



ARTIGO DE REVISÃO

Fisioterapia pélvica no tratamento da ejaculação precoce: uma revisão integrativa
Pelvic physiotherapy in the treatment of premature ejaculation: an integrative review

Fernanda Santos Fontana¹, Kelfany de Melo¹, Lorrany Vieira Ferreira¹, Caroline Funchal Pereira², Erica Feio Carneiro Nunes³, Gustavo Fernando Sutter Latorre^{1,*}

¹Faculdade Uniban Anhanguera, São José, Santa Catarina, Brasil.

²Fisioterapeuta pélvica, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em: março de 2017

Aceito em: agosto de 2017

Palavras-Chave:

Ejaculação precoce

Fisioterapia

Sexualidade

Keywords:

Premature ejaculation

Physical therapy specialty

Sexuality

RESUMO

A ejaculação precoce (EP) é prevalente, apresentando diversos tipos de tratamento, evidenciando a falta de uma modalidade definitiva. A fisioterapia pélvica emerge como modalidade terapêutica e necessita de maior esclarecimento. Assim, buscou-se descrever a eficácia das técnicas de fisioterapia utilizadas no tratamento da EP. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa de ensaios clínicos nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO. Os resultados retornaram ensaios passíveis de inclusão, num total de cinco artigos utilizados. A fisioterapia pélvica mostrou sucesso de 54% a 83% de cura. O treino da musculatura do assoalho pélvico, auxiliado ou não por eletroestimulação e *biofeedback*, foi a técnica descrita. Conclui-se que a fisioterapia pélvica é eficaz na cura da maior parte das vítimas de EP. No entanto, mais estudos se fazem necessário nesta área, particularmente ensaios clínicos testando as diferentes técnicas.

ABSTRACT

Premature ejaculation (PE) is the most prevalent sexual dysfunction in men, and today there are several different types of treatment, indicating the lack of a definite mode for that. Physiotherapy emerges as a therapeutic, but needs further clarification. To describe the physiotherapy techniques currently used in the treatment of PE, discussing their effectiveness. Having this in mind, we performed a systematic review on PubMed, LILACS and SciELO, including clinical trials of physiotherapy techniques treating PE. Two databases returned files amenable to inclusion so, a total of five articles was used. Pelvic physiotherapy showed 54% to 83% cure rate and training of the pelvic floor muscles, aided or not by electrical stimulation and biofeedback, was the most frequent modality. Pelvic physiotherapy is effective in curing the majority of victims of PE, but further study in this area is a necessity, mainly clinical trials which test different techniques.

CC BY-NC-SA 4.0 2017 RCSFMIT

Introdução

Do ponto de vista clínico, é extremamente difícil definir a síndrome da Ejaculação Precoce (EP). É uma das mais comuns disfunções sexuais masculinas,¹ com prevalência oscilando de 30% a 40%. Pode-se definir a EP como a ejaculação que sempre ou quase sempre ocorre antes ou dentro de cerca de um minuto de penetração va-

ginal ou, mais precisamente, a incapacidade de retardar o orgasmo em todas ou quase todas as penetrações vaginais.²

Trata-se de um distúrbio não somente emocional, mas um fenômeno neurobiológico complexo.³ Dentro dos fatores emocionais, destacam-se ansiedade, disfunção erétil e insatisfação sexual. Como fatores biológicos, há distúrbios hormonais, níveis elevados de neurotransmissores, disfunção ejaculatória, distúrbios da tireoide, doenças inflamatórias, fatores genéticos e danos no sistema nervoso causados por experiências traumáticas ou cirurgia, além do uso de medicamentos tranquilizantes e sedativos.⁴

*** Correspondência:**

Rua Silva Jardim, 307

Florianópolis - SC - CEP: 88020-200

e-mail: gustavo@perineo.net

doi: 10.21876/rcsfmit.v7i3.680

Atualmente, são descritos como tratamento para EP o medicamentoso, particularmente com fluoxetina, citalopram, clomipramina, *spray* de lidocaína-prilocaína. Igualmente, há o tratamento psicológico, especialmente com terapia sexual; e o fisioterapêutico, com cinesioterapia, eletroestimulação, e *biofeedback* para a musculatura do assoalho pélvico (MAP). Tal gama distinta de estratégias e técnicas de tratamento para o mesmo problema evidencia a inexistência atual de uma solução mais próxima da ideal.

Dentre esses, a fisioterapia pélvica é relativamente recente, não havendo consenso atual a respeito do sucesso das técnicas ou da terapêutica em si. O esclarecimento destas duas variáveis foi, por fim, a questão norteadora do presente estudo, que objetivou descrever os tipos de tratamento fisioterápico atuais para o combate da EP, discutindo sua eficácia e as técnicas mais comumente utilizadas.

