

## Treinamento do Assoalho Pélvico Prog7 regride por completo a Incontinência Urinária em oito sessões



Alessandra Moraes Soares<sup>1</sup>, Auristela Duarte Lima Moser<sup>2</sup>, Gustavo F. Sutter Latorre

### RESUMO

**Panorama:** A incontinência urinária (IU) acomete metade das mulheres no mundo, mas não é principalmente causada por fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (MAP), sendo necessários novos protocolos atualizados de treinamento (TMAP). **Objetivo:** Estudar a eficiência do protocolo Prog7 de TMAP no tratamento da IU. **Método:** Resultados preliminares de estudo intervencional com mulheres maiores de idade com diagnóstico de IU encaminhadas a um serviço público de fisioterapia pélvica. Foram realizados o número de sessões necessárias para a regressão máxima dos sintomas em atendimento semanais de uma hora. Os resultados foram medidos pelo questionário PRAFAB. **Resultados:** Um total de 40 mulheres teve a IU totalmente regredida ao final do tratamento em uma média de  $8,1 \pm 1$  atendimentos. A média etária da amostra foi de  $48,1 \pm 12$  anos. **Conclusão:** O Prog7 foi eficiente e eficaz na regressão completa dos sintomas de IU quando medida pelo PRAFAB para uma amostra de mulheres com diagnóstico médico de IU.

### ABSTRACT

**Panorama:** Urinary incontinence (UI) affects half of the women worldwide, but it is not primarily caused by weakness of the pelvic floor muscles (PFM), necessitating new, updated training protocols (PFMT). **Aims:** To study the efficiency of the Prog7 PFM training protocol in the treatment of UI. **Method:** Preliminary results of an interventional study with adult women diagnosed with UI referred to a public pelvic physiotherapy service. The number of sessions necessary for maximum symptom regression was performed in weekly one-hour sessions. Results were measured using the PRAFAB questionnaire. **Results:** A total of 40 women had complete UI regression at the end of treatment in an average of  $8.1 \pm 1$  sessions. The mean age of the sample was  $48.1 \pm 12$  years. **Conclusion:** Prog7 was efficient and effective in the complete regression of UI symptoms when measured by PRAFAB for a sample of women with a medical diagnosis of UI.

**Submissão:** 10/01/2026

**Aceite:** 20/04/2026

**Publicação:** 01/06/2026

<sup>1</sup> Mestre em Tecnologia em Saúde, Fisioterapeuta Pélvica, Curitiba/PR, publicidadepelvica@gmail.com.  
<sup>2</sup> Doutora em Engenharia de Produção, Mestre em Educação, docente Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).  
<sup>3</sup> Doutor em Clínica Cirúrgica, Fisioterapeuta Pélvico, Portal Perineo.net, Florianópolis/SC, Brasil. gustavo@perineo.net

## INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é um problema que acomete praticamente metade das mulheres pelo mundo<sup>1</sup>. Por muito tempo foi considerada uma condição quase exclusiva de pessoas de mais idade, porém, hoje, às luzes de conhecimentos mais recentes, pôde-se compreender que na realidade é um problema que pode afetar pessoas de qualquer faixa etária<sup>1</sup>. Outro antigo paradigma que já foi derrubado dizia que a maioria dos casos de IU era causado por algum tipo de fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (MAP), quando na verdade hoje é sabido que mais de três em cada cinco casos IU são, na verdade, o inverso: causados exclusivamente por hipertonia ou por hiperatividade da MAP<sup>2</sup>.

Muita coisa evoluiu desde as primeiras tentativas de tratamento das causas cinesiológico-funcionais da IU, relacionadas aos MAP, como o primeiro protocolo de treinamento publicado em 1948 pelo ginecologista estadunidense Arnold Kegel<sup>3</sup>, revisado apenas em 1999 com o primeiro protocolo publicado por fisioterapeutas<sup>5</sup>, mas que, ainda, contemplava apenas uma tentativa de treinamento de reforço. Acontece que treinar a MAP exige certas particularidades, como por exemplo entender que boa parte das pessoas jamais ouviu sequer falar nessa musculatura, nunca a moveu ativamente e, não raros casos, sequer sabe movê-la<sup>4</sup>. Por este motivo a primeira grande revolução no treinamento do assoalho pélvico aconteceu em 2017 quando o fisioterapeuta Bary Berghmans publicou uma revisão chamando atenção para a necessidade de que o treinamento da MAP contemple treinos de coordenação motora, observe os princípios da pré-contracção e foque na melhoria da adesão dos pacientes ao tratamento<sup>5</sup>. Todos estes protocolos, no entanto, seguiam focados no reforço de uma musculatura supostamente fraca, desconsiderando o fato de que a maioria dos casos de IU é causada pelo exato oposto<sup>2</sup>.

