

Ejaculação Precoce: 2 Análise dos Resultados de Tratamento*

Walkiria Fernandes Moreira Silva¹

RESUMO

MOREIRA SILVA, W. F. Ejaculação Precoce: Análise dos Resultados de Tratamento. *R.B.S.H.* 3(1): 1992.

O objetivo do presente trabalho é o reconhecimento da prevalência da queixa de ejaculação precoce a suas características mais comuns, assim como as dificuldades encontradas no decorrer do tratamento.

De 160 homens com queixas sexuais, avaliados no consultório, após avaliação andrológica em 1990, 65 apresentaram a queixa de ejaculação precoce, sendo 40,07% do total. Desses pacientes, 70,76% apresentaram a ejaculação precoce primária e 58,46% como queixa principal. Apenas 18,46% dos pacientes concluíram o tratamento, sendo que 91,66% desses pacientes conseguiram resultados satisfatórios. Houve uma evasão de 85,54% dos pacientes.

SUMMARY

MOREIRA SILVA, W. F. Premature Ejaculation: Analysis of the Results of Treatment. *R.B.S.H.* 3(1): 1992.

The purpose of this essay is the acknowledgement of the majority number of complaints concerning premature ejaculation and its more common characteristics, as well as the obstacles found along the treatment.

Trabalho realizado em clínica psicológica privada da autora, apresentado no Simpósio de Impotência Sexual, Belo Horizonte, março, 1991 e com o tema livre no I Congresso Brasileiro de Importância Sexual, São Paulo, agosto de 1991.

1. Psicóloga clínica (CRP 04/5894); terapeuta sexual com o curso intensivo de terapia sexual (CITS) e em especialização em Sexualidade Humana pelo Centro de Estudos da Sexualidade Humana do Instituto H. Ellis.

Recebido em 2.9.91

Aprovado em 12.9.91

From 160 men with sexual complaints seen in office, after andrologic evaluation, in 1990, 65 made a complaint of premature ejaculation, totaling 40,07%. From these patients, 70,76% presented primary premature ejaculation and 58,46% presented it as their main complaint. Only 18,46% of patients concluded the treatment of which 91,66% reached satisfactory results. There was an evasion of 81,54% of patients.

INTRODUÇÃO

A ejaculação precoce ou prematura é de grande incidência no mundo ocidental, somente ultrapassada pela disfunção da ereção.

De acordo com Masters e Johnson (1985), o homem é ejaculador precoce quando não consegue controlar o processo ejaculatório por tempo suficiente de contenção intravaginal, de modo a satisfazer sua companheira, em pelo menos 50% dos atos sexuais. Segundo Kaplan (1977), é quando ele é incapaz de exercer controle voluntário sobre o seu reflexo ejaculatório, resultando em que, uma vez sexualmente excitado, atinja o orgasmo rapidamente.

No presente trabalho foi usado um misto das duas definições citadas. Considerando um homem como ejaculador precoce como sendo aquele que não consegue exercer um controle sobre a ejaculação, resultando que, uma vez excitado, atinja o orgasmo rapidamente, não satisfazendo sua companheira na maioria das relações sexuais.

De acordo com a experiência de atendimento em consultório, o paciente com a queixa de ejaculação precoce, leva muitos anos para procurar ajuda profissional. Contribui para isto o pouco questionamento que sofre de sua dificuldade, por parte de sua parceira sexual. Durante esse tempo, o paciente faz tentativas de exercer um controle ejaculatório e, normalmente, fracassa, devido à focalização mental neste objetivo, desviando o envolvimento erótico na relação.

Tal fato é acompanhado de tensão e ansiedade, o que facilita a precocidade da ejaculação.

Quanto maior é o tempo em que o homem vem tentando exercer tal controle sobre sua ejaculação, maior é o condicionamento da sua resposta sexual (ejaculação).

