

Artigo de Revisão

## ANÁLISE DOS IMPACTOS DA FISIOTERAPIA PÉLVICA NO TRATAMENTO DA EJACULAÇÃO PRECOCE: REVISÃO DE LITERATURA

Thuanny Kurtah<sup>1</sup>, Yve Salles Mol Sbardelotti Serpa<sup>1</sup>

### RESUMO

A ejaculação precoce (EP) é considerada o problema sexual mais comum entre os homens. Considera-se essa disfunção quando a ejaculação ocorre sempre ou quase sempre em até um minuto de penetração vaginal. Sua etiologia é ainda uma dúvida, uma vez que há uma contribuição complexa de vários fatores, o que contribui para uma diversidade de abordagem de tratamento. O objetivo desta pesquisa é revisar o papel da fisioterapia pélvica como opção de tratamento em pacientes afetados pela EP. Como procedimento metodológico, a pesquisa fundamentou-se por meio de uma revisão bibliográfica, na qual foram utilizados artigos nos idiomas português e inglês, das bases de dados LILACS, PubMed, ScienceDirect e SciELO, com artigos no limite de 1996 a 2019 para realização da análise e discussão. Em nossos resultados encontramos que, em todos os estudos, mais da metade dos pacientes apresentaram melhora significativa no tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) após serem submetidos à reabilitação dos músculos do assoalho pélvico (MAP), com porcentagens de sucesso de até 91%. Com isso, apesar de ainda se fazer necessária a realização de estudos acerca deste tema, é possível considerar que os resultados encontrados são encorajadores e promissores, uma vez que a fisioterapia pélvica apresentou inúmeros benefícios, como ausência de efeitos colaterais, baixo custo e bons resultados como opção de tratamento para a ejaculação precoce.

**Palavras-chave:** pélvica, assoalho, fisioterapia, reabilitação, precoce, ejaculação, sexual, disfunção, masculina, tratamento.

### ABSTRACT

Premature ejaculation (PE) is considered the most common sexual problem among men. This dysfunction is considered when ejaculation always or almost always occurs within one minute of vaginal penetration. Its etiology is still a question, since there is a complex contribution of several factors, which contributes to a diversity of treatment approaches. The aim of this research is to review the role of pelvic physical therapy as a treatment option for patients affected by PE. As a methodological procedure, the research was based on a literature review, in which articles in Portuguese and English were used, from the LILACS, PubMed, ScienceDirect and SciELO databases, with articles ranging from 1996 to 2019 to be carried out. analysis and discussion. In our results, we found that, in all studies, more than half of the patients showed significant improvement in intravaginal ejaculatory latency time (IELT) after undergoing pelvic floor muscle (PF) rehabilitation, with success rates of up to 91%. Thus, although it is still necessary to carry out studies on this topic, it is possible to consider that the results found are encouraging and promising, since pelvic physiotherapy has presented numerous benefits and good results as a treatment option for premature ejaculation.

**Keywords:** pelvic, floor, physiotherapy, rehabilitation, premature, ejaculation, sexual, dysfunction, male, treatment.

1. Curso de Fisioterapia – Faculdade Estácio de Vitória, FESV, Brasil.

#### Endereço para correspondência

Rua Herwan Modenesi  
Wanderlei, Quadra 6, Lote 1  
29090-350 Jardim Camburi,  
Vitória, ES

#### E-mail

thuannypri@gmail.com  
yvemol@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A Ejaculação Precoce (EP) tem sido uma condição desafiadora de explicar dado que não há uma definição padrão universalmente aceita. Em declaração mais recente, a Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM, 2014) considera como EP quando a ejaculação ocorre sempre ou quase sempre em até um minuto de penetração vaginal, seja a partir da primeira experiência sexual (EP ao longo da vida) ou uma redução significativa no tempo de latência (EP adquirida). De forma mais abrangente, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) leva em consideração o controle do tempo de latência, caracterizada como a incapacidade de prolongar a ejaculação de forma satisfatória para ambos os parceiros desfrutarem da interação sexual.

Por não haver uma padronização da definição de EP, existe uma dificuldade para estimar a sua prevalência. No Brasil, ainda há poucos estudos sobre o tema, sendo os encontrados bastante antigos ou limitados em seus conteúdos. Os resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro, realizado com 1.332 homens, apontou que, considerando apenas aqueles que apresentam frequentemente a disfunção, a EP aparece como o segundo transtorno mais prevalente, e que, somado todos os casos, esse índice atinge 56,8% (ABDO et al. 2002). Enquanto o estudo feito por Moreira et al. (2005) mostra, com 30,3%, a Ejaculação Precoce como o problema sexual mais comum entre os homens. O Centro de Medicina do Rio de Janeiro (2018), cita uma pesquisa holandesa sobre EP com mais de 70 mil homens. Os resultados apontaram que a maioria dos homens (mais de 50%) normalmente ejaculam dentro de cinco minutos após a penetração.

Em contrapartida, a maioria das autoridades aceita que cerca de 25% a 40% de todos os homens sofrem dessa condição em algum momento de sua vida e que é a disfunção mais comum em homens (CARSON e GUNN, 2006; ISSM, 2016).

Quanto à etiologia, há uma contribuição complexa de vários fatores, entre eles: genéticos, neurobiológicos, farmacológicos, psicológicos, urológicos, endócrinos e alterações do assoalho

pélvico. A pesquisa realizada por Laumann et al. (2005) mostrou que maioria das disfunções sexuais masculinas tende a aumentar significativamente com o avanço da idade independente de outros fatores. Além disso, EP e disfunção erétil são muitas vezes comórbidos. Conforme Jacques Buvat (2011), é importante garantir a avaliação e tratamento adequados da etiologia individual de cada paciente, uma vez que os determinantes da EP são complexos e multifatoriais.

O ônus dessa disfunção para o paciente se dá de três formas: o sofrimento emocional, físico e o fardo sobre a relação com sua parceira ou parceiro, ou seja, tem impacto significativo na intimidade interpessoal e na qualidade de vida. A EP não deve ser considerada banal ou sem importância, uma vez que, se prolongada por anos eleva o risco de depressão nesses pacientes (ABDO, 2016).

A Ejaculação Precoce detém diversas abordagens para seu tratamento, já que possui uma origem multifacetada. Dessas podemos citar as terapias com medicamentos orais, psicosssexual, tópica, cirúrgica e a fisioterapia pélvica. A última intervenção, por meio da reabilitação dos Músculos do Assoalho Pélvico (COHEN et. al, 2016; ISSM, 2015).

Estudos relatam que a reabilitação do MAP como possível opção de tratamento da EP. Para Pastore et. al (2012) e La Pera e Nicastro (1996), não há dúvidas de que o MAP desempenha importante papel na função sexual. Em seus estudos, respectivamente, 57% e 61% dos pacientes submetidos à fisioterapia pélvica, foram capazes de controlar e otimizar o tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT), e sem qualquer relato de efeitos colaterais.

Apesar de não haver um protocolo padronizado para os exercícios de reabilitação, diversos autores abordam a cinesioterapia, a eletroestimulação, a acupuntura e o biofeedback como recursos para o tratamento. A fisioterapia como opção terapêutica está em ascensão, necessitando de maior esclarecimento e estudo, a fim de demonstrar sua eficácia como forma de tratamento da EP.

Diante do exposto, esta pesquisa busca analisar os impactos da reabilitação dos Músculos do Assoalho Pélvico no tratamento da Ejaculação Precoce; revisar estudos pertinentes sobre as opções terapêuticas mais comuns para EP, por exemplo, cirurgia e terapias medicamentosas; comparar os benefícios da fisioterapia pélvica em relação aos métodos mais utilizados como terapêutica na EP; citar as principais técnicas fisioterapêuticas utilizadas em pacientes com EP; de forma geral, este trabalho se propõe a confirmar e consolidar o papel da fisioterapia pélvica como opção de tratamento em pacientes afetados pela Ejaculação Precoce.