O primeiro protocolo a considerar a liberação miofascial como etapa não só preliminar, mas fundamental para que o treinamento da MAP seja realmente eficiente, foi o Prog7, cujos primeiros exercícios remetem ao início dos anos 2000<sup>6</sup> passando por diversas reformas até chegar ao escopo hoje utilizado por volta de 2015. O protocolo implementa, em sequência e sob rígidas regras de evolução, as fases de educação, liberação miofascial, treino de propriocepção, treino de coordenação, treino de reforço e duas etapas de treino de pré-contracção, divididas em treinamento funcional clínico e treinamento funcional vitalício. Como ainda inexistem publicações estudando a eficiência deste protocolo, é este, por fim, o objetivo do presente estudo.

## MÉTODO

Trata-se da publicação de resultados preliminares de um estudo intervencional prévio realizado no Hospital da Polícia Militar do Paraná como parte da dissertação de mestrado da autora (AMS), realizado no período entre agosto de 2024 a abril de 2025. Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos encaminhadas ao serviço de fisioterapia com diagnóstico médico de incontinência urinária de esforço, sendo excluídas da análise estatística portadoras de hiperatividade do detrusor ou dor pélvica crônica. Todas as pacientes foram tratadas com o Prog7 em sessões de cerca de 60 minutos cujos programas estão descritos na tabela 1.

**Tabela 1:** Cronograma de atendimento e fases do Prog7.

Sessão	Etapas do Prog7
1º Atendimento	Etapa 1 Educação
1º/2º Atendimento	Etapa 2 Liberação Miofascial
3º Atendimento	Etapa 3 Propriocepção
4º Atendimento	Etapa 4 Coordenação
5º Atendimento	Etapa 5 Reforço
6º Atendimento	Etapa 5 Reforço
7º Atendimento	Etapa 6 Treinamento Funcional Clínico
8º Atendimento	Etapa 7 Treinamento Funcional Vitalício

De acordo com o protocolo o número de sessões não é fixo, dependendo da regressão completa dos sintomas (para casos não neurológicos) ou máxima regressão dos sintomas (para casos neurológicos), de modo que a quantidade de sessões variou de caso para caso, até a alta clínica. O projeto recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, via plataforma Brasil, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (parecer de aprovação número 7.089.068, CAAE 82400824.2.0000.0020).

Os resultados foram avaliados com o Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body Image (PRAFAB), considerado o mais eficiente na avaliação da IU, pois mede não só a gravidade do quadro, mas também o impacto na imagem corporal e nas atividades diárias, alinhando-se aos domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>7</sup>.

A análise estatística foi realizada utilizando o software IBM SPSS. A normalidade da distribuição das variáveis quantitativas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk, considerando o tamanho da amostra de 40 participantes ( $n < 50$ ). As variáveis idade ( $p = 0,006$ ), número de filhos ( $p = 0,001$ ) e número de atendimentos ( $p = 0,000$ ) apresentaram natureza não paramétrica. Da mesma forma, as variáveis de desempenho físico (força, potência e endurance) apresentaram comportamento não paramétrico, em todas as avaliações ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 40 voluntárias, das quais 35 finalizaram o tratamento. A idade média observada foi de  $48,1 \pm 12$  anos e mediana de 45 anos, com uma amplitude de 27 a 77 anos. Observou-se que 35% das participantes estavam na menopausa ( $n=14$ ). Em relação ao perfil obstétrico, as participantes apresentaram média de  $2,0 \pm 1$  e mediana de 2,0 filhos (amplitude de 0 a 4). O número médio de atendimentos realizados, incluindo a consulta inicial, foi de  $8,1 \pm 1$  sessões e mediana de 7 sessões. Cada paciente participou de atendimentos ambulatoriais semanais ao longo de oito semanas, com duração de uma hora por sessão.

Todas as pacientes apresentaram ausência de perda urinária ao final do tratamento. Para tanto foram necessárias uma média de  $8,1 \pm 1$  sessões, com mediana de 7 sessões, ao final das quais a paciente recebeu alta por ausência completa dos sintomas prévios.

