



Centro Universitário Vale do Salgado

**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

ELISÂNGELA RODRIGUES DE LIMA

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA A EJACULAÇÃO PRECOCE:
REVISÃO NARRATIVA**

ICÓ - CE
2021

ELISÂNGELA RODRIGUES DE LIMA

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA A EJACULAÇÃO PRECOCE:
REVISÃO NARRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado - UNIVS, como requisito para a obtenção de título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Ma. Rejane Cristina Fiorelli de Mendonça.

ELISÂNGELA RODRIGUES DE LIMA

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA A EJACULAÇÃO PRECOCE:
REVISÃO NARRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado - UNIVS, como requisito para a obtenção de título de Bacharel em Fisioterapia.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ma. Rejane Cristina Fiorelli de Mendonça
Centro Universitário Vale do Salgado - UNIVS
Orientadora

Prof.^a Esp. Rauany Barreto Feitoza
Centro Universitário Vale do Salgado - UNIVS
1^a Examinadora

Prof.^a Esp. Emille de Souza Apolinário Barreto
Centro Universitário Vale do Salgado - UNIVS
2^a Examinadora

Dedico este trabalho a Deus, que me presenteia todos os dias com a energia da vida, e a minha família, por sempre estarem ao meu lado seja qual for a circunstância.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por nunca me desamparar e por todas as bênçãos diárias mesmo eu sendo uma filha tão falha e cheia de pecados.

Ao meu esposo, José Ferreira de Abreu Neto, pela compreensão, paciência e pela força que me proporcionou durante todo esse tempo, te amo.

Aos meus filhos, José Rodrigues de Abreu Filho e Luiz Rodrigues de Abreu Filho, mamãe ama muito vocês, obrigado por serem minha motivação diária.

À minha mãe, Maria Irineide Rodrigues de Lima, que sempre estive ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória.

À minha avó, Aurizia, por tudo que fez e faz por mim até este presente momento, meu muito obrigado.

Agradeço a minha orientadora, Rejane Fiorelli de Mendonça, por ter aceito conduzir este trabalho que tanto me deu dor de cabeça para ser construído, obrigado Rejane, a senhora foi um anjo.

Não te mandei eu? Sê forte e corajoso; não temas, nem te espantes, porque o Senhor, teu Deus, é contigo por onde quer que andares.

(Josué 1:9)

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CE	Ceará
DE	Disfunção Erétil
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
ELT	Latência da Ejaculação
EP	Ejaculação Precoce
Esp.	Especializado(a)
HDL-C	Lipoproteína de Alta Densidade
IPDE-5	Inibidores Fosfodiesterase Tipo 5
ISSM	Sociedade Internacional de Medicina Sexual
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Ma	Mestra
Prof.	Professor(a)
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
UNIVS	Centro Universitário Vale do Salgado

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: descrição do artigo incluído no estudo, em relação ao autor, ano, título e objetivo.....	23
---	----

RESUMO

LIMA, E. R. **TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA A EJACULAÇÃO PRECOCE: REVISÃO NARRATIVA.** 2021. 34 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário Vale do Salgado, Icó, 2021.

Introdução: A Sociedade Internacional de Medicina Sexual define ejaculação precoce como sendo uma disfunção sexual masculina caracterizada por ejacular sempre ou quase sempre antes ou dentro de cerca de um minuto após a penetração vaginal. A ejaculação precoce, embora seja característico em homens acima de 40 anos, estudos apontam como um sintoma comum na adolescência e atinge 30% a 40% da população masculina. No Brasil 25,8% da população do sexo masculino possui esta condição. Diversos são os tratamentos descritos para ejaculação precoce, entretanto a abordagem da fisioterapia mostra-se essencial, pois o profissional tem capacidade de avaliar e exercer suas atribuições com liberdade, em todos os níveis da atenção básica a saúde, sendo ele coletivo ou individual. **Objetivo:** Descrever o tratamento fisioterapêutico na Ejaculação Precoce através da revisão narrativa. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura foram coletados artigos nas bases de dados eletrônicas LILACS, BVS e SciELO. No período temporal de 2011 a 2021 os descritores utilizados nas bases de dados foram: “ejaculação precoce”, “fisioterapia e “disfunção sexual”. Por meio da procura minuciosa realizada no mês de novembro de 2021, fazendo uso dos descritores da pesquisa, a amostra foi constituída por 6 artigos. **Resultados:** Pôde-se observar nos estudos selecionados que houveram nas pesquisas uma variação de idade na amostra de 18 e 56 anos, representando que a ejaculação precoce ainda é uma disfunção que atinge desde o jovem até o adulto. Já em relação aos recursos utilizados para o tratamento da ejaculação precoce os que mais se destacaram foram a cinesioterapia pélvica, eletroestimulação e o biofeedback. E a respeito dos efeitos obtidos a variável que obteve o melhor resultado foi o período de latência ejaculatória intravaginal. **Conclusão:** A fisioterapia mostrou-se ser uma alternativa eficiente dentre os tratamentos existentes para os pacientes portadores desta disfunção sexual. Portanto, mesmo perante aos benefícios proporcionados pela fisioterapia, com a elaboração deste trabalho foi possível perceber uma grande escassez de pesquisas relacionando a fisioterapia com a ejaculação precoce, necessitando assim de mais estudos intervencionais relacionados a esta temática para que possa obter maiores evidências científicas que norteiem a prática clínica.

Palavras-chave: Disfunção Sexual; Ejaculação Precoce; Fisioterapia.

ABSTRACT

LIMA, E. R. **PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT FOR EARLY EJACULATION: NARRATIVE REVIEW**. 2021. 34 f. Monograph (Graduation in Physiotherapy) – Vale do Salgado University Center, Icó, 2021.

