

Graciele Vieira Bomfim

gracy16@hotmail.com

Pós-graduanda no Curso de Pós-graduação Lato sensu em Fisioterapia Pélvica.

Aline Moreira Ribeiro

alinemrib@gmail.com

Professora Mestre e Doutora no Curso de Pós-graduação Lato sensu em Fisioterapia Pélvica.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

TREINAMENTO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO NA EJACULAÇÃO PRECOCE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING

IN PREMATURE EJACULATION: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

RESUMO

Introdução: A ejaculação precoce tem sido a mais constante disfunção sexual masculina, com variação entre 30 a 40% de prevalência. Muitos homens ainda desconhecem as abordagens terapêuticas adequadas para resolução do problema. **Objetivo:** Revisar na literatura o efeito do treinamento da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com ejaculação precoce. **Metodologia:** A busca de artigos foi realizada nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e PEDro. Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos (2009 a 2019) sem restrições quanto ao desenho metodológico dos estudos. As palavras chaves usadas foram: “ejaculação precoce”, “fisioterapia” e “treinamento dos músculos do assoalho pélvico” e suas respectivas traduções na língua inglesa. **Resultados:** Cinco artigos foram incluídos nesta revisão. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico associado ou não à eletroestimulação e ao biofeedback, foi a técnica mais utilizada, apresentando 54 a 82,5% de cura. **Conclusão:** O treinamento dos músculos do assoalho pélvico se mostra como recurso terapêutico no manejo da ejaculação precoce. No entanto, investigações futuras como ensaios clínicos randomizados e controlados são necessários para fortalecer a efetividade desta terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE:

Diafragma pélvico; Ejaculação precoce; Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Premature ejaculation has been the most constant male sexual dysfunction, with a variation between 30 and 40% in prevalence. Most men are unaware of the appropriate therapeutic approaches to solving the problem. **Objective:** To review in the literature the effect of pelvic floor muscle training in patients with premature ejaculation. **Methods:** The search for articles was carried out in the PubMed, Virtual Health Library and PEDro databases. Articles published in the last ten years (2009-2019) were included without restrictions regarding the methodological design of the studies. The keywords used were: “premature ejaculation”, “physiotherapy” and “pelvic floor muscle training” and their respective English translations. **Results:** Five articles were included in this review. The pelvic floor muscle training associated or not with electrostimulation and biofeedback, was the most used technique, showing 54 to 82.5% of cure. **Conclusion:** The pelvic floor muscle training proved to be a therapeutic resource in the management of premature ejaculation. However, future investigations such as randomized controlled clinical trials and controlled are necessary to strengthen the effectiveness of this therapy.

Keywords: Pelvic Floor; Premature Ejaculation; Physical Therapy Specialty.

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista clínico, é extremamente difícil definir a síndrome da Ejaculação Precoce (EP), por ser uma disfunção sexual masculina com um componente cinesiológico-funcional importante.^[1] Sua prevalência varia entre 30 a 40%^[2], sendo que no Brasil 25,8% da população masculina tem sido acometida por essa condição.^[1] Apesar desta ampla prevalência, muitos homens ainda desconhecem quais são os profissionais da saúde responsáveis pelo tratamento desta disfunção e quais abordagens terapêuticas são adequadas para resolução do problema. Logo, o interesse no tema e a relação direta da Fisioterapia no tratamento dessa disfunção.

A maioria das etiologias propostas para a EP não são baseadas em evidência, sendo especulativas, na melhor das hipóteses.^[3] As teorias psicológicas incluem o efeito de experiência precoce e do condicionamento sexual, ansiedade, técnica sexual, frequência de atividade sexual e explicações psicodinâmicas.^[3] As explicações biológicas incluem teorias evolucionistas, hipersensibilidade do pênis, níveis de neurotransmissores centrais e sensibilidade de receptores, grau de excitação, velocidade do reflexo ejaculatório e nível de hormônios sexuais.^[3]

