

Ejaculação precoce: sintoma ou mito? **1**

Sheiva K. F. Cherman*

Resumo

Biológica e culturalmente, o homem em qualquer idade pretende o seguinte desempenho sexual: obter ereção na hora e com quem desejar; manter seu pênis ereto o máximo de tempo até a obtenção do orgasmo e conseguir o mais rápido possível uma nova ereção, visando um segundo orgasmo (1). Este é o padrão comportamental mais comum, com o qual um homem se sente sexualmente seguro. Quando isto não ocorre, ele tanto fica preocupado com o tempo de sustentação do pênis, como com o número de penetrações. Esta e outras ansiedades podem levar à “*ejaculação precoce*”, que contribui para o sintoma de disfunção erétil ou impotência sexual. Este estudo, realizado durante 15 anos a partir de questionários respondidos por 719 pacientes de diversas faixas etárias, tem dois objetivos: chamar a atenção para as causas do sintoma de “*ejaculação precoce*”, que certamente favorece o aumento do número de casos de impotência sexual e eliminar o critério: “*precoce*” do comportamento sexual masculino, já que as mulheres estão cada vez mais liberadas, obtendo orgasmo clitorianamente. Liberto da ansiedade com o tempo da ejaculação, viverá normal, sadia e prazerosamente a sua sexualidade.

* Psicanalista. Sexóloga e Escritora. Membro da International Society for Impotence Research.

Recebido em 29.05.99

Aprovado em 20.06.99

Introdução

Para entender como a ejaculação precoce leva à disfunção erétil é preciso analisar o comportamento sexual, ainda determinado por conceitos obsoletos. Diversos fenômenos sociais e históricos, que criaram dogmas a regras de comportamento sexuais, contribuem para as preocupações com o desempenho peniano, culminando em doenças sexuais. Iniciemos com a cultura do “falo” pênis ereto, pronto para penetração como sinônimo de *poder*, conquista, vigor e por último vitória (2). Ligado a isto, a cultura sexual obsoleta visa associar a atividade sexual à procriação, condicionando o homem, até os dias de hoje, a valorizar somente os orgasmos ocorridos na posição vaginal. Durante séculos, a cultura valorizou os homens que “possuíam” uma mulher e este comportamento era ratificado pelo ato sexual com penetração e orgasmos na posição vaginal. Qualquer padrão diferente era considerado socialmente desvalorizado, inadequado, indesejável e até pecado. Este padrão de intercurso sexual potencializa-se na busca do “*sexo ideal*” (3), estimulando o casal a obter orgasmos concomitantes. Sabemos que isto quando ocorre, é extremamente prazeroso, mas raramente acontece. Por isso quem busca este padrão de desempenho sexual, como o risco de viver no descompasso sexual, angustiado e frustrado orgânica e psiquicamente, culminando na possibilidade de originar as mais diversas disfunções sexuais.

Historicamente o “falo” (o pênis) cumpre o papel de instituinte da cultura patriarcal, machista, representando a masculinidade (4). Também cobranças de padrões de desempenho; comprometimentos com imagens viris insustentáveis a desconhecimento de que a mulher necessita de mais tempo de excitação para atingir o orgasmo são outros fatores que tornam uma relação sexual insatisfatória a frustrante. Isto diminui a auto-estima e aumenta a angústia, que podem desencadear a “*ejaculação precoce*” e a impotência sexual.

A partir deste estudo os urologistas podem compreender melhor os fatores psicológicos responsáveis pelos problemas sexuais no sexo masculino e que, na maioria das vezes, não necessitam de tratamento com medicamentos ou cirurgias. O médico terá mais informações sobre o comportamento sexual do homem e poderá discutir com o paciente os aspectos psíquicos das disfunções sexuais. Quando o urologista consegue confirmar que a queixa sexual não é causada por um distúrbio orgânico, o mais importante é discutir com o paciente formas de repensar padrões sexuais totalmente inadequados, que só prejudicam a saúde sexual. O homem só poderá exercer plenamente sua sexualidade se estiver livre da preocupação

com a virilidade e entender que a vida sexual não se limita ao desempenho peniano.