Introduction: The International Society of Sexual Medicine defines premature ejaculation as a male sexual dysfunction characterized by always or almost always ejaculating before or within about one minute of vaginal penetration. Premature ejaculation, although characteristic in men over 40 years of age, studies point to it as a common symptom in adolescence and affects 30% to 40% of the male population. In Brazil, 25.8% of the male population has this condition. There are several treatments described for premature ejaculation, however the physical therapy approach is essential, as the professional is able to freely assess and exercise his/her duties, at all levels of primary health care, whether collective or individual. **Objective:** To describe the physical therapy treatment in Premature Ejaculation through narrative review. **Methodology:** this study is a narrative literature review articles were collected in the electronic databases LILACS, BVS and SciELO. In the period from 2011 to 2021, the descriptors used in the databases were: “premature ejaculation”, “physiotherapy and “sexual dysfunction”. Through a thorough search carried out in November 2021, using the research descriptors, the sample consisted of 6 articles. **Results:** It was possible to observe in the selected studies that there was a variation of age in the sample between 18 and 56 years old in the researches, representing that premature ejaculation is still a dysfunction that affects from young people to adults. Regarding the resources used for the treatment of premature ejaculation, the ones that stood out the most were pelvic kinesiotherapy, electrical stimulation and biofeedback. And regarding the effects obtained, the variable that obtained the best result was the intravaginal ejaculatory latency period. **Conclusion:** Physical therapy proved to be an efficient alternative among existing treatments for patients with this sexual dysfunction. Therefore, even in view of the benefits provided by physiotherapy, with the elaboration of this work it was possible to notice a great lack of researches relating physiotherapy with premature ejaculation, thus requiring more interventional studies related to this theme so that more scientific evidence can be obtained to guide clinical practice.

Keywords: Physiotherapy; Premature Ejaculation; Sexual Dysfunction.

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A EJACULAÇÃO PRECOCE	14
3.2 FORMAS DE TRATAMENTO DA EJACULAÇÃO PRECOCE.....	17
3.3 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA EP.....	18
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE ESTUDO	20
4.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS	21
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ESTUDOS	21
4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS.....	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 EJACULAÇÃO PRECOCE E AMOSTRA DOS PACIENTES.....	24
5.2 RECURSOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA EJACULAÇÃO PRECOCE	26
5.3 EFEITOS PROMOVIDOS PELOS RECURSOS UTILIZADOS	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é um elemento essencial na vida dos seres humanos, fazendo parte de si mesmo e dos outros na qual se relaciona durante toda sua existência, interferindo no seu jeito de ser e de se mostrar perante a sociedade. Com isso, as disfunções sexuais podem acometer o indivíduo, acarretando em problemas de saúde, gerando impactos negativos sobre a sua autoimagem, trazendo consigo desânimos, estresses, perda da confiança e até mesmo levando a um estado de depressão (RODRIGUES *et al.* 2020).

A “International Society for Sexual Medicine” (Sociedade Internacional de Medicina Sexual - ISSM) define ejaculação precoce como sendo “uma disfunção sexual masculina caracterizada por ejacular sempre ou quase sempre antes ou dentro de cerca de um minuto após a penetração vaginal; e incapacidade de retardar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais; e com consequências pessoais negativas, como aborrecimento, preocupação, frustração e/ou prevenção de intimidades sexuais”. Colabora Correa (2013) que esta disfunção acontece em homens geralmente acima de 40 anos podendo acometer 64% da população masculina.

Entretanto, a Ejaculação Precoce, embora seja característico em homens acima de 40 anos, estudos apontam como um sintoma comum na adolescência e atinge 30% a 40% da população masculina (SANTOS, 2013). No Brasil 25,8% da população do sexo masculino possui esta condição, e por conta do alto índice muitos homens não possuem conhecimento a respeito dos profissionais da saúde que lidam com a ejaculação precoce e quais terapias utilizam para o tratamento desta disfunção (BONFIM; RIBEIRO, 2021).

Diversos são os tratamentos descritos para ejaculação precoce, podendo citar o medicamentoso, o psicológico e o fisioterapêutico, que faz uso da cinesioterapia, eletroestimulação e do biofeedback. Como são vários os tipos de terapias para o tratamento da mesma condição de saúde, fica evidente a carência de soluções mais próximas do ideal (FONTANA *et al.*, 2017).

Desta forma, é importante mencionar que a fisioterapia não dispõe de uma especialidade voltada para saúde do homem, entretanto, os cuidados relacionados a este público são executados em seus mais variados tipos de atenção, sendo eles atuantes na prevenção, promoção e recuperação da saúde. A abordagem da

fisioterapia mostra-se essencial, pois o profissional tem capacidade de avaliar e exercer suas atribuições com liberdade, em todos os níveis da atenção básica a saúde, sendo ele coletivo ou individual (FRANCO; CARDOSO; SILVA, 2021).

Diante do exposto surgiu o seguinte questionamento: quais são os tratamentos fisioterapêuticos utilizados na ejaculação precoce, por meio de uma revisão narrativa?

Desta forma, a realização deste estudo justifica-se pelo índice e pelos impactos negativos na vida dos indivíduos acometidos pela ejaculação precoce, como também pela curiosidade da pesquisadora sobre o assunto, pela afinidade da área e por ser um assunto pouco abordado na literatura, sendo assim este tema torna-se relevante para mostrar que a fisioterapia pode ter um papel fundamental no tratamento destes indivíduos.

Portanto, considera-se essencial conhecer a origem da ejaculação precoce como ela se apresenta, os fatores e condicionantes que tem afetado boa parte dos homens brasileiros, e assim, buscar ajuda para se ter uma vida sexual ativa de qualidade. Embora que seja uma questão muitas vezes vista pelos homens como a “perda da sua masculinidade”, é preciso orientá-los que essa condição é temporária, o tratamento quando realizado de forma correta trará resultados satisfatórios para ele, apresentando um desempenho desejado em seu momento íntimo seja consigo ou com o outro.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o tratamento fisioterapêutico na Ejaculação Precoce através da revisão narrativa.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos homens estudados nos artigos revisados;
- Descrever os recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento;
- Elencar os efeitos da fisioterapia dentro no tratamento da ejaculação precoce.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A EJACULAÇÃO PRECOCE

A Ejaculação Precoce (EP) é uma disfunção sexual mais comum que acometeu gênero masculino com primazia entre 30% a 40%. Sendo caracterizada por uma ejaculação que acontece no intervalo antes ou entre um minuto quando iniciado a penetração vaginal, paliando a inaptidão ao orgasmo na íntegra ou praticamente em todas as relações inerentes que este sujeito esteja se relacionando (FONTANA *et al.*, 2017).

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) enfatiza o mesmo pensamento do teórico anterior, e acrescenta que a ejaculação precoce (EP) também apresenta desconforto vultoso e um impasse na relação, ou sob o uso de alguma substância. Entretanto, o guia da Associação Urológica Americana, afirma que a ejaculação acontece antes do esperado, gerando um incômodo entre as partes (ALVES, 2017).

Essa disfunção sexual não é meramente uma questão emocional, mas também uma condição neurobiológica. A ansiedade, disfunção erétil e insatisfação sexual são uns dos predominantes emocionais que tem influenciado de forma negativa na vida do indivíduo. Outra questão são os aspectos biológicos, as disfunções hormonais e ejaculatória, problemas da tireoide, predisposição genética, anomalias no sistema nervoso ocasionada por experiências emocionais desagradáveis ou cirúrgica, além do uso de fármacos (FONTANA *et al.*, 2017).