Cerca de três quartos das voluntárias apresentaram incontinência entre moderada e severa. Uma mulher não respondeu aos questionários, sendo excluída da análise dos dados. Todas as pacientes apresentaram ausência dos sintomas de incontinência urinária após a intervenção, mostrando reversão completa do quadro de incontinência quando medidas pelo questionário PRAFAB.

Após a aplicação do protocolo Prog7 houve uma melhora estatisticamente significativa no impacto da qualidade de vida e da gravidade da perda urinária, conforme demonstrado pelo PRAFAB. De acordo com questionário, todas as pacientes saíram da faixa de incontinência urinária, representando regressão completa dos sintomas. A eficácia da intervenção foi sustentada pelo cálculo do tamanho do efeito ( $r$ ), que indicou grandes magnitudes em todas as variáveis, resultando na alta fisioterapêutica (tabela 2).

**Tabela 2:** Resultados do PRAFAB antes e depois da intervenção.

PRAFAB	Antes		Depois		<i>p</i>
	n	%	n	%	
IU Leve	7	17,5	0	0	0,000
IU Moderada	14	35	0	0	0,000
IU Severa	18	45	0	0	0,000
Ausente*	0	0	40	100	0,000
Ausente*	0	0	40	100	0,000

\* A ausência de sintomas pelos questionários indica regressão completa dos sintomas ou cura.

## DISCUSSÃO

Durante mais de meio século o tratamento conservador da IU foi realizado lançando mão de programas de treinamento dos MAP focados no reforço exclusivo<sup>3-5</sup>. Estes protocolos estavam embasados sobre o falso paradigma de que a IU era causada por fraqueza da MAP<sup>2</sup>, particularmente porque as escalas de medida de força da MAP utilizadas na época<sup>8</sup> favoreciam a conclusão equivocada de que assoalhos hipertônicos eram, na realidade, hipotróficos. Hoje sabemos que primeiramente é necessário corrigir as condições miofasciais dos MAP antes de medir sua força, afinal, MAP hipertônicos podem esconder um assoalho tanto forte quanto fraco, apesar de contraturado<sup>2</sup>. Deste modo, temos o assoalho hipertônico fraco ou o assoalho hipertônico forte; a conclusão precisa do diagnóstico cinesiológico-funcional vai depender, antes de mais nada, da normalização das condições miofasciais<sup>2,9</sup>. Soma-se a isto o fato de já existirem escalas validadas para uma medição mais precisa da força dos MAP<sup>10</sup>.

A idade média observada no presente estudo foi de 48,1  $\pm$  12 anos e mediana de 45 anos, com uma amplitude de 27 a 77 anos, o que demonstra que a idade continua sendo considerada um fator de risco. Essa associação é atribuída a alterações musculares, perda de colágeno e enfraquecimento do assoalho pélvico<sup>11</sup>. Por outro lado, após o tratamento todas as pacientes saíram das faixas de risco para disfunções de potência e endurance, independentemente da idade, demonstrando a eficiência do protocolo Prog7 no incremento da potência e endurance dos músculos do assoalho pélvico mesmo para mulheres de idade mais avançada. Tais resultados são inéditos até o presente, considerando que outros estudos apontam correlação entre piores resultados ao final do tratamento com a maior idade das pacientes<sup>12,13</sup>.

Os resultados do estudo de Mauá et al. (2025)<sup>11</sup> apontam que a idade avançada, o estado pós-menopausa e o número elevado de partos vaginais são fatores significativamente associados à maior prevalência de incontinência urinária. Essa relação está intimamente ligada a alterações anatômicas, hormonais e funcionais da situação pélvica. Diante do exposto, justifica-se nesse estudo a escolha das variáveis idade, menopausa e número de filhos para serem analisadas.

Assim, o fato de todas as pacientes, independentemente da idade, paridade ou menopausa terem tido sucesso não só no tratamento, mas apresentar uma regressão completa do quadro de incontinência urinária verificada pelo questionário PRAFAB, além da melhora referida pela paciente (todas referiram não estarem mais perdendo urina após o tratamento) pode representar um novo

paradigma para o treinamento do assoalho pélvico, onde o objetivo deixa de ser a “melhoria dos sintomas” para a cura do problema, caracterizada pela regressão completa da condição. De fato, dentro da abordagem latorreana, onde o Prog7 foi desenvolvido, o indicativo de alta para pacientes não neurológicos é a regressão completa da queixa principal (ausência completa dos sintomas, ou cura).