A sexualidade é a área fisiológica-emocional que mais mobiliza o ser humano porque atua na libido, o instinto responsável pelo prazer sexual. A libido é irregular, imprevisível, atemporal, inconstante e progressiva, demandando ser atendida (5). Caso contrário se adocece. A partir da segunda metade deste século, as conquistas da mulher mudaram os padrões teóricos e comportamentais sexuais femininos, e a maioria dos homens se assusta com isto, como por exemplo, o fato de a mulher também exigir seu orgasmo, deixando de ter apenas uma atuação passiva. O medo de não corresponder às expectativas da parceira aumenta a preocupação do homem atual e seu desempenho sexual, potencializando se o temor de não ter uma ereção satisfatória e duradoura (6). Embora tenha ocorrido a revolução sexual, a maioria dos homens ainda busca desempenhos sexuais defasados na cultura e no tempo, distanciando-o dos anseios da mulher contemporânea, tais como os impostos por imagens viris insustentáveis, um ideal ultrapassado de “*poder*” e prazer sexual.

Estes e outros são fatores responsáveis pelo crescente número de queixas de “*ejaculação precoce*” e impotência sexual de origem psicológica nos consultórios de urologia. Muitas vezes o médico não está preparado para resolver o problema, pois não encontrando uma causa orgânica, frustra ainda mais o paciente, que deposita nele a expectativa de “cura milagrosa”.

Métodos

Esta pesquisa foi realizada em 15 anos de clínica, através de um questionário com 18 perguntas, que foi respondido por 719 pacientes (tabela 1). A maioria apresentava queixas de impotência sexual (520 casos ou 72%) e ejaculação precoce (199 casos, ou 28% - tabela 2). Foram estabelecidos critérios quanto à faixa etária, considerando *adolescentes* pacientes entre a puberdade e 18 anos (num total de 50 casos ou 7%); *jovens adultos*, de 18 a 25 anos (num total de 122 pacientes ou 17% dos casos); *adultos*, entre 25 e 40 anos, (num total de 223 pacientes ou 31 % dos casos); *adultos maduros*, entre 40 a 65 anos, (num total de 310 pacientes ou 43% dos casos); e idosos, maiores de 65 anos, (num total de 14 pacientes ou 2% dos casos). Quanto à avaliação dos questionários, foram usados os critérios: *importantíssimo*, *importante*, *pouco importante*, *nenhuma importância*, *sim*, *não* e *jamais cogitei isso*.

As perguntas do questionário implicando concertos desempenho e idade foram:

1. Quando você pratica masturbação solitária, preocupa-se com o tempo entre o aparecimento da ereção e sua sustentação, até a obtenção do orgasmo?
2. Você prioriza sua imagem viril através de seu desempenho peniano?
3. Você compete com sua parceira durante o ato sexual: *“quem é melhor na cama, eu ou ela?”*
4. Você compete com amigos parceiros dela: você costuma perguntar *“o outro lhe proporcionava mais prazer que eu?”*
5. Você considera fundamental o *“sexo-ideal”*, isto é, orgasmos simultâneos na posição vaginal?
6. Sua primeira preocupação é com sua ereção, tempo de duração x rigidez?
7. Sua primeira preocupação é se vai conseguir atingir o orgasmo?
8. Sua primeira preocupação é proporcionar orgasmo à parceira?
9. Você já teve alguma experiência que considerou como fracasso, temendo repeti-la?
10. Num mesmo encontro, você deseja ter mais de um orgasmo ou um só lhe basta?
11. Você considera que *“só possuiu uma mulher”* se for através de penetração vaginal?
12. Praticando sexo oral, você se preocupa com o tempo do aparecimento da ereção e sua duração até a obtenção do orgasmo?
13. Você já considera e computa o tempo de ereção na fase de excitação ou esta só passa a ser valorizada após a penetração?
14. As mulheres ardentes ou liberadas o assustam?
15. Ou ao contrário, este tipo de mulher o atrai e fascina?
16. Mulheres que tomam a iniciativa, conduzindo o ato sexual, abalam sua segurança e sua masculinidade?
17. Há mulheres que, já no início da relação, manifestam que também têm direito e querem seu orgasmo. Isto é vivido como uma cobrança de ereção interferindo em seu desempenho?
18. No caso em que a parceira já tenha obtido o orgasmo por carícias preliminares, com outras práticas e sem penetração, você ainda se preocupa com o tempo de sustentação da ereção penetrado?