A EP possui duas classificações. Sendo, EP ao longo da vida: que ocorre em todas, ou quase todas as relações se agravando com a idade. A capacidade de retardar a ejaculação está diminuída ou ausente. A outra é a EP adquirida: ejaculação rápida que começa a ocorrer em determinado ponto da vida, em homem que habitualmente não apresentava queixas sexuais; pode se iniciar de forma súbita ou gradual; a capacidade de retardar a ejaculação encontra-se diminuída ou ausente.^[1]

Foi postulado que a EP pode ter um componente sensorial/neural envolvendo perturbações no sistema serotoninérgico (5-hidroxitriptamina, 5-HT)^[4], pois a variabilidade individual da neurotransmissão em 5-HT pode determinar os limiares ejaculatórios, tais alterações poderiam teoricamente contribuir para a patogênese.^[4]

São descritos atualmente como tratamento para EP o tratamento medicamentoso, particularmente com fluoxetina, citalopram, clomipramina, spray de lidocaína-prilocaina. Igualmente, há o tratamento psicológico, especialmente com terapia sexual; e Fisioterapia, com cinesioterapia, eletroestimulação e biofeedback para a musculatura do assoalho pélvico (AP). Tal gama distinta de estratégias e técnicas de tratamento para o mesmo problema evidencia a inexistência atual de uma solução mais próxima da ideal.^[2]

A Fisioterapia tem o seu papel cada vez mais definido na abordagem conservadora das disfunções do AP. A atuação do fisioterapeuta busca proporcionar uma avaliação qualitativa e quantitativa, bem como funcional do AP e das suas disfunções. Apesar da pouca quantidade de publicações, a Fisioterapia Pélvica emerge com sucesso no tratamento de mais da metade dos pacientes, consistindo em tratamento sem efeitos colaterais e de baixo custo relativo.^[2]

Ejaculadores precoces sofrem com esta disfunção simplesmente por não saber, ou não ser capazes de realizar uma contração adequada do AP durante o estímulo sexual. Assim, o objetivo deste estudo foi revisar na literatura o efeito do treinamento da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com ejaculação precoce.

METODOLOGIA

Para a realização da presente revisão integrativa de literatura foram utilizadas publicações de artigos datadas nos últimos dez anos, no período de 2009 a 2019, que discutiram o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) na EP. Não houve restrições quanto ao desenho metodológico dos estudos, entretanto publicações que foram repetidas em bases de dados, sem acesso ao conteúdo completo e só resumos foram excluídas. Semelhantemente, foram excluídos artigos cuja abordagem não se relacionava com o título em questão.

Fizeram parte artigos publicados em inglês, na íntegra e disponíveis nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e Physiotherapy Evidence Database (PEDro). O período de rastreio ocorreu entre março e abril de 2019. As seguintes palavras-chave de busca foram: “ejaculação precoce”, “fisioterapia” e “treinamento dos músculos do assoalho pélvico” e suas respectivas traduções na língua inglesa. Os artigos precisariam conter os termos associados acima, não absolutamente todos, porém o termo “ejaculação precoce” foi motivo de inserção primária.

Localizou-se publicações que portassem as palavras-chave pesquisadas no título. Selecionou-se os estudos com sínteses disponíveis dos quais o texto completo fosse de admissão livre, que foram explorados para extração dos dados. Após definição prévia da amostra e remoção dos dados, considerou-se: objetivos; delineamento metodológico e local de desenvolvimento do estudo; amostra e seu tamanho; avaliação das variáveis e resultados principais.