## A EJACULAÇÃO PRECOCE

A Ejaculação Precoce possui várias definições, pois grande parte, além de faltar critérios específicos e depender do julgamento subjetivo do diagnosticador, não são baseadas em evidências, o que torna uma condição desafiadora de explicar (ISSM, 2015).

Em 2014, o Comitê de Diretrizes de EP da Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM, 2015, p.2) adotou uma definição unificada:

PE é uma disfunção sexual masculina caracterizada por: ejaculação que sempre ou quase sempre ocorre antes ou dentro de cerca de um minuto da penetração vaginal desde a primeira experiência sexual (Ejaculação Precoce ao longo da vida), OU, uma redução clinicamente significativa no tempo de latência, muitas vezes para cerca de 3 minutos ou menos (Ejaculação Precoce adquirida), e a incapacidade de retardar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais e consequências pessoais negativas, como angústia, aborrecimento, frustração e/ou evitação da intimidade sexual (ISSM, 2015, p.2).

Reconhecida há mais de 100 anos, a EP foi classificada pela primeira vez em 1943 por Bernard Schapiro em Tipo A (hipotônico) e Tipo B (hipertônico), o que foi atualizado como EP adquirida e EP ao longo da vida, respectivamente,

classificação essa que se usa até o presente momento. Com o aumento dos estudos acerca do tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) e epidemiologia desta condição, Marcel Waldinger e Dave Schweitzer propuseram a introdução de dois subtipos: variável natural e subjetiva (PAÇO J., 2015).

Em contrapartida, a ISSM, em 2015, acrescentou a EP antepostas e se opôs a essa subclassificação “[...] duas outras experiências de ejaculação foram descritas que às vezes são confundidas com EP, que foram denominadas EP variável natural e EP subjetiva; nem são uma disfunção sexual”.

Sendo assim, usamos a classificação ao longo da vida quando a ejaculação ocorre sempre ou quase sempre antes ou dentro de um minuto de penetração a partir das primeiras experiências sexuais, enquanto na adquirida há uma redução clinicamente significativa no tempo de latência; e, de forma mais grave, o termo antepostas aplica-se quando a ejaculação ocorre antes da penetração vaginal.

Acredita-se que esta é a disfunção sexual masculina mais comum, à qual, existem autores que relatam índices tão baixos como 4% e tão elevadas quanto 66% de prevalência, apesar disso, segundo Carson e Gunn (2006); e ISSM (2016), a maioria das autoridades aceita que cerca de 25% a 40% de todos os homens sofrem dessa condição em algum momento de sua vida, causando um grande impacto na qualidade de vida pessoal e de seus parceiros sexuais (BAR-OR et. al. 2012).

## Etiologia

Apesar da EP ser a disfunção sexual masculina mais comum, sua etiologia é variável, complexa e multifatorial (Quadro1). Entretanto, a maioria das hipóteses não são baseadas em evidências clínicas.

**Quadro 1 - Teorias etiológicas da EP**

Fatores	Descrição
Endócrinos	É possível que fatores endócrinos como diabetes mellitus tipo 2 e o hiper-tireoidismo possam desenvolver distúrbios neurológicos que estão ligados diretamente com a EP. Estudos afirmam que até 70% dos homens com hipertireoidismo relatam essa disfunção, uma vez que afeta as fases de emissão e expulsão da ejaculação (BUVAT, 2011; EL-HAMD et. al, 2019; GALATI et al, 2014; PAÇO, 2016; TANNENBAUM et al, 2021).
Farmacológicos	EP pode ser causada por drogas como anfetaminas, cocaína e drogas dopaminérgicas, além de estudos experimentais que relataram que o abuso de drogas opioides levam à inibição do estímulo responsável pela ejaculação. Em contrapartida, sabe-se que o tramadol prolongou de forma relevante o tempo de latência ejaculatória intravaginal (BUVAT, 2011; EL-HAMD et. al, 2019; PAÇO, 2016).
Genéticos	Estudos afirmam que há uma alta prevalência de EP vitalícia entre parentes de primeiro grau. Os efeitos genéticos foram responsáveis por 28-30% dos casos, sendo uma evidência estabelecida por um estudo com homens gêmeos (EL-HAMD et. al, 2019; PAÇO, 2016; TUIE et. al, 2019).
Musculoesqueléticos	O músculo isquiocavernoso é nomeado como o "pênis eretor", o que reconhece que a sua contração, em conjunto com demais Músculos do Assoalho Pélvico, em particular o bulboesponjoso, aumenta a rigidez peniana e o tempo de duração da ereção. O grau em que esses músculos podem participar da ereção depende de sua força funcional e coordenação. Com isso, é sabido que condições de hipotonicidade ou hipertonicidade muscular podem afetar a eficiência do assoalho pélvico, alterando também a sua funcionalidade e acarretando uma deficiência na contração e/ou no relaxamento perineal durante a função de controle do reflexo ejaculatório. Estudos eletromiográficos corroboraram que os músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos e esfínteres, têm sua atividade significativamente aumentada durante toda a fase ejaculatória. (ALVES, 2017; COHEN et. al, 2016; PASTORE et al, 2018).
Neurobiológicos	Acredita-se que há uma relação da EP com a sensibilidade alterada de receptores de serotonina (5HT <sub>2C</sub> e 5HT <sub>1A</sub> ); um neurotransmissor que tende a retardar a ejaculação, logo, homens com essa alteração podem apresentar Ejaculação Precoce. O que corrobora com estudos que demonstram que inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) foram positivos na EP, aumentando o tempo de latência ejaculatória intravaginal. É possível que doenças neurológicas, como a esclerose múltipla, lesões da medula, neuropatias periféricas, tumores podem ser fatores associados à EP (BUVAT, 2011; EL-HAMD et. al, 2019; PAÇO, 2016).
Psicológicos	A EP geralmente é considerada um transtorno psicosssexual, com várias explicações psicológicas, que, de algum modo, contribuem para o desenvolvimento da incapacidade de retardar a ejaculação ou agravá-la. Citam fatores imediatos como ansiedade e preocupação, eventos de vida antecedentes e vulnerabilidades de desenvolvimento da infância e adolescência. Sabe-se que produzem uma hiperexcitabilidade que poderá ser responsável pela redução da latência ejaculatória (ABDO, 2016; COHEN et al, 2016; EL-HAMD et. al, 2019; PAÇO, 2016).
Relacionais	Estudos evidenciam que os homens que apresentam baixos níveis de satisfação sexual e maiores níveis de dificuldade interpessoal com seus parceiros sexuais são mais propensos à adquirir esta condição e uma má qualidade de vida (ABDO, 2016; PAÇO, 2016).
Urológicos	Sabe-se que a EP pode ser secundária a doenças urológicas; estudos relatam uma relação desta condição com a prostatite crônica (PC) e a síndrome da dor crônica pélvica. Apesar de não saber exatamente o que liga a PC a EP, afirmam que o tratamento com antibióticos pode melhorar a EP (EL-HAMD et. al, 2019; PAÇO, 2016).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

## ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO MASCULINO

As disfunções do assoalho pélvico podem ser potencialmente incapacitantes, dolorosas e até mesmo constrangedoras, já que o conhecimento da anatomia genital, sua diversidade e fisiologia sexual, além de ser escasso, é rico em tabus, mitos, estereótipos e perspectivas errôneas (ABDULCADIR et. al, 2020;

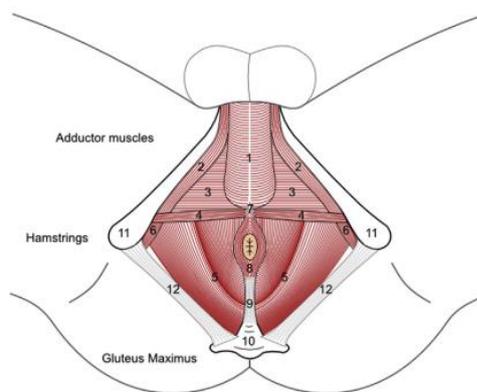
HWANG et. al, 2021). Este déficit no conhecimento público sobre a anatomia gera consequências importantes na educação sobre saúde, uma vez que o conhecimento do próprio corpo facilita o acompanhamento, obtenção, processamento e compreensão de informações e tomadas de decisões (ABDULCADIR et. al, 2020).

Desta forma, a anatomia e função do assoalho pélvico masculino podem ser melhor entendidas quando compreendidas as relações complexas e dinâmicas entre músculos, fáscias, ligamentos, ossos, nervos e suprimento vascular, uma vez que realizam um papel essencial nas funções urinárias, intestinais e sexuais (COHEN et. al, 2016). O assoalho é composto por músculos, ligamentos e fáscias, formando uma faixa de tecido mole circundada por estruturas ósseas (ílio, ísquio, púbis e cóccix), que forma uma espécie de rede de sustentação de órgãos internos do abdômen e da pelve (COHEN et. al 2016; HWANG et. al, 2021; TORTORA e DERRICKSON, 2016).

Os MAPs têm a função de estabilizar as articulações quando em atividade. Se estendem da sínfise púbica e fixam lateralmente às tuberosidades isquiáticas, superfícies internas do ílio ou no arco tendíneo do músculo levantador do ânus; estão dispostos em forma de cúpula. Seus objetivos são alcançados por meio de uma sincronia das atividades de contração, relaxamento e alongamento (COHEN et. al 2016;

MCANINCH e LUE, 2017; TORTORA e DERRICKSON, 2016; YACOOV et. al, 2021). Estão organizados em duas camadas: superficial, composta pelos músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso e esfíncter anal externo; profunda, formada pelos músculos levantador do ânus (pubococcígeo, puborretal e iliococcígeo) e coccí-geo/isquicoccígeo, que em conjunto com a fáscia endopélvica formam o diafragma pélvico. Em relação aos músculos transversos superficial e profundo do períneo há uma falta de consenso, uma vez que é possível encontrar estudos que os classificam como componentes da camada superficial (HWANG et. al, 2021; RAIZADA e MITTAL, 2009; STEIN et. al, 2018; YACOOV et. al, 2021) e estudos que os colocam em camadas diferentes, transversos superficial do períneo na camada superficial e o profundo como elemento da camada profunda do assoalho pélvico (COHEN et. al 2016; HERSCHORN, 2014; STANDRING, 2015; TORTORA e DERRICKSON, 2016).

**Figura 1** – Assoalho pélvico masculino, vista em posição litotômica



1 – m. bulboesponjoso	5 – m. pubococcígeo	9 – ligamento anococcígeo
2 – m. isquiocavernoso	6 – m. obturador interno	10 – cóccix
3 – m. transversos profundo do períneo	7 – corpo perineal	11 – tuberosidades isquiáticas
4 – m. transversos superficial do períneo	8 – esfíncter anal externo	12 – ligamento sacrotuberoso

**Fonte:** Cohen et. al, 2016

<sup>1</sup> Adductor muscles = músculos adutores; gluteus maximus = glúteos máximo; hamstrings = isquiotibiais

A inervação pélvica é crucial para as funções sexuais, urinárias e intestinais. Os MAPs são inervados por fibras nervosas simpáticas, parassimpáticas e somáticas, o que permite uma regulação minuciosa desses músculos, principalmente os responsáveis pela ereção, emissão, ejaculação e continência (COHEN et. al, 2016; MCA-NINCH e LUE, 2017).

O centro autônomo da ereção está localizado nos núcleos intermediolaterais da medula espinal aos níveis de S2-S4 (quatro ramos do nervo pudendo: nervo retal inferior, perineal, escrotal posterior e dorsal do pênis) e T12-L3 (nervo hipogástrico). O nervo pudendo, em conjunto com as fibras motoras, inerva o pênis, os músculos do períneo (principalmente bulboesponjoso e isquiocavernoso no momento da ereção peniana), o ânus, o esfíncter anal externo e o esfíncter uretral. Fibras nervosas medulares toracolombares e sacrais (simpáticos e parassimpáticos, respectivamente) pré e pós-ganglionares se encontram para formar os plexos hipogástrico inferior e pélvico, que enviam ramos para os órgãos e músculos pélvicos, sendo responsável pela emissão de sêmen, primeira fase da ejaculação masculina. Na região peniana encontram-se os nervos sensoriais, responsáveis por transmitir dor, temperatura, tato e sensações vibratórias para o cérebro, que possui um efeito modulador sobre as vias medulares da ereção (COHEN et. al, 2016; HWANG et. al, 2021; IMBELLO-NI, 2005; MCANINCH e LUE, 2017; OLIVEIRA et. al, 2016; YACOOV et. al, 2021).

### **Fisiologia da ejaculação**

Os processos de ereção, emissão, ejaculação e orgasmo podem estar desassociados um do outro e possuem mecanismos diferentes. O sistema da ejaculação envolve duas fases: emissão e expulsão. A etapa de emissão inicia com impulsos transmitidos a partir do nervo pudendo, que chegam aos núcleos simpáticos da medula lombar superior e seguem pelo nervo hipogástrico, local onde é ativada a produção do esperma, que é transportado por meio de contrações dos canais deferentes, das vesículas e próstata, desde o epidídimo até chegar à uretra prostática, na qual fica depositado (COHEN et. al,

2016; MCANINCH e LUE, 2017; SARRIS et. al, 2017).

O momento de expulsão ocorre por meio de contrações e relaxamentos rítmicos dos músculos perineais e uretrais. Essa fase de ejaculação externa depende da via eferente somatomotor do nervo pudendo contrair o músculo bulbocavernoso, que, em sinergia com a contração do esfíncter uretral interno e relaxamento do esfíncter externo, conduzem o sêmen para a uretra bulbar, o que provoca a expulsão do líquido seminal acumulado na uretra prostática (HWANG et. al, 2021; MCANINCH e LUE, 2017; SARRIS et. al, 2017).

### **O ÔNUS DA E.P**

A Ejaculação Precoce não é apenas um problema de homens jovens e/ou sexualmente inexperientes, mas, também, de mais velhos e experientes. A relação do homem com sua sexualidade é marcada por uma percepção bloqueada do mundo interior de pensamentos e emoções, o que cria uma tendência de externalizar sentimentos negativos, como medo ou vergonha, fazendo com que, muitas vezes, seja objeto de humor, tornando ainda mais difícil para os afetados procurarem ajuda (ABDO, 2016).

Segundo ABDO (2016), quase 85% do sofrimento sexual é causado por algo diferente da EP, isso porque a direção da causalidade não se estabelece, uma vez que não é possível ter certeza se a ansiedade e a preocupação são causadoras desta condição ou se ela quem está causando a ansiedade, entretanto o DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais), manteve, em sua última edição, o sofrimento sexual como critério de diagnóstico, seja pessoal ou do casal.

De acordo com Whelan e Brown (2021), homens com maior depressão e vício em pornografia, que desenvolvem a EP, podem sentir culpa e vergonha de seu desempenho sexual, concentrando sua atenção em agradar seu parceiro com atividade sexual manual ou oral, o que pode ajudar a minimizar os sentimentos de incapacidade sexual; em contrapartida, pode maximizar os problemas de ereção, fazendo com que o afetado priorize as necessidades sexuais de

sua parceira em relação às suas próprias, colaborando para sua angústia e sofrimento.

O estudo de investigação da relação entre EP e o sofrimento sexual da parceira, de Limoncin et al. (2012), demonstrou que as parceiras de homem afetados por essa disfunção apresentaram sofrimento sexual consideravelmente maior do que o grupo de controle, com clara associação, após eliminação de fatores passíveis de confusão. Sabe-se que angústia do casal tem sido um fator impulsionador para homens com a disfunção ejaculatória procurar ajuda médica.

A duração da relação sexual é variável, mesmo que, em média, dure cerca de cinco minutos, o ideal é que seja satisfatório e agradável para ambos, o que não deve ser visto como um problema (WHELAN E BROWN, 2021).