A classificação da Ejaculação Precoce foi minuciada de duas formas: a primeira ao longo da vida, e a segunda adquirida. A primeira EP ao longo da vida, acontece em todas ou em algumas relações. Na maior parte dos casos ocorre desde a primeira relação, totalizando exatamente 90% dos homens, ejaculando por volta de 30-60 segundos, 10% dentre 1 a 2 minutos depois da penetração, 70% dos casos perdura freneticamente ao longo da vida, e 30% se acentua com a idade. A continência em paliar a ejaculação está detraída ou inexistente. A minoria dos homens ejacula antes mesmo de ter o contato vaginal (ABDO; ABDO, 2013).

De acordo com Francischi *et al.* (2011), a idade é reputada como um aspecto que ocasiona a EP, conjecturando que homens mais novos indicam problemas como a disfunção sexual. Todavia, estudos tenros preconizam que não se pode determinar

a existência da disfunção com relação a idade de forma negativa. Essa fase ou temporalidade podem estar ligadas a assiduidade e a forma da performance sexual de um indivíduo, podendo interferir na latência da ejaculação (ELT).

Contudo, aproximadamente metade dos homens com disfunção sexual também denotam ejaculação precoce (EP). Os homens com disfunção erétil (DE) precoce são capazes de propositalmente estugar o momento íntimo para estorvar o detrimento precoce do tesão e ejaculação com uma latência fugaz. Podendo ser majorado pelos picos de ansiedade relacionado ao desempenho sexual (FRANCISCHI *et al.*, 2011).

No Brasil, a preponderância da ejaculação precoce (EP) varia entre 20% a 40% entre os homens de todo o país. Está conjuntura hostiliza 25,8% da massa masculina que apresentam disfunção erétil. No entanto, quando não há a discrepância entre a ejaculação precoce (EP) como um sintoma ou síndrome, finda-se que a disfunção sexual precoce precisa de mais informações para se fechar um diagnóstico (ABDO; ABDO, 2013).

Para se firmar um diagnóstico, é preciso que os médicos considerem a periodicidade das incidências que ocasionam a ejaculação precoce e o intervalo em que elas acontecem. Esta investigação será um norte para afirmar se a ejaculação precoce (EP) é generalizada ou circunstancial, se é uma situação primária (desde o início da vida sexual ativa) ou secundária (adquirida por um determinado tempo). Independente da classificação, homens com EP normalmente expõem algumas ou nenhuma queixa sobre o autocontrole da ejaculação, baixa autoestima, angústia ou atribuição interpessoais com indivíduos que não apresente EP. Desse modo, é fundamental um diagnóstico detalhado englobando uma análise de controle, o período de latência, insatisfação ou impasse decorrente da EP (FRANCISCHI *et al.*, 2011).

Pode-se afirmar que a sociedade na qual se vive, denota um sentido figurado de que o homem é a figura do galante conquistador, viril, fortalecendo o caráter da sua sexualidade. E quando o mesmo não apresenta a potencialidade da sua masculinidade devido à manifestação da disfunção erétil, este sujeito internaliza insatisfação sexual, medo, depressão dentre outros determinantes emocionais (MICHILES, 2010).

A ereção peniana (EP) é um resultado de uma condição física que precisa da inserção de diversos artifícios. Dentre eles as técnicas psíquicas, vasculares, endócrinas, neurológicas, miogênicas que são estimuladas no momento em que os

órgãos genitais declinam incitamento sensorial. Controlando também os impulsos psicogênicos de origem excêntrica (I CONSENSO, 1988).

Em um dado momento da vida, boa parte das pessoas do gênero masculino passará por uma situação de ineptidão resultante de uma ereção, normalmente originada pela fadiga, consumo de bebidas alcoólicas superabundante, inclusive pelo índice elevado de estresse que se estabelece temporariamente. É preciso estar atento aos sintomas que precedem a EP (FARIA, 2007).

A função erétil, na maioria dos casos está relacionada a inúmeros determinantes que apresentam risco a saúde dos homens tais como: a idade, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, baixos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL-C), doença vascular periférica, diabetes mellitus, tabagismo, drogas, doenças neurológicas, alcoolismo, depressão, insuficiência renal, infarto do miocárdio, neoplasias, obesidade, baixa escolaridade, podendo ser somente um desses aspectos ou um composto de fatores preeminente (HEIDELBAUGH, 2010).

Em vista disso, a disfunção erétil de forma arbitraria desvela resolução e efetividade. Além do mais com os grandes progressos na atuação médica, o gênero masculino não precisa enfrentar essa situação sozinho, apesar de enxergar esse episódio como algo frustrante da masculinidade, é essencial que possam reconhecer e procurar ajuda médica ao invés de passar por essa dificuldade silenciosamente. Dessa maneira, os avanços da medicina têm possibilitado tratamentos satisfatórios e menos invasivos (FARIA, 2007).

Os profissionais da urologia e psicologia devem orientar os pacientes com relação aos cuidados da sua saúde, enfatizando a importância de ter uma boa alimentação, a prática de atividades físicas, tentar reduzir o uso de tabagismo e alimentos que alterem os níveis de gordura e colesterol, ficar atentos aos efeitos colaterais em relação a disfunção erétil, consumo hiperbólico de álcool dentre outras permutações dos fatores de risco (LIMA, 2003).

Desse modo, é preciso identificar os predominantes que apresentem risco e que estejam relacionados à disfunção erétil, e assim definir estratégias com base no protocolo de prevenção, efetivando o tratamento desta patologia que denota prejuízos na saúde biopsicossocial do homem acometido por esta disfunção. É fundamental uma análise detalhada da história de vida do paciente, facilitando, portanto, a confirmação de um possível diagnóstico e a origem da causalidade (I CONSENSO, 1988).

3.2 FORMAS DE TRATAMENTO DA EJACULAÇÃO PRECOCE

Há várias formas de tratamento para disfunção erétil (DE), mas a intervenção só é realizada posteriormente a uma análise da equipe multidisciplinar que irá acompanhar o caso em questão. Todavia, os tipos de tratamento são: eletroterapia, aconselhamento psicosssexual, psicoterapia psicanalítica, o uso de dispositivos de vácuo externas, medicamentos, terapia de injeção intracavernosa, a pratica da yoga e a utilização de prótese peniana. A origem da DE, a auto aceitação do paciente, auxilia na triagem para uma intervenção adequada. No entanto, as intervenções fisioterapêuticas proporcionam técnicas de tratamento menos invasivos, indolor, e simples execução (KAMPEN *et al.*, 2003).

