

# EJACULAÇÃO PREMATURA

2011

## **Filipa Oliveira**

Licenciada em Psicologia pela Universidade do Algarve  
Mestre em Psicologia Forense pela Universidade de Aveiro

## **Sílvia Dias**

Licenciada em Sociologia pelo Instituto Piaget – Campus Académico de Mirandela  
Mestre em Psicologia Forense pela Universidade de Aveiro

## **Sónia Neves**

Licenciada em Educação Social pela Escola Superior de Educação de Viseu  
Mestre em Psicologia Forense pela Universidade de Aveiro

## **Sónia Saldanha**

Licenciada em Psicologia pelo ISEIT em Viseu  
Mestre em Psicologia Forense pela Universidade de Aveiro

Email:

[filipa.oliveira87@gmail.com](mailto:filipa.oliveira87@gmail.com)

---

## RESUMO

A ejaculação prematura é definida como sendo “*a persistente ou recorrente ejaculação com estimulação sexual mínima, antes, durante ou logo após a penetração e antes que o sujeito o deseje, causando malestar acentuado ou dificuldades interpessoais*” (APA, 2000, p.552).

A presente investigação tem como objectivo perceber o quão a ejaculação prematura está inerente à idade, assim como o estado civil e as habilitações literárias se relacionam com esta. Ainda assim, pretendemos compreender em que medida esta disfunção afecta a atividade e a satisfação sexual, bem como o desenvolvimento de quadros psicopatológicos (ansiedade e depressão).

Neste sentido, tentámos relacionar a ejaculação prematura com a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a frequência da atividade sexual, o grau de satisfação sexual e a predisposição para desenvolver quadros de ansiedade e depressão. Para tal utilizamos uma amostra constituída por 142 homens, com idades compreendidas entre os 18 e 76 anos de idade. Esta amostra foi dividida em dois grupos, grupo com queixas de ejaculação prematura, constituído por 18 indivíduos e grupo sem queixas de ejaculação prematura representado por 116 sujeitos.

De acordo com os resultados obtidos, concluímos que no que toca à idade, os sujeitos pertencentes ao grupo com queixas de EP apresentam uma média de idades inferior à do grupo sem queixas, no entanto esta diferença não foi significativa. Já em relação em estado civil, os resultados mostram que os sujeitos com queixas de EP são maioritariamente solteiros enquanto os sujeitos que não apresentam queixas são na sua maioria casados e esta disparidade mostra-se significativa. Quanto às habilitações literárias, os resultados não são significativos para os grupos.

No que respeita à frequência da atividade sexual e ao grau de satisfação sexual, o grupo de homens sem queixas de ejaculação prematura apresenta uma frequência de atividade sexual significativamente superior ao grupo com queixas e o grau de satisfação sexual em sujeitos com queixas de EP é inferior ao grupo sem queixas de EP, sendo esta diferença bastante significativa.

Relativamente ao quadro clínico (ansiedade e depressão) verificámos que não existem diferenças significativas.

**Palavras-chave:** ejaculação prematura, idade, estado civil, habilitações literárias, atividade sexual, satisfação sexual, ansiedade, depressão

---

## INTRODUÇÃO

### Caracterização da Ejaculação Prematura

Do ponto de vista prático, o que é entendido por ejaculação prematura (EP) é claro, no entanto, do ponto de vista científico ainda é algo indefinido, ou por outro lado contém uma multiplicidade de definições.

Alguns autores defendem que este facto não deveria ser considerado disfunção, uma vez que é “naturalmente” presente em muitas espécies animais e tem pouco ou nenhum impacto na sobrevivência e seleção das espécies (La Pera & Gentile, 2000; cit. por Piediferro, Colpi, Castiglioni, & Nerva, 2004).

Numa perspectiva histórica, Masters e Johnson (Masters & Johnson, 1970; cit. por Carson & Gunn, 2006) definiram EP como sendo a incapacidade de um homem retardar a ejaculação no tempo necessário para o seu parceiro atingir o orgasmo em 50% das relações sexuais. No entanto, esta definição sofreu algumas críticas.

Actualmente é definida, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2000, p. 552), como sendo um “persistente ou

recorrente início do orgasmo e ejaculação com estimulação mínima, antes, durante ou imediatamente após a penetração e antes que a pessoa o deseje”.

Todavia, Rowland, Cooper e Schneider (2001), defendem que o tempo de latência ejaculatório recomendado para o diagnóstico de EP varia entre 1-2 minutos, todavia, não existe um padrão de tempo amplamente aceite para a latência ejaculatória “normal”.

Além desta definição cientificamente aceite, Grenier e Byers (2001) realizaram um estudo em que procuravam perceber como os homens com EP identificavam e definiam a sua condição e concluíram que, nas experiências sexuais dos indivíduos, a ejaculação ocorreu mais cedo que o desejado, existiu um baixo grau de percepção de controlo sobre a ocorrência da ejaculação e um elevado nível de preocupação com o facto de ejacular mais cedo.

Uma vez considerada uma condição essencialmente de natureza psicológica, muitos têm reconhecido e sugerido vários subtipos de EP.

Por um lado, esta disfunção pode ser primária (ao longo da vida), quando ocorre desde que se iniciou a vida sexual, ou secundária (adquirida), quando surge após um período de funcionamento sexual normal. Por outro, dependendo do contexto em que a disfunção ocorre, esta poderá ser do tipo generalizado, quando não se limita a certos padrões de estimulação, situações ou parceiros, ou situacional, quando, em controvérsia com o anterior, se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros (APA, 2000).

Ainda assim e no intuito de indicar os fatores etiológicos associados à EP, esta pode ter implícitos fatores psicológicos, tendo subjacente, exclusivamente, fatores psicológicos com um papel relevante no início, gravidade ou manutenção da disfunção ou, por outro lado, fatores combinados, ou seja, fatores psicológicos que contribuem no desenvolvimento da disfunção e ainda a influência do estado físico geral ou a utilização de substâncias para a compreensão da mesma (APA, 2000).

Neste sentido, o simples diagnóstico de EP, sem qualquer especificação, será pouco para orientar o clínico ao longo de uma linha de gestão adequada. A categorização de um diagnóstico de EP (primária ou secundária, generalizada ou situacional e secundário a fatores psicológicos ou secundário a fatores combinados) deve ser procurada a fim de alcançar eficácia nos resultados clínicos e de investigações que estejam relacionadas (APA, 2000; Carson & Gunn, 2006).

### **Definição de Ejaculação Prematura segundo DSM-IV-TR**

Segundo o DSM-IV-TR, tal como referido anteriormente, a EP consiste no “persistente ou recorrente início do orgasmo com estimulação sexual mínima, antes, durante ou imediatamente após a penetração e antes que a pessoa o deseje” (p.552). No intuito de avaliar este comportamento, o clínico terá de ponderar determinados fatores que afectam a duração da fase de

excitação, sendo eles a idade, a sua experiência sexual geral, a novidade do parceiro e a atividade sexual recente (APA, 2000).

Não obstante, para que esta disfunção seja diagnosticada tem de causar malestar ou dificuldade interpessoal ao sujeito e ter em consideração que a mesma não se deve unicamente aos efeitos directos da utilização de uma substância (APA, 2000).

### **Considerações para uma definição de Ejaculação Prematura no DSM-V**

Na 4ª edição do DSM a definição de EP tem sido criticada por vários motivos, nomeadamente, não existir precisão nos critérios e o diagnóstico ser altamente dependente dos critérios do médico (Balon, Segraves & Clayton, 2007; cit. por Segraves, 2010).

Talvez a crítica mais séria da definição de EP no DSM-IV-TR é a ausência de critérios claros ou uma definição de objectivos operacionais. Por exemplo, o critério de "ejaculação antes, durante ou logo após a penetração vaginal" é subjectiva e tem sido diferentemente interpretada por diversos investigadores. Alguns têm definido EP como a ejaculação que ocorre dentro de 1 minuto após penetração, ao passo que outros definem-na como a ejaculação que ocorre dentro de 7 minutos (McMahon et al., 2008; cit. por Segraves, 2010).

Devido à divergência existente entre estudos, Segraves (2010) defende que se considerasse como sendo 1 minuto o tempo de latência ejaculatório recomendado para definir EP. No entanto, surgem problemas associados a esta questão, nomeadamente o facto de só existirem dados relativos à latência ejaculatória intravaginal, a maioria dos dados terem um maior interesse pela EP primária, e não existirem dados disponíveis para o diagnóstico de EP em homossexuais.

Uma das vantagens de um limite de tempo específico para o diagnóstico de PE é que os homens com excesso de expectativas, mas com latência ejaculatória normativa seriam excluídos desse diagnóstico (Segraves, 2010).

Outra dificuldade na definição de EP é quanto tempo o sintoma deve persistir até que ele atinja os critérios de diagnóstico (Segraves, 2010).

Estudos realizados sugerem que se use um critério de 6 meses que possa restringir o diagnóstico para homens com problemas persistentes. Porém, além disso, é preciso especificar a frequência com que esta disfunção ocorre. Estudos neste âmbito têm sido mínimos, no entanto é claro que a dificuldade seja frequente a fim de ser considerado uma disfunção, assim um padrão mínimo seria designar a ejaculação como rápida em pelo menos 75% das circunstâncias antes do diagnóstico de EP ser feito (Segraves, 2010).

Segundo os estudos realizados, sugere-se portanto que a EP no DSM-V se designe como um padrão repetitivo de ejaculação que ocorra dentro de, aproximadamente, 60 segundos em 75% das ocasiões e que esta problemática esteja presente por pelo menos 6 meses. Ainda neste seguimento, devidos aos resultados inconclusivos em relação aos fatores como a idade e a novidade do parceiro sexual, recomenda-se que o diagnóstico exclua estas condições. Já a

designação de EP primária ou secundária deverá permanecer no DSM-V, pois tem sido amplamente utilizada e a sua utilidade clínica é evidente (Segraves, 2010).

### **Prevalência da Ejaculação Prematura**

Masters e Johnson (1970; cit. por Ros, Teloken, Tannhauser & Souto, 2001) relatam que a EP é a disfunção sexual mais frequente no sexo masculino, acreditando que entre 25 a 40% dos homens apresentam algum grau desta disfunção.

Das disfunções sexuais, a EP é aquela que se manifesta em indivíduos de sexo masculino mais jovens (Carson & Gunn, 2006), sendo mais comum em homens com idades compreendidas entre 20 a 40 anos (Godínez, 2010).

Embora os dados sobre a prevalência de EP de acordo com idade sejam limitados, há uma crença generalizada de que a prevalência de EP diminui com o aumento da idade (Althof, 2006). Dados de pesquisas de 2004 com mais de 11.500 homens nos Estados Unidos, Alemanha e na Itália mostraram que a prevalência de autorrelato de EP foi constante em todos os grupos na faixa etária 18-70 (Porst, 2004; cit. por Althof, 2006).

