



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

LEILIANY MOURA DE SOUSA

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA EM MULHERES: Revisão integrativa da literatura**

LEILIANY MOURA DE SOUSA

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA
EM MULHERES : Revisão integrativa da literatura**

Trabalho de conclusão de curso (TCC II) do Curso de Bacharelado em fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), a ser apresentado como requisito para obtenção do título de bacharelado.

Orientador(a): Prof. Me. Rauany Barrêto Feitoza

LEILIANY MOURA DE SOUSA

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA : Revisão integrativa da literatura**

Projeto de Pesquisa submetido à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do Curso de Bacharelado em fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), a ser apresentado como requisito para obtenção do título de bacharelado

Aprovado em 27 / 06 / 2025

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Me. Rauany Barrêto Feitoza
centro Universitário Vale do Salgado
Orientador(a)

Profa. Me Carolina Gonçalves Pinheiro
Centro Universitário Vale do Salgado
1º Examinador

Profa. Me Myrla Nayra Cavalcante
Centro Universitário Vale do Salgado
2º Examinador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus, que é o alicerce da minha vida e a fonte inesgotável de amor, força e esperança. Agradeço por me conceder sabedoria, saúde e coragem, e por me sustentar com Sua graça nos momentos mais difíceis.

À minha família, agradeço pelo apoio e pela confiança depositados em mim durante toda a minha trajetória acadêmica. Em especial, agradeço à minha mãe, Maria Moura, e ao meu pai, Raimundo Valdeberto, por serem meus exemplos de dedicação, coragem e perseverança, e por nunca medirem esforços para que eu pudesse realizar meus sonhos.

Aos meus irmãos Leonice, Lenilson e Leonardo, meu carinho e gratidão. E, de forma especial, quero agradecer à minha irmã Leoneide, que sempre esteve ao meu lado, me incentivando, acreditando em mim mesmo quando eu duvidava e me dando força nos momentos em que eu mais precisei.

Agradeço também à minha querida orientadora, Rauany Barrêto, pela paciência, dedicação e, mesmo com inúmeros compromissos, por sempre encontrar tempo para me ajudar, orientar e guiar neste processo tão importante. Agradeço também à banca pelas valiosas contribuições, que foram fundamentais para a construção deste trabalho.

Quero ainda deixar minha gratidão à professora Carolina Pinheiro, por ser não apenas uma excelente profissional, mas um ser humano incrível.

Às minhas amigas da faculdade, que tornaram essa caminhada mais leve e significativa em especial, Maria Jadna, Letícia Custódio, Maria Júlia Diogenes e Jordania Kelly, agradeço pela amizade e pelos inúmeros momentos inesquecíveis que compartilhamos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui, o meu mais sincero agradecimento

RESUMO

DE SOUSA, Leiliany Moura, **A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES: Revisão integrativa da literatura.** 2025, - 44f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário Vale do Salgado, 2025.

INTRODUÇÃO: A incontinência urinária (IU) é caracterizada pela perda involuntária de urina, sem relação com infecções no trato urinário. Nas mulheres, manifesta-se principalmente em três formas: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária mista (IUM) e incontinência urinária de urgência (IUU). O tratamento conservador realizado pelo fisioterapeuta é a abordagem inicial, destacando-se o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, o biofeedback, a eletroestimulação funcional e o treinamento vesical. **OBJETIVO:** Compreender o papel da fisioterapia nos tipos de incontinência urinária através de uma revisão integrativa da literatura. **METODOLOGIA:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL) de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em bases de dados indexadas à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os Descritores em Ciências da Saúde (Decs): “*incontinence urinary*”, “*physiotherapy*” e “*women*”. Utilizando o operador booleano *AND*. Foram incluídos textos completos em português e inglês, dos últimos 5 anos, Dos 72 artigos encontrados, 9 foram selecionados considerando os critérios de inclusão e exclusão. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Observou-se a prevalência de IU em mulheres acima dos 18 anos, com destaque para a IUE.. Os instrumentos avaliativos empregados foram questionários sobre qualidade de vida, como o ICIQ-SF, ICIQ-FLUTS e ICIQ-LUTSqol, além de testes físicos, como o protocolo PERFECT e o Pad test. O principal recurso fisioterapêutico encontrado foi o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP). **CONCLUSÃO:**conclui-se que a atuação da fisioterapia no tratamento de IU contribui significativamente na melhora dos sintomas e qualidade de vida das mulheres acometidas por essa disfunção.

Palavras chaves: Incontinencia urinária; Fisioterapia; Mulheres.

ABSTRACT

DE SOUSA, Leiliany Moura, **THE ROLE OF PHYSIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN: Integrative review of the literature.** 2025, - 44f. Monograph (Graduation in Physiotherapy) – Vale do Salgado University Center, 2025.

INTRODUCTION: Urinary incontinence (UI) is characterized by the involuntary loss of urine, unrelated to urinary tract infections. In women, it manifests itself mainly in three forms: stress urinary incontinence (SUI), mixed urinary incontinence (MUI) and urge urinary incontinence (UUI). Conservative treatment performed by a physiotherapist is the initial approach, with emphasis on pelvic floor muscle training, biofeedback, functional electrostimulation and bladder training.

OBJECTIVE: To understand the role of physiotherapy in types of urinary incontinence through an integrative literature review.

METHODOLOGY: This is an integrative literature review (ILR) of a descriptive nature, with a qualitative approach. The research was carried out in databases indexed to the Virtual Health Library (VHL) with the Health Sciences Descriptors (Decs): “urinary incontinence”, “physiotherapy” and “women”. Using the Boolean operator AND. Full texts in Portuguese and English from the last 5 years were included. Of the 72 articles found, 9 were selected considering the inclusion and exclusion

RESULTS AND DISCUSSIONS: The prevalence of UI was observed in women over 18 years of age, with emphasis on SUI. The assessment instruments used were questionnaires on quality of life, such as ICIQ-SF, ICIQ-FLUTS and ICIQ-LUTSqol, in addition to physical tests, such as the PERFECT protocol and the Pad test. The main physiotherapeutic resource found was pelvic floor muscle training (PFMT). **CONCLUSION:** it is concluded that the role of physiotherapy in the treatment of UI contributes significantly to improving the symptoms and quality of life of women affected by this dysfunction.

Keywords: urinary incontinence; physiotherapy; womem.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca virtual de saúde
DECS	Descritores
IMC	Índice de massa corporal
ICIQ	Internation consultation on incontinence on questionnaire
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUU	Incontinência urinária de urgência
IUM	Incontinência urinária mista
KHQ	King's Heath questionnaire
MAP	Músculos do assoalho pélvico
MPP	Músculos do pavimento pélvico
RIL	Revisão integrativa da literatura
SN	Sistema nervoso
SNA	Sistema nervoso autônomo Sistema
SNC	nervoso central
TMAP	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico
TMPP	Treinamento dos músculos do pavimento pélvico
UNIVS	Centro universitário vale do salgado

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Sistema urinário feminino.	14
Figura 2- Atuação do SNA simpático e parassimpático.	15
Figura 3- A uretra e a pressão intra-abdominal.	17

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fluxograma de seis etapas da RIL.....	22
Quadro 2 – Estratégia de pico.	24
Quadro 3 – Caracterização dos estudos selecionados para análise	27
Quadro 4 – Principais tipos de incontinência encontradas em mulheres.	29
Quadro 5 – Principais instrumentos utilizados na avaliação.....	31
Quadro 6 – Recursos fisioterapêuticos utilizados para o tratamento.	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 MECANISMO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA	14
3.2 TIPOS DE INCONTINÊNCIA E SEUS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS	16
3.3 IMPACTOS DA INCONTINÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES	18
3.4 O PAPEL DA FISIOTERAPIA E AS INCIDÊNCIAS DE DISFUNÇÃO MICCIONAIS.....	18
3.5 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO	19
4 METODOLOGIA	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	22
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	23
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é caracterizada pela perda involuntária de urina, ocorrendo sem relação com infecções no trato urinário. Nas mulheres, ela se manifesta principalmente em três formas: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária mista (IUM) e incontinência urinária de urgência (IUU) (Silva, Laranjeira, Paula, 2018).

A incontinência urinária de esforço (IUE) ocorre quando há perda involuntária de urina em situações que aumentam a pressão dentro do abdômen, como ao tossir, espirrar, rir ou realizar atividades físicas. Isso acontece porque a pressão exercida sobre a bexiga supera a pressão da uretra, permitindo a saída involuntária de urina. Por outro lado, a incontinência urinária de urgência (IUU) é caracterizada por uma vontade súbita e incontrolável de urinar, frequentemente acompanhada pela perda de urina antes de alcançar o banheiro. Já a incontinência urinária mista (IUM) combina os sintomas das duas condições, apresentando tanto os episódios de esforço quanto os de urgência. Uma diferença importante entre a IUE e a IUU é que, na IUE, não há contração do músculo detrusor da bexiga, que é o principal responsável pela expulsão da urina, ao contrário do que ocorre na IUU (Alves *et al.*, 2020).

Aproximadamente 27% da população mundial, independente do sexo, apresenta incontinência urinária, sendo que as mulheres são afetadas duas vezes mais do que os homens. Em mulheres no período pós-menopausa, a prevalência da condição varia entre 30% e 70%. Dentre os diferentes tipos de incontinência urinária, a incontinência urinária de esforço é a mais comum, representando 86% dos casos (Baracho, 2022).

O impacto que a incontinência urinária de esforço causa a qualidade de vida dessas mulheres é significativo. Fisicamente, o vazamento constante de urina pode ocasionar irritação na pele, erupções cutâneas e infecções na região perineal, gerando desconforto. Socialmente, o constrangimento pode levar ao isolamento, ansiedade e depressão, já que os indivíduos tendem a evitar atividades que possam desencadear a incontinência. O custo de tratamentos e produtos também pode ser elevado. Além disso, medicamentos como os anticolinérgicos podem causar efeitos colaterais, especialmente em pessoas que convivem com essa disfunção. É fundamental compreender os aspectos que contribuem para o desenvolvimento de um tratamento de reabilitação mais eficaz. Investir na melhoria da reabilitação também auxilia na educação dos pacientes, aliviando, conseqüentemente, os problemas relacionados a essas condições (Reoyo *et al.*, 2023).

Diante do exposto sobre essa temática, esse estudo se propõe a investigar a seguinte pergunta norteadora: como a fisioterapia pode contribuir no tratamento da IU em mulheres? Essa pesquisa justifica-se, pelo fato da vivência pessoal e acadêmica da autora. Durante sua passagem, pela disciplina de fisioterapia na saúde da mulher, desenvolveu um grande interesse por essa especialidade, motivada pela importância do papel da fisioterapia na melhoria da qualidade de vida das pacientes. A fisioterapia em uroginecologia chamou atenção por envolver diferentes áreas de cuidado e por oferecer tratamentos mais simples e eficazes para tais problemas como a incontinência urinária, que podem ser bem difíceis para as pessoas que lidam com essa condição de saúde.

No que se refere à relevância social, é essencial que esse tema seja explorado, pois muitas mulheres que enfrentam essa disfunção estão se afastando da convivência social devido ao constrangimento e à vergonha. A incontinência urinária afeta o bem-estar físico, emocional e social das mulheres, muitas vezes levando ao isolamento, à redução da autoestima e a outras complicações de saúde. É fundamental que essa questão seja discutida no meio acadêmico e científico para que elas possam, cada vez mais, desenvolver uma maior compreensão sobre seus corpos e, assim, se sintam encorajadas a buscar o apoio e o cuidados necessários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o papel da fisioterapia nos tipos de incontinência urinária através de uma revisão integrativa da literatura

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais tipos de incontinência urinária que afetam as mulheres .
- Descrever quais os recursos fisioterapêuticos mais utilizados para o tratamento da incontinência urinária.
- Conhecer os instrumentos avaliativos para identificar a incontinência urinária

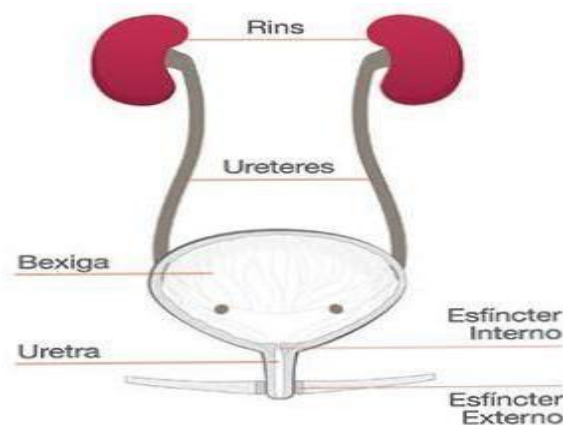
3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 MECANISMO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

Compreender o funcionamento do trato urinário inferior e os mecanismos que mantêm a continência urinária é fundamental para entender e tratar diversas doenças uroginecológicas, como a incontinência urinária de esforço, a incontinência urinária de urgência e outros tipos de incontinência. A micção envolve duas etapas: o enchimento vesical e o esvaziamento, que dependem das funções da uretra e da bexiga. Esses processos são influenciados por eventos neurológicos complexos, envolvendo interações entre o sistema nervoso central e o sistema nervoso periférico (SN autônomo e SN somático), que podem dificultar o controle voluntário do ato miccional (Moreno, Adriana, 2009).

A bexiga, a uretra e os esfíncteres urinários trabalham em conjunto para manter a urina sob baixa pressão e permitir o esvaziamento de forma voluntária em momentos sociais, convenientes ou apropriados. O músculo detrusor e o esfíncter uretral interno são formados por músculos lisos, enquanto o esfíncter uretral externo e os músculos do assoalho pélvico são compostos por músculos estriados. A bexiga é revestida por células epiteliais conhecidas como urotélio, apoiadas pela membrana basal, que têm como função proteger o músculo detrusor e permitir a comunicação com células neurais que controlam as etapas de armazenamento e esvaziamento (Aoki *et al.*,2017).

Figura 1: sistema urinário feminino

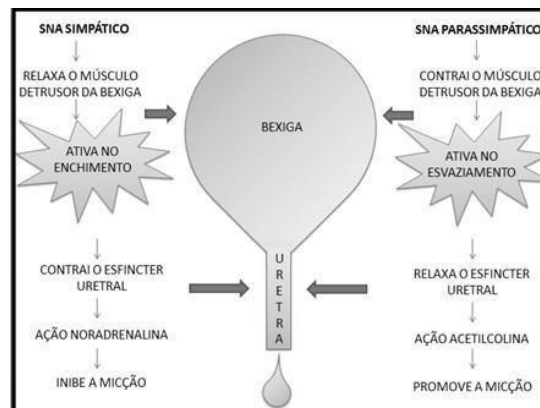


Fonte: <https://hollister.com.br/pt-br/continencecare/>

O sistema nervoso autônomo simpático origina-se na medula espinhal, especificamente entre os segmentos T10 e T12, sendo representado pelo nervo hipogástrico. Ele possui fibras pré-sinápticas curtas, cujo neurotransmissor é a acetilcolina, enquanto nas fibras pós-sinápticas o neurotransmissor predominante é a noradrenalina. O SNA simpático atua nos receptores α e β . Os receptores α são predominantes na uretra e, quando ativados, causam a contração do esfíncter externo. Por outro lado, os receptores β são prevalentes na bexiga, praticamente ausentes na uretra, e, quando ativados, promovem o relaxamento do músculo detrusor (Moreno, Adriana, 2009).

O sistema nervoso parassimpático é responsável pelo controle motor do detrusor e pela estimulação da contração vesical eficaz. Ele origina-se na medula espinhal sacral, localizada entre os segmentos S2 e S4. Os neurônios parassimpáticos pré-ganglionares e pós-ganglionares, encontrados no músculo detrusor, utilizam a acetilcolina como neurotransmissor. O esvaziamento total e completo da bexiga é uma estratégia essencial para a proteção contra infecções urinárias. As funções vesicais dependem da interação entre os sistemas nervoso autônomo simpático e parassimpático, assim como de neurotransmissores não adrenérgicos, não colinérgicos e neuropeptídios, que atuam facilitando ou inibindo a medula espinhal e as regiões superiores do sistema nervoso central (SNC). O principal centro facilitador da micção é o centro pontino, localizado na substância cinzenta. O cerebelo desempenha um papel importante, permitindo o relaxamento do assoalho pélvico e regulando a força, frequência e amplitude das contrações do músculo detrusor. O córtex cerebral exerce um impacto inibitório sobre a micção, regulado pelo SNC e desencadeado pela interação entre o sistema nervoso central e periférico (Baracho, 2022).

Figura 2: atuação do SNA simpático e parassimpático.



Fonte: <https://convergenceseditorial.com.br/>

Três fatores são responsáveis por manter a continência urinária, entre eles: o mecanismo proximal, que envolve o posicionamento correto do ângulo uretrovesical posterior, necessário para manter a uretra fechada quando há um aumento da pressão intra-abdominal. Nas mulheres que sofrem de incontinência, a uretra e o trígono vesical se alinham, perdendo assim sua angulação e, conseqüentemente, ocorrendo a perda de urina (Marques, Oliveira, Frederice, 2019).

O terço médio da uretra desempenha o papel principal no mecanismo da continência, pois essa região apresenta a maior área de pressão em repouso e durante o esforço. A uretra é uma estrutura dinâmica, composta por musculatura estriada periuretral, circundada por dois grupos de fibras musculares que formam o esfíncter uretral externo (Baracho, 2022).

O mecanismo distal está localizado na região do assoalho pélvico e é constituído pelo esfíncter externo da uretra e pelo músculo levantador do ânus. Os músculos estriados dessa área possuem duas partes: a) o rabdoesfíncter, formado por fibras do tipo 1, responsáveis por contrações lentas, permitindo manter o tônus por longos períodos sem fadiga; e b) a musculatura estriada periuretral, composta por fibras dos tipos 1 e 2, que proporcionam contrações rápidas após estímulos voluntários. O mecanismo intrínseco envolve toda a uretra, sendo formado por mucosa, submucosa, tecido elástico ao redor da uretra e músculo liso uretral. Já o mecanismo extrínseco funciona em situações de aumento da pressão intra-abdominal, estimulando a contração dos músculos do assoalho pélvico, o que, ao elevar a pressão na uretra, diminui a possibilidade de perda involuntária de urina (Ramos *et al.*, 2023).

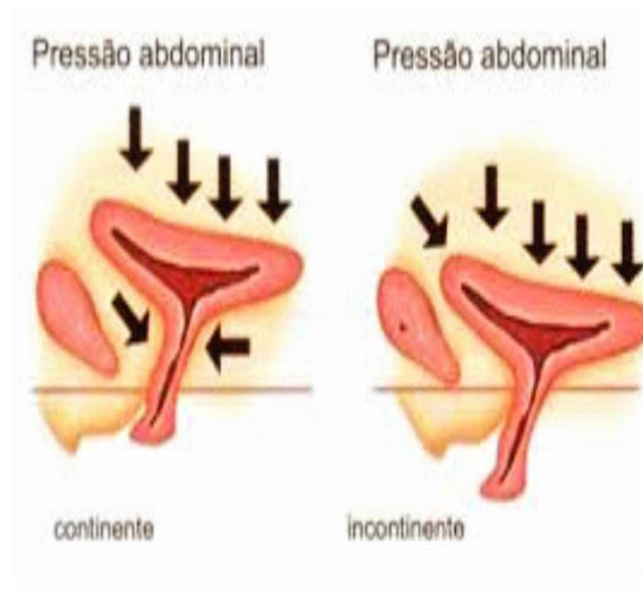
3.2 TIPOS DE INCONTINÊNCIA E SEUS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

3.2.1 Incontinência urinária de esforço

A IUE é definida como a perda espontânea de urina sem que o indivíduo sinta a necessidade de urinar. Isso geralmente ocorre durante atividades que aumentam a pressão abdominal, como tossir, sorrir, levantar objetos pesados e outras atividades físicas. A IUE é uma condição comum, que afeta principalmente mulheres, e pode estar relacionada ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico (Fuentes; Balasch; Lópes, 2021).

O principal motivo da IUE decorre da redução da pressão uretral, que pode ser causada por dois fatores: a hipermobilidade uretral, na qual os componentes responsáveis pela sustentação da uretra sofrem um declínio, ocasionando a descida do colo vesical e da uretra em sua estrutura normal; ou a incapacidade esfínteriana intrínseca, em que o fechamento uretral ocorre de forma ineficaz devido a lesões diretas no esfíncter, causadas por intervenções cirúrgicas (Ferreira, 2011).

Figura 3: A uretra e a pressão intra-abdominal



Fonte: <https://images.app.goo.gl/myddh4h2nft3e9ona>

3.2.2 Incontinência urinária de urgência

A incontinência urinária de urgência (IUU), também conhecida como bexiga hiperativa (BH), é caracterizada pela perda involuntária de urina associada à sensação urgente de urinar. As mulheres com esse distúrbio não conseguem controlar a micção quando a bexiga está cheia ou quando há urgência miccional, resultando na incapacidade de interromper o fluxo urinário, o que pode levar à perda de urina em pequena ou grande quantidade (Ramos *et al.*, 2023).

No momento em que ocorre a urge-incontinência, isso acontece devido a contrações descoordenadas do detrusor, que são denominadas hiperatividade do detrusor terminal. Nessa situação, uma única contração do detrusor, com a bexiga cheia, não é inibida, ocasionando a perda de urina, frequentemente gerando o esvaziamento completo da bexiga ou a sensação de esvaziamento incompleto. A causa dessa hiperatividade pode ser idiopática, quando não há alterações neurológicas, ou neurogênica, quando há presença de alterações neurológicas (Madeira, 2021).

3.2.3 Incontinência urinária mista

A incontinência urinária mista (IUM) combina elementos da incontinência urinária de esforço e da urgência, com uma incidência que varia de 20% a 30%. A incontinência por transbordamento representa cerca de 5% dos casos crônicos, sendo causada pela hipoatividade do detrusor ou pela obstrução na saída da bexiga, resultando em retenção de urina e vazamentos. Os pacientes podem ter dificuldades para urinar ou sentir que a bexiga não esvaziou completamente. A incontinência funcional ocorre quando há obstáculos que dificultam o acesso ao banheiro, como problemas cognitivos, fragilidade ou falta de mobilidade. A quantidade exata de pacientes que enfrentam a incontinência funcional ainda não está claramente estabelecida (Hu JS; Pierre EF, 2019).

3.3 IMPACTOS DA INCONTINÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES

A incontinência urinária (IU) afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres em diversas áreas, incluindo aspectos físicos, sociais, ocupacionais e sexuais. As mulheres com IU frequentemente enfrentam sentimentos como vergonha, insegurança, mal-estar, culpa e falta de controle. Esses impactos são observados independentemente da idade, afetando tanto mulheres jovens quanto idosas. Além disso, a IU é frequentemente subdiagnosticada e tratada, e muitas mulheres acreditam erroneamente que é uma condição normal da vida. A avaliação da qualidade de vida das mulheres incontinentes é fundamental para o planejamento de cuidados de saúde adequados (Oliveira *et al.*, 2020).

A IU também afeta profundamente os aspectos emocionais e sociais da vida das mulheres. Relatos de vergonha, estresse e constrangimento são comuns, o que frequentemente leva ao isolamento social e à perda de autoestima. Além desses impactos, as mulheres frequentemente enfrentam barreiras culturais e sociais, como a crença equivocada de que a incontinência urinária é uma parte normal do envelhecimento, o que dificulta a busca por tratamento. Como resultado, muitas se adaptam silenciosamente à condição, desenvolvendo estratégias próprias para conviver com os sintomas, como limitar atividades, evitar sair de casa ou alterar a forma de se vestir (Pintos-Díaz *et al.*, 2019)

3.4 O PAPEL DA FISIOTERAPIA E AS INCIDÊNCIAS DE DISFUNÇÕES MICCIONAIS

A intervenção fisioterapêutica no climatério foca nas manifestações clínicas

ocasionