

Fisioterapia Pélvica no tratamento da Incontinência Urinária de Mulheres Manauaras



Maria Natália Cardoso¹, Lunna Nascimento Barroso²
Rosana Caldas Rêgo de Queiroz³, Juliana Baltar⁴ e Elisa Brosina de Leon⁵

Submissão: 06/10/2022

Aceite: 25/11/2022

Publicação: 00/00/0000

RESUMO

Panorama: Apesar de padrão ouro no tratamento da incontinência urinária (IU) desde 2005 são escassos os estudos específicos sobre a população manauara. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da Fisioterapia Pélvica em mulheres com IU. **Método:** Estudo quase-experimental em mulheres cadastradas na Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, com queixa de IU, sendo excluídas aquelas que faltassem a três ou mais atendimentos. **Resultados:** Um total de 24 mulheres participou do estudo com uma média de idade de $60,41 \pm 9,15$ anos. O tipo de Incontinência Urinária mais relatada foi a de Esforço. Houve melhora dos sintomas em todas as participantes que perdiam urina na forma de jato. Mais da metade (66,66%) relatou melhora dos sintomas na reavaliação. **Conclusão:** A Fisioterapia Pélvica é eficiente no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres juntamente com a melhora dos sintomas acarretando melhoria da qualidade de vida.

ABSTRACT

Background: Despite the gold standard in the treatment of urinary incontinence (UI) since 2005, specific studies on the population of Manaus, Brazil, are scarce. **Aims:** To evaluate the effectiveness of Pelvic Physiotherapy in women with UI. **Method:** Quasi-experimental study in women registered at the Open University Foundation for the Third Age, with complaints of UI, excluding those who missed three or more appointments. **Results:** A total of 24 women participated in the study with a mean age of 60.41 ± 9.15 years. The most reported type of urinary incontinence was Stress. There was an improvement in symptoms in all participants who lost urine in a stream. More than half (66.66%) reported improvement in symptoms at reassessment. **Conclusion:** Pelvic Physiotherapy is efficient in the treatment of urinary incontinence in women along with the improvement of symptoms, leading to an improvement in quality of life.

¹ Discente de Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus/MA, Brasil. nataliacardoso301@gmail.com
² Fisioterapeuta. Univ. Federal do Amazonas, Manaus/MA. barrosolunna@gmail.com
³ Fisioterapeuta. Univ. Federal do Amazonas, Manaus/MA, Brasil. rosana_queiroz_182@hotmail.com
⁴ Doutora. Docente da Univ. Federal do Amazonas, Manaus, MA, Brasil. julianabaltar@hotmail.com
⁵ Doutora. Docente da Univ. Federal do Amazonas, Manaus, MA, Brasil. elisadleon@ufam.edu.br

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define Incontinência Urinária (IU) como qualquer queixa de perda involuntária de urina. Apesar de afetar mulheres de todas as idades, sua prevalência é maior em idosas, podendo levar ao comprometimento funcional, gerando impacto social negativo, influenciando na qualidade de vida. A IU pode ser classificada em: Incontinência Urinária de Urgência (IUU), que ocorre na existência de urgência miccional; Incontinência Urinária de Esforço (IUE), quando a perda de urina ocorre devido ao aumento da pressão intra-abdominal; e Incontinência Urinária Mista (IUM), quando a IUU e a IUE estão associadas¹⁻⁴.

O tratamento reconhecido como padrão de ouro pela ICS para essas disfunções é o treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP). O objetivo desse tratamento é incrementar a função esfinteriana ao redor da uretra, o apoio aos órgãos pélvicos e a circulação sanguínea local, através da reeducação dos músculos do assoalho pélvico (MAP). Essa reeducação da MAP pode estar associada à coordenação com outras musculaturas, como as estruturas do CORE e a um padrão respiratório saudável⁵⁻⁷.