### **Indústria cultural pornográfica**

A indústria cultural pornográfica é falha em sua representação do sexo; com casais que mantêm a relação sexual de forma incansável e longos minutos ininterruptos, o homem confiante e a mulher em êxtase com orgasmos múltiplos, o que não corresponde à realidade (ISSM, 2015). A introdução de sites pornográficos gratuitos na internet mudou significativamente a maneira como os homens consomem pornografia: em grande fluxo, fácil e de forma instantânea, seja em seus smartphones ou dispositivos eletrônicos. Com isso, de acordo com By Park et. al. (2016), os médicos notaram um aumento no número de homens jovens que se apresentavam para tratamento de vício em pornografia, que também relataram problemas sexuais. Posteriormente, em 2018, a OMS reconheceu, na publicação do CID-11, o comportamento sexual compulsivo como um transtorno.

Whelan e Brown (2021) encontraram em seu estudo um grupo de homens que autodeclararam o uso da pornografia como compulsivo, interferindo em sua vida de forma angustiante, com problemas de ereção e insatisfação sexual consigo mesmos, além de problemas de mau-humor. Apesar do uso de pornografia criar comparações desfavoráveis com as experiências sexuais da vida real, o que reduz a função erétil, seja na comparação negativa do

tamanho do pênis e/ou desempenho sexual ruim em comparação com os atores, estudos concluíram que o desenvolvimento das disfunções sexuais independe da quantidade de uso deste tipo de conteúdo.

### **INTERVENÇÕES NA EJACULAÇÃO PRECOCE**

Devido a origem multifatorial da ejaculação precoce, há diversas abordagens de tratamento. Dentre todas, podemos citar as terapias comumente utilizadas: comportamental e sexual, tópica, medicamentosa e cirúrgica.

A terapia comportamental e sexual, seja individual, em casal ou em grupo, deve ser realizada por um psicoterapeuta ou médico experiente. Essa intervenção tem como finalidade a gestão de fatores que provavelmente desencadeiam a dificuldade de retardar a ejaculação, sejam eles barreiras psicológicas e/ou dificuldade em seus relacionamentos interpessoais; outro objetivo, não menos importante, é desenvolver e aperfeiçoar técnicas e habilidades que retardam ou interrompem o momento de excitação progressiva a fim de controlar e prolongar a fase de emissão e expulsão ejaculatória. As principais estratégias utilizadas inibem o desejo de ejacular e atenuam o estímulo sexual. São elas: a “start-stop”, quando o homem sentir que está próximo do clímax deve parar de estimular e/ou ser estimulado por 30 segundos; a “squeeze”, mesmo processo da técnica start-stop, porém durante a pausa sua parceira deve exercer uma pressão manual na glande do pênis; e a masturbação anterior à relação. Estudos mostram que a terapia comportamental e sexual possui eficácia de até 60% a curto prazo, e, em comparação aos grupos de controle, atinge um tempo de latência 08 (oito) vezes maior, além de efeitos colaterais mínimos. Por outro lado, possui efetividade significativamente reduzida a longo prazo, e, devido custos e/ou questões logísticas, pode ser de difícil acesso para muitos homens, o que faz da terapia online uma opção de possível sucesso (ISSM, 2015; NTRS, 2010; SEREFOGLU et. al, 2013; TUIE et. al, 2019).

Outra forma de tratamento, aceita como primeira linha para a Ejaculação Precoce, é a utilização de agentes anestésicos tópicos. Lidocaína, prilocaína e benzocaína, disponíveis em gel, creme ou spray, são os anestésicos de eficácia baseada em evidências clínicas, desde que a

aplicação na glândula do pênis seja de 05 (cinco) a 20 (vinte) minutos anteriores à relação sexual. Essa terapia reduz a entrada espinhal e cerebral de impulsos estimulados sexualmente, inibe parcialmente o arco reflexo ejaculatório, o que reduz a sensibilidade peniana e, conseqüentemente, aumenta o tempo de latência. Estudos relatam que o uso dessa terapia alcançou 82% de pacientes satisfeitos com seu desempenho sexual e latência ejaculatória significativamente melhorada. Ainda que a popularidade e fácil disponibilidade desses produtos seja uma vantagem, pesquisas incluem hipoestesia peniana e queimação genital nos parceiros (GUR et. al, 2016; ISSM, 2015; MAFRA et. al, 2013; SEREFOGLU et. al, 2013; TUIE et. al, 2019).

A intervenção medicamentosa é uma alternativa viável e que também pode ser efetiva. As principais drogas utilizadas são os inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS); estudos relataram aumento do tempo de latência da ejaculação intravaginal nos fármacos citalopram, clomipramina, dapoxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, sildenafil e tramadol, isso porque o efeito inibitório sobre a serotonina está ligado diretamente com a libido, ejaculação e orgasmo. Mesmo que pesquisas tenham apresentado resultados satisfatórios na melhora da Ejaculação Precoce, nem todos os remédios citados para EP possuem aprovação das autoridades regulatórias nacionais, já que ainda se faz necessário o conhecimento acerca de seus efeitos colaterais, dose ideal, eficácia em longo prazo e dependência. Logo, a prescrição desses deve ser sempre acompanhada a longo prazo a fim de identificar falhas no tratamento, necessidade de troca e os efeitos adversos (EL-HAMD et. al, 2019; GUR et. al, 2016; MAFRA et. al, 2013; NTRS, 2010; PAÇO, 2016; SEREFOGLU et. al, 2013; TUIE et. al, 2019).

Segundo o estudo do Instituto de Cirurgia Geniturinária da Coreia do Sul, o tratamento cirúrgico é uma forma de atingir um tempo de ejaculação mais longo em pacientes com EP, onde é realizado um enxerto dérmico halogênico nas extremidades da haste peniana; no pré-operatório o tempo médio de IELT era de 5min e aumentou para 12min após a cirurgia. De acordo

com o 23º Congresso da Associação Mundial de Saúde Sexual, apesar de alguns voluntários terem apresentado pequenas infecções, é um método muito eficaz e seguro, para tratar pacientes com Ejaculação Precoce (JANG, 2021).

Existe ainda outras terapias investigativas em andamento como o uso de cafeína oral, toxina botulínica-A no músculo bulboesponjoso, bloqueadores de canais CA+, medicamentos antagonistas aos receptores da oxitocina, ácido hialurônico na glândula do pênis e tratamento hormonal. As mais diversas intervenções podem ser utilizadas de forma combinada, observada a escolha orientada pela preferência do paciente e pela avaliação biopsicossocial (GUR et. al, 2016; ISSM, 2015; MAFRA et. al, 2013; TUIE et. al, 2019).

## **FISIOTERAPIA PÉLVICA NO TRATAMENTO DA EJACULAÇÃO PRECOCE**

A fisioterapia do assoalho pélvico possui papel significativo, que inclui uma abordagem de tratamento multifacetada, e em uma equipe interdisciplinar de atendimento a homens e mulheres com disfunções sexuais, o que requer treinamento e dedicação de profissionais especializados (STEIN et. al, 2018; TUIE et. al, 2019).

É fundamental que, anterior à avaliação, seja feita uma ponderação em relação às expectativas do paciente e a terapia, e, caso faça-se necessário, orientar o acompanhamento de outras intervenções. A avaliação pode ser realizada por meio de questionários que avaliam a EP quantitativamente (como o índice de ejaculação precoce, disfunção ejaculatória do questionário de saúde sexual masculina e a ferramenta de diagnóstico de ejaculação precoce – IPE, MSHQ-EjD e PEDT, respectivamente –, além do IELT) em conjunto com o exame físico, para identificar condições que possam contribuir para a disfunção e, com isso, determinar uma linha de objetivos e condutas da forma mais adequada possível e específico para cada indivíduo (YACOOV et. al, 2021).

