sobre ejaculação precoce. De forma breve, aborda os sintomas de ansiedade e de depressão, o modelo multimodal e o modelo tridimensional para a ejaculação precoce.

O homem com ejaculação precoce tende a vivenciar sintomas de ansiedade, medo e pânico associado à falta de controle na ejaculação. Há relatos de pacientes cuja emoção é a vergonha.^{2,3} Os homens que procuram tratamento, em geral desejam uma vida sexual normal. Isso significa recuperar a condição que tinham antes do problema sexual aparecer.⁴

As parceiras dos homens com ejaculação precoce expõem menor satisfação sexual e maiores graus de dificuldade interpessoal do que as de homens sem a queixa de ejaculação precoce.⁵ O homem com ejaculação precoce tem baixa consciência das necessidades sexuais da parceira e o medo do desempenho pode levar à perda de ereção (sendo uma disfunção sexual secundária).^{5,6}

DEPRESSÃO

A depressão é um fator de risco para as disfunções sexuais em virtude do desinteresse, da apatia, da sensação de fadiga e do desempenho sexual insatisfatório agravado por ela e causando conflitos relacionais.⁴ O mais comum é evidenciar diminuição no desejo sexual nos homens e, de forma secundária, disfunção erétil.⁴ A perda da satisfação, não apenas sexual, é um processo entre os pacientes.

A depressão foi descrita por muitos anos como melancolia. Era um quadro difícil de conceituar devido à semântica, mas pode ser usado para designar alterações na cognição, nos sentimentos e no comportamento.⁷ Atualmente, é definida como alterações de humor, autoconceito negativo, desejos regressivos ou autopunitivos, alterações vegetativas e alterações no nível das atividades. Dentro das alterações vegetativas, está a perda da libido.⁷

Recomenda-se verificar qual o grau de sintomas de depressão no qual o paciente se encontra, e estabelecer as relações com a dificuldade sexual, tanto no que tange à função sexual como ao ciclo da resposta sexual afetada pelos sintomas clínicos.

ANSIEDADE

A presença de sintomas de ansiedade é comum em homens com EP. Nesses casos, os pacientes precisam na psicoterapia desenvolver um plano gradual para romper o padrão de evitação.⁸ Cada vez que a situação geradora de ansiedade é evitada, a quantidade de medo aumenta, necessitando de orientação e apoio dos psicólogos para colocar em prática no dia a dia as situações trabalhadas na sessão.⁸ Várias técnicas

são usadas para auxiliar os pacientes a reduzirem os graus dos sintomas e superarem o temor.

No caso da ansiedade em EP, o homem precisa aprender a manter a excitação física e/ou psíquica em resposta à sensação premonitória.^{5,6} Os gatilhos da ejaculação incluem o estímulo tátil do pênis e diversos estímulos supraespinais coordenando informações simpáticas, parassimpáticas e somáticas do controle ejaculatório. É preciso, segundo Abdo, perguntar ao homem com EP o que ele chama de ejaculação e quanto tempo ele leva desde a penetração até ejacular.⁵ Somado a isso, uma investigação dos fatores psicológicos e biológicos associados é também necessária.

A terapia comportamental para o tratamento da ansiedade enfoca pensamento desadaptativo, cujo temor excessivo do perigo causa prejuízo e vulnerabilidade, a evitação total ou parcial da situação, a estimativa de risco aumentada e a estimativa diminuída da capacidade de enfrentar a situação geradora de ansiedade. Em geral, a pessoa com sintomas de ansiedade não se envolve em situações que venham auxiliá-la a aprender maneiras de melhor enfrentar a situação temida.⁸

MICROFORMULAÇÃO CASO CLÍNICO: TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA À EJACULAÇÃO PRECOCE

Na **Figura 1** é mostrado exemplo de microformulação caso clínico para ejaculação precoce.