Catalan e col. (1992), num estudo realizado em Inglaterra com 37 homens com idade média de 37 anos, recrutados de uma clínica de hemofilia, concluíram que 30% destes tinha EP. Também em Inglaterra, Goldmeier e col. (1997) demonstraram que 22% dos 106 homens com idades compreendidas entre os 16 e os 78 anos, ejaculava prematuramente (cit. por Nobre, 2006).

Em França, num estudo epidemiológico que envolveu mais de 20.000 homens entre os 18 e os 69 anos, foi detectada a prevalência de 41% de EP (Béjin, Colomby, Spira, Jardin, & Bictre, 1998).

Apesar de ser considerada a disfunção sexual com maior prevalência, é relativamente pequeno o número de pacientes que procuram tratamento para esta disfunção (Rosen, 1997; cit. por Ros et al., 2001).

Carson & Gunn (2006) referem que a prevalência de EP não parece variar de acordo com o estado civil. Dos diversos estudos de Laumann et al. (1994, 1999, 2005), estes não demonstram prevalência diferencial entre homens com EP e o facto de estes serem casados, solteiros, divorciados ou viúvos (cit por. Carson & Gunn, 2006). Estes resultados são um pouco surpreendentes uma vez que a EP, é referenciada por diversos autores como estando relacionada com a novidade da experiência sexual.

Um estudo efectuado por Althof (2006) a homens que referiam queixas de EP, revelou que metade dos homens solteiros ou sem relações tentam evitar relacionamentos ou apresentam relutância para estabelecer novas relações.

Já em relação às habilitações literárias, um estudo desenvolvido por Laumann e col. (1999; cit. por Nobre, 2006) indica que existe uma tendência significativa para diminuição da prevalência da EP em função do nível de habilitações literárias.

Segundo Carson & Gunn (2006), existem evidências que sugerem uma associação negativa entre o nível de educação e EP, ou seja, homens com EP têm menor grau de habilitações literárias.

Esta elevada prevalência de EP em homens com menor escolaridade pode ser explicada pela suposição razoável que o estado de saúde é de certa forma, uma função da própria situação educacional, indivíduos com maior escolaridade são susceptíveis de uma melhor qualidade de vida, incluindo melhores estados emocionais e físicos e, portanto, menos provável a experienciar EP (Laumann, Paik & Rosen, 1999).

### **Comorbilidade e Etiologia da Ejaculação Prematura**

A EP tem vindo a ser associada a uma gama de efeitos psicológicos negativos, incluindo ansiedade, depressão e angústia, quer no homem, quer na sua parceira (Rowland et al., 2004). O sofrimento interpessoal resultante da EP pode afectar a qualidade de vida dos homens, as suas relações com os parceiros, a sua autoestima e autoconfiança.

Ainda assim, Moore e Golstein (1980; cit. por Symonds, Roblin & Hart, 2003) demonstraram que a insatisfação com a vida sexual é maior em homens com EP, comparativamente com aqueles que têm dificuldades de erecção.

Homens com EP têm um decréscimo na satisfação sexual, apresentando um importante contributo para a qualidade de vida em geral (Hellstrom & Heintz, 2006; Dorsey & Hellstrom, 2010).

Num estudo efectuado por Patrick, Althof e Pryor (2005; cit por. Hellstrom & Heintz, 2006) com 88,4% de homens diagnosticados com EP, de acordo com o DSM-IV-TR, 31,3% destes homens referenciavam muito baixa ou baixa satisfação sexual.

Quanto à frequência com que ocorre atividade sexual, estudos defendem que quando a EP surge depois de um funcionamento sexual adequado, o contexto é reiteradamente uma diminuição desta frequência. Da mesma forma, a intensa ansiedade de desempenho com a novidade do parceiro assim como a perda do controlo da ejaculação relacionada com a dificuldade de atingir ou manter a erecção, são comportamentos que emergem associados a esta problemática (APA, 2000).

No que concerne à psicopatologia, existem diversos estudos que relacionam esta com as disfunções sexuais. Num estudo de Derogatis e Meyer (1979) foram encontrados sujeitos com disfunções sexuais que inicialmente apresentavam sintomas depressivos, ansiosos e de

sensibilidade interpessoal. Em 1981, Derogatis, Meyer e King concluíram que as disfunções sexuais, quer nos homens, quer nas mulheres, estão relacionadas com o stress psicológico (cit. por Costa, 2009).

De acordo com Porst, Montorsi, Rosen, Gayno, Grupe e Alexander (2007) e Riley & Riley (2005), a EP pode estar associada a outras disfunções sexuais. Consideram assim importante ter-se em conta a relação com outras disfunções sexuais, satisfação sexual e autoestima, na avaliação da EP.

Masters e Johnson (1970; cit. por Ros et al., 2001) demonstraram que uma componente da aprendizagem estaria intimamente ligada à EP e também que os homens se condicionariam a uma rápida e fácil ejaculação, estabelecendo esse padrão de comportamento sexual para o resto da vida. A ansiedade também é apontada como sendo causadora da EP, logo o condicionamento não pode ser hipótese única para a queixa. Já Kaplan (2001) acredita que a ansiedade é o problema básico desta disfunção.

Com base no facto da EP ter sido associada diversas vezes a um aumento de ansiedade, sendo mencionada como uma razão ou consequência, mais frequentemente uma combinação das duas, Symonds, Roblin, Hart e Althof (2003), ficaram surpresos, quando apenas 36% dos entrevistados com EP mencionou um sentimento de ansiedade relacionado com esta disfunção. Já Montorsi (2005) refere que a ansiedade desempenha um importante papel na EP, tendo sido descrita pelos pacientes, diversas vezes como coexistente com EP.