Desenvolvimento

O presente estudo objetivou levantar e discutir o papel da fisioterapia no tratamento da EP. As bases de dados utilizadas para busca de artigos científicos de ensaios clínicos foram PubMed, LILACS/BVS e SciELO. Utilizaram-se as palavras-chave *premature ejaculation*, combinadas ou não aos termos *pelvic floor* e *physiotherapy*, bem como suas variantes em português, inglês e espanhol. Os artigos duplicados nas bases de dados foram retirados. Desta forma, cinco artigos foram utilizados no estudo.

Apesar de interesse no tema, a considerar as centenas de artigos relacionados a outros tipos de tratamento (como o medicamentoso), ficou evidente a carência de ensaios clínicos a respeito do tratamento fisioterápico em si. Em geral, o exercício da MAP foi citado em todos os estudos, de forma isolada ou associando eletroestimulação e/ou *biofeedback*, buscando melhoria funcional da musculatura, com ênfase nos treinos de propriocepção e contração seletiva. Considerando as diferentes metodologias, observou-se que todos os estudos apresentaram resultados positivos quanto ao tratamento fisioterápico, com taxas de cura de 54% a 83%.

Assim, La Pera *et al.*⁵ avaliaram o treinamento da MAP no tratamento de 18 pacientes com EP, dos quais 83% apresentavam queixas há pelo menos cinco anos, a maioria tentando outras terapêuticas infrutiferamente. O protocolo foi idêntico ao utilizado à época para o tratamento de disfunções urinária e anorretais. Após 15-20 sessões, os autores descreveram que 11 homens (61%) estiveram curados, sendo capazes de controlar com sucesso o reflexo ejaculatório.

Mais tarde, Pastore *et al.*⁶ compararam o sucesso dos exercícios para MAP ao tratamento com 30-60 mg de dapoxetina em 40 homens com EP e tempo de latência ejaculatória intravaginal de base (IELT) menor ou igual a 60 segundos. Após 12 semanas de tratamento, os resultados entre os dois grupos foram comparados com base no aumento do IELT. Ao final do tratamento, 57% dos pacientes do grupo de fisioterapia foram capazes de controlar o reflexo ejaculatório, aumentando o IELT para uma média de 126,6 segundos, contra 63% do grupo de 30 mg e

72% do grupo de 60 mg do medicamento. Os autores concluem que os resultados conseguidos pela fisioterapia pélvica são promissores, apresentando vantagens econômicas importantes sobre o tratamento com dapoxetina.

Lavoisier *et al.*⁷ estudaram a forma pela qual os exercícios de fortalecimento da MAP podem estar associados a aumentos na pressão intracavernosa, melhorando a rigidez peniana. Foram arrolados 108 portadores de EP sem disfunção neuromuscular nem tratamento prévio, submetidos a 20 sessões de 30 minutos de contrações voluntárias auxiliadas por eletroestimulação funcional adaptada aos músculos isquiocavernosos. O resultado foi avaliado com base na capacidade de aumento na pressão intracavernosa, medida durante os momentos de melhor rendimento durante o tratamento. Após 20 sessões, os autores descreveram que a pressão intracavernosa média aumentou em 88%; a pressão de base, 72%. Ao final do tratamento, os homens que apresentaram melhoria foram capazes de aumentar a pressão intracavernosa com mais 64 cm/H₂O sobre suas pressões máximas anteriores. Afora essas medidas objetivas, os autores chamam atenção para o fato de a mensuração dos efeitos do tratamento na função sexual do paciente com EP serem difíceis de medir, considerando-se que o problema surge durante a relação sexual. Além disso, devem ser considerados ainda fatores emocionais, dentre outros.

Recentemente, La Pera *et al.*⁸ trataram com fisioterapia pélvica 108 pacientes com EP, dos quais 78 completaram o protocolo, o qual consistia basicamente em treinamentos de consciência e propriocepção com contração seletiva da MAP. A contração aprendida deveria ser utilizada durante a sensação pré-orgástica como forma de inibição do reflexo ejaculatório. Os autores descreveram que, ao final do tratamento, todos os pacientes estiveram conscientes do papel da MAP no controle da ejaculação, sendo que 43 deles (54%) tiveram a EP curada, adquirindo a capacidade de protelar o orgasmo de 2 minutos para cerca de 10 minutos. Os autores frisaram ainda que o tratamento não apresenta reações adversas.

No mesmo ano, Pastore *et al.*⁶ utilizaram um protocolo que consistia em cinesioterapia, eletroestimulação e *biofeedback* para a MAP no tratamento da EP de 40 pacientes, em três sessões semanais de no mínimo 60 minutos, sendo 20 minutos para cada técnica, durante 12 semanas. Ao final do tratamento, 83% dos pacientes adquiriram controle sobre o reflexo ejaculatório, sendo que 33% deles mantiveram os resultados mesmo após seis meses do fim do programa. Os autores frisaram ainda as vantagens econômicas do tratamento como um todo.