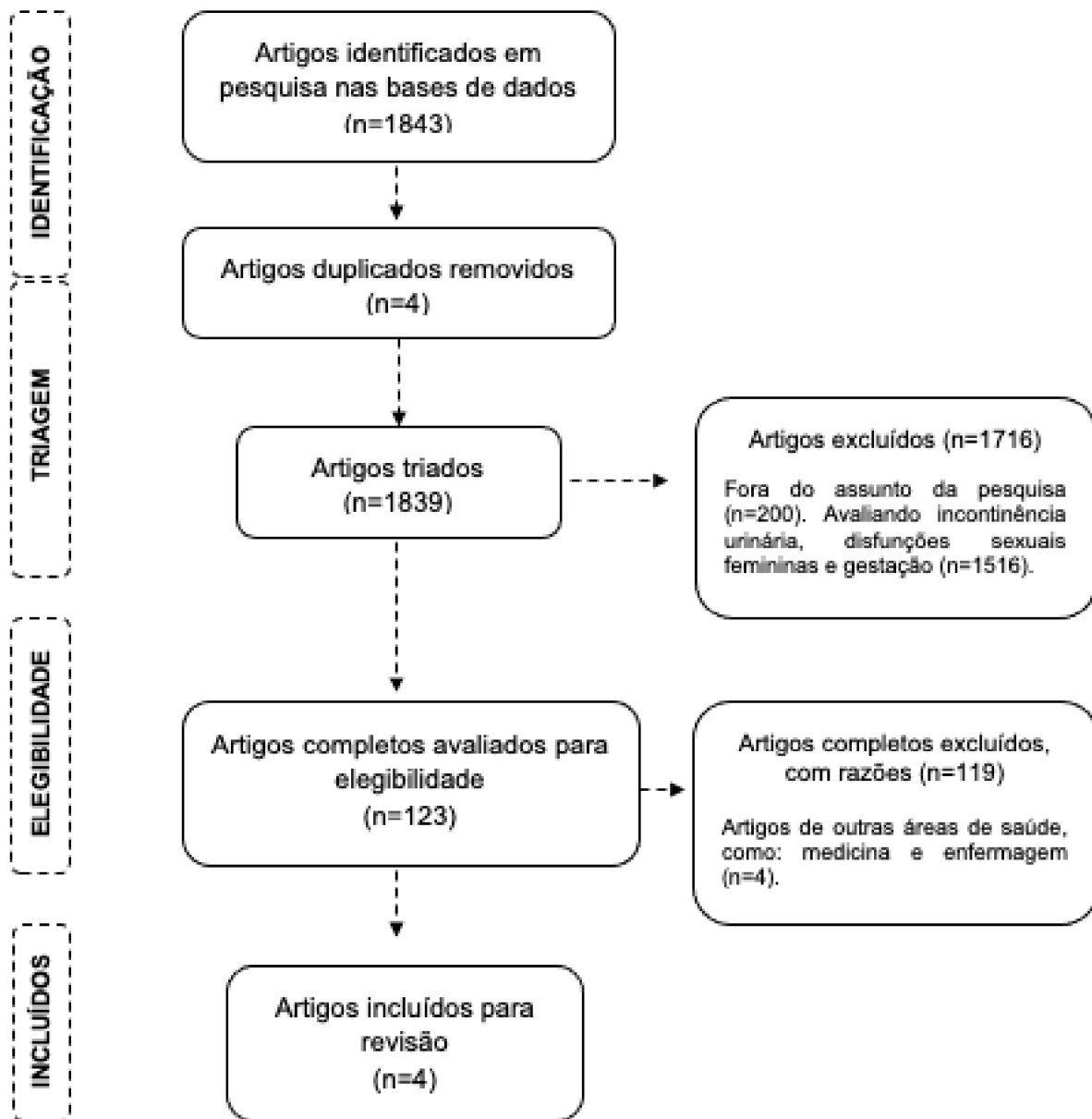
Posteriormente à extração, os dados foram solidificados em um banco para análise. Em virtude da inomogeneidade metodológica e a variedade de desfechos, realizou-se uma análise descritiva dos resultados. A exposição dos dados seguiu a nomenclatura empregada pelos autores.