No que concerne à etiologia, existem autores que indicam a hipersensibilidade à estimulação do pénis como causa principal (Assalian, 1988; Damrav, 1963; cit. por Nobre, 2006).

Ainda assim, há autores que mencionam a ignorância relativamente à fisiologia da resposta sexual, expectativas de desempenho irrealistas, fracas aptidões sexuais ou história de masturbação e ansiedade, como alguns dos fatores psicossociais que estão na origem da EP (Wincze & Carey, 2001; cit. por Nobre, 2006).

Por outro lado, quanto aos fatores orgânicos, Abarbanel (1978; cit. por Nobre, 2006), sugeriu que estes fossem divididos em três categorias: anatómicos, patológicos e iatrogénicos. Como exemplo de fatores anatómicos destacam-se as malformações genitais congénitas que contribuem para a dor durante a penetração. Os fatores patológicos podem abarcar infecções urinárias, doenças inflamatórias da pélvis, tumores pélvicos. As intervenções cirúrgicas dos órgãos genitais e reprodutivos são exemplos de fatores iatrogénicos.

Os fatores de carácter psicossocial mais apontados são as respostas emocionais de ansiedade e medo, crenças baseadas em princípios religiosos, baixa autoestima e imagem corporal, histórias de abuso sexual e dificuldades de relacionamento interpessoal.

Como referido anteriormente, são várias as causas que alteram a resposta sexual do indivíduo, fatores biológicos, fitopatológicos, bioquímicos e psicológicos. Ao nível da dimensão psicológica, a personalidade e os transtornos a ela associados, influenciam o desempenho sexual e o desenvolvimento de disfunções. Na EP a ansiedade, insegurança, medo de fracasso, depressão, stress, cansaço e problemas com a parceira, podem estar associados a esta disfunção sexual, interferindo no controlo do reflexo ejaculatório (Salinas, 2007).

### **Modelos explicativos da Ejaculação Prematura**

Ao longo do tempo, vários clínicos e terapeutas, tem notado os efeitos negativos da EP na autoestima de vários homens, na intimidade, na dinâmica das relações com os parceiros e outras relações.

Homens com EP demonstram várias consequências negativas, tais como afectos negativos associados às relações sexuais, sentimentos intensos de vergonha, culpa, preocupação, tensão e medo de fracasso. Uma vez que a satisfação do parceiro, desempenha nesta disfunção sexual, um papel mais importante que nas outras disfunções sexuais masculinas, não é de surpreender que um malestar na relação seja referenciado como a segunda consequência mais prejudicial desta disfunção sexual (Rowland, Patrick, Rothman & Gagnon, 2007).

Uma elevada percentagem dos casos de EP é provocada por dificuldades psicológicas temporárias, tais como, depressão reactiva, timidez sexual, pressão por desempenho sexual, problemas profissionais e financeiros, problemas anteriores com a erecção durante acontecimentos importantes da vida, como troca de parceiro após uma separação ou períodos de stress.

Semans (1950), Masters e Johnson (1960) e Kaplan (1970) descreviam a EP como um comportamento aprendido e/ou uma resposta condicionada que resultava de experiências sexuais iniciais apressadas e geralmente associadas a ansiedade. Problemas relacionais e outros eventos psicossociais e stressores podem de igual modo contribuir como uma causa possível para a EP e devem ser considerados (cit. por Perelman, 2006).

Autores como Freud (1895), Ferenczi (1908) e Breuer (1895) entre outros, tratam da questão da EP, como uma difícil questão para tratamento psicológico, colocando como causa, entre outras coisas, a dificuldade que pacientes desta ordem demonstram no contacto com o outro, não só sexualmente, mas em todas as suas relações (cit. por Tamborini, 2005).

Freud defendia que o indivíduo com EP tinha sentimentos sádicos, contudo inconscientes para com as mulheres. O propósito do subconsciente do indivíduo seria “sujar” e privar a companheira de prazer. A origem deste conflito encontra-se num determinado ponto do desenvolvimento sexual pré genital, sobretudo na fase infantil de erotismo uretral (etapa na qual a criança quer e não aprende a controlar o desejo de urinar de forma a agradar á mãe). A

ambivalência infantil que não foi superada, manifesta-se na EP, servindo dois propósitos: causar preocupação e decepção na companheira (Rodríguez, 1976; cit. por Godínez, 2010).

Correntes psicanalíticas defendem que o indivíduo com EP encontra-se numa posição narcísica, direccionado a sua libido para o seu próprio corpo, não estabelecendo relação com o mundo externo e, conseqüentemente, mantendo uma falta de vínculo (Tamborini, 2005).

Para Masters e Johnson (1970; cit. por Marques, Chedid & Elzerik 2008) as disfunções sexuais estariam enquadradas no ciclo de resposta sexual. Neste sentido, descreveram o “ciclo de resposta sexual completo”, subdividindo-o em quatro fases:

- 1) Excitação: estimulação psicológica e/ou fisiológica para o acto, tendo uma duração de minutos a horas. Corresponde à lubrificação vaginal na mulher e à erecção peniana no homem. Caracteriza-se basicamente por dois fenómenos, a vasocongestão e a miotonia (distúrbio de contração muscular), culminando na formação da plataforma orgástica;
- 2) Plateau (Planalto): excitação contínua, que se prolonga de 30 segundos a vários minutos;
- 3) Orgasmo: descarga de imenso prazer, representada no homem pela ejaculação peniana;
- 4) Resolução: estado subjectivo de bemestar que se segue ao orgasmo, no qual predomina o relaxamento muscular, a fadiga e até um certo torpor. Tem duração de minutos a horas. Nos homens, caracteriza-se por um período refractário no qual o organismo necessita estar em repouso, não aceitando mais de estimulação.