Este resultado é obtido através de uma avaliação minuciosa e extremamente criteriosa, onde a profissional deve excluir casos de disfunções causadas ou complicadas por questões não cinesiológico-funcionais, como problemas hormonais, influência medicamentosa etc., atendo-se exclusivamente às situações as quais a fisioterapia pélvica pode, de fato, atuar, classificando então o caso em neurológico (crônico – busca-se a melhora, com pouca ou nenhuma esperança de cura) ou ortopédico (o objetivo é a regressão completa dos sintomas ou cura). A regressão completa da incontinência urinária de toda uma amostra de pacientes, diferente da clássica “melhoria nos sintomas” (uma incontinência menor) após a intervenção é, até então, inédita na literatura. O presente estudo revelou, por fim, a necessidade de atualização do PRAFAB para contemplar uma opção 0 (zero), indicando ausência completa de perda urinária, uma vez que a maioria das pacientes reclamou ao final do tratamento do fato de o PRAFAB de não apresentar esta opção. Compreensível, considerando que, até o presente, não era comum que a IU fosse, de fato, completamente revertida pela fisioterapia pélvica.

## **CONCLUSÃO**

Após a aplicação do protocolo Prog7 de treinamento muscular do assoalho pélvico o escore do questionário PRAFAB foi zerado, demonstrando remissão completa dos sintomas de incontinência urinária de esforço. O estudo demonstrou que o protocolo de treinamento muscular do assoalho pélvico Prog7, programado em sete etapas, foi eficaz no tratamento da Incontinência Urinária de Esforço. Antes da intervenção, observou-se que a idade aumentada se relacionava com um desempenho muscular inicial inferior, enquanto a questão gestacional estava associada a uma maior severidade dos sintomas mensurados nos questionários. Após a aplicação do protocolo Prog7 houve redução importante no impacto sobre a qualidade de vida e sobre a severidade da perda urinária, mensuradas pelo PRAFAB.

A eficácia da intervenção foi sustentada pelo cálculo do tamanho do efeito ( $r$ ), que indicou grandes magnitudes em todas as variáveis. Conclui-se, portanto, que o protocolo Prog7 conseguiu zerar os escores do questionário PRAFAB, mostrando-se eficaz e eficiente para a resolução da Incontinência Urinária de Esforço em poucas sessões.

## REFERÊNCIAS

1. Leslie SW, Tran LN, Puckett Y. Urinary Incontinence. [Updated 2024 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559095/>
2. Latorre GFS, Silva PM, Silva FAP, et al. Incontinência urinária causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico. Rev Bras Fisiot Pelvica 2024;4(1)32-43. DOI:10.62115/rbfp.2024.4(1)32-43.
3. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. Am J Obstet Gynecol. 1948 Aug;56(2):238-48.
4. Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. BMJ. 1999 Feb 20;318(7182):487-93.
5. Berghmans B. Pelvic floor muscle training: what is important? a mini-review. Obstet Gynecol Int J. 2017;6(4):99. DOI: 10.15406/ogij.2017.06.00214.
6. Latorre GFS. Em defesa da prevenção [Internet]. Florianópolis: Períneo; [atualizado em 2026; citado em 2026 mai 29]. Disponível em: <https://perineo.net/conteudo/editorial2.php>.
7. Ayala A, Nunes EFC, Latorre GFS. Tradução e validação do PRAFAB para o português brasileiro. Rev Bras Fisiot Pelvica. 2021;1(2):27-35. DOI: 10.62115/rbfp.2021.1(2)27-35.
8. Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. Physiotherapy. 2001 Dec;87(12):631-42. doi: 10.1016/S0031-9406(05)61108-X
9. Latorre GFS, Ayala A, et al. (Todas?) as dores genitopélvicas são miofasciais e técnicas de liberação miofascial zeram a dor em poucas sessões. Rev Bras Fisiot Pelvica 2025;5(1)74-84. DOI: 10.62115/rbfp.2025.5(1)74-84.
10. Latorre GFS, Rosa LRS. Construto, confiabilidade e reprodutibilidade de uma escala de força do assoalho pélvico baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF. Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(1)72-79.
11. Mauá ACC, Silva BG, Oliveira CD, Costa EF, Santos GH. Fatores de risco para incontinência urinária feminina: evidências sobre idade, menopausa e gestações. Arch Health. 2025;6(4):e1234.

12. Alouini S, Memic S, Couillandre A. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence with or without biofeedback or electrostimulation in women: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 27;19(5):2789. doi: 10.3390/ijerph19052789.
13. Wang X, Qiu J, Li D, et al. Pressure-mediated biofeedback with pelvic floor muscle training for urinary incontinence: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Nov 4;7(11):e2442925. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.42925.