A finalidade da psicoterapia no tratamento da EP, é fazer com que o paciente possa ter o autocontrole da ejaculação, possibilitando ao homem uma autoconfiança em sua performance sexual, contendo a ansiedade frente a relação sexual, transfigurando o momento íntimo, e assim, debelar as vicissitudes individuais que ocasionam a EP. Além de compartilhar as emoções e sensações, aperfeiçoando o diálogo, minimizando as desordens particulares, minorando ou precautelando a recidiva (ABDO; ABDO, 2013).

O tratamento medicamentoso é realizado com as seguintes medicações: citrato de sildenafil, tadalafila e cloridrato de vardenafila que são inibidores fosfodiesterase tipo 5 (IPDE-5). O uso delas é via oral, e são encontradas em todas as farmácias conforme as dosagens prescritas pelo médico. Ambos os medicamentos têm a mesma potencialidade, ação e eficácia no tratamento. Pesquisadores ainda estudam novas possibilidades de medicamentos para auxiliar nesse processo, o avanafil que está em produção nos Estados Unidos, e a udenafil na Coreia e no Canadá apresentando estudos avançados (ABDO; ABDO, 2013).

Mais uma técnica é a cirúrgica. Esse procedimento ficou conhecido em 1973 devido a inúmeras tentativas em busca de uma efetivação e fidedignidade do processo. A prótese de Small Carrion, surgiu somente na era moderna com métodos mais satisfatórios. Desse modo, essa prótese só é recomendada a fatores orgânicos como diabetes melito, neuropatias, vasculopatias, dentre outras. É um método que também é indicada para os pacientes que não tiveram bons resultados com a utilização de fármacos, bomba de vácuo ou outros métodos (I CONSENSO, 1988).

3.3 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA EP

O surgimento da fisioterapia foi determinado com o intuito de reabilitar e preparar as pessoas lesionadas para guerra com incidências em expediente, ou por enfermidades procedentes das circunstâncias sanitárias inepta para o regresso de uma vida satisfatória. Entretanto, a fisioterapia atendia os pacientes na especialidade de paramédica, dando o suporte a pessoas em situações de emergência (REZENDE *et al.*, 2009).

No Brasil, somente por volta de 1969 de outubro que a fisioterapia foi fundada como disciplina de nível superior, decretada pela Lei nº 938 do artigo 3, que diz que é função do fisioterapeuta desenvolver técnicas e competências com o objetivo de cuidar e trabalhar a integralidade física do paciente, bem como dar o suporte necessário conforme a necessidade do mesmo (REZENDE *et al.*, 2009).

Levando em consideração o exposto anterior com relação à função do profissional fisioterapeuta, é preciso que antes do especialista iniciar uma avaliação com um paciente com disfunção sexual, é fundamental que ele esteja habilmente resolvido com a sua sexualidade, exercendo o seu trabalho com competência, ética e principalmente preservando a integridade e saúde da pessoa em questão.

O fisioterapeuta antes de iniciar a sessão deve explicar de forma sucinta a anatomia do assoalho pélvico, a função do músculo isquicavernoso e dos músculos bulboesponjoso no decorrer da ereção. Para tanto, a cinesioterapia é um conjunto de exercícios terapêuticos que auxiliam na reabilitação de diversas circunstâncias, fortalecendo e alongando os músculos, além de otimizar o estado de saúde geral e prevenir alterações motoras (KAMPEN *et al.*, 2003).

No processo de conscientização, é necessário realizar um exercício para verificar a sensibilização da função muscular. Entretanto, o paciente tem que ser orientado com relação a forma de contrair os músculos de assoalho pélvico, além de recomendar ao próprio a remedir a entre pausa do fluxo de urina e a contração dos músculos alitrado em tal intensidade e forte de que modo possa ser capaz de controlar por um determinado tempo a ejaculação. A realização da atividade deve ser decúbito dorsal com os joelhos flexionados, sendo essa maneira mais simples de experienciar os músculos pélvicos, neste arranjo (KAMPEN *et al.*, 2003).

O profissional fisioterapeuta também pode executar um exame intra-anal digital para analisar a musculação se contraindo, com o objetivo de avaliar o canal anal (fragmento do ânus localizada entre a margem anal e a transição ano-retal), sendo assim, a melhor forma de examinar se há ou não a ausência doença, ou lesões. Esse procedimento pode também ajudar ao paciente a contrair os músculos do assoalho pélvico (KAMPEN *et al.*, 2003).

A anamnese é um instrumento que permite o fisioterapeuta ter uma boa percepção sobre a estrutura total de um paciente, seja uma questão física, emocional, mental, sexual e até mesmo comportamental. Uma entrevista minuciosa nos dar detalhes sobre a vida sexual, como por exemplo, a relação de um homem com EP que pode está apresentando problemas no momento íntimo, fazendo com que a sua parceira se sinta impotente de satisfação. Sendo assim, a estimulação incurial, veemência ou constância descarta ou não o diagnóstico de disfunção de excitação ou orgasmo (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Segundo Sousa *et al.* (2016) diz que o fisioterapeuta deve realizar a anamnese no modelo estruturado e específico para se obter informações mais precisas para a construção de um plano individual e tratamento adequado. Conforme a entrevista for conduzida, perguntas abertas permite que o paciente fale sobre as suas implicações de maneira espontânea, relatando o início dos sintomas que está apresentando e que está causando um desconforto. A partir do conteúdo trazido pelo paciente, o fisioterapeuta analisará e preestabelecerá a situação de enfermidade atual.

Ainda o mesmo autor, afirma que a anamnese permite o fisioterapeuta ensejar um diagnóstico e direcionar um tratamento efetivo e menos invasivo conforme o estado de enfermidade do paciente, além de estabelecer um vínculo de confiança e respeito. Para que aconteça toda essa competência, é fundamental o profissional ter paciência e prestar atenção aos dados que são relatados. Uma entrevista rápida, pode existir lacunas que impedirá de alcançar os objetivos para um tratamento eficaz. Ressalta que um dos problemas do fisioterapeuta para se obter dados mais claros e pontuais, é a delimitação do tempo que o impede de realizar uma entrevista com dados mais relevantes (SOUSA *et al.*, 2016).