O tratamento fisioterapêutico com TMAP é um método de maior facilidade de uso na prática clínica pois pode ser associada a outros recursos da cinesioterapia como alongamentos globais e propriocepção. Os protocolos de tratamento fisioterapêuticos para IU são flexíveis e baseados nas necessidades individuais de cada paciente. O TMAP pode ser trabalhado em conjunto com outros recursos, como cirurgias, medicamentos, biofeedback, cones vaginais, eletroestimulação e orientações comportamentais^{7,8}.

Ainda não existem evidências na literatura de qualquer efeito extra na adição de exercícios respiratórios e outras atividades associadas ao TMAP sejam eficazes no tratamento da incontinência urinária. Assim, esta pesquisa justifica-se com o intuito de promover reflexões sobre os resultados da intervenção fisioterapêutica da IU com o TMAP associado a esses exercícios. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da intervenção fisioterapêutica para mulheres com IU.

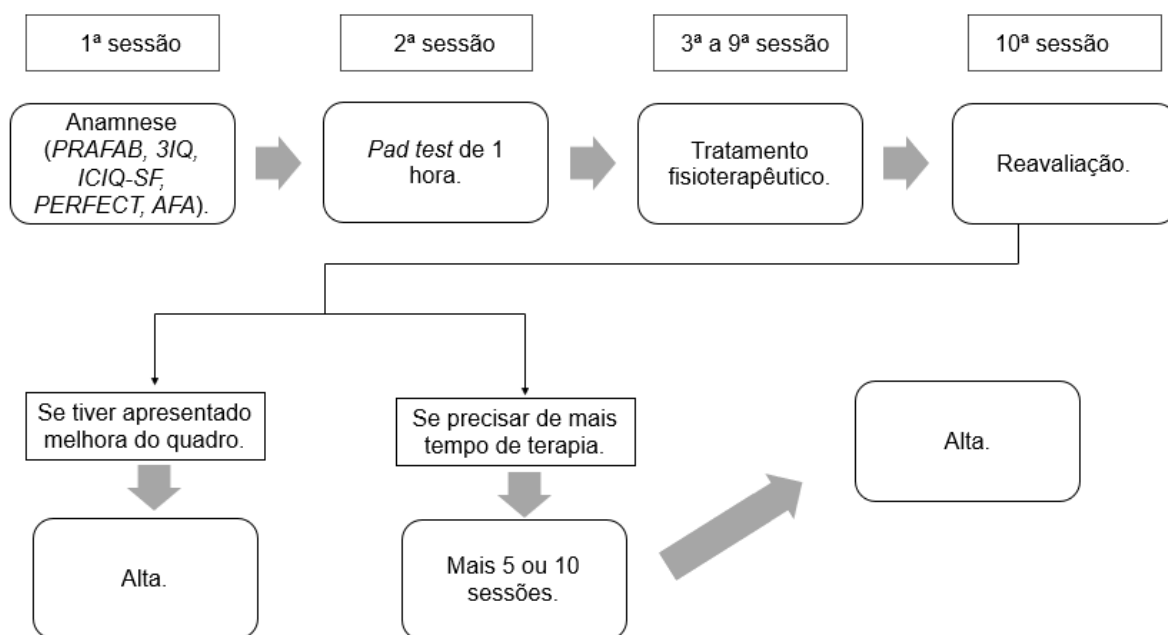
MÉTODO

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sob o número 3.670.863. Trata-se de um estudo quase-experimental realizado com

usuárias cadastradas na Policlínica Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade – FUnATI, com idades variando de 43 anos aos 93 anos de idade, com queixa de IU e encaminhadas ao serviço de fisioterapia pélvica. Os atendimentos aconteceram de março de 2018 a novembro de 2019. Foram excluídas as participantes que possuíam alguma infecção sexualmente transmissível (IST), se recusassem a realizar o exame físico ginecológico, ou faltassem três ou mais sessões de fisioterapia.