Resultados

Quanto à impotência, 453 pacientes ou 87% apresentavam no passado queixas de ejaculação precoce. Apenas 67 pacientes, isto é, 13% dos que reclamavam de impotência não revelaram sofrer ejaculação precoce. No que diz respeito ao perceptual total de ejaculação precoce, 652 casos, ou seja, 91% apresentavam ejaculação precoce como queixa principal ou antecedente de impotência. Apenas 9%, ou seja, 67 casos, apresentavam somente impotência.

Ainda no que diz respeito aos resultados, a análise das respostas revela que 98% dos pacientes que praticam a masturbação solitária não se preocupam com o tempo de manutenção da rigidez peniana até o orgasmo. Este dado reforça a afirmação de que o homem, ao praticar a masturbação solitária, liberto da avaliação da parceira, não se preocupa com o critério: *tempo* de ereção até a obtenção do orgasmo.

Somente a faixa etária acima de 65 anos demonstra essa preocupação. Talvez porque, a partir desta idade, os fatores orgânicos relacionados à disfunção erétil sejam mais frequentes. Quanto à associação entre imagem de “*poder*” e virilidade através do desempenho peniano, 96% acham importantíssimo e importante. É mais um dado que revela o quanto os homens ainda tendem a seguir um padrão sexual ultrapassado. E quanto à competição com a parceira na cama, 82% afirmam, de maneira consciente ou inconsciente, que é importantíssima e importante. Quanto à competição com amigos parceiros, 84% classificam como importantíssimo ou importante. Apenas 5% acreditam não ter nenhuma importância. Estes duas últimas respostas mostram que a necessidade de competir aumenta a ansiedade, que por sua vez é um fator que leva à “*ejaculação precoce*”, aumentando as chances de o homem sofrer impotência sexual de origem psicológica.

Quanto ao “*sexo ideal*” (com orgasmos simultâneos na posição vaginal), 30% consideram *importantíssimo*; 21% pouco importante e 9% não consideram importante. Isto significa que 67% ainda valorizam o “*sexo ideal*”. Quanto à preocupação com a ereção, o tempo de duração e a rigidez peniana, 87% dos pacientes priorizam este comportamento. E 84% consideram importantíssimo atingir o orgasmo e 82% têm a mesma preocupação com a parceira.

Sobre a possibilidade de a parceira apresentar problemas sexuais e ter dificuldade para atingir o orgasmo, pois muitas fingem, 27% acreditam que isto seria possível, 39% não pensam a respeito e 34% jamais imaginam esta hipótese. Cerca de 22% afirmam ser importantíssimo ter mais de um

orgasmo na mesma relação, 62% classificam como importante, 11 % pouco importante e 5% não demonstram nenhuma importância. Isto significa que a maioria valoriza o número de orgasmos num mesmo ato sexual (quantidade) em detrimento da qualidade. Quanto à questão “possuir e ser possuída” através da penetração vaginal, 45% dizem ser importantíssimo, 42% importante, 7% pouco importante e para 6% não têm importância. E 100% no sexo oral não se preocupam com o tempo de excitação a sustentação da ereção até o orgasmo. Cerca de 14% já consideram o tempo de ereção antes da penetração e 69% nunca cogitam isso. Em ambas as situações não foi valorizado o fator: *tempo*.

Quando se trata de mulheres ardentes e liberadas, 46% dos entrevistados dizem que se assustam com esse tipo de comportamento, enquanto 54% se sentem fascinados por elas. As mulheres que tomam a iniciativa, conduzindo o ato sexual, deixam 77% dos homens inseguros. Apenas 21 % não se sentem abalados e 2% nunca cogitaram nisso. Quanto as mulheres que exigem seu orgasmo, cerca de 94% dos homens se sentem ameaçados. Mesmo depois de a parceira já ter obtido o orgasmo nas carícias preliminares, 82% dos entrevistados dizem que ainda se preocupam com o tempo de sustentação da ereção.

Modelo da tabela

Tabela 1

Nº TOTAL DE PACIENTES INVESTIGADOS = 719 CASOS					
FAIXA ETÁRIA	ADOLESCENTES puberdade a 18 anos	JOV. ADULTOS de 18 a 25 anos	ADULTOS de 25 a 40 anos	MADUROS de 40 a 65 anos	IDOSOS maior de 65 anos
Nº DE PACIENTES	50	122	223	310	14
	7%	17%	31%	43%	2%

Tabela 2

QUEIXA PRINCIPAL – IMPOTÊNCIA – TOTAL = 719 CASOS		
	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
IMPOTÊNCIA	520	72%
EJACULAÇÃO PRECOZE	199	28%

Tabela 3

QUEIXA PRINCIPAL – IMPOTÊNCIA – TOTAL = 520 CASOS		
INVESTIGANDO	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
COM ANTECEDENTES DE EJACULAÇÃO PRECOCE	453	87%
SEM ANTECEDENTES DE EJACULAÇÃO PRECOCE	67	13%

Tabela 4

PERCENTUAL TOTAL DE EJACULAÇÃO PRECOCE = 652 CASOS = 91% DO TOTAL		
INVESTIGANDO	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
COMO QUEIXA PRINCIPAL	199	28%
COMO ANTECEDENTE DA IMPOTÊNCIA	453	63%
SÓ IMPOTÊNCIA	67	9%

Tabela 5

Modelo de questionário de avaliação dos conceitos x desempenho x idade
MASTURBAÇÃO SOLITÁRIA

Nesta prática, você se preocupa com o **tempo** entre o aparecimento da ereção e a sua sustentação até a obtenção do orgasmo?

CRITÉRIOS DE CONCEITOS	FAIXA ETÁRIA										TOTAL		
	ADOLESCENTE		JOVEM ADULTO		ADULTO		ADULTO MADURO		IDOSO				
	Puberdade < 18		De 18 a 25		De 25 a 40		De 40 a 65		De 65				
	50		122		223		310		14				
	pesquisados		pesquisados		pesquisados		pesquisados		pesquisados				
Importantíssimo											0	0%	
Importante									12	86%	12	2%	
Pouco importante									2	14%	2	0%	
Nenhuma impotência											0	0%	
Sim											0	0%	
Não	50	100%	122	100%	223	100%	310	100%			705	98%	
Nunca cogitei isso											0	0%	
TOTAL	50	100%	122	100%	223	100%	310	100%	14	100%	719	100%	

Discussão

Este trabalho demonstrou que a maioria dos casos de impotência começa com queixas de “ejaculação precoce”, o que justifica uma investigação e estudo mais detalhados deste tema. A priorização da preocupação com o “tempo de ereção” associada à cobrança de penetração é achado comum e significativo (96% independente da idade) em pacientes portadores de disfunções eréteis (ejaculação precoce e impotência).

A questão aqui discutida é: a co-relação ejaculação x tempo deve obedecer a que critérios? é considerada precoce em relação a que? ao tempo de penetração? ou orgasmo da mulher? Ejaculação é sinônimo de orgasmo? Sabemos que não. Não foi encontrado nenhum trabalho científico da O. M. S. estabelecendo a padronização de um tempo entre a obtenção da ereção, sua sustentação (penetrado ou não) e o orgasmo.

Os achados significativos que sugerem mudanças de abordagem são:

- 98% dos pacientes não se preocupam com o critério tempo entre a obtenção da ereção, e sua sustentação até a obtenção do orgasmo, na prática da masturbação solitária;
- 86% não cogita ou avalia o fator tempo de sustentação de ereção antes da penetração;
- na prática oral, 100% foram unânimes em apresentar total despreocupação com o tempo entre o aparecimento da ereção até o orgasmo.
- 87% valorizam a prática intravaginal a representante do “possuir e ser possuída” portanto da sua virilidade (conceito de falo), sendo que 67% consideram importante e importantíssimo.