Em seguida, é feita a avaliação musculoesquelética, genital externa e interna (intrarectal), que inclui examinar ossos, músculos,

articulações e estruturas do tecido conjuntivo para qualificar tronco, pelve, mobilidade das extremidades, comprimento e força (BAGGEN et. al, 2021; STEIN et. al, 2018; YACOOV et. al, 2021). O fato de alguns pacientes apresentarem a EP com sintomas e causas diferentes garante diversas abordagens de tratamento. O tratamento começa de forma educacional, proporcionando informações, sugestões, orientações, quais atividades seguir ou evitar e mudanças de comportamento; sua intervenção geralmente tem como objetivo reforçar a consciência corporal da região pélvica e a contração seletiva de músculos envolvidos na ereção e na ejaculação, com o auxílio de técnicas como: terapia manual, cinesioterapia, biofeedback, eletroestimulação e acupuntura (COHEN et. al, 2016; LA PERA, 2014; TUIE et. al, 2019; YAACOV et. al, 2021).

A reabilitação por uso da terapia manual utiliza técnicas para tratar os músculos hipertônicos, uma vez que foi demonstrado que a hiperatividade dos MAPs está relacionada com a disfunção sexual e que essa intervenção é eficaz para melhorar a mialgia do assoalho pélvico e a função sexual. Entre essas técnicas podemos citar a massagem perineal intrarectal de Thiele, através de movimentos radicais nos músculos tensionados e o alongamento, que alonga o tecido conjuntivo e melhora a circulação. Apesar de serem métodos que podem trazer desconforto para os pacientes, eles são benéficos para relaxamento e liberação do ponto de gatilho (BAGGEN et. al, 2021; PADOA et. al, 2020; PORST et. al, 2013; RUDOLPH et. al, 2017; STEIN et. al, 2018). Uma técnica adicional para a liberação desses pontos, ainda em estudo, é o agulhamento a seco, que se propõe diminuir o desconforto causado por aquele ponto de tensão (STEIN et. al, 2018).

A cinesioterapia e o biofeedback, fazendo uso de exercícios personalizados envolvendo contrações isométricas e isotônicas do MAP e relaxamento, têm foco em treinar os pacientes para que reconheçam e tenham controle das estruturas musculares envolvidas durante a contração do períneo. Uma estratégia que pode ser adotada é o downtraining, exercícios combinados com relaxamento ativo e respiração diafragmática, que visa desacelerar o sistema nervoso e melhorar o desempenho sexual. Apesar disso, o treinamento dessa musculatura requer

que o paciente compreenda uma sequência de eventos, aprenda a controlar o reflexo ejaculatório e consiga empregar esse método em suas relações sexuais, o que pode levar meses (PASTORE et. al, 2014; PASTORE et. al, 2018; STEIN et. al, 2018). Fergus et. al (2019) reforçam que o exercício é uma intervenção de baixo custo e risco, que pode ser combinada com fármacos ou outros métodos.

A eletroestimulação ou Estimulação Elétrica Neuromuscular (EENM) tem objetivo principal de provocar contrações musculares (músculos lisos e estriados), isso em virtude de uma série de estímulos intermitentes lançados sobre os músculos superficiais que levam à ativação das vias aferentes do nervo pudendo. É utilizada para melhorar propriocepção, força contrátil, ensinar o relaxamento muscular e aliviar dores (GRUENWALD et. al, 2017; BAGGEN et. al, 2021; PASTORE et. al, 2018). Apesar do estudo de Pastore et. al (2014) ter concluído que a EENM melhora significativamente o tempo de latência ejaculatória intravaginal, ainda não se sabe o efeito imediato da eletroestimulação durante a relação sexual.

Além da reabilitação do assoalho pélvico, a acupuntura é uma alternativa em estudo, uma técnica da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que atua na neuromodulação por meio da estimulação de tecidos e visa o equilíbrio do corpo e da mente, sendo capaz de melhorar a dor, desconforto e outros sintomas (MAFRA et. al 2013; SAN-TOS, 2021; TUIE et al, 2019). Em pesquisas a respeito da acupuntura como opção de tratamento para a EP, os acupontos utilizados foram selecionados pelo acupunturista de acordo com o padrão da OMS: E36, IG4, R3, F3, Yintang, VC3 (SUNAY et. al, 2011); IG4, VC4, VC3, BP6, R3 e F3 (SANTOS, 2021) e VC4, VC3, BP6, R3, F3 (CHEN, 2009). Esse método tem uma resposta positiva como tratamento, entretanto, de acordo com Santos (2021), o ideal é que seja utilizada de forma complementar, dentro de um plano terapêutico com a finalidade de tratar e normalizar o assoalho pélvico.

## METODOLOGIA

Para obter os resultados e respostas acerca da problematização apresentada neste trabalho, o método utilizado foi qualitativo, que busca a compreensão do porquê de um

determinado fenômeno e as subjetividades, não se preocupando com representatividade numérica e/ou julgamentos, a fim de não permitir que preconceitos e crenças dos autores interfiram na pesquisa (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Já quanto aos seus objetivos, pode ser classificado como exploratório. De acordo com Gil (2008), esse tipo de pesquisa tem por objetivo esclarecer e oferecer maior entendimento de um determinado problema, além do pesquisador procurar um maior conhecimento sobre o tema em estudo.

A modalidade escolhida para realização dos procedimentos técnicos da pesquisa foi uma forma de investigação científica que busca responder a uma pergunta de pesquisa claramente formulada; a revisão bibliográfica sistemática.

Como critério de elegibilidade para a análise, foram incluídos estudos e protocolos de exercícios fisioterapêuticos como tratamento da Ejaculação Precoce. Utilizou-se artigos nos idiomas inglês e português, desde 1996 até 2019 para a análise. Estudos repetidos e que não demonstraram com clareza a intervenção, foram excluídos. A leitura para seleção de artigos foi realizada de forma independente e consensual

pelos dois pesquisadores e, em caso de controvérsia, os avaliadores debateram e analisaram para que, em consenso, fosse integrado à pesquisa ou não.

A coleta de dados foi realizada nas bases de dados ScienceDirect, PubMed (National Library of Medicine e National Institutes of Health), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e por buscas adicionais dentro das referências. Os seguintes termos foram utilizados como descritores de busca: pelvic, floor, physiotherapy, rehabilitation, premature, ejaculation, sexual, dysfunction, male, treatment, bem como suas variantes. No cruzamento das palavras-chave, foram encontrados 186 artigos; destes, 12 foram selecionados para análise e discussão, já que preenchiam os critérios de inclusão.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Tendo em vista o objetivo dessa revisão, as pesquisas elegíveis foram organizadas em tabela (Tabela 1) a fim de tornar prática e acessível a análise dos dados.

**Tabela 1 – Análise de artigos**

Autor/Ano	Estudo	Metodologia	Resultados
Pastore et. al (2019) <sup>a</sup>	Não randomizado, a longo prazo	Homens com EP: 174 Idade: - Método de medição: IELT; PEDT Duração: 12 semanas	Sucesso: 87 % Sem melhora: 13 % Satisfação mantida em 68% dos homens após 36 meses e 52% após 48 meses
Rodriguez et. al (2019) <sup>b</sup>	Randomizado controlado com grupo paralelo	Homens com EP: 35 Idade: média de 33,7 anos Método de medição: IELT; PEDT Duração: 7 semanas	Fisioterapia combinada com dispositivo de masturbação: IELT atingiu média de 167s
Pastore et. al (2018) <sup>c</sup>	Não randomizado, a longo prazo	Homens com EP: 122 Idade: média de 24 anos Método de medição: IELT; PEDT Duração: 12 semanas	Sucesso: 90,9% Sem melhora: 9,1% Satisfação mantida em 64% dos homens após 36 meses
Sahin (2016) <sup>d</sup>	Ensaio clínico randomizado e controlado por placebo, comparativo	Homens com EP: 120 Idade: - Método de medição: IELT; PEDT Duração: 4 semanas	Sem diferenças entre a média do IELT entre os grupos de dapoxetina e o de acupuntura, porém entre os tempos médios no início e no final do tratamento foram estatisticamente significativas para todos os grupos de intervenção
Kurkar et. al (2015) <sup>e</sup>	Comparativo	Homens com EP: 74 Idade: média de 37,5 anos Método de medição: IELT Duração: 16 semanas	Sertralina: 60% não ultrapassou IELT de 120s Fisioterapia: 82% atingiu IELT médio de 175s Combinado: IELT atingiu média de 298s
	Observacional	Homens com EP: 108	