As pacientes foram encaminhadas para a realização de Fisioterapia Pélvica na Policlínica Gerontológica da FUnATI após identificação da perda urinária pelo questionário Índice de vulnerabilidade clínico funcional-20 (IVCF-20). Conforme demonstrado na figura 1, na primeira sessão foi realizada a avaliação, que contava com uma anamnese completa; aplicação de três questionários relacionados a IU: o *Protection, Amount, Frequency, Adjustment and Body image* (PRAFAB), o *The 3 Incontinence Questions* (3IQ), e o *International Consultation Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF); um exame físico individual com avaliação bidigital da musculatura do assoalho pélvico (MAP) contando com a escala AFA e o esquema PERFECT. Na segunda sessão era realizado o *padtest* de uma hora. Os mesmos instrumentos foram utilizados para a reavaliação das participantes⁹⁻¹⁷.

Figura 1: Fluxo do atendimento



O PRAFAB foi utilizado para quantificar a severidade da perda de urina através de 5 perguntas sobre produtos de proteção, quantidade de urina perdida, frequência com que perde urina, ajustes nas atividades de vida diária (AVD) e imagem corporal relacionados a IU, com a pontuação mínima de 5 e a máxima de 20. Se a pontuação final for menor que 14 pontos é considerada “não severa”, se for igual ou maior que 14, “severa”¹⁸.

O 3IQ, usado para identificar o tipo de IU em apenas três questões, podendo ser IUE, IUU ou IUM. O ICIQ-SF, para avaliar o impacto da IU na vida da paciente, com perguntas sobre a frequência que perde urina, a quantidade urina perdida, e o quanto a perda urina afeta a vida diária, com pontuação variando de 0 a 21, com a classificação final de “nenhum impacto” se for 0, “impacto leve” se for de 1 a 3, “impacto moderado” de 4 a 6, “impacto grave” de 7 a 9 e “impacto muito grave” quando for maior ou igual a 10, e ao fim questiona as situações em que há a perda¹⁹⁻²¹.

O Esquema PERFECT usado na avaliação bidigital para mensurar a força de acordo com o sistema Oxford (P = *Power*), o tempo da manutenção da contração em até 10 segundos, até que a força seja reduzida a 35% (E = *Endurance*), repetições de contrações em até 10 contrações, com intervalo de descanso de 4 segundos entre cada uma (R = *Repetitions*) e número de contrações de 1 segundo cada, após um descanso de pelo menos 1 minuto, em até 10 repetições (F = *Fast*), a última parte do acrônimo é apenas um lembrete ao examinador para que registre e cronometre todo o processo (ECT = *Every Contraction Timed*). Escala AFA usada para avaliação funcional da MAP com classificação por graus, grau 0 sendo “sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação”, grau 1 “função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente a à palpação”, grau 2 “função perineal objetiva débil, contração reconhecível à palpação”, grau 3 “função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação” e grau 4 “função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação”¹⁹⁻²¹.

Para a realização do *padtest* era necessário que a paciente já chegasse tendo feito a ingestão de 500 ml de água, seguindo o protocolo da *International Continence Society*²². Em seguida o absorvente ainda não utilizado era pesado e nos primeiros 30 minutos a paciente deveria realizar uma caminhada, incluindo um lance de escadas. No restante do teste eram realizadas as atividades de correr no mesmo lugar por um minuto, sentar e levantar 10 vezes, tossir 10 vezes, pegar um objeto do chão 5 vezes, e por fim lavar as mãos em água corrente por um minuto. Após isso, o absorvente era pesado novamente, agora com a quantidade de urina que a paciente perdeu.