Apesar deste presente trabalho não apresentar uma busca e análise sistemática da literatura, foram seguidas as recomendações do PRISMA - Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises.^[5]

Identificaram-se 124 publicações na PubMed, 1.717 na BVS: Medline e duas na PEDro,

totalizando 1.843 artigos. Posteriormente à execução dos critérios de exclusão, quatro estudos foram selecionados para a revisão (Figura 1), achando-se todos publicados entre os anos de 2012 e 2018. As avaliações foram mencionadas detalhadamente em três estudos (80%) e o delineamento da investigação mais prevalente foi ensaio clínico (n=4; 100%). Os quatro foram realizados na Itália.

Figura 1 – Fluxograma com o número de artigos identificados, excluídos e incluídos na revisão de literatura.



Fonte: Autoria própria

RESULTADOS

O tamanho amostral total foi de 542 homens (variação 158-384). A média de idade foi de 34 anos (variação 18,3-49,6). As características dos estudos incluídos são apresentadas na Quadro 1 e os principais resultados dos artigos incluídos estão listados na Tabela 2.

Quadro 1 – Características gerais dos estudos selecionados.

Artigo	Autor/Ano	Revista	País	Desenho do estudo	Amostra	Idade
1	Pastore et al (2012) ^[6]	Inter Jour of Androl	Itália	Ensaio Clínico Randomizado	40 homens com EP ao longo da vida. □ Grupo reabilitação: n=19; □ Grupo dapoxetina: n=21.	Grupo reabilitação: 30 anos (19-48 anos) Grupo dapoxetina: 31 anos (23-51 anos).
2	Pastore et al (2014) ^[7]	Ther Adv Urol	Itália	Ensaio Clínico	40 homens com EP ao longo da vida.	30 anos (19-46 anos).
3	Pera (2014) ^[8]	Arc Ital Uro of And	Itália	Ensaio Clínico	78 homens.	41±8 anos (18-64 anos).
4	Pastore et al (2018) ^[9]	Asian Jour of Androl	Itália	Ensaio Clínico	154 homens com EP ao longo da vida (n=122 completaram o TMAP).	24 anos (18-41 anos).

Tabela 2 – Objetivos, avaliação e resultados encontrados nos estudos selecionados.

Artigo	Título	Objetivos	Fisioterapia	Resultados
1	A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation ^[6]	Comparar a eficácia do TMAP com o tratamento do inibidor seletivo da recaptção da serotonina sob demanda de dapoxetina, avaliando as mudanças no tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) após 12 semanas de terapia.	<p>O IELT pré-tratamento foi medido durante 4 semanas; os pacientes receberam cronômetros e instruções sobre como medir o IELT.</p> <p>O protocolo de TMAP consistiu em: Cinesioterapia; Eletroestimulação e Biofeedback. 20 min cada técnica, durante 3 sessões semanais.</p> <p>Os resultados foram medidos após as primeiras 20 sessões (6 semanas) e depois novamente no fim da terapia (12 semanas).</p> <p>No segundo protocolo de tratamento, os pacientes (subgrupos) foram atribuídos principalmente aos 30 mg ou 60 mg de dapoxetina sob demanda por 12 semanas.</p>	<p>No final do tratamento, 12 semanas para ambos os grupos, foram calculados os valores médios do IELT para comparar as duas abordagens terapêuticas diferentes.</p> <p>Ao final, 11 dos 19 pacientes (57%) tratados com reabilitação foram capazes de controlar o reflexo ejaculatório, com um IELT médio de 126,2 segundos (intervalo: 114,6 – 151,2 s).</p> <p>No grupo dapoxetina após 12 semanas de terapia 5 de 8 (62,5%) pacientes no subgrupo 30 mg e cinco dos 7 (72%) no subgrupo de 60 mg teve um IELT > 180 segundos (intervalo: 173,4 – 280,2 s, respectivamente).</p>
2	Pelvic floor muscle rehabilitation for patients with lifelong premature ejaculation: a novel therapeutic approach ^[7]	Avaliar a eficácia do TMAP, mensurando alterações através do IELT após 12 semanas de terapia em pacientes com ejaculação precoce ao longo da vida.	<p>Avaliaram o IELT basal, $\leq 60s$ média $31,7 \pm 14,8s$ (intervalo: $16,6 \pm 57,4s$).</p> <p>Todos foram tratados por 12 semanas com TMAP: Cinesioterapia, Eletroestimulação e Biofeedback.</p>	<p>Após 12 semanas, 33 (82,5%) ganharam controle do reflexo ejaculatório com um IELT médio de 146,2 s (intervalo: 123,4-152,4 s).</p> <p>Um total de 13 dos 33 (39%) dos pacientes foram avaliados em 6 meses de acompanhamento e mantiveram IELT significativo (112,6 s) em comparação com o IELT inicial (média de 39,8 s).</p> <p>A conscientização da musculatura do AP melhorou a autoconfiança e senso de controle do reflexo ejaculatório.</p>