Finalizando, mesmo depois da parceira já ter obtido o orgasmo nas práticas preliminares, 82% ainda se preocupam com o tempo de sustentação penetrados. O homem contemporâneo deve ser orientado a entender que o orgasmo feminino ocorre com mais frequência e rapidez através de estimulação do clitóris, o que significa dizer que a mulher não precisa, obrigatoriamente, ser penetrada pelo pênis para atingir o orgasmo ou sentir prazer. Também devem saber que há muitas mulheres que só assim têm orgasmo e isto não se trata de distúrbio. Ela valorize ser

fisicamente penetrada, mas valoriza muito mais ser penetrada afetiva e emocionalmente.

Os urologistas, profissionais de saúde, psicanalistas e sexólogos devem repensar e tentar ajudar os pacientes a trocar seus padrões sexuais inadequados, demonstrando-lhes que os tabus e os conceitos educacionais ultrapassados só servem para trazer problemas, adoecendo-os, psíquica e fisicamente. É preciso ter coragem para implantar novos conceitos e paradigmas. No exercício da sexualidade, é importante que os profissionais da área ensinem o paciente a dispor de liberdade para agir de maneira natural, autêntica e espontânea, livre de competições e comprometimentos com imagens de sucesso pré-fabricadas. Deve-se trabalhar e orientar este paciente a ter uma vida sexual sadia e prazerosa, portanto ele deve ir para o ato sexual despreocupado com o binômio imagem/desempenho, trocando a ansiedade e a preocupação quanto o tempo e a rigidez de sua ereção/ejaculação por uma postura espontânea e natural. Quanto aos critérios quantidade x qualidade do orgasmo, e também competições, o mais importante é orientá-lo à valorização da qualidade da relação em detrimento da quantidade, pois sexo não é gincana. Esclarecer-lhe que quanto mais diversificada as formas de dar e receber prazer, mais rico e gratificante será a relação para ambos. Para que isso seja atingido, é necessário que entre o par a comunicação seja a maior, melhor e honesta possível, desde as fantasias sexuais até as expectativas emocionais e comportamentais advindas do relacionamento sexual. Isto proverá mais encontros internos e externos, o que o fará sentir-se mais seguro, sadio, capacitando-o a sentir-se mais apto ao lidar com sua realidade. Uma relação sexual não deve ser um cenário de jogos de poder, com adversários bem treinados, que pretendem participar de uma competição para saber quem detém o melhor desempenho sexual. O casal deve objetivar a vontade de proporcionar prazer mútuo.

Muitos fatores contribuem para a dificuldade diagnóstica da disfunção erétil. A investigação torna-se mais ágil e fácil quando há uma abordagem multidisciplinar nas primeiras consultas ao urologista. A participação de um terapeuta sexual é essencial. Quanto mais rápido e eficaz o diagnóstico, o que só se dá com um questionário especificamente orientado, maiores as chances de bons resultados no tratamento.

Referências Bibliográficas

1. CHERMAN, S. *A força vital, o homem, a mulher e a virilidade*. Ed. Saraiva, São Paulo, 1996, cap. 4, p. 171.
2. SCHATZ-EILBERG, Howard. *O falo de Deus*. Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1995, cap.1 p. 17-24.
3. CHERMAN, S. *A força vital, a mulher, o homem e a virilidade*. Ed. Saraiva, São Paulo, 1996, cap. 4, p. 156
4. SCHWARTZ-EILBERG, Howard. *O falo de Deus*. Ed. Imago, Rio de Janeiro, cap. 2, p. 48-57.
5. CHERMAN, S. *Sexo x Afeto, o grande desafio*. Ed. Saraiva, São Paulo, 1994, cap. 2, p. 69-72.
6. CHERMAN, S. *Sexo x Afeto, o grande desafio*. Ed. Saraiva, 1994, São Paulo, cap. 5, p. 183-95.
7. CHERMAN, S. *A força vital, a mulher, o homem e a virilidade*. Ed. Saraiva, São Paulo, 1994, cap. 4, p. 134-180.