É comum a parceira do paciente com tal disfunção apresentar a dificuldade ou impossibilidade de chegar ao orgasmo. Caso seja uma parceira fixa, que está envolvida com o paciente durante vários anos com a presença da queixa, não é raro ela viver uma frustração e desmotivação para com o relacionamento em consequência de sua

insatisfação sexual. Tal fato se deve principalmente porque, normalmente, o homem com tal disfunção passa a ter receio de atingir um maior nível de excitação, e tornar ainda maior a dificuldade de conter a sua ejaculação. Sendo assim, quanto menos intensa for a fase preliminar do ato sexual e quanto menos intimidade erótica existir na relação, menos dificuldade ele terá. Isto também se deve ao fato de que, devido à grande ansiedade que ele vive, passa a ter sérias dificuldades de envolver-se na relação, tornando-a assim mais mecânica.

Dessa forma, é comum a panceira atribuir a esse homem um egoísmo de prazer na relação e, devido às hostilidades presentes no relacionamento afetivo-conjugal, afirmar que ele tem tal comportamento (de ter o orgasmo rápido sem dar tempo para que ela também o tenha), como algo proposital, para não proporcionar a ela satisfação.

Com o passar do tempo, muitas destas parceiras perdem o total interesse na relação, não se empenhando mais em querer melhorar o relacionamento, o que dificulta a sua participação no tratamento.

MÉTODO

Os dados foram obtidos através de análises das entrevistas psicológicas e/ou sessões no processo da terapia. Durante a fase da avaliação psicológica que antecede o tratamento foram feitas entrevistas individuais com cada membro do casal, daqueles homens que tinham parceiras e as quais compareceram ao consultório (tabela 1).

Após essas entrevistas foi feita outra entrevista com o casal. Com os homens que não tinham parceiras, conseqüentemente, as entrevistas foram individuais.

O estudo foi feito com um grupo de 65 pacientes com a queixa de ejaculação precoce.

Desse total, 52,30% eram casados, 23,08% solteiros com parceira fixa, 15,38% solteiros sem parceira fixa, e 9,24% separados, com outra relação.

Com relação ao nível de escolaridade, a maior freqüência entre homens avaliados foi de 38,46% com 3º grau completo (superior) e a menor freqüência foi de 3,08% tendo o 2º grau incompleto.

Em relação à escolaridade das parceiras, a freqüência maior foi de 32,66% com 2º grau completo e a menor de 2,05% com 1º grau incompleto. A participação das parceiras, na avaliação e na terapia, encontra-se referida na tabela 1 e a variação das idades dos pacientes e de suas parceiras encontra-se na tabela 2.

Houve alegação de diminuição da libido em 64,62% dos pacientes e uma não alteração da mesma em 35,38% deles.

Tabela 1 – Referência da participação da parceira na avaliação psicológica e terapia proposta (sexual ou conjugal).

Participação da parceira	Sim	Não
Na avaliação	28 (50,91%)	14 (25,45%)
Na terapia	16 (29,09%)	08 (14,54%)
Não foram convocadas		13 (23,64%)

Tabela 2 – Referência da variação das idades dos pacientes com a queixa de ejaculação precoce e de suas parceiras.

Variação das Idades	
Pacientes	19 aos 67 anos
Parceiras	17 aos 61 anos

RESULTADOS

Sabemos que a ejaculação precoce pode ser classificada como primária ou secundária.

Na sua forma primária encontram-se os pacientes que observaram a ocorrência de ejaculação rápida desde as suas primeiras relações sexuais, sendo que na forma secundária encontram-se os pacientes que perderam o controle ejaculatório depois de um período de funcionamento sexual eficaz.

A ejaculação precoce ocorreu em 58,64% dos pacientes como queixa principal, ou seja, considerada a queixa mais importante e que causa maior ansiedade e preocupação aos pacientes. Sendo desta forma ela pode ser considerada queixa única ou pode vir acompanhada de uma segunda queixa, a qual chamamos de queixa secundária. Neste estudo, nos pacientes considerados com a ejaculação precoce como queixa principal (58,46%) estão incluídos também os pacientes que apresentaram a ejaculação precoce como queixa única, ou seja, 15,58% desses pacientes.