Estes autores refutaram a definição de EP enquanto duração da ejaculação do homem. Insistiam numa definição em termos da resposta da parceira sexual, ou seja, a incapacidade do homem em inibir a ejaculação o tempo suficiente para o parceiro atingir o orgasmo, em metade das tentativas de relações sexuais (Silva, 2002; Waldinger, 2004).

Estando estes sujeitos condicionados a uma fácil e rápida ejaculação, Masters & Johnson (1970; cit. Silva & Maia 2008) demonstraram que a ansiedade era a principal causa da EP,

No seguimento do ciclo de resposta sexual de Masters e Johnson, Kaplan (1977; cit. por Silva & Maia, 2008) introduz a fase de desejo que corresponderia à vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial (audição, visão, olfacto etc.) ou da memória de vivências eróticas e de fantasias.

Desta forma, Kaplan (1974,1979; cit. por Nobre, 2006) apresenta assim um modelo de resposta sexual humana composto por três fases:

- 1) Desejo: experiência de sensações específicas que motivam o sujeito a iniciar ou responder a um estímulo sexual;

- 2) Excitação: vasocongestão genital reflexa em ambos os sexos, que provoca erecção do pénis no homem, lubrificação vaginal, intumescimento dos pequenos lábios e do clítoris, e erecção dos mamilos;
- 3) Orgasmo: contracção reflexa dos músculos pélvicos, que estão na base do orgasmo de ambos os sexos.

Para esta autora o homem experimenta a ansiedade quando atinge elevados níveis de excitação erótica (fase de excitação), sendo esta a que provoca o orgasmo involuntário (Silva & Maia, 2008).

Face aos dados científicos encontrados, que referenciam a EP como a disfunção sexual que se manifesta em indivíduos do sexo masculino mais jovens, com elevada prevalência em homens com menor escolaridade, geradora de um decréscimo na atividade e na satisfação sexual e associada a fatores como ansiedade e depressão, e o facto de haver alguns autores que referem não existir relação entre a prevalência de EP e o estado civil, e outros indicarem que homens com EP tentam evitar relacionamentos ou apresentam relutância para estabelecer novas relações, a presente investigação tem como objectivo perceber o quão a ejaculação prematura está inerente à idade, assim como o estado civil e as habilitações literárias se relacionam com esta. Ainda assim, pretendemos compreender em que medida esta disfunção afecta a atividade e a satisfação sexual, bem como o desenvolvimento de quadros psicopatológicos (ansiedade e depressão).

Nesse sentido formularam-se o seguinte conjunto de hipóteses:

- H1) Homens mais novos apresentam mais queixas de ejaculação prematura;
- H2) Homens solteiros manifestam maior frequência de queixas de ejaculação prematura;
- H3) Homens com maior grau académico apresentam menos queixas de ejaculação prematura;
- H4) Homens com queixas de ejaculação prematura têm menor atividade sexual;
- H5) Homens com queixas de ejaculação prematura têm um menor grau de satisfação sexual;
- H6) Homens com queixas de ejaculação prematura apresentam uma maior predisposição para desenvolver quadros de ansiedade e depressão.

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

A amostra desta investigação é de conveniência, visto que os participantes foram selecionados tendo por base uma tabela dos participantes em função da idade e das habilitações literárias.

A amostra é constituída por 142 homens, com idades compreendidas entre os 18 e 76 anos de idade ( $M=39,85$ ;  $DP= 15,18$ ).

Relativamente à escolaridade verificou-se que a maioria dos participantes (30,3%) tem habilitações superiores (mais de 15 anos), no entanto a média encontra-se entre os 10 a 12 anos de escolaridade. Quanto ao estado civil, a maioria dos homens inquiridos são casados (53,5%).

### **Procedimento**

Para a realização deste estudo foi usado um questionário autoavaliativo, aplicado a uma amostra de conveniência, à qual foram explicados os objectivos do estudo e esclarecidas possíveis dúvidas. Do mesmo modo, a confidencialidade e anonimato dos dados foram totalmente assegurados (depois de preenchido o questionário foi colocado em envelope selado), sendo também facultado um formulário de consentimento informado assinado pelo investigador, no qual o participante colocou a sua assinatura como forma de aceitação da investigação.

O conjunto de questionários distribuídos a cada sujeito engloba um questionário introdutório (Nobre, 2006) de variáveis sociodemográficas e um questionário do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF; Rosen et al., 1997; tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002).

### **Instrumentos**

#### **Questionário introdutório**

O questionário introdutório (Nobre, 2006) pretende avaliar um vasto conjunto de variáveis sócio demográficas, recolhendo informações relativas à idade, etnia, estado civil, zona geográfica e habilitações literárias. Além disso, o questionário aborda questões relacionais, história médica, questões religiosas e comportamentos sexuais, referentes a si e ao seu parceiro sexual.

## **Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)**

Quanto ao Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) (Rosen et al., 1997; tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002) é um instrumento de autoresposta breve e de fácil administração. Constituído por 20 itens (versão portuguesa) tipo Lickert que avaliam cinco dimensões da função sexual masculina, sendo elas a função erétil, a função orgásmica, o desejo sexual, a satisfação sexual e a satisfação geral.