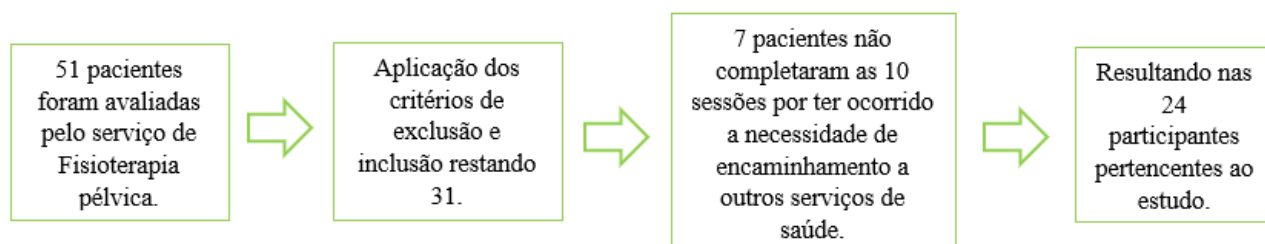
O tratamento baseava-se nas informações encontradas pela avaliação, respeitando a individualidade de cada paciente, em que eram realizados alongamentos globais, exercícios de mobilidade do quadril, exercícios para o fortalecimento das fibras de contração rápida e contração lenta da MAP, todos associados a respiração diafragmática²³⁻²⁵. Conforme a paciente fosse evoluindo o tratamento incluía a contração da MAP associada às atividades de vida diária, como subir escadas, agachamento, sentar e levantar. As pacientes foram reavaliadas após a realização de 10 sessões.

Os dados foram tabulados em planilha Excel e apresentados em média \pm desvio padrão e porcentagem. A comparação entre os resultados observados antes e depois da intervenção foi realizada pelo teste pareado t de *Student* no programa estatístico *GraphPadPrism*. Foi considerado significativo $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Cinquenta e uma pacientes foram avaliadas pelo serviço de fisioterapia pélvica. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão permaneceram trinta e uma participantes. Porém, sete pacientes não completaram as 10 sessões por ter ocorrido a necessidade de serem encaminhadas a outros serviços médicos. Vinte e quatro mulheres foram incluídas conforme Fluxograma representado na Figura 2.

Figura 2: Processo de seleção das participantes.



Na tabela 1 foram apresentadas as variáveis referentes as características gerais de base das pacientes estudadas. No total 24 mulheres, com a média de idade em $60,41 \pm 9,15$ anos, sendo a menor idade 45 anos e a maior 74 anos. Das participantes que realizaram o protocolo completo (avaliação – tratamento e alta), eram em sua maioria casadas (45,88%) e multíparas (75%) onde o número máximo de gestações foram 11 e com sobrepeso (37,5%). O tipo de incontinência urinária mais relatada foi a de esforço (50%) e quanto aos sintomas 29,16% relataram possuí-los há mais

de 2 anos, com o maior tempo de 32 anos. Mais da metade das participantes possuíam sobrepeso e obesidade tipo I (62,5%), com o menor peso sendo 45,15kg e o maior 88,3kg.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas e clínicas

*Valores expressos em média \pm desvio-padrão (^tTeste t de Student) ou em frequência absoluta (n)

Variáveis	N (24)
Idade (ANOS)	60,41 \pm 9,15
Estado Civil	
Solteira	04 (16,66%)
Casada	11 (45,88%)
Divorciada	02 (8,33%)
Viúva	06 (25%)
Dado não consta	01 (4,16%)
IMC kg/m ²	
Normal	04 (16,66%)
Sobrepeso	09 (37,5%)
Obesidade tipo I	06 (25%)
Obesidade tipo II	02 (8,33%)
Dado não consta	01 (4,16%)
Tipo de Incontinência	
IUU	03 (12,5%)
IUE	12 (50%)
IUM	08 (33,33%)
Dado não consta	01 (4,16%)
Histórico Obstétrico	
Nulíparas	03 (12,5%)
1 gestação	03 (12,5%)
2 gestações	04 (16,66%)
3 gestações	05 (20,83%)
4 gestações	04 (16,66%)
> 5 gestações	05 (20,83%)
Tipo de parto	
Cesário	09 (37,5%)
Normal	17 (70,83%)
Aborto	08 (33,33%)
Tempo dos sintomas	
Menos de 1 ano	07 (29,16%)
1 ano	01 (4,16%)
2 anos	02 (8,33%)
Mais de 2 anos	07 (29,16%)
Não relatou/Dado não consta	07 (29,16%)

*Valores expressos em média \pm desvio-padrão (^tTeste t de Student) ou em frequência absoluta (n) e relativa (%)

Das 24 participantes, 21 eram multíparas onde 20,83% tiveram três ou mais de cinco gestações. Com relação ao tipo de parto, 70,83% foi via vaginal.