<p>3</p> <p>Awareness and timing of pelvic floor muscle contraction, pelvic exercises and rehabilitation of pelvic floor in lifelong premature ejaculation: 5 years experience^[8]</p>	<p>Avaliar as taxas de cura do TMAP na EP.</p>	<p>Os pacientes foram ensinados quanto à execução e manutenção da contração dos músculos do AP durante a sensação da fase pré-orgásmica e controle do reflexo ejaculatório.</p> <p>O TMAP consistiu em: biofeedback, cinesioterapia e em alguns casos eletroestimulação.</p> <p>O treinamento foi por um período de 2-6 meses com uma média de 2-5 visitas por ciclo.</p>	<p>Todos os pacientes tornaram-se conscientes do papel do AP no controle da ejaculação.</p> <p>54% dos pacientes que completaram o treinamento foram curados da ejaculação precoce.</p> <p>Em um subgrupo de 26 pacientes também foi medido o IELT que, em média, foi de < 2 minutos a > 10 minutos. Melhores resultados ocorreram principalmente em pacientes com menos de 35 anos, taxa de cura de 65%.</p>
<p>4</p> <p>Pelvic muscle floor rehabilitation as a therapeutic option in lifelong premature ejaculation: long-term outcomes^[9]</p>	<p>Avaliar os resultados em longo prazo do TMAP na EP, usando o IELT e a ferramenta do auto administrado de diagnóstico de ejaculação precoce (PEDT).</p>	<p>Todos os participantes completaram o TMAP: cinesioterapia; eletroestimulação e biofeedback.</p> <p>Os participantes completaram 12 semanas de reabilitação, com três sessões por semana e com 20 minutos para cada componente concluído.</p> <p>A eficácia da intervenção foi avaliada comparando-se a alteração na média geométrica dos valores de IELT e PEDT, da linha de base, aos 03, 06 e 12 meses durante a intervenção, e 24 e 36 meses após a intervenção.</p>	<p>Dos 122 participantes que concluíram a reabilitação dos músculos do assoalho pélvico, 111 obtiveram controle do reflexo ejaculatório, com um IELT médio de 161,6s e PEDT de 2,3 no desfecho de 12 semanas da intervenção, representando um aumento da linha de base de 40,4 IELT e 17,04 no PEDT (P <0,0001).</p> <p>Dos 95 participantes que completaram o acompanhamento de 36 meses, 63,9% e 56,8% mantiveram controle satisfatório da ejaculação aos 24 e 36 meses após a intervenção, respectivamente.</p>

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo revisar sobre as evidências do TMAP na EP. Sabendo que a relação do conteúdo de pesquisa ainda é pouco estudada, destacamos quatro artigos, sendo ensaios clínicos. A considerar os inúmeros artigos sobre a EP relacionados a outros tipos de tratamento (como o medicamentoso), ficou evidente a carência de ensaios clínicos a respeito do tratamento fisioterapêutico em si. Há evidência de um componente cinesiológico funcional importante na etiologia da EP, o que pode explicar o insucesso da terapêutica medicamentosa atual em boa parte dos casos.^[2]

Como resultado do levantamento de informações e embasamento científico, em sua maioria o TMAP foi referido^[6-9], de modo isolado: promovendo

consciência motora; associado à eletroestimulação: fornecendo propriocepção e/ou com biofeedback: com intenção de promover controle das contrações musculares favorecendo ganho funcional das mesmas. Embora cada estudo tenha utilizado metodologias diversas, pôde-se notar que, em todos, os resultados foram satisfatórios quanto ao tratamento fisioterapêutico e técnicas específicas com percentuais de 54 a 82,5% de cura.