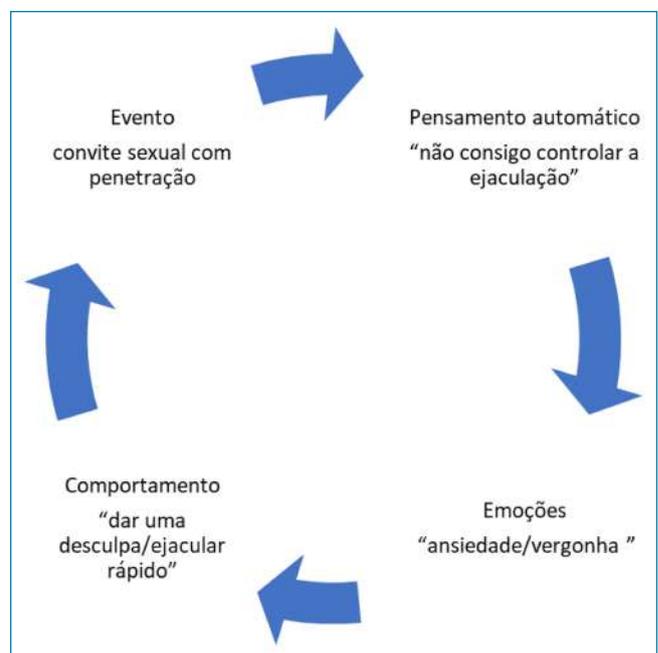


Figura 1. Exemplo de microformulação caso clínico para ejaculação precoce.

O MODELO MULTIMODAL

Abordar os fatores psicológicos e biológicos da ejaculação é a proposta do modelo multimodal de tratamento da ejaculação precoce. O objetivo do tratamento é facilitar o aprendizado de controle ejaculatório do homem, aumentando sua responsividade aos estímulos sexuais prazerosos no ato sexual acompanhado do aumento da excitação anterior ao orgasmo.⁹

A compreensão psicológica do modelo envolve um nível cerebral, programável e variável conforme o contexto e experiência sexual de cada homem com sua parceria. É preciso avaliar a dificuldade subjetiva associada ao controle ejaculatório com a interrupção do ato sexual, o tempo de latência intravaginal e a existência ou não de satisfação sexual dele e da parceria.⁵

Já a apreensão biológica do modelo discorre sobre a compreensão dos aspectos relacionados ao reflexo espinhal, o sistema simpático e o parassimpático. Trata-se de um aspecto já programado e com pouca variação intrínseca. Alguns estudos apontam aspectos genéticos associados à ejaculação precoce, tanto na perspectiva biológica quanto na psicológica, na expressão do comportamento.⁵

A proposta de tratamento envolve duas técnicas descritas por William H. Masters e Virginia E. Johnson, sendo: 1) *Stop-start*, cujo objetivo é prolongar o reflexo neuromuscular responsável pela ejaculação; e 2) *Squeeze*, com a ereção completa e a percepção da urgência em ejacular, o homem deve interromper o ato e apertar a coroa da glândula com os dedos polegar e outros dois dedos.^{6,5,9} As técnicas melhoram, ainda, a comunicação entre o casal nos níveis verbal e não verbal (a parceira pode observar as reações do homem aos estímulos sexuais durante o exercício).

MODELO TRIDIMENSIONAL

O Modelo Tridimensional para o tratamento da ejaculação precoce insere o estresse como eixo na avaliação do homem, associado aos eixos controle e tempo. Trata-se de uma proposta cujo aumento da serotonina na fenda sináptica pode contribuir com a melhora da sensação de controle ejaculatório e diminuição da aflição relacionada à disfunção. Promove, ainda, a melhora do tempo de latência da ejaculação intravaginal.¹⁰

Segundo os autores, tal proposta está relacionada ao processo supraespinhal e espinhal nos neurotransmissores serotoninérgicos e dopaminérgicos. A variação da ejaculação depende do local do sistema nervoso central em que o neurotransmissor atua com a variedade dos subtipos de receptores envolvidos no processo.¹⁰

Um outro estudo comparou a efetividade dos tratamentos de farmacoterapia com dapoxetina e psicoterapia de grupo, isoladamente e em combinação, em termos da melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Dos 1.327 homens contatados, 157 participaram do estudo em um dos grupos, sendo: A) Dapoxetina, B) Psicoterapia de grupo sozinha, C) Dapoxetina e psicoterapia de grupo. Os participantes foram avaliados quanto à ejaculação precoce, ansiedade, tempo de latência da ejaculação intravaginal e a qualidade de vida.