Na tabela 2 apresenta-se os resultados referentes ao antes e depois do tratamento proposto. Da avaliação para a reavaliação houve um aumento de 20,84% quanto a possuírem o trofismo normal. Observou-se diminuição da quantidade de perda de urina após o tratamento, tanto na perda em jato (melhora em 100% das pacientes), bem como na perda em gota e contínua.

Quando questionadas, na reavaliação, sobre a evolução dos sintomas (se haviam piorado, melhorado ou permanecido igual) mais da metade relatou ter obtido uma melhora se comparados a antes do início do tratamento. Nenhuma respondeu ter percebido piora dos sintomas na reavaliação. Dentre essas pacientes que responderam ter obtido melhora dos sintomas a IU de maior prevalência foi a de Esforço.

Tabela 2: Comparação do teste bidigital e padtest na avaliação e reavaliação dos músculos do assoalho pélvico

Variável	Avaliação (N=24)	Reavaliação (N=24)	<i>p</i>
Quantidade de perda de urina			
Gotas (n; %)	41,66%	16,66%	
Jato (n; %)	41,66%	0%	
Contínuo (n; %)	12,5%	4,16%	
Não soube responder (%)	4,18%	0%	
Situação atual dos sintomas			
Melhorou (n; %)	8,33%	66,66%	
Piorou (n; %)	50%	0%	
Igual (n; %)	37,5%	4,16%	
Não soube responder (%)	4,17%	29,18%	
Trofismo			
Atrófico (n; %)	4,16%	0%	
Hipotrófico (n; %)	8,33%	0%	
Normal (n; %)	79,16%	100%	
Não foi possível mensurar (%)	8,35%	0%	
AFA			
Força Perineal (média ± dp)	2,41 ± 0,70	3,28 ± 0,75	<0.0001
PERFECT			
Força (média ± dp)	2,43 ± 0,71	3,54 ± 0,89	<0.0001
T Endurance (seg) (média ± dp)	3,79 ± 2,40	6,63 ± 3,32	0.0064
Repetição (média ± dp)	4,54 ± 2,69	7,22 ± 3,12	0.0128
Contrações rápidas (med ± dp)	4,04 ± 2,84	7,81 ± 4,55	0.0006
ICIQ – SF	9,63 ± 5,16	5,30 ± 4,19	0.0097
Padtest (g) (média ± dp)	6,57 ± 11,46	2,73 ± 5,04	0.0425

AFA: avaliação funcional da força da musculatura do assoalho pélvico; PERFECT: avaliação dos componentes contráteis dos músculos do assoalho pélvico; ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form.

Na escala AFA, as pacientes evoluíram de uma contração do assoalho pélvico como reconhecível à palpação e uma função perineal débil na avaliação para uma função perineal objetiva

presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos na reavaliação. Observou-se aumento de 2 para 3 na escala Oxford de força.

No tempo de Endurance o menor tempo na avaliação foi de 2 segundos e o maior de 13 segundos, na reavaliação o menor tempo manteve-se 2 segundos, todavia houve um aumento no maior tempo que evoluiu para 15 segundos. No número de contrações repetidas também houve diferença, na avaliação o número mínimo de contrações em um período de tempo foi de 2 e o máximo foi de 13 repetições, na reavaliação esse número sofreu alterações onde o número menor passou a ser 3 repetições e o número maior 15. Nas contrações rápidas também foi possível notar uma evolução com o menor aumento sendo 1 repetição a mais da avaliação para a reavaliação e o maior aumento sendo de 13 repetições. No ICIQ-SF há redução de quase 50% na média da avaliação para a reavaliação (Tabela 2). A perda de urina foi mensurada através do Pad Test, através dele foi possível perceber que da avaliação para a reavaliação houve uma diminuição de 4 gramas na média da perda de urina.