Lavoisier et. al (2014) <sup>f</sup>		Idade: média de 41,8 anos Método de medição: IELT Duração: 20 sessões Homens com EP: 78	Sucesso: 88% Sem melhora: 12%
La Pera et. al (2014) <sup>g</sup>	Não randomizado	Idade: média de 40 anos Método de medição: IELT; PEDT Duração: 5 anos Homens com EP: 40	Todos os pacientes ao final do treinamento tornaram-se conscientes do papel do assoalho pélvico no controle da ejaculação Sucesso: 55%
Pastore et. al (2014) <sup>h</sup>	Não randomizado	Idade: - Método de medição: IELT Duração: 12 semanas Homens com EP: 40	Sucesso: 83% Sem melhora: 12% Desistência: 5%
Pastore et. al (2012) <sup>i</sup>	Ensaio clínico randomizado e controlado por placebo, comparativo	Idade: média de 30 a 31 Método de medição: IELT Duração: 12 semanas (fisioterapia: 19; dapoxetina: 21)	Sucesso: 58% Sem melhora: 26% Melhora antes do esperado: 11% Desistência: 5%
Sunay et. al (2011) <sup>j</sup>	Ensaio clínico randomizado e controlado por placebo, comparativo	Homens com EP: 90 Idade: entre 28 e 50 anos Método de medição: IELT; PEDT Duração: 4 semanas	Sem diferença relevante entre o grupo da acupuntura e o da paroxetina, mas alterações significativas foram encontradas em relação ao grupo placebo
Claes e Van Poppel (2005) <sup>k</sup>	Não randomizado	Homens com EP: 29 Idade: - Método de medição: IELT Duração: -	Sucesso: 65,5% Sem melhora: 34,5%
La Pera e Nicastro (1996) <sup>l</sup>	Não randomizado	Homens com EP: 18 Idade: média de 34 anos Método de medição: IELT Duração: 20 sessões	Sucesso: 61% Melhora sem ajuda clínica: 11% Sem melhora: 28%

\*Obs.: primeiro estudo encontrado na literatura a abordar a fisioterapia pélvica como opção de tratamento para EP

Fonte: elaborada pelas autoras

A Ejaculação Precoce é a queixa sexual masculina mais frequente. Possui sério impacto na qualidade de vida do paciente e de seus parceiros, já que é vista como parte crítica de sua saúde e bem-estar geral. Portanto, um dos objetivos do tratamento deve ser a melhora da satisfação do paciente e do parceiro em relação à relação sexual e qualidade de vida (COHEN et al, 2016; SUNAY et. al, 2011).

Todas as pesquisas expostas utilizaram o mesmo método de medição para avaliar a evolução dos pacientes durante o tratamento: Tempo de Latência Ejaculatória Intravaginal (IELT) e alguns adicionaram também o questionário Ferramenta de Diagnóstico de Ejaculação Precoce (PEDT), isso faz com que a análise dos resultados seja mais fidedigna e coerente em relação aos resultados. De forma generalizada, mais da metade dos pacientes submetidos à reabilitação do MAP apresentaram melhora significativa no IELT, com porcentagens de sucesso entre 55% (La Pera et. al, 2014) e 91% (Pastore et. al, 2018), o

que corrobora com o sucesso da fisioterapia pélvica como intervenção na EP.

Dois estudos (e,i) confrontaram o tratamento medicamentoso com a fisioterapia pélvica. Pastore e seus colaboradores, em 2012, compararam com a dapoxetina e obtiveram resultados satisfatórios tanto no grupo de reabilitação pélvica quanto no grupo tratado com o fármaco. Entretanto, citaram efeitos colaterais advindos do medicamento, como a náusea, ao contrário da fisioterapia, que não apresentou nenhum relato. Além disso, alegou também a diferença de custo, uma vez que essa intervenção apresenta uma redução de custo importante se comparado ao tratamento sob demanda com dapoxetina.

Posteriormente, em 2015, Kurkar et. al elaboraram uma pesquisa semelhante, porém o fármaco escolhido foi a sertralina, a qual não demonstrou eficácia, uma vez que mais da metade dos participantes (60%) não alcançou um IELT satisfatório. Somado a essa insatisfação, inúmeros efeitos colaterais foram relatados:

náuseas (23%), vômitos (11%), dispepsia (18%), insônia (10%), sonolência (13%), ejaculação escassa (18%) e gotejamento pós-micção (14,86%). Se tratando da conduta fisioterapêutica, 82% dos pacientes alcançaram um IELT de até 270s (segundos), o equivalente a 2,5 vezes o IELT de base realizado anteriormente ao tratamento e sem qualquer relato de efeitos adversos.

Salienta-se que a acupuntura pode ser utilizada de forma complementar a um tratamento fisioterapêutico, fazendo com que seja válido abordá-la e analisá-la como opção de intervenção. Os artigos de Sunay et. al (2011) e Sahin (2016) analisaram de forma comparativa, o tratamento realizado com a técnica chinesa e os fármacos paroxetina e dapoxetina, respectivamente. Em ambos os estudos, os grupos placebos tiveram um desempenho insatisfatório, já que a pontuação no PEDT foi mantida sem redução considerável. No que diz respeito a acupuntura, notou-se uma congruência nos resultados, uma vez que, se observado o rendimento sexual do paciente antes e depois das condutas, houve uma melhora expressiva, com redução de 5 pontos no questionário PEDT e IELT final aumentado de duas a três vezes do seu valor inicial. A comparação com a dapoxetina 60mg apresentou variáveis significativas em relação a acupuntura, já que proporcionou aos seus consumidores um rendimento superior, de 40s a mais; em contrapartida, a paroxetina demonstrou resultados semelhantes ao da técnica da Medicina Tradicional Chinesa.

Em 2019, Rodriguez et. al realizaram um estudo acerca do tratamento da EP com grupos paralelos, no qual um foi submetido a um programa de exercícios para o assoalho pélvico e o outro a uma combinação desse programa com um dispositivo de masturbação. Em seus resultados, ambos os grupos demonstraram melhora no seu Tempo de Latência Ejaculatória Intravaginal, em que os pacientes que realizaram o processo com o dispositivo alcançaram um IELT de até 2,4 vezes maior do que o anterior ao tratamento, sugerindo que é uma técnica recomendada para ser utilizada de forma complementar ao tratamento fisioterapêutico.

Embora seja uma terapia que, se comparada a outras, requer um período de tempo mais longo para obter bons resultados(g,h), ao

observar a análise realizada, é possível pontuar os benefícios da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para a Ejaculação Precoce: rendimento sexual satisfatório por anos(a ,c), educação e propriocepção corporal(g), terapia acessível, uma vez que possui custo relativamente baixo se comparado a outras formas de intervenção(i) e sem efeitos adversos negativos relatados (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,l). Sugere-se que seja uma terapia utilizada de forma a ser complementada com diversas técnicas, como a acupuntura e o dispositivo de masturbação, a fim de alcançar maiores resultados (b,d,j).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o exposto, as evidências atuais são encorajadoras, uma vez que a fisioterapia pélvica apresentou melhora significativa no IELT em todos os estudos analisados, alcançando mais de 90% de sucesso, além de outros inúmeros benefícios e poucos pontos negativos, podendo ser utilizada como opção de tratamento conservador de primeira linha.

Entretanto, é evidente a carência de estudos a respeito do tratamento fisioterapêutico em si, que, apesar de não haver um protocolo padronizado, está em ascensão, necessitando de maior esclarecimento acerca da eficácia do treinamento do MAP e o papel que a fisioterapia desempenha no tratamento da EP, apesar disso, é uma alternativa de tratamento e que não deve ser excluída.