Um bom relacionamento entre fisioterapeuta e paciente, é um ponto chave para se obter resultados satisfatórios na reabilitação do enfermo. Entretanto, essa relação deve ser baseada no respeito, na atenção e carinho, não devendo ultrapassar a outras particularidades que desfigura essa relação de profissionalismo e competência. O

ouvir também deve ser uma ferramenta da praticidade da fisioterapia, pois muitos pacientes quando se tem confiança, acaba relatando detalhes da sua vida, que não foram expostas na anamnese e que pode ser utilizada em um certo momento (SUBTIL *et al.*, 2011).

Dessa maneira, o processo de adesão na fisioterapia, permite que o paciente seja ativo no seu processo, fazendo com que ele se responsabilize em fazer sua parte no tratamento, se esforçando para alcançar os seus objetivos, buscando melhorar a sua capacidade física e a integridade das funções que foram interrompidas ou afetadas pela enfermidade. Para que aja uma fidedignidade do recurso fisioterápico, é essencial que o profissional seja empático, atencioso, cuidadoso, e que aprenda acolher o paciente, o fazendo se sentir apoiado, ouvindo as suas angústias e expectativas com relação ao tratamento, dando uma assistência adequada (SUBTIL *et al.*, 2011).

Outra técnica utilizada pelos fisioterapeutas é a eletroestimulação é um procedimento eficaz, que se baseia na contração muscular involuntária enquanto se realiza os exercícios físicos. Desse modo, os pulsos elétricos incitam a musculatura do assoalho pélvico inserindo a concepção do córtex do paciente, possibilitando a sua habilidade e o desempenho das contrações voluntárias (SANTOS; FERREIRA, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, que segundo Tessmer *et al.* (2020) a revisão narrativa apresenta uma forma não sistematizada de revisar a literatura. É imprescindível procurar modernizações sobre um certo assunto fornecendo ao revisor toda a base teórica em pouco tempo. Dado que a revisão narrativa integra um método mais sintetizado para revisar a literatura, a questão norteadora da pesquisa pode ser mais ampla e tratar de uma temática de modo livre, sem tanto rigor metodológico.

4.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS

Buscando responder a questão norteadora do estudo “*Quais são os tratamentos fisioterapêuticos utilizados na ejaculação precoce?*” foram coletados artigos nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). No período temporal de 2011 a 2021.

Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) utilizados nas bases de dados foram: “ejaculação precoce”, “fisioterapia e “disfunção sexual”.

Por meio da procura minuciosa realizada no mês de novembro de 2021, fazendo uso dos descritores da pesquisa, a amostra foi constituída por 6 artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais escritos na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, contanto que abordassem em sua temática os recursos terapêuticos utilizados na reabilitação de pacientes com ejaculação precoce.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ESTUDOS

Os artigos selecionados para o presente estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: artigos sobre ejaculação precoce, disfunção sexual e fisioterapia, estudos clínicos disponíveis na íntegra de forma gratuita e disponíveis de forma online. Já os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, aqueles que não se encaixavam no tema do estudo, incompletos ou em idiomas desconhecidos.

4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS

A análise dos dados foi realizada pela técnica de temática de Minayo, que

segundo Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014) , este método é composto por três etapas: a primeira é a pré-análise, que foi feita a organização dos dados obtidos; a segunda é a exploração do material, na qual os dados obtidos são categorizados para que possa conseguir o núcleo do entendimento textual por meio da criação de grupos; e a última etapa é o tratamento dos dados obtidos e a interpretação, sendo articulada as informações do referencial teórico, para que possa responder a pergunta norteadora da pesquisa.

O referido estudo não apresentou consequências éticas pelo seu perfil bibliográfico e a incapacidade de expor participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os descritores utilizados para busca nas bases de dados foram identificados 6 artigos para compor esta revisão, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para este estudo.

Para uma melhor observação e apresentação dos resultados foram elaboradas tabelas contendo resumos com as principais informações extraídas do estudo.

A tabela abaixo mostra o autor, ano, título e objetivos dos estudos selecionados. Possibilitando uma visão global dos artigos que foram selecionados para a presente narrativa.

TABELA 1: descrição do artigo incluso no estudo, em relação ao autor, ano, título e objetivo.

AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO
Pastore et al. 2012	<i>A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation</i>	Comparar a eficácia da reabilitação dos músculos do assoalho pélvico com a do tratamento sob demanda com recaptção da serotonina, avaliando as mudanças na ejaculação intravaginal após 12 semanas de terapia.
Pastore et al. 2014	<i>Pelvic floor muscle rehabilitation for patients with lifelong premature ejaculation: a novel therapeutic approach</i>	Avaliar o possível papel terapêutico da reabilitação dos músculos do assoalho pélvico em pacientes afetados pela ejaculação precoce ao longo da vida.
Pera 2014	<i>Awareness and timing of pelvic floor muscle contraction, pelvic exercises and rehabilitation of pelvic floor in lifelong premature ejaculation: 5 years experience</i>	Avaliar as taxas de cura em uma população não selecionada de pacientes com ejaculação precoce ao longo da vida submetidos a tratamento de reabilitação do assoalho pélvico que foram ensinados a função do assoalho pélvico e o tempo de contração desses músculos.
Lavoisier et al. 2014	<i>Pelvic-floor muscle rehabilitation in erectile dysfunction and premature ejaculation</i>	Determinar se as intervenções de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico poderiam estar associadas a aumentos na pressão intracavernosa que aumentariam a rigidez peniana.
Kurkar et al. 2015	<i>Treatment of premature ejaculation: a new combined approach</i>	Comparar o valor de uma terapia combinada de sertralina e reabilitação do assoalho pélvico em relação a qualquer uma delas como uma terapia única em pacientes com uma resposta

<p>Pastore <i>et al.</i> 2018 <i>Pelvic muscle floor rehabilitation as a therapeutic option in lifelong premature ejaculation: long-term outcomes</i></p>	<p>insatisfatória ao tratamento com recaptação seletiva da serotonina inibidoras sozinho. Avaliar os resultados a longo prazo da reabilitação do músculo do assoalho pélvico em homens com ejaculação precoce, usando o tempo de latência ejaculatória intravaginal e a ferramenta de diagnóstico de ejaculação precoce.</p>
--	---

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2021.

Conforme a tabela 1, os objetivos dos estudos identificados, buscam relatar a atuação da fisioterapia em pacientes com ejaculação precoce, indo de acordo com o objetivo da referida pesquisa.