DISCUSSÃO

Houve melhora dos sintomas da IU em 66,66% das mulheres, incluindo melhora na propriocepção em 100% onde as pacientes que não realizavam de forma correta o movimento cranial passaram a realizar, o que resultou também no aumento do número de mulheres que realizavam a contração do MAP sem o uso da musculatura acessória, de 8,33% para 41,66%.

Tais dados corroboram com o estudo que afirmou que o tratamento fisioterapêutico tem como objetivo contribuir para a percepção da musculatura, permitindo controle sobre as contrações involuntárias e o relaxamento do assoalho pélvico e musculatura acessória, além de aumentar a conscientização e propriocepção dos MAP. Essa afirmativa pôde comprovar-se através dos resultados apresentados no parágrafo anterior assim como com o seguinte estudo que analisou dez artigos e com base nessa análise concluiu que a fisioterapia pélvica se mostrou eficaz nos tratamentos da incontinência urinária, contribuindo tanto na redução quanto na melhora total dos sintomas de IU^{26,27}.

Das 24 participantes do estudo 14 (58,33%) possuíam mais de 60 anos, dessas seis relatavam como queixa principal IUM, seguida por seis com IUE e apenas duas com IUU. O aumento da idade é apontado como um fator de risco significativo, devido à redução dos níveis de estrogênio

que leva a atrofia da musculatura uretral. Das vinte e quatro participantes somente quatro possuíam um IMC normal, entre as demais vinte o IMC indicou sobrepeso, obesidade tipo I e obesidade tipo II, é um dado importante a se analisar tendo em vista que o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para o surgimento da IU segundo o seguinte estudo que concluiu que mulheres obesas em sua maioria são acometidas pela perda de urina involuntária e apresentam sua rotina diária modificada por esta razão^{28,29}.

Mais da metade das participantes desta pesquisa tiveram parto normal, variando de 1 a 8 gestações. O tipo de parto frequentemente é associado ao desenvolvimento da IU onde o parto por via vaginal apresenta uma maior predisposição se comparado ao cesáreo, principalmente quando associado a traumas do MAP³⁰. Além dos testes foram aplicados questionários com perguntas relacionadas a autopercepção da paciente relacionando a sua vida e autoestima à incontinência urinária, através deles é possível compreender a magnitude do impacto da condição à sua rotina. Sendo um deles o ICIQ-SF que nos expôs uma redução de 4 pontos na média do score final que significa uma redução da implicação da IU na vida das participantes.

As participantes desta pesquisa possuem uma média de convivência com os sintomas maior se comparada a pesquisa de Henkes et al. que apontou mulheres com 36 meses com os sintomas da incontinência urinária antes de ter seu diagnóstico médico estabelecido. Essa demora pode ser explicada devido ao fato de considerarem que a IU era algo “normal”, ou por desconhecer o tratamento fisioterapêutico e imaginarem que o tratamento para IU seria somente cirúrgico⁶⁻²¹.

O número de desistências durante o tratamento pode se dar a insatisfação com o ambiente, que pode influenciar diretamente no tratamento como nota-se na seguinte pesquisa que afirma que um usuário satisfeito demonstra maior adesão ao tratamento, logo, pacientes satisfeitos são mais propensos a ter lealdade com os provedores de tratamento e colaborar com o regime estabelecido. Outro fator que pode ter influenciado é a não aceitação da avaliação bidigital e até mesmo comandos fornecidos de maneira confusa por parte do fisioterapeuta sabendo que as mulheres que não apresentam uma consciência corporal adequada para a execução dos exercícios corretamente podem apresentar alta incidência de abandono ou desistência do tratamento, quando não orientadas corretamente^{32,33}.