Com o intuito de avaliar a ejaculação prematura, foi criada uma dimensão secundária no IIEF, a dimensão de ejaculação prematura, nomeadamente com referência aos itens 18, 19 e 20 do questionário. A pontuação que envolve esta dimensão é de 0 a 15, no entanto os itens que compõem esta dimensão não são incluídos no cálculo do total do questionário, sendo que valores elevados neste índice indicam baixa ejaculação prematura. Neste sentido, foram criados dois grupos, referidos posteriormente, utilizando um ponto de corte de 8, ou seja, sujeitos que ostentam valores entre 0 e 8 enquadram-se no grupo com queixas de EP, ao passo que sujeitos que apresentam valores entre 9 e 15 compreendem o grupo sem queixas de EP.

Ainda assim, é pertinente salientar que este questionário foi desenvolvido para medir a função erétil e a disfunção erétil (Nobre, 2006).

Alguns estudos provaram as suas boas características psicométricas, como a validade, fidelidade e sensibilidade ao tratamento dos dados, possibilitando distinguir sujeitos sexualmente disfuncionais dos sujeitos sem disfunção sexual (Ribeiro & Santos, 2005).

Quanto à avaliação da consistência interna do instrumento determinou-se o alpha de Cronbach e este indicou uma boa consistência apresentando o seguinte valor ( $\alpha = 0,959$ ) (Veigas, Catalão, Ferreira, Brites & Botto, 2009).

O instrumento permite, ainda, calcular índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como um índice total de funcionalidade sexual, resultantes do somatório das dimensões específicas (resultados mais elevados indicam melhores índices de funcionamento sexual). Este questionário encontra-se, actualmente, traduzido em 10 línguas e tem sido amplamente utilizado nos últimos anos, quer como medida complementar de diagnóstico e eficácia terapêutica, quer em estudos epidemiológicos (Nobre, 2006).

## **Análise de Dados**

Para o tratamento estatístico dos dados, recorreremos ao SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Ao nível da estatística diferencial, e para efeitos de descrição e comparação intergrupos, foram utilizados testes paramétricos, como o Teste t. Este compara as médias de uma variável para dois grupos de casos independentes, isto é, grupos entre os quais não existe

relação no que diz respeito a pessoas ou objectos. Utilizamos ainda testes não paramétricos, como o Teste de Mann-Whitney, alternativa mais comum aos testes t para amostras independentes, e o Teste Qui-quadrado que compara as frequências dos valores observados com as frequências dos valores esperados, das diferentes categorias de uma variável aleatória (Pereira, 2006).

## RESULTADOS

A amostra foi dividida em dois grupos, grupo com queixas de EP e grupo sem queixas de EP, sendo esta divisão foi feita com base na dimensão da ejaculação prematura do IIEF.

Com o intuito de responder às nossas hipóteses, quanto à hipótese 1 verificámos que o grupo que apresenta queixas de EP (N=18) tem uma idade média de 37,55 e o grupo sem queixas (N=116) apresenta uma idade média de 40,10. Apesar da pouca discrepância entre idades, os dois grupos não apresentam diferenças significativas ( $t = -.665, p = .507$ ).

No que diz respeito ao estado civil (hipótese 2), os resultados mostram que os sujeitos com queixas de EP são maioritariamente solteiros (N=9) enquanto os sujeitos que não apresentam queixas são na sua maioria casados (N=67). Esta disparidade mostra-se significativa para um intervalo de confiança de 95% ( $p < .05, \chi^2 = 11.858$ ). No que toca às habilitações literárias, 33,3% dos indivíduos com queixas de EP encontram-se no ensino secundário (10 a 12 anos) e no ensino superior (mais de 15 anos) e 30,2% dos indivíduos pertencentes ao grupo sem queixas de EP concluíram o ensino superior ( $p = .506, \chi^2 = 4.305$ ). Estes resultados não se mostram significativos para os grupos.

No que concerne à frequência da atividade sexual, os resultados mostraram que o grupo de homens sem queixas de EP apresenta uma frequência de atividade sexual significativamente superior ao grupo com queixas (U Mann-Whitney = 233,  $p < .001$ ). Quanto ao grau de satisfação sexual, em sujeitos com queixas de EP é notório um valor inferior ao grupo sem queixas de EP, sendo esta diferença significativa ( $t = -8.098, p < .001$ ).

Relativamente ao quadro clínico (ansiedade e depressão) verificámos que não existem diferenças significativas entre grupos: ansiedade ( $p = .218, \chi^2 = 1.517$ ); depressão ( $p = .661, \chi^2 = .193$ ).

## DISCUSSÃO

A presente investigação tem como objectivo perceber o quanto a EP está relacionada com a idade, estado civil e habilitações literárias assim como de que forma esta afecta a atividade e a satisfação sexual e a predisposição para desenvolver quadros psicopatológicos (ansiedade e depressão).

Das principais associações com a EP, revistas na literatura, tentou verificar-se homens com queixas de EP estariam numa faixa etária mais reduzida, bem como se seriam na sua maioria solteiros e com um grau académico inferior. Ainda assim, tentou aferir-se se indivíduos com queixas de EP apresentariam menor frequência na atividade sexual e menor grau de satisfação sexual, bem como uma maior predisposição para desenvolver quadros de ansiedade e depressão.

Com o intuito de avaliar a média de idades presente nos dois grupos (com queixas de EP/sem queixas de EP) utilizou-se o Teste t e obteve-se resultados não significativos ( $t = -.665$ ,  $p = .507$ ), não divergindo muito a média das idades de ambos os grupos.

Os nossos resultados não vão ao encontro dos resultados obtidos por diversos autores que constatarem que a EP é a disfunção que se manifesta em indivíduos mais jovens, sendo mais comum em homens com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos (Carson & Gunn, 2006; Godínez, 2010). Este desencontro poderá dever-se ao facto de, como se pôde constatar, os questionários terem sido aplicados na sua maioria a sujeitos mais velhos ( $M$  global = 39,85) e tal como diversos estudos indicam a prevalência de EP diminui com o aumento da idade (Althof, 2006).

No que diz respeito ao estado civil, avaliamo-lo pelo Qui-quadrado e os resultados mostraram diferenças significativas para ambos os grupos ( $p < .05$ ,  $\chi^2 = 11.858$ ), ou seja, sujeitos com queixas de EP são maioritariamente solteiros enquanto os sujeitos que não apresentam queixas são na sua maioria casados.

Apesar da controvérsia existente entre estudos, em que diversos autores referem que a prevalência de EP não parece variar de acordo com o estado civil (Carson & Gunn, 2006; Laumann et al., 1994, 1999, 2005), são alguns os que defendem que esta disfunção está relacionada com a novidade da experiência sexual e que homens solteiros ou sem relações, que apresentam queixas de EP, tentam evitar relacionamentos (Althof, 2006).

Da mesma forma que a variável estado civil, as habilitações literárias também foram avaliadas utilizando o Qui-quadrado. Os resultados obtidos em relação a esta variável não se mostraram significativos ( $p = .506$ ,  $\chi^2 = 4.305$ ), apresentando até percentagens semelhantes para ambos os grupos no mesmo grau de ensino.

Os nossos resultados contestam os estudos desenvolvidos por diversos autores em que estes demonstram que existe uma tendência significativa para a diminuição da prevalência de EP em função do nível de educação, ou seja, homens com queixas de EP têm menor grau de habilitações (Laumann, Paik & Rosen, 1999; Carson & Gunn, 2006). Esta refutação poderá dever-se ao facto dos questionários terem sido, na sua maioria, aplicados a indivíduos com uma escolaridade superior a 15 anos (30,3%), sendo que os nossos resultados poderão estar na base de um enviesamento da amostra.

Para avaliar a frequência da atividade sexual no grupo com queixas de EP, utilizamos o Teste de Mann-Whitney, cujos resultados ( $t= 233,00$ ,  $p < .001$ ), permitem estabelecer uma relação significativa entre a EP e a diminuição da atividade sexual. Os resultados encontrados demonstraram que as queixas de EP levam a que o indivíduo tenha atividade sexual com menos frequência quando em comparação com o grupo que não apresenta queixas. Os nossos resultados partilham do mesmo parecer de alguns autores que defendem que a EP surge associada a uma diminuição da frequência da atividade sexual (APA, 2000).

Na avaliação do grau de satisfação sexual no mesmo grupo, utilizamos o Teste  $t$ , tendo obtido resultados significativos que comprovam uma relação entre a EP e a baixa satisfação sexual dos sujeitos ( $t= -8,098$ ,  $p < .001$ ). De uma forma global estes resultados são consistentes com a generalidade dos estudos anteriores nesta temática, comprovando as teses de muitos autores de que a insatisfação com a vida sexual é maior em homens com queixas de EP, manifestando uma baixa intensidade de satisfação sexual (Moore & Golstein, 1980; Hellstrom & Heintz, 2006; Dorsey & Hellstrom, 2010; Patrick, Althof & Pryor, 2005).

A relação presente entre quadros de depressão e ansiedade e grupos com queixas de EP foi avaliada pelo Qui-Quadrado. No que respeita à ansiedade obtiveram-se os valores,  $\chi^2= 1.517$  e  $p=.218$ , e para a depressão,  $\chi^2= .193$  e  $p=.661$ . Relativamente à ansiedade, estes resultados não fortalecem a hipótese de que homens com queixas de EP apresentam níveis de ansiedade elevados, desempenhando este quadro um papel importante na EP (Kaplan, 2001; Montorsi, 2005). Da mesma forma, os resultados obtidos em relação à depressão contrariam os estudos realizados por diversos autores que defendem que as disfunções sexuais no geral e a EP em particular estão relacionadas com sintomas depressivos e stress psicológico (Derogatis & Meyer, 1979; Derogatis, Meyer & King, 1981).

Esta contradição de resultados em relação à ansiedade e depressão poderá dever-se ao facto de, aquando da resposta do indivíduo no questionário, não sabermos se este sofria de ansiedade antecipatória diagnosticada ou simplesmente manifestava ansiedade aquando da relação sexual com o parceiro.

## CONCLUSÃO

Com o objectivo presente nesta investigação, que era perceber o quão a ejaculação prematura se relaciona com a idade, o estado civil e as habilitações literárias, assim como compreender em que medida esta disfunção afecta a atividade e a satisfação sexual, bem como o desenvolvimento de quadros psicopatológicos (ansiedade e depressão), integrámos no nosso estudo variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil e habilitações literárias), atividade sexual e quadro clínico (ansiedade e depressão) presentes no Questionário Introdutório, assim como a satisfação sexual presente no Índice Internacional de Função Erétil.

A análise estatística dos dados obtidos revelou concordância com três das nossas hipóteses, comprovando-se, assim, que indivíduos com queixas de EP são na sua maioria solteiros e apresentam um menor grau de atividade e satisfação sexual, assim como é ostentado na literatura.

Quanto aos resultados obtidos em relação à idade, habilitações literárias e predisposição para desenvolver quadros de ansiedade e depressão em sujeitos com queixas de EP contrapõem as nossas hipóteses e a diversa literatura, onde esta refere que indivíduos com queixas de EP são na sua maioria mais novos e têm níveis de literatura mais baixos. Da mesma forma, a ansiedade é referida como principal causa da ejaculação prematura e a depressão como uma das suas consequências, no entanto esta constatação não esteve presente nos nossos resultados.