No artigo 2^[6], os autores afirmaram que o protocolo de TMAP foi fácil de executar, não teve efeitos colaterais, e, embora ainda não padronizados, os resultados encontrados sugeriram que ele deveria ser incluído entre as opções terapêuticas para os pacientes com EP. E em relação à eletroestimulação, a intensidade foi leve e indolor apenas para melhorar a força contrátil dos músculos perineais. Por sua vez, o biofeedback ensina o paciente a reconhecer e contrair os músculos para aumentar o fechamento do esfíncter uretral.^[6]

Dois anos mais tarde, os mesmos autores (artigo 3^[7]) reproduziram este mesmo protocolo de TMAP em um novo estudo. No entanto, os exercícios realizados foram personalizados, durante os quais eles conduziram contrações isométricas e isotônicas dos músculos do assoalho pélvico (AP).^[7] Quanto à eletroestimulação, foi utilizada para ajudar a fortalecer os músculos do AP, os pulsos elétricos foram leves e indolores ao passo em que o biofeedback treina o paciente a reconhecer e contrair os músculos.^[7]

Dentre as limitações da técnica (TMAP), nem todos os pacientes são capazes de realizar uma contração seletiva dos músculos do AP sem ativar outro músculo antagonista. Ou não são capazes de reconhecer a sensação que precede a inevitabilidade do reflexo ejaculatório, a fim de realizar a contração dos músculos do AP para bloquear e inibir a ejaculação.^[8] Estes autores (artigo 3)^[8] trataram com TMAP 108 pacientes com EP. Setenta e oito deles completaram o protocolo, o qual consistia sobretudo em exercício de consciência e propriocepção com contração seletiva da musculatura do assoalho pélvico.

O artigo 4^[9], um estudo mais recente, descreveu o protocolo do TMAP sem nenhuma alteração significativa, por não haver padronização. Apesar disso, reforçou a execução da técnica com exercícios de contrações isométricas e isotônicas dos músculos do AP. Em geral, são necessárias vinte sessões de treinamento para que um paciente obtenha controle sobre o reflexo ejaculatório. É razoável supor que alguns pacientes podem exigir uma abordagem terapêutica mais rápida, como terapia medicamentosa.

Por conseguinte, os autores do artigo 1^[6] compararam a eficácia do TMAP ao tratamento com 30 ou 60 mg de dapoxetina sob demanda em 40 homens com EP a longo da vida e tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT), de base menor ou igual a 60 segundos. Logo após as 12 (doze) semanas de tratamento, os resultados foram comparados entre ambos os grupos com base no aumento do IELT. Finalizado o tratamento, 57% dos pacientes do grupo de reabilitação foram capazes de controlar o reflexo ejaculatório com aumento médio do IELT de 126,2 segundos, contra 62,5% do grupo de 30 mg e 72% do grupo de 60 mg da medicação. Dessa forma, os autores concluem que os resultados obtidos pelo TMAP são promissores, mostrando vantagens econômicas em comparação ao tratamento com dapoxetina sob demanda.

A posteriori, estes mesmos autores (artigo 2)^[7] avaliaram a efetividade do TMAP em 40 homens com EP, dessa vez mensurando apenas as alterações através do IELT, basal menor ou igual a 60 segundos. Ao final das 12 (doze) semanas de tratamento, 83% dos pacientes ganharam controle do reflexo ejaculatório. Após seis meses de acompanhamento, 39 dos 83% mantiveram

IELT significativo em comparação ao inicial, melhorando a autoconfiança e senso de controle do reflexo ejaculatório. Os autores frisaram ainda as vantagens econômicas do tratamento em geral.