Tabela 3 – Qualificação da queixa de ejaculação precoce.

Qualificação da queixa	Pacientes	
	Nº	%
Ejaculação precoce primária	46	70,76
Ejaculação precoce secundária	19	29,24
Total	65	100,00

Tabela 4 – Referência dos tipos de apresentação da queixa de ejaculação precoce.

Ejaculação precoce	
Queixa principal	38 (58,46%)
Queixa secundária	27 (41,54%)
Queixa única	10 (15,38%)

Os pacientes que apresentaram a disfunção da ejaculação como queixa principal, apresentaram como segunda queixa a disfunção erétil. Aqueles que apresentaram a disfunção da ejaculação como segunda queixa, apresentaram a disfunção erétil como a queixa principal ou mais importante. Todos esses fatos são mostrados nas tabelas 3 e 4.

A forma em que a ejaculação precoce ocorreu variou muito. Em alguns pacientes ela ocorreu na fase preliminar do ato sexual, em outros, na tentativa de se fazer a penetração e em outros ainda logo após a penetração. Com alguma frequência foram encontradas as três formas no mesmo paciente, em determinadas relações.

Com relação ao tipo de terapia proposta para auxiliar o controle ejaculatório, foi sugerida para 38,46% dos pacientes a psicoterapia breve individual, para 30,77% a terapia sexual, para 6,15% a terapia conjugal e para 24,62% não chegou a ser sugerido nenhum tipo de auxílio porque os pacientes não chegaram a concluir a fase de avaliação. A tabela 5 nos mostra os tipos de psicoterapia proposta aos pacientes com a queixa de ejaculação precoce. E a tabela 6 nos mostra o índice de pacientes, no total, englobando os vários tipos de propostas terapêuticas, que caminharam no processo. Alguns concluíram o trabalho, outros apresentaram um índice de evasão, outros

Tabela 5 – Tipos de psicoterapias propostas aos pacientes com queixas de ejaculação precoce.

Tipo de psicoterapia proposta	Pacientes	
	Nº	%
Psicoterapia breve individual	25	38,46
Terapia sexual	20	30,77
Terapia conjugal	04	6,15
Sem informação	16	24,62
Totais	65	100,00

Tabela 6 – Tipos de psicoterapias propostas aos pacientes com queixa de ejaculação precoce e conclusão das mesmas.

Terapia proposta	Concluíram	Não concluíram	Não iniciaram
Psicoterapia breve individual	04	09	12
Terapia sexual	06	10	04
Terapia conjugal	02	01	01
Sem informação (interrupção da avaliação)			16
Totais	12	20	33

ainda não chegaram a iniciar a terapia proposta, sendo que uma parte desses nem chegou a concluir a fase de avaliação.

Os critérios usados para indicação dos tipos de terapia foram os seguintes:

Para a psicoterapia breve individual foram indicados aqueles pacientes que apresentaram conflitos intrapsíquicos ligados à queixa sexual, ou que não tinham uma parceira fixa, ou ainda para aqueles que a parceira não apresentou disponibilidade para participar de outro tipo de terapia com o paciente. Deve-se levar em conta a aptidão desses pacientes para a introspecção a conhecimento de sua vida emocional.

A Terapia Sexual foi indicada para aqueles pacientes que apresentaram uma organização psicológica rigidamente defensiva, com dificuldades de reconhecer seus conflitos, reações e respostas emocionais, com resistências à psicoterapia, e que puderam contar com a participação da parceira. A terapia conjugal foi proposta aos casais com maior comprometimento do relacionamento afetivo.

A decisão final na escolha da terapia deve ser em função da avaliação global de tais fatores, no indivíduo em particular.