Essa pesquisa italiana mostrou a eficácia do modelo combinado de farmacoterapia com dapoxetina e psicoterapia de grupo para o tratamento de ejaculação precoce.¹¹ São apresentados como benefícios da psicoterapia psicodinâmica breve em modalidade de grupo: o crescimento emocional e a resolução de problemas, a facilitação do trabalho ativo e introspectivo do homem reduzindo os sintomas e alcançando mudanças na personalidade e nos relacionamentos. Segundo os autores, trata-se de uma modalidade eficaz, também, ao tratamento de pessoas com ansiedade moderada e depressão; com maior adesão em virtude do tempo em relação às modalidades longas.¹¹

Uma metanálise americana sobre a comunicação sexual conjugal e as dimensões da função sexual concluiu que aproximadamente 60% dos homens não conversam sobre suas preocupações sexuais com as parceiras, mesmo o *status* do relacionamento sendo um modelo importante na comunicação.¹² Quanto à ejaculação precoce, concluíram que há uma correlação positiva entre a comunicação sexual ruim do casal e a ejaculação precoce; a piora na comunicação aumenta a chance de ejaculação precoce. E parceiras preocupadas com a excitação ou a função erétil não comunicam suas preocupações aos homens. Contudo, o diálogo comprometido interfere na solução de problemas e agrava o sofrimento.¹²

CONCLUSÃO

*“O amor é finalmente
um embaraço das pernas,
uma união de barrigas,
um breve tremor das artérias,
uma confusão de bocas,
uma batalha de veias,
um reboço das ancas,
quem diz outra coisa é besta”*

Gregório de Matos em “Definição do Amor”¹

A psicoterapia para o tratamento da ejaculação precoce deve promover a melhora na experiência sexual, na resposta

sexual objetiva e subjetiva do homem e do casal. Ainda, facilitar tanto o aprendizado de controle ejaculatório do homem, aumentando a responsividade aos estímulos sexuais prazerosos, quanto desenvolver o diálogo conjugal sobre a sexualidade, a função sexual do homem e a resposta aos estímulos sexuais. A comunicação pode contribuir com a diminuição

do estresse relacional presente em virtude da disfunção sexual e da insatisfação sexual conjugal. Durante o processo, recomenda-se a avaliação dos sintomas de depressão e de ansiedade como forma de acompanhar o estado emocional dos homens em psicoterapia e seu impacto quanto aos problemas de natureza sexual.

REFERÊNCIAS

1. Moraes ER. A antologia da poesia erótica brasileira. Cotia, SP: Ateliê Editorial; 2015.
2. Silva FRCS. Considerações sobre a ejaculação precoce: o modelo multimodal e o modelo tridimensional de compreensão da disfunção sexual. *Diagn Tratamento*. 2020;25(1):36-9.
3. 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; <https://doi.org/10.1111/jsm.12504>.
4. Abdo CHN. Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa). São Paulo: Segmento Farma; 2010.
5. Abdo CHN. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Casa Revisada; 2012.
6. Masters WH, Johnson VE. A Inadequação Sexual Humana. Rio de Janeiro: Rocca; 1985.
7. Beck AT, Alford BA. Depressão: causas e tratamento. Porto Alegre: ArtMed; 2011.
8. Wright JH, Sudak DM, Turkington D, Thase ME. Terapia Cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves. Porto Alegre: ArtMed; 2012.
9. Kaplan HS. O desejo sexual e os novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Editorial Nova Fronteira; 1979.
10. Janini EA, Ciocca G, Limoncin E, et al. Premature ejaculation: old story, new insights. *Fertil Steril*. 2015;104(5):1061-73. PMID: 26409323; <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.035>.
11. Pavone C, Abbadessa D, Gambino G, Scaduto G, Vella M. Premature ejaculation: Pharmacotherapy vs group psychotherapy alone or in combination. *Arch Ital Urol Androl*. 2017;89(2):114-9. PMID: 28679182; <https://doi.org/10.4081/aiua.2017.2.114>.
12. 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; <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1568375>.