Usando ainda o IELT, o artigo 4^[9] avaliou os resultados a longo prazo do TMAP em 122 homens com EP. Como resultado, passadas 12 (doze) semanas de reabilitação, sendo três sessões de 20 minutos, 111 dos que concluíram o TMAP obtiveram controle do reflexo ejaculatório com IELT médio de 162 segundos e PEDT de 2,3 no desfecho. Após 36 meses, dos 95 participantes que completaram o tratamento, 63% e 57% respectivamente mantiveram controle satisfatório da ejaculação. Fortalecendo assim, a eficiência do TMAP na EP como técnicas de baixo custo e que não causam efeitos adversos, sugerindo-a como uma opção terapêutica para pacientes com EP.

Os exercícios de fortalecimento da PAM estão associados ao aumento da pressão no corpo cavernoso, melhorando assim a dureza do pênis. Um estudo^[10] incluiu 108 pacientes com EP que não tinham disfunção neuromuscular ou tratamento antes do estudo. Esses homens foram submetidos a 20 sessões de treinamento de 30 minutos. Nesses experimentos, eles contraíram voluntariamente o músculo de fissão por meio de estimulação elétrica. A pressão intracavernosa média aumentou em 88%, a pressão básica foi de 72%. Ao final do tratamento, os homens que apresentaram melhora foram capazes de aumentar a pressão intracavernosa em 64 cm / H₂O em relação à pressão máxima anterior. Além dessas medidas objetivas, considerando que o problema surge durante a relação sexual, o autor também chamou a atenção para o fato de ser difícil mensurar o efeito do tratamento na função sexual de pacientes com EP. Além disso, fatores emocionais também devem ser considerados.

Inúmeros trabalhos científicos são encontrados sobre a temática em questão, no entanto, com tratamentos alternativos como: medicamentoso e cirúrgico, pouquíssimos se relacionam com atuação fisioterapêutica^[11]. Entretanto, é imprescindível que o êxito do TMAP no tratamento da EP seja experimentado por mais ensaios clínicos, principalmente comparando os resultados de técnicas específicas, utilizadas isoladamente ou associadas.

A fisiopatologia da EP consiste em compreender às Sensações Premonitórias (SP) que correspondem às alterações corporais causadas pela excitação sexual (elevação testicular, miotonia, respiração acelerada e frequência cardíaca aumentada), precedendo e sucedendo o estágio da emissão do sêmen.^[1] Retardar conscientemente esse processo requer identificação dessas sensações premonitórias, antes que a emissão se inicie. Homens com EP são incapazes de identificar e/ou não conseguem responder a esses sinais de alarme, no sentido de retardarem o processo ejaculatório.^[1,11]

Homens com baixo nível de neurotransmissores 5-HT (serotonina) e uma provável hipossensibilidade dos receptores 5-HT_{2C} podem ter seu limiar ejaculatório geneticamente “configurado” em um ponto mais baixo e ejacular rapidamente com um mínimo de estimulação, ao passo que homens com um ponto de ajuste mais elevado podem sustentar níveis mais prolongados e intensos de estimulação sexual e exercer maior controle sobre a ejaculação.^[4] Homens com um ponto de ajuste muito alto podem apresentar ejaculação retardada ou ausente apesar de conseguirem atingir uma ereção completa e de receberem estimulação sexual prolongada.^[3] A respeito da neuroquímica da ejaculação, não há dúvida de que o incremento do 5-HT central seja uma estratégia importante para retardar a ejaculação.^[4]

O AP, sem dúvida, desempenha um papel importante na função sexual; evidência sugere ativos papéis dos músculos isquiocavernoso, bulbo cavernoso e esfíncteres, com um significativo

aumento da atividade eletromiográfica durante o período ejaculatório completo. Shafik^[12] demonstrou contrações rítmicas do esfíncter externo da uretra durante a expulsão, que pode atuar como uma “bomba de sucção ejeção”, sugando o líquido seminal para a uretra posterior enquanto relaxado e ejetando-o na uretra bulbosa após contração.^[13]