5.1 EJACULAÇÃO PRECOCE E AMOSTRA DOS PACIENTES

Pastore *et al.* (2012) em sua pesquisa foram compostos de 40 pacientes do sexo masculino com diagnóstico de ejaculação precoce. Todos eles relataram que sofriam de EP por toda a vida e haviam tentado diferentes tipos de terapia (cremes anestésicos, antidepressivos tricíclicos e inibidores da fosfodiesterase tipo 5) sem uma resposta substancial. Eles foram divididos em 2 grupos, sendo o primeiro com 19 pacientes (idade entre 19 e 48 anos) recebendo a reabilitação dos músculos do assoalho pélvico e o segundo com 21 pacientes (idade entre 23 e 51 anos) recebendo 30 ou 60mg de dapoxetina sob demanda.

Já em 2014 novamente Pastore *et al.*, em sua nova pesquisa, contou com 40 pacientes do sexo masculino, com idade entre 19 e 46 anos, com diagnóstico de EP. Todos os pacientes do estudo também informaram ter EP vitalícia e que tentaram diversos tipos de terapia, sem uma resposta substancial. Todos os homens do estudo foram tratados com reabilitação dos músculos do assoalho pélvico.

E mais recentemente, em 2018, Pastore *et al.* realizou um novo estudo que foi composto de 122 pacientes (com idade entre 18 e 41 anos), do sexo masculino e com diagnóstico de ejaculação precoce. Todos eles foram submetidos à reabilitação dos músculos do assoalho pélvico.

E Pera (2014) em seu estudo, contou com 78 pacientes do sexo masculino com ejaculação precoce, com idade média de 33 a 49 anos. Todos eles foram submetidos a reabilitação dos músculos do assoalho pélvico.

No mesmo ano, Lavoisier *et al.* (2014) em seu trabalho participaram 122 homens com disfunção erétil isolada (com idade média de 51,8 anos) e 108 homens com ejaculação precoce isolada (com idade média de 41,8 anos). Todos os 230 participantes do estudo foram submetidos à reabilitação dos músculos do assoalho pélvico.

E por fim, na pesquisa de Kurkar *et al.* (2015) participaram 74 pacientes (com idade de 23 a 56 anos) com ejaculação precoce com resposta insatisfatória à sertralina 50mg. Toda a amostra do estudo foi submetida à reabilitação dos músculos do períneo como uma terapia alternativa e depois foi realizada uma combinação da reabilitação com a sertralina.

Desta forma, pôde-se perceber perante os autores que em todas as pesquisas houveram um número considerável de participantes e que a idade deles variou entre 18 e 56 anos, demonstrando que a ejaculação precoce acomete tanto os jovens como também os adultos.

Segundo Fontana *et al.* (2017) o conceito de EP é uma ejaculação que acontece sempre ou na maioria das vezes antes ou em torno de um minuto de penetração vaginal, ou mesmo de ser incapaz de adiar o orgasmo em todas ou na maior parte das penetrações vaginais. E Mafra *et al.* (2018) ainda relatam que a ejaculação precoce é a mais comum dentre as queixas sexuais masculinas, possuindo prevalência de 2 a 23%. Diversos fatores estão envolvidos na origem dessa disfunção como fatores psicológicos, religião e estresse, bem como também a sua causa ainda não foi definida.

Concordando com os autores da pesquisa Paul, Medici e Abdo (2020) mencionam que por meio de um questionário subjetivo que levou em consideração a faixa etária, 30% dos homens com idade entre 18 e 29 anos se autodenominavam ejaculadores precoces. Já na faixa etária de 30 e 39 anos eram 32% e entre 40 e 49 anos eram 28%. A faixa etária que mais relatou ejaculação precoce foram homens com idade entre 50 e 59 anos, com prevalência de 55%. E o índice de ejaculação precoce na população brasileira masculina é de 15,8%.

5.2 RECURSOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA EJACULAÇÃO PRECOCE

No estudo de Pastore *et al.* (2012) foi utilizado no primeiro grupo reabilitação dos músculos do assoalho pélvico com cinesioterapia realizando contração muscular que permitisse ao paciente estar atento à atividade motora; estimulação elétrica do assoalho perineal para estimular o nervo pudendo, resultando na estimulação do músculo puborretal, fazendo o esfíncter uretral se contrair; e o biofeedback, para que o paciente aprenda a contrair os músculos. Foram realizadas 3 sessões de 60 minutos por semana, aplicadas por 20 minutos cada técnica. No segundo protocolo de tratamento, os pacientes foram organizados aleatoriamente para os subgrupos de 30mg ou 60mg de dapoxetina. O medicamento foi tomado conforme necessário, 1–3 h antes da relação sexual.

Em 2014 Pastore *et al.* realizou outro estudo e fez uso da cinesioterapia para conseguir que o paciente conseguisse contrair de forma ativa os músculos do períneo, eletroestimulação do assoalho pélvico para estimular o nervo pudendo, estimulando o músculo puborretal, que faz com que o esfíncter uretral se contraia, e biofeedback, para que o paciente possa aprender a controlar a contração muscular perineal e do esfíncter geniturinário. Os pacientes tiveram 3 sessões de terapia de 60 minutos por semana, durante as quais as 3 técnicas foram aplicadas por 20 minutos cada.

E em 2018, em seu estudo mais recente Pastore *et al.* foram feitas cinesioterapia para realização de contração muscular ativa, eletroestimulação do nervo pudendo para contração do músculo puborretal, fazendo com que o esfíncter uretral se contraia, e biofeedback para ensinar participantes para controlar as contrações musculares. Durante a parte da sessão de cinesioterapia, os pacientes realizaram exercícios físicos personalizados com foco nas contrações isométricas e isotônicas dos músculos do assoalho pélvico. A eletroestimulação do nervo pudendo, realizada para potencializar o fortalecimento dos músculos do períneo, foi aplicada por meio de sonda anal cilíndrica, com contato dos eletrodos da sonda anal e da porção anterior do esfíncter anal para estimular os músculos puboviscerais, com pulsos elétricos leves e indolores usados para estimulação.

Na sequência veio Pera (2014) que realizou a terapia em 4 etapas, sendo elas: 1) fazer com que o paciente tome conhecimento da existência dos músculos do assoalho pélvico, com paciente deitado solicitando a contrair os músculos do assoalho pélvico durante o exame de toque retal; 2) ensinar ao paciente a contração seletiva

dos músculos do assoalho pélvico, com o biofeedback, exercícios pélvicos e em alguns casos eletroestimulação; 3) ensinar ao paciente e pedir que experimente o tempo de execução e manutenção da contração dos músculos do assoalho pélvico durante a sensação da fase pré-orgástica; e 4) reforço dos músculos do assoalho pélvico.