Foi verificado que houve uma porcentagem considerável de evasão (81,54%). Para procurar as causas de tal fato, foi enviado a tais pacientes um questionário contendo seis perguntas fechadas com espaço para alguma observação. Foram recebidos 30,18% dos questionários para computação das respostas dos pacientes. As causas da interrupção da avaliação ou tratamento são mostradas na tabela 7.

Tabela 7 – Causas da evasão do tratamento alegados pelos pacientes com queixa de ejaculação precoce, em resposta aos questionários enviados. Dos 53 questionários enviados, foram obtidas apenas 15 respostas.

Motivos financeiros	4 (26,66%)
Recusaram tratamento psicológico	2 (13,34%)
Obtiveram melhora com tratamento parcial	9 (60,00%)
Total	15 (30,18%)

Apenas 18,46% do total dos pacientes que compareceram ao consultório com a queixa de ejaculação precoce concluíram o tratamento, representando doze pacientes. Foi enviado para esses pacientes um questionário com o objetivo de saber como estava a vida sexual deles em relação ao controle ejaculatório obtido com a terapia. As respostas são apresentadas na tabela 8.

Tabela 8 – Referência dos resultados obtidos com a conclusão do tratamento proposto para a ejaculação precoce.

Melhoraram	11 (91,66%)
Não evoluíram	1 (8,33%)
Pioraram	—
Total	12 (100,00%)

CONCLUSÕES

Com relação à participação da parceira na avaliação (50,91 %) pode-se concluir que:

- Os pacientes não acharam necessária a participação delas alegando ser a queixa sexual um problema exclusivo deles. Com isto, não passaram a elas, a convocação.

- As parceiras receberam a comunicação verbal, mas se recusaram a vir, alegando não ter responsabilidade sobre a queixa do paciente. (Justificativa dada pelo paciente.)

No que diz respeito à libido, foi relatada uma diminuição em 64,6296 dos pacientes. O fato parece ter acontecido em consequência do medo do fracasso, ou seja, parece ter havido uma evitação das relações sexuais pelo receio de serem novamente insatisfatórias e frustrantes ao invés de uma real diminuição do desejo. Parece também ter sido consequência do desgaste com o relacionamento geral do casal.

A maioria dos pacientes (84,62%) apresentaram duas queixas sexuais: disfunção erétil e ejaculação precoce, o que nos leva a deduzir que, com o passar do tempo, vivendo o papel de espectador ao desempenho sexual, diminui o envolvimento erótico do paciente no ato sexual, levando-o a um comprometimento erétil ou baixa percepção do limiar de excitação, causando a precocidade da ejaculação, ou seja, a disfunção erétil, com o passar do tempo pode levar o paciente à ejaculação precoce e vice-versa.

Na averiguação das causas de interrupção do tratamento grande quantidade dos pacientes (60,00%) alegou que no decorrer do tratamento, começaram a sentir uma melhora no controle ejaculatório, o que proporcionou uma melhor satisfação na vida afetiva-sexual com a parceira.

Em consequência disto, o casal resolveu continuar por conta própria, não sentindo mais necessidade de auxílio profissional (alegação dos pacientes). Tal fato nos leva a um índice de 18,46% de pacientes que chegaram a concluir o tratamento proposto. De acordo com a tabela 8, 91,66% desses pacientes alegaram em resposta ao questionário enviado, uma melhora no controle ejaculatório em consequência da terapia e 8,33%, ou seja, um paciente alegou não ter notado nenhuma evolução na sua resposta sexual. Isto nos leva a deduzir que, embora não se tenha conseguido um alto nível de adesão ao tratamento proposto, o resultado do tratamento foi bastante positivo (91,66%).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DE WALD. *Psicoterapia - Uma Abordagem Dinâmica*. Porto Alegre, Editoras Artes Médicas, 1981.
2. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEAD, P. Ejaculação Prematura: Incidência e Implicações na Disfunção Erétil. *Sexus* 1(2):22-4, 1989.
3. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1977.
4. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana*. São Paulo, Editora Roca, 1985.