Quando comparado ao uso de medicamentos, a fisioterapia apresentou taxa de cura de 57% contra 71%,⁹ devendo considerar-se ainda que a fisioterapia apresenta custo mais baixo e ausência de efeitos colaterais quando comparada ao tratamento medicamentoso, neste caso específico a dapoxetina. Outros medicamentos utilizados atualmente no tratamento da EP são a clomipramina,¹⁰ citalopram,¹¹ e *spray* de lidocaína,¹² todos com efeitos colaterais, particularmente o último com queixas de parestesia do pênis e do canal vaginal da parceira.

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. De fato, La Pera *et al.*¹³ demonstraram

que apenas 7 dos homens com EP conseguiram contrair a MAP com eficácia ao serem solicitados a contrair “os músculos que usam para conter a ejaculação”, enquanto 82% dos homens sem EP conseguiram realizar esta contração. Esta dificuldade, notadamente funcional, provavelmente é de ordem proprioceptiva ou de consciência do assoalho pélvico. Ela esteve presente na maioria absoluta dos portadores de EP deste estudo.¹³

Ao considerar-se a fisioterapia pélvica, uma modalidade de tratamento conservador sem efeitos colaterais e de custo relativamente baixo,¹⁴ há que se considerar esta terapêutica como opção de primeira linha a ser incluída no algoritmo de tratamento do paciente com EP, a exemplo do que acontece hoje com a incontinência urinária de esforço.¹⁴ No entanto, antes que isso aconteça é fundamental que o sucesso da fisioterapia pélvica no tratamento da EP seja testado por mais ensaios clínicos, especialmente comparando os resultados de técnicas específicas, aplicadas de modo isolado ou associadas.

Sendo a função sexual componente fundamental da qualidade de vida, e sendo a EP um problema prevalente e de impacto negativo sobre este domínio, o esclarecimento e a solidificação da evidência a respeito, não só do tratamento fisioterápico para a EP, mas da relação do

problema com distúrbios cinesiológico-funcionais em geral, poderá guiar a novas estratégias de rastreamento, avaliação e tratamento, e por fim políticas públicas que poderão melhorar a qualidade de vida de milhares de homens e seus pares de um modo geral.

Conclusão

A EP é problema prevalente e para o qual o componente cinesiológico-funcional é importante. 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. A técnica mais utilizada foi o exercício da musculatura do assoalho, com enfoque na propriocepção e consciência desta musculatura, auxiliado ou não por eletroestimulação ou *biofeedback*.

Declaração de financiamento e conflito de interesses

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

Referências

- McMahon CG. Disorders of orgasm and ejaculation in men in sexual medicine: sexual dysfunctions in men and women. In: Lue TF, (eds). International consultation on urological disorders. 2th ed. Paris: Health Publications; 2004. p.409-68.
- McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip I, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Pre-mature Ejaculation. *BJU Int.* 2008;102(3):338-50. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07755.x.
- Rivera GP, Gonzalez IR, Gonzalez IF, Storme CO. Uso de paroxetina a demanda en eyaculación precoz. *Actas Urol Esp online.* 2005;29(4):387-91.
- SBU – Sociedade Brasileira de Urologia. Ejaculação precoce [Internet]. [Acesso: 2014 Dez 02]. Disponível em: <http://www.minhavidade.com.br/saude/temas/ejaculacao-precoce>.
- La Pera G, Nicastro A. A new treatment for premature ejaculation: the rehabilitation of the pelvic floor. *J Sex Marital Ther.* 1996 Spring;22(1):22-6.
- Pastore AL, Palleschi G, Leto A, Pacini L, Iori F, Leonardo C, et al. A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation. *Int J Androl.* 2012;35(4):528-33. doi: 10.1111/j.1365-2605.2011.01243.x.
- 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. doi: 10.2522/ptj.20130354.
- 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 Jun 30;86(2):123-5. doi: 10.4081/aiua.2014.2.123.
- Pastore AL, Palleschi G, Fuschi A, Maggioni C, Rago R, Zucchi A, 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
- Nascimento EC. Estudo comparativo entre o tratamento medicamentoso e a terapia sexual, nas disfunções sexuais masculinas: ejaculação precoce e disfunção erétil [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
- Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B, Semercioz A. Serum leptin levels in patients with premature ejaculation before and after citalopram treatment. *BJU Int.* 2003;91(3):252-4.
- Henry R, Morales A. Topical lidocaine-prilocaine spray for the treatment of premature ejaculation: a proof of concept study. Department of Anesthesiology, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada. *Int J Impot Res.* 2003;15(4):277-81.
- La Pera G. Awareness of the role of the pelvic floor muscles in controlling the ejaculatory reflex: preliminary results. *Arch Ital Urol Androl.* 2012;84(2):74-8.
- Bernards AT, Berghmans BC, Slieker-Ten Hove MC, Staal JB, de Bie RA, Hendriks EJ. Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. *Int Urogynecol J.* 2014;25(2):171-9. doi: 10.1007/s00192-013-2219-3. Epub 2013 Oct Wolin KY, Yan Y, Colditz GA. Physical activity and risk of colon adenoma: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 2011; 104:882-5. DOI: 10.1038/sj.bjc.660604