Todavia, o nosso trabalho apresentou algumas limitações.

No que diz respeito à metodologia, muitos dos questionários foram aplicados a sujeitos conhecidos dos investigadores, podendo este facto enviesar a amostra.

Tendo em conta as características da nossa amostra (sujeitos com queixas de EP/sujeitos sem queixas de EP) os resultados não se podem generalizar, visto que a população que apresenta queixas de EP é reduzida (N=18).

A ausência de diagnóstico em qualquer dos elementos do grupo com queixas de EP não nos permite viabilizar os resultados.

Desta forma, consideramos importante que futuros estudos tenham em atenção os aspectos limitadores do nosso trabalho, dando maior ênfase à inclusão de um grupo clínico de forma a reforçar/confirmar os resultados obtidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Althof, S. (2006). Prevalence, Characteristics and Implications of Premature Ejaculation/Rapid Ejaculation. *The Journal of Urology*, 175, 842-848.

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.<sup>a</sup> ed. revista). Lisboa: Climepsi Editores.

Béjin, A., Colomby, P., Spira, A., Jardin, A., & Bicetre, F.G. (1998). Epidemiology of male sexual disorders in France. *J Urol*, 159(5), 140-146.

Carson, C., & Gunn, K. (2006). Premature ejaculation: definition and prevalence. *International Journal of Impotence Research*, 18, 5-13.

Costa, P. (2009). *Psicopatologia e relacionamento interpessoal nas disfunções sexuais masculinas e femininas*. Tese de Mestrado não publicada, Vila Real: Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro.

Dorsey, C., & Hellstrom, W. (2010). New Concepts in the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. *Current Urology Reports*, 11, 414-420.

Godínez, G. (2010). Eyaculación precoz. *Medicina Interna de México*, 26 (3), 250-258.

Grenier, G., & Byers, E.S. (2001). Operationalizing premature or rapid ejaculation. *The Journal of Sex Research*, 38(4), 369-378.

Hellstrom, W. & Heintz, J. (2006). Treatment of Premature Ejaculation: New Drugs and Treatment Strategies. *Current Science*, 7, 473-478.

Kaplan, H. (2001). *A nova terapia do sexo*. São Paulo: Editora Nova Fronteira.

Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual Dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537-544.

Marques, F., Chedid, S., & Eizerik, G. (2008). Resposta Sexual Humana. *Revista de Ciências Médicas*, 17(3), 175-183.

Montorsi, F. (2005). Prevalence of Premature Ejaculation: A Global and Regional Perspective. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 96-102.

Nobre, P.J. (2006). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, A. (2006). *SPSS – Guia prático de utilização* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Perelman, M. (2006). A New Combination Treatment for Premature Ejaculation: A Sex Therapist's Perspective. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 1004-1012.

Piediferro, G., Colpi, E.M., Castiglioni, F., & Nerva, F. (2004). Premature ejaculation. 1. Definition and etiology. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, 76(4), 181-187.

Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R.C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol*, 51, 816–823.

Ribeiro, P., & Santos A. (2005). Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica*, 3(23), 341-349.

Riley, A., & Riley, E. (2005). Premature ejaculation: Presentation and associations. An audit of patients attending a sexual problems clinic. *Int J Clin Pract*, 59, 1482–1487.

Ros, C., Teloken, C., Tannhauser, M., & Souto, C.A.V. (2001). Ejaculação Precoce : Abordagem Terapêutica. *Revista AMRIGS, Porto Alegre*, 45(1,2), 58-60.

Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.

Rowland, D.L., Cooper, S.E., & Schneider, M. (2001). Defining Premature Ejaculation for Experimental and Clinical Investigations. *Archives of Sexual Behavior*, 30(3), 235-253.

Rowland, D.L., Perelman, M., Althof, S.E., Barada, J., McCullough, A., Bull, S., & Jamieson, C. (2004). Selfreported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *J Sex Med*, 1, 225-232.

Rowland, D., Patrick, D., Rothman, M., & Gagnon, D. (2007). The Psychological Burden of Premature Ejaculation. *The Journal of Urology*, 177, 1065-1070.

Salinas, C. (2007). Eyaculación precoz en la practica familiar. *Atención Familiar*, 14(1), 9-11.

Segraves, R.T. (2010). Considerations for an Evidence-Based Definition of Premature Ejaculation in the DSM-V. *J Sex Med*, 7, 672–689.

Silva, W. (1992). Ejaculação Precoce: Análise dos Resultados de Tratamento. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 3(1), 86-95.

Silva, A., & Maia, A. (2008). A evolução da sexualidade masculina através do tratamento da ejaculação precoce sob a luz da terapia cognitiva – comportamental. *Cadernos UniFOA, Volta Redonda, ano 3, Edição Especial*. Retirado de <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/especiais/pos-graduacao/01/87.pdf>.

Symonds, T., Roblin, D., & Hart, K. (2003). How Does Premature Ejaculation Impact a Man`s Life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 361–370.

Tamborini, T. (2005). Ejaculação precoce: uma questão de vínculo. *Pulsional – Revista de Psicanálise*, 138, 138-144.

Toniette, M. (2001). *Aprimorando a saúde sexual* (1ª ed.). São Paulo: Summus.

Veigas, J., Catalão, F., Ferreira, M., Brites, R., & Botto, S. (2009). Relação entre as Variáveis Sócio – Demográficas e o Funcionamento Sexual Masculino. *O portal dos psicólogos*. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0486.pdf>.

Waldinger, M. (2004). Lifelong premature ejaculation: from authority – based to evidence – based medicine. *British Journal of Urology*, 93, 201-207.