### REFERÊNCIAS

- ABDO CH. The impact of ejaculatory dysfunction upon the sufferer and his partner. **Transl androl urol**. 2016 aug;5(4):460-9. Doi: 10.21037/tau.2016.05.08. Pmid: 27652218; pmcid: pmc5002001.
- ABDO, C. H. N. et al. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina**, v.59, p.250-257, 2002. Disponível em

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19449>. Acessado em 04 outubro 2020.

ABDULCADIR, J et al. In Vivo ImagingBased 3-Dimensional Pelvic Prototype Models to Improve Education Regarding Sexual Anatomy and Physiology. **The Journal of Sexual Medicine**, [s. l.], 2020. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.025>. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(20\)30666-4/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(20)30666-4/fulltext). Acesso em: 16 out. 2021.

ALVES, THAIS DA COSTA. A relevância da atuação da fisioterapia pélvica no tratamento da ejaculação precoce. **InterFisio**, [s. l.], 16 out. 2017. Disponível em: <https://interfisio.com.br/a-relevancia-da-atuacao-da-fisioterapia-pelvica-no-tratamento-da-ejaculacao-precoce/>. Acesso em: 9 out. 2021.

BAGGEN, R. et al. Pelvic floor physiotherapy for pelvic floor hypertonia: a systematic review of treatment effectiveness. **Sexual Medicine Reviews**, [s. l.], 2021. DOI [10.1016/j.sxmr.2021.03.002](https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.03.002). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34127429/>. Acesso em: 8 out. 2021.

BAROR D. et al. Grupo de Estudos Tramadol ODT. A randomized double-blind, placebo-controlled multicenter study to evaluate the efficacy and safety of two doses of the tramadol orally disintegrating tablet for the treatment of premature ejaculation within less than 2 minutes. **European Urology**. 2012 Abr;61(4):736-43. doi: [10.1016/j.eururo.2011.08.039](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2011.08.039). Epub 2011 Ago 30. 21889833.

BUVAT J. Pathophysiology of premature ejaculation. **A practical approach to premature ejaculation** | volume 8, supplement 4, 316-327, october 01, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02384.x>

BY PARK et al. Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? **A Re-view with Clinical Reports**, Behav Sc, 6 (2016), p. 17

CARSON C, GUNN K. Premature ejaculation: definition and prevalence. **Int j impot res**. 2006 sep-oct;18 suppl 1: s5-13. Doi: [10.1038/sj.ijir.3901507](https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901507). Pmid: 16953247.

CENTRO DE MEDICINA SEXUAL DO RIO DE JANEIRO. **Ejaculação precoce**. Disponível em: [http://medicinasexual.com.br/ejaculacao-precoce/#:~:text=o%20termo%20ielt%20\(intravaginal%20ejaculation,os%20estudos%20cl%C3%ADNICOS%20sobre%20ep%20](http://medicinasexual.com.br/ejaculacao-precoce/#:~:text=o%20termo%20ielt%20(intravaginal%20ejaculation,os%20estudos%20cl%C3%ADNICOS%20sobre%20ep%20). Acesso 24 setembro 2020.

CHEN ZX. [Control study on acupuncture and medication for treatment of primary simple premature ejaculation]. **Zhongguo Zhen Jiu**. 2009 Jan;29(1):13-5. Chinese. PMID: 19186715.

COHEN D. et al. The Role of Pelvic Floor Muscles in Male Sexual Dysfunction and Pelvic Pain. **Sex Med Rev**. 2016 Jan;4(1):53-62. doi: [10.1016/j.sxmr.2015.10.001](https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.001). Epub 2016 Jan 8. 27872005.

EL-HAMD, MOHAMMED A. Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. **Asian Journal of Andrology**, [s. l.], 2019.

FERGUS, B. et al. Exercise improves self-reported sexual function among adults physically active. **The Journal of Sexual Medicine**, [s. l.], 2019. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.020>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609519311646>. Acesso em: 22 out. 2021.

FONTANA FS, DE MELO K, FERREIRA LV, NUNES EFC, LATORRE GFS. Fisioterapia pélvica no tratamento da ejaculação precoce: uma revisão integrativa. **Revista Ciência em Saúde**. 13º de setembro de 2017 [citado 25º de setembro de 2020];7(3):25-7. Disponível em: [http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/680](http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/680). Acesso 25 setembro 2020.

GALATI, MARIA C. R. et al. Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. **Psico-USF**, [s. l.], agosto 2014. DOI [10.1590/1413-82712014019002014](https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002014). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pusf/a/CR9xjCYr3hr4kzq7chT8RhL/?lang=pt>. Acesso em: 9 out. 2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de Pesquisa. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. 1. ed. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2009. cap. 2, p. 31-42. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.

GIAMI, Alain. A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade? **Physis [online]**. 2005, vol.15, n.2, pp.259-284. ISSN 1809-4481. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000200005>.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRUENWALD, I. et al. Transcutaneous neuromuscular electrical stimulation may be beneficial in premature ejaculation treatment. **Medical Hypotheses**, [s. l.], 2017. DOI <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.10.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306987717307326?via%3Dihub>. Acesso em: 26 out. 2021.

GUR, S. et al. Current therapies for premature ejaculation. **Drug Discovery Today**, [s. l.], 2016. DOI <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2016.05.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359644616301544?via%3Dihub>. Acesso em: 7 out. 2021.

HERSCHORN, S. Female Pelvic Floor Anatomy: The Pelvic Floor, Supporting Structures, and Pelvic Organs. **Reviews in Urology**, [s. l.], 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472875/>. Acesso em: 25 out. 2021.

HWANG, S. K et al. Pelvic Floor Disorders. **Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation**, [s. l.], ed. 6ª, p. 774-788, 2021. DOI <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-62539-5.00038-2>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323625395000382>. Acesso em: 18 out. 2021.

IMBELLONI, L. E. et al. Analgesia pós-operatória com bloqueio bilateral do nervo pudendo com bupivacaína S75:R25 a 0,25%: estudo piloto em hemorroidectomia sob regime ambulatorial. **Rev. Brasileira de Anestesiologia**, [s. l.], 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/Lc48wcsNgQRxwnx8LwVPzZB/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

INTERNATIONAL SOCIETY OF SEXUAL MEDICINE (ISSM). **Premature ejaculation**: survey yields differences in clinician understanding. Disponível em <https://www.issm.info/news/sex-health-headlines/premature-ejaculation-survey-yields-differences-in-clinician-understanding/>. Acesso em 24 setembro 2020.

INTERNATIONAL SOCIETY OF SEXUAL MEDICINE (ISSM). **Patient information sheet on premature ejaculation**. Disponível em <https://issm.info/media/attachments/2021/08/17/03-clinical-guidelines---issm-patient-information-sheet-on-pe---vjan-2015.pdf>. Acesso em 08 outubro 2020.

INTERNATIONAL SOCIETY OF SEXUAL MEDICINE (ISSM). **Quick reference guide to pe**. Disponível em [03-clinical-guidelines---issm-quick-reference-guide-to-pe--vjan2015.pdf](https://issm.info/media/attachments/2021/08/17/03-clinical-guidelines---issm-quick-reference-guide-to-pe---vjan2015.pdf)

JANG, S.Y. Report of Penile Surgery Transplanted With Allogenic Dermal Graft for Treatment of Premature Ejaculation. **The Journal of Sexual Medicine**, [s. l.], 2017. DOI [doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.585](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.585). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S174360951731024X>. Acesso em: 10 out. 2021.

KURKAR, A. et al. Premature Ejaculation Treatment: A New Combined Approach. **Sociedade Egípcia de Reumatologia e Reabilitação**, [s. l.], 2015.

LA PERA, G. Awareness and timing of pelvic floor muscle contraction, pelvic exercises and

rehabilitation of pelvic floor in lifelong premature ejaculation: 5 years' experience. **Original Paper**, [s. l.], 2014.