Em seguida Lavoisier *et al.* (2014) em seu estudo foram realizadas sessões de trinta minutos de contrações voluntárias associadas à estimulação elétrica foram projetadas para aumentar a força do músculo isquiocavernoso (monitorado por meio do aumento da pressão intracavernosa).

E por fim, Kurkar *et al.* (2015) em sua pesquisa, todos os pacientes foram submetidos a um curso de reabilitação do assoalho pélvico por 8 semanas. Todos os pacientes receberam 3 sessões semanais de estimulação elétrica e exercícios para o assoalho pélvico, além de um exercício diário em casa por 1 mês. A estimulação elétrica foi realizada utilizando a terapia por corrente interferencial, com 50 Hz de frequência, intensidade de 100 mA e o padrão de balanço era de 6/6. O tempo de cada sessão foi de 20 min., para um total de 12 sessões durante um período de 1 mês, utilizando quatro eletrodos, com dois colocados na parte inferior do abdômen e dois na parte interna da coxa. Em relação ao exercício do assoalho pélvico, foi feito: reconhecimento pelo paciente do músculo pubococcígeo ao tentar interromper o fluxo de urina durante a micção. Foi realizado um exercício de ciclo longo, que consistia na contração submáxima sustentada do músculo pubococígeo por 10s e, em seguida, relaxamento por 10s, sendo instruído a repetir o exercício por 15 vezes e, a partir daí, descansar por 30s para realizar a troca lenta das fibras musculares e, em seguida, reiniciar. O exercício de ciclo curto consistia em contrair o músculo pubococcígeo no máximo por 1s, e então relaxar por 1s para fibras musculares de contração rápida. Os exercícios de ciclo curto e longo foram repetidos diariamente, chegando a atingir 15 episódios de cada ciclo por dia.

Com isso, foi possível observar que as terapias mais utilizadas para o tratamento da ejaculação precoce foram a cinesioterapia pélvica, eletroestimulação, e o biofeedback, sendo apontadas como tratamentos benéficos e alternativos para esta patologia.

Atualmente dentre os tratamentos para EP existe a fisioterapia, fazendo uso da cinesioterapia, biofeedback para os músculos do assoalho pélvico e da eletroestimulação. O tratamento fisioterapêutico procura promover uma avaliação

quantitativa, qualitativa, assim como funcional do assoalho pélvico e de suas disfunções (BONFIM; RIBEIRO, 2021).

Em concordância com os autores acima Franco, Cardoso e Silva (2021) falam que os exercícios de fisioterapia voltadas para o assoalho pélvico com enfoque nos músculos do períneo é uma ferramenta importantíssima na reabilitação da função sexual. O homem possui dois músculos superficiais no assoalho pélvico, o bulbo cavernoso (percorre cerca de um terço a metade do caminho ao redor da base do pênis) e o isquiocavernoso. Quando este indivíduo faz fisioterapia pélvica periodicamente, seus músculos do assoalho pélvico são fortalecidos, trazendo consigo resultados positivos no controle de suas ereções como também em sua performance sexual.

5.3 EFEITOS PROMOVIDOS PELOS RECURSOS UTILIZADOS

Na pesquisa de Pastore *et al.* (2012) no final do tratamento, 11 dos 19 pacientes (57%) tratados com reabilitação foram capazes de controlar o reflexo da ejaculação, com um período de latência ejaculatória intravaginal médio de 126,6 segundos. Já no grupo da dapoxetina, após 12 semanas de terapia, 5 de 8 (62,5%) pacientes no subgrupo de 30 mg e 5 de 8 (72%) no subgrupo de 60 mg tiveram um tempo de latência maior que 180 segundos. Os resultados obtidos no grupo tratado com reabilitação do assoalho pélvico são promissores, e esse tratamento representa uma redução de custo importante se comparado ao tratamento sob demanda com dapoxetina.

Em sua segunda pesquisa, Pastore *et al.* (2014), no final do tratamento, 33 dos 40 pacientes obtiveram controle do reflexo ejaculatório, com um período de latência médio de 146,2s. Um total de 13 de 33 pacientes foram avaliados em 6 meses de acompanhamento, e eles mantiveram um período de latência significativo 112,6s em comparação com seu valor inicial (39,8s).

E em seu trabalho mais atual, Pastore *et al.* (2018) observou que, dos 122 participantes que completaram a reabilitação dos músculos do períneo, 111 ganharam controle de seu reflexo de ejaculação, e dos 95 participantes que completaram o acompanhamento de 36 meses, 64% e 56% mantiveram controle satisfatório da ejaculação aos 24 e 36 meses após a intervenção, respectivamente.

Já Pera (2014) trouxe como resultados 54% dos pacientes que completaram o treinamento foram curados da ejaculação precoce e aprenderam com o tempo a adiar o reflexo da ejaculação. Em um subgrupo de 26 pacientes também foi medido o tempo de latência que, em média, aumentou de <2 minutos para > 10 minutos. Os melhores resultados ocorreram principalmente em pacientes com menos de 35 anos, onde a taxa de cura foi de 65%.

E o estudo de Lavoisier *et al.* (2014) destacou que em 20 sessões, a pressão máxima aumentou na disfunção erétil, bem como na ejaculação precoce. A modelagem da articulação indicou que as progressões médias esperadas da pressão intracavernosa após 5 sessões em disfunção erétil e ejaculação precoce eram de 62,85 e 64,15 cm h₂o, respectivamente. A reabilitação da musculatura do assoalho pélvico foi considerada benéfica na disfunção erétil. No entanto, seus efeitos sobre os sintomas da ejaculação precoce, apesar dos ganhos de pressão intracavernosa, eram muito mais difíceis de avaliar.

E por fim, na pesquisa de Kurkar *et al.* (2015) o tempo de latência ejaculatória intravaginal foi de 20-110 segundos. com a terapia de 50 mg de sertralina sozinha, o período de latência atingiu 90-180 segundos. Apenas com a reabilitação do assoalho pélvico, o tempo de latência atingiu 90-270 segundos. usando uma terapia de combinação de ambos, o período de latência atingiu 180-420 segundos. Esta resposta foi significativamente maior do que o tempo de latência ejaculatória intravaginal da linha de base e de ambas as linhas sozinhas.

Deste modo, foi possível constatar que perante as terapias utilizadas a variável que obteve o melhor resultado foi o período de latência ejaculatória intravaginal, pois em todos os todos os participantes obtiveram aumento nesse tempo, conseguindo ficar mais tempo no ato sexual sem que houvesse a ejaculação precoce.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ejaculação precoce é uma disfunção que afeta os indivíduos do sexo masculino. Afetando a vida sexual tanto dos homens como de seus parceiros. Dentre as modalidades fisioterapêuticas ainda não houve um consenso, porém foi possível destacar a cinesioterapia pélvica, eletroestimulação e o biofeedback.

A fisioterapia mostrou-se ser uma alternativa eficiente dentre os tratamentos existentes para os pacientes portadores desta disfunção sexual, trazendo consigo resultados positivos no aumento do período de latência da ejaculação intravaginal.

A respeito da faixa etária dos homens participantes dos estudos, variou entre 18 e 56 anos. E em relação aos efeitos proporcionados pelas terapêuticas utilizadas, o melhor resultado obtido foi no aumento no período de latência da ejaculação intravaginal.

Observa-se ainda que a EP tem claramente um impacto negativo sobre os homens e os seus parceiros. Esta disfunção geralmente resulta de mais de um fator, e vários componentes, biológicos, psicossociais e relacionais, não havendo ainda uma etiologia precisa para esta patologia.

Portanto, todos os homens necessitam de uma avaliação cuidadosa para obter melhores resultados. Fisioterapeutas qualificados em fisioterapia pélvica possuem habilidades e conhecimentos específicos para atuarem nessa área promovendo melhoria da saúde sexual.

Portanto, mesmo perante aos benefícios proporcionados pela fisioterapia, com a elaboração deste trabalho foi possível perceber uma grande escassez de pesquisas relacionando a fisioterapia com a ejaculação precoce, necessitando assim de mais estudos intervencionais relacionados a esta temática para que possa obter maiores evidências científicas que norteiem a prática clínica.

REFERÊNCIAS

I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil – Sociedade Brasileira de Urologia, São Paulo: Damião R, Glina S, Teloken C, EDS – BF Cultural, 1998.

ABDO, J. A.; ABDO, C. H. N. Abordagem e Tratamento da Ejaculação Precoce. **Urologia Essencial**, v.3, n.1, 2013.

ALVES, T. C. **A relevância da atuação da fisioterapia pélvica no tratamento da ejaculação precoce**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em fisioterapia). InterFisio – Ensino a Distância. Rio de Janeiro/RJ. 2017.

ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc**, v. 18, n. 2, 2010.

BONFIM, G. V.; RIBEIRO, A. M. Treinamento da musculatura do assoalho pélvico na ejaculação precoce: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 1, p. 48-58, 2021.

CORREA, L. Q.; SILVA, M. C.; ROMBALDI, A. J. Sintomas de disfunção sexual em homens com 40 ou mais anos de idade: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 2, p. 444-453, 2013.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.: Est.**, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

FARIA, G. E. Disfunção Erétil. **Prática Hospitalar**, ano IX, n. 51, 2007.

FRANCISCHI, F. B. *et al.* Ejaculação precoce: existe terapia eficiente? **Einstein**, v. 9, n. 4, p. 545-549, 2011.

FRANCO, A. S. G.; CARDOSO, M. N.; SILVA, K. C. C. A abordagem fisioterapeuta na disfunção erétil. **Society and Development**, v. 10, n. 12, p. 1-11, 2021.

FONTANA, F. S. *et al.* Fisioterapia pélvica no tratamento da ejaculação precoce: uma revisão integrativa. **Revista Ciências em Saúde**, v.7, n.3, p.25-27, 2017.

HEIDELBAUGH, J. J. Management of erectile dysfunction. **American Family Physician**, v. 81, n. 3, 2010.

KAMPEN, M. V. *et al.* Treatment of erectile dysfunction by perineal exercise. *Electromyographic Biofeedback*, and electrical stimulation. **Phys Ther**, v. 83, n. 6, 2003.

KURKAR, A. *et al.* *Treatment of premature ejaculation: a new combined approach.* **Egyptian Rheumatology & Rehabilitation**, v. 42, e. 1, p. 39-44, 2015.

LAVOISIER, P. *et al.* *Pelvic-Floor Muscle Rehabilitation in Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation.* **Physical Therapy**, v. 94, n.12, 2014.

LIMA, F. M. M. Q. **Disfunção Erétil Masculina e Sexualidade.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biologia) - Centro Universitário de Brasília Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES. Brasília, 2003.

MAFRA, R. S. C. P. *et al.* Tradução e Adaptação Cultural do Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) para o Idioma Português. **Revista Urominas**, v. 30150, p. 7-11, 2018.

MICHILES, H. C. **Disfunção Erétil Atuação do Médico e do Psicólogo.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário de Brasília Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES. Brasília, 2010.

PASTORE, A. *et al.* *A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation.* **Ther Adv Urol**, Roma, v. 6, n.3, p. 83-88, 2012.

PASTORE, A. *et al.* *Pelvic floor muscle rehabilitation for patients with lifelong premature ejaculation: a novel therapeutic approach.* **Ther Adv Urol**, v. 6, n. 3, p. 83–88, 2014.

PASTORE, A. *et al.* *Pelvic muscle floor rehabilitation as a therapeutic option in lifelong premature ejaculation: long-term outcomes.* **Asian Jour Androl**, v. 20, n. 6, p. 572-575, 2018.

PAUL, G. M.; MEDICI, E.; ABDO, C. H. N. Diagnóstico clínico e tratamento medicamentoso em ejaculação precoce. **Diagn Tratamento**, v. 25, n. 4, p. 162-166, 2020.

PERA, G. *Awareness and timing of pelvic floor muscle contraction, pelvic exercises and rehabilitation of pelvic floor in lifelong premature ejaculation: 5 years experience.* **Archivio Italiano di Urologia e Andrologia**, v. 86, n. 2, 2014.

REZENDE, M. *et al.* A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009.

RODRIGUES, D. B. R. *et al.* Atuação da fisioterapia no tratamento da ejaculação precoce: uma revisão integrativa. **Processos de Intervenção em Fisioterapia e Terapia Ocupacional 2**. Ponta Grossa: Atena, 2020.

SANTOS, H. M; FERREIRA, E. S. **Tratamento da Disfunção erétil com o uso da eletroterapia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG. Paraná, 2008.

SANTOS, L. M. **Disfunção Erétil: Uma abordagem fisioterapêutica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Ariquemes-RO, 2013.

SOUSA, A. M. K. *et al.* Importância da anamnese para fisioterapia: Revisão bibliográfica. **Revista Educação em Saúde**, v.4, n.1, 2016.

SUBTIL, M. M. L. *et al.* O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. **Fisioter Mov**, v.24, n.4, 2011.

TESSMER, C. S. *et al.* Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 5, 2020.