Todavia mais da metade das participantes que realizaram o tratamento fisioterapêutico relataram melhora dos sintomas, o que corrobora com um estudo onde foi observado que a fisioterapia uroginecológica contribuiu positivamente como um recurso terapêutico conservador, de baixo custo e importante no fortalecimento da MAP para essas mulheres que sofriam com a IU, comprovando que os recursos terapêuticos provem tanto qualidade de vida como prevenção de disfunções do assoalho pélvico³⁴.

LIMITAÇÕES E BENEFÍCIOS DO ESTUDO

As limitações do estudo foram referentes a padronização do método de tratamento, pois são baseados na capacidade de cada paciente e as desistências das pacientes no meio do tratamento ou o não retorno para a reavaliação. Houve redução quanto ao N do índice de massa corporal devido a algumas pacientes possuírem condições físicas que as impossibilitaram de mensurar o peso.

A pesquisa teve como resultado positivo o reflexo do tratamento na vida das pacientes que através dos seus relatos afirmaram terem tido a capacidade de voltar a fazer coisas que haviam deixado para trás por conta da IU, como brincar com os netos, fazer atividades físicas, sair de casa e andar no meio das pessoas.

CONCLUSÃO

Assim sendo, através desse estudo pode-se verificar a eficácia da fisioterapia (exercícios de alongamento, fortalecimento, mobilidade e de fortalecimento associados a respiração diafragmática) no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres. Foi possível verificar a melhora dos sintomas, a mudança na forma de perda de urina e a redução da quantidade, conseqüentemente acarretando um aperfeiçoamento da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein AJ. (2013). Incontinence. ICUD-EAU.
2. Amorim KM. (2017a). Comparação de diferentes parâmetros de um dinamômetro de força

transvaginal entre mulheres saudáveis e com incontinência urinária de esforço. UNINOVE.

3. Amorim KM. (2017b). Comparação de diferentes parâmetros de um dinamômetro de força transvaginal entre mulheres saudáveis e com incontinência urinária de esforço.
4. Braga F, et al. (2021). Perfil de pacientes com incontinência urinária em um ambulatório de hospital universitário. ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. https://doi.org/10.30886/estima.v19.997_pt
5. Brandenburg C, Fialho LMF, Baron MV, et al. (2017). Cinesioterapia e eletroestimulação na incontinência urinária feminina/ Kinesiotherapy and electrostimulation in female urinary incontinence. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(3). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i3.36672>
6. Burti JS, Marino SCJ, Spink MJP. (2019). Efeitos de exercícios para assoalho pélvico em mulheres idosas de diferentes níveis socioeconômicos. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 39. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p39-49>
7. Cardoso MN, Leon EB. de. (2021). Nível de satisfação com o atendimento em fisioterapia medido pelo medrisk. *Revista Eletrônica Gestão e Serviços*, 12(1), 3412–3425. <https://doi.org/10.15603/2177-7284/REGS.V12N1P3412-3425>
8. Cavenaghi S, Lombardi B, Bataus SC, Machado BPB. (2020). Effects of physiotherapy on female urinary incontinence. *Revista Pesquisa Em Fisioterapia*, 10(4), 658–665. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i4.3260>
9. Costa MI. (2021). Adaptação cultural e linguística do Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body image (PRAFAB) para o português europeu. *Escola Superior de Saúde do Alcoitão*.
10. da Silva JB, de Godoi Fernandes JG, Caracciolo BR, et al. (2021). Reliability of the PERFECT scheme assessed by unidigital and bidigital vaginal palpation. *International Urogynecology Journal* 2021, 1–9. <https://doi.org/10.1007/S00192-020-04629-2>
11. de Moraes EN, do Carmo JA, de Moraes FL, et al. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Revista de Saúde Pública*, 50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
12. de Paula DAG, et al. (2009). Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000600019>
13. Cestári C, Souza T, Silva A. (2017). Impact of urinary incontinence in the quality of living of elderly. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*, 7, 27–37.
14. Freitas CV, Capela ILB, Caldas SACS. de, & Almeida TMG. (2020). Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, 27(3), 264–270. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19015527032020>
15. Frota IPR. (2016). Função do assoalho pélvico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico.

16. Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO et al. (2013). Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres TT - The impact of urinary incontinence on quality of life of women TT - Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres. Rev. Baiana Enferm, 27(2), 181–192.
<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6922/7162>
17. Haylen BT, et al. (2010). An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics, 29(1), 4–20. <https://doi.org/10.1002/NAU.20798>
18. Imamura M, et al. (2010). Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. Health Technology Assessment (Winchester, England), 14(40), 1–215.
<https://doi.org/10.3310/HTA14400>
19. Key, J. (2013). 'The core': Understanding it, and retraining its dysfunction. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 17(4), 541–559.
<https://doi.org/10.1016/J.JBMT.2013.03.012>
20. Krhut J, et al. (2014a). Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. Neurourology and Urodynamics, 33(5), 507–510. <https://doi.org/10.1002/NAU.22436>
21. Krhut J, et al. (2014b). Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. Neurourology and Urodynamics, 33(5), 507–510. <https://doi.org/10.1002/NAU.22436>
22. Laycock J, Jerwood D. (2001). Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. Physiotherapy, 87(12), 631–642. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)61108-X](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X)
23. Mazo GZ, Santos KM, Freitas CS, et al. (2021). Correlação entre incontinência urinária, disfunção sexual e avaliação subjetiva da contração muscular perineal em idosas fisicamente ativas. Fisioterapia e Pesquisa, 28(1), 109–116. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21000528012021>
24. Mazur-Bialy AI, Kołomańska-Bogucka D, Nowakowski C, Tim S. (2020). Urinary incontinence in women: Modern methods of physiotherapy as a support for surgical treatment or independent therapy. In Journal of Clinical Medicine (Vol. 9, Issue 4). MDPI.
<https://doi.org/10.3390/jcm9041211>
25. Oliveira CA, SilveiraEF, Machado YA, et al. (2020). Visão da Eficácia da fisioterapia pélvica no tratamento da incontinência urinária em mulheres do clima. Research, Society and Development, 9(11).
26. Olivetto MMS, Lima, BES, Alencar I. (2021). Intervenção fisiológica no tratamento da incontinência urinária de esforço. Research, Society and Development, 10(12).
27. Orioli GB, Garbin BM, Codinhoto FA et al. (2021). Atuação da fisioterapia pélvica nas mulheres portadoras de vaginismo categoria: concluído área: ciências biológicas e saúde. Conic Semesp.
28. Poletto JE, Rizzo DT, Baltieri L, et al. (2018, January). Influência da obesidade e das medidas antropométricas sobre a incontinência urinária e a qualidade de vida: um estudo piloto. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, 901–907.

29. Pontes MG, Silva MM, Oliveira ATR. de. (2021). Os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com incontinência urinária. *Revista Cathedral*, 1808–2289.
30. Queiroz CR, Furtado JHL., Beuttenmuller L. et al. (2021). Perfil dos pacientes com incontinência urinária atendidos em um projeto de responsabilidade social. *Saúde Em Redes*, 7(3).
31. Rogers RG, et al. (2018). An international Urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal* , 29(5), 647–666. <https://doi.org/10.1007/S00192-018-3603-9>
32. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC et al. (2017). Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016032603266>
33. Tamanini J, Dambros M, D’Ancona CAL. et al. (2004). Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 438–444. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>
34. Viana RT, Santos MAS Honório G, Locks M. (2017). Incontinência urinária em idosas: práticas assistenciais e proposta de cuidado âmbito da atenção primária de saúde 1. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(2), 6800015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006800015>