LA PERA, G.; NICASTRO, U. A new treatment for premature ejaculation: the reha-bilitation of the pelvic floor. **Journal Sex Marital Ther**, [s. l.], 1996. DOI 10.1080/00926239608405302. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8699493/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

LAUMANN EO, NICOLOSI A, GLASSER DB, PAIK A, GINGELL C, MOREIRA E, WANG T; GSSAB INVESTIGATORS' GROUP. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. **Int j impot res**. 2005 jan-feb;17(1):39-57. Doi: 10.1038/sj.ijir.3901250. Pmid: 15215881

LAVOISIER, P. et al. Floor Muscle Rehabilitation pelvic in erectile dysfunction and premature ejaculation. **American Physical Therapy Association**, [s. l.], 2014.

LIMONCIN E. et al. Premature ejaculation results in female sexual distress: stand-ardization and validation of a new diagnostic tool for sexual distress. **J Urological**, 2013; 189:1830-5. 10.1016/j.juro.2012.11.007

MAFRA, R. S.C et al. Ejaculação precoce: revisão de literatura sobre novos tratamentos. **Brasília Médica** [s. l.], 2013. Disponível em: <https://rbm.org.br/details/83/pt-BR/ejaculacao-precoce--revisao-de-literatura-sobre-novos-tratamentos>. Acesso em: 6 out. 2021.

MCANINCH, J. W.; LUE, T. F. Anatomia do sistema geniturinário e Disfunção sexual masculina. In: **Urologia Geral de Smith e Tanagho**: Lange. 18<sup>o</sup>. ed. [S. l.]: AMGH, 2014. cap. 1 e 39, p. 17-32, 610-630.

MOREIRA JÚNIOR, E. D. et al. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sex-ual attitudes and behaviors. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 5, p. 234-241, 2005. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9830>

/2/Moreira%20Jr%20ED%20Prevalence%20of%20Sexual...pdf. Acesso em 04 outubro 2020.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE (Rio Grande do Sul). Como deve ser a abordagem e o tratamento da ejaculação precoce na Atenção Primária à Saúde? **Saúde do Homem**, [S. l.], p. 1-2, 1 dez. 2010. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/como-deve-ser-feita-a-abordagem-e-o-tratamento-da-ejaculacao-precoce-em-ambiente-de-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 6 out. 2021.

OLIVEIRA, S. et al. Eficácia da vibroestimulação peniana após lesão vertebromedularEffectiveness of penile vibratory stimulation after spinal cord injury. **Acta Urológica Portuguesa**, [s. l.], 2016. DOI <https://doi.org/10.1016/j.acup.2016.01.002>. Dispo-nível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341402216000033>. Acesso em: 27 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cid-10 versão: 2019**. Disponível em <https://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso 24 setembro 2020.

PAÇO, Joana Costa Simões. **Teorias Fisiopatológicas da Ejaculação Prematura e Novas Perspectivas Terapêuticas**. Universidade da Beira Interior, [S. l.], p. 1-72, 1 out. 2021.

PADOA, A. et al. "Hyperactive pelvic floor (FPO) and sexual dysfunction" Part 1: Pathophysiology of FOP and its impact on sexual response. **Sexual Medicine Reviews**, [s. l.], 2020. DOI 10.1016/j.sxmr.2020.02.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32238325/>. Acesso em: 17 out. 2021.

PASTORE A. L. et al. A prospective randomized study to compare pelvic floor reha-bilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation. **Revista Internacional de Andrologia**, fevereiro de 2012. Doi: 10.1111/j.1365-2605.2011.01243.x

PASTORE A. L. et al. Pelvic floor muscle rehabilitation for patients with lifelong premature ejaculation: a novel therapeutic approach. **Ther Adv Urol**. 2014 Jun;6(3):83-8. doi: 10.1177/1756287214523329

PASTORE, L. et al. Rehabilitation of the lining of the pelvic musculature in the early adolescent throughout life: results of monitoring of 48 months. **Eur Urol Suppl.**, [s. l.], 2019.

PASTORE A. L. et al. Rehabilitation of the pelvic muscle lining as an option therapy in and early adolescent throughout life: results in long term. **Asian Journal of Andrology**, 2018.

PORST, H. et al. Conservative treatment (medical and mechanical) SOP of erectile dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**, [s. l.], 2013. DOI 10.1111/jsm.12023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343170/>. Acesso em: 4 out. 2021.

RAIZADA, V.; MITTAL, R. K. Pelvic Floor Anatomy and Applied Physio-logy. **Gastroenterol Clin North Am**, [s. l.], 2009. DOI 10.1016/j.gtc.2008.06.003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2617789/>. Acesso em: 25 out. 2021.

RODRÍGUEZ JE et. al. Effectiveness of sphincter control training (SCT) in Premature Ejaculation Treatment, A New Approach cognitive-behavioral: a randomized study parallel group controlled, 2019. **PLoS ONE** 14 (2): e0212274. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212274>

RUDOLPH, E. et al. Pelvic Floor Physiotherapy for Erectile Dysfunction - Fact or Fal-lacy?. **The Journal of Sexual Medicine**, [s. l.], 2017. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.003>. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(17\)30429-0/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(17)30429-0/fulltext). Acesso em: 7 out. 2021.

SAHIN, S. et al. A prospective randomized controlled trial for compare acupuncture and dapoxetine to premature ejaculation treatment. **Urologia Internationalis**, [s. l.], 2016.

SANTOS, M. A Aplicação da Acupuntura nas Disfunções do Assoalho Pélvico. **InterFisio**, [s. l.], 2021. Disponível em: <http://interfisio.com.br/a-aplicacao-da-acupuntura-nas-disfuncoes-do-assoalho-pelvico/>. Acesso em: 23 out. 2021.

SARRIS, A. B. et al. Physiology of Penile Erection: a brief review. **Visão Acadêmica**, [s. l.], v. 18, ed. 3, setembro 2017.

SEREOGLU, E. C et al. Premature ejaculation: do we have effective thera-py?. **Translational Andrology and Urology**, [s. l.], 2013.

STANDRING, S. Urogenital System: True pelvis, pelvic floor and perineum. In: **GRAY'S Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice**. 41ª. ed. [S. l.]: Elsevier, 2015. cap. 73, p. 1221-1236.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). **Diretrizes sobre disfunção sexual masculina: Disfunção erétil e Ejaculação precoce (rápida)**. Disponível em <https://www.issm.info/news/sex-health-headlines/premature-ejaculation-survey-yields-differences-in-clinician-understanding/>. Acesso em 29 outubro 2020

STEIN, A. et al. The role of physical therapy in sexual health in men and women: assessment and treatment. **Sexual Medicine Reviews**, [s. l.], 2018. DOI <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.09.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052118301069>. Acesso em: 22 out. 2021.

SUNAY, D. et al. Acupuncture Versus Paroxetine for the Treatment of Premature Ejaculation: A Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial. **European Urology**, [s. l.], 2011. DOI <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2011.01.019>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283811000303?via%3Dihub>. Acesso em: 1 nov. 2021.

TANNENBAUM, JACOB et al. Hyperthyroidism as an Underlying Cause of Premature Ejaculation. **Sexual Medicine Reviews**, [s. l.], 2021. DOI <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.03.005>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052121000329>. Acesso em: 9 out. 2021.

TORTORA, G. J; DERRICKSON, B. Sistemas Genitais. In: **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 14ª . ed. [S. l.]: Guanabara Koogan, 2016.

TUITE, PATRICK M. et al. Management Options for Premature Ejaculation and De-layed Ejaculation in Men. **Sexual Medicine Reviews** , [s. l.], 2019.

WHELAN, Georgina; BROWN, Jac. Pornography Addiction: An Exploration of the Association Between Use, Perceived Addiction, Erectile Dysfunction, Premature (Early) Ejaculation, and Sexual Satisfaction in Males Aged 18-44 Years. **The Journal of Sexual Medicine**, [s. l.], v. 18,

2021. DOI  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.06.014>.  
Acesso em: 8 out. 2021.

YAACOV, D. et al. The Effect of Pelvic Floor Rehabilitation on Males with Sexual Dysfunction: A Narrative Review. **Sexual Medicine Reviews**, [s. l.], 2021. DOI  
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.02.001>.  
Disponível em:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052121000068>. Acesso em: 11 out. 2021.