As limitações do estudo incluem o pequeno número de artigos, como ensaios clínicos, que reforçaria a eficácia do TMAP como tratamento da EP. Não apenas o número reduzido de estudos, mas, também, a dificuldade de encontrar publicações recentes. Ainda pouco é estudado sobre as disfunções sexuais masculinas na área de Fisioterapia, principalmente a EP, contexto em que a prevalência tem aumentado e a busca por soluções não acompanha esse aumento de demanda. Portanto, mais estudos são necessários para tornar o TMAP opção terapêutica conservadora da EP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TMAP é uma técnica promissora, sendo uma opção de tratamento para a EP de baixo custo relativo sem efeitos adversos e com percentual de cura significativo. A técnica mais usada foi o TMAP, com enfoque na propriocepção/consciência destes músculos, associado ou não por eletroestimulação ou biofeedback.

Embora haja reduzida quantidade de publicações, a Fisioterapia apresenta-se como uma opção de tratamento para a EP. No entanto, investigações futuras como ensaios clínicos randomizados e controlados são necessárias para confirmarem a efetividade desta terapêutica.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesse para o presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Abdo JA, Abdo CHN. Abordagem e tratamento da ejaculação precoce. *Uro essencial*. 2013;3(1):16-22.
2. Fontana FS, Melo K, Ferreira LV, Pereira CF, Nunes EFC, Latorre GFS. Fisioterapia pélvica no tratamento da ejaculação precoce: uma revisão integrativa. *Rev Ciên Saúde*. 2017;7(3):25-27.
3. Francischi FB, Ayres DC, Itao RE, Spessoto LCF, Arruda JGF, Facio Junior FN. Ejaculação Precoce: existe terapia eficiente? *Einstein*. 2011;9(4):545-9.
4. François G, Hellstrom WJG. The pharmacological treatment of Premature ejaculation. *BJU Int*. 2008;102(6):668-75.
5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.

6. Pastore AL, Palleschi G, Leto A, Pacini L, Iori F, Leonardo C, Carbone A. A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation. *Int J Androl*. 2012;35(4):528-533.
7. Pastore AL, Palleschi G, Fuschi A, Maggioni C, Rago R, Zucchi A, Costantini E, Carbone A. Pelvic floor muscle rehabilitation for patients with lifelong premature ejaculation: a novel therapeutic approach. *Ther Adv Urol*. 2014;6(3):83-8.
8. 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. *Arch Ital Urol Androl*. 2014;86(2):123-5.
9. Pastore AL, Palleschi G, Fuschi A, Al Salhi Y, Zucchi A, Bozzini G, Illiano E, Costantini E, Carbone A. Pelvic muscle floor rehabilitation as a therapeutic option in lifelong premature ejaculation: long-term outcomes. *Asian Jour Androl*. 2018;20(6):572–5.
10. Lavoisier P, Roy P, Dantony E, Watrelot A, Ruggeri J, Dumoulin S. Pelvic-floor muscle rehabilitation in erectile dysfunction and premature ejaculation. *Phys Ther*. 2014;94(12):1731-43.
11. Fontana FS, de Melo K, Ferreira LV, Nunes EFC, Latorre GFS. Fisioterapia pélvica no tratamento da ejaculação precoce: uma revisão integrativa / Pelvic physiotherapy in the treatment of premature ejaculation: an integrative review. *Rev Cienc Saude [Internet]*. 13 de setembro de 2017 [citado 6 de dezembro de 2020];7(3):25-7.
12. Shafik A. The role of the levator ani muscle in evacuation, sexual performance and pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2000;11(6):361-76.
13. Pischedda A, Fusco F, Curreli A, Grimaldi G, Farina FP. Pelvic floor and sexual male dysfunction. *Arch Ital Urol Androl*. 2013;19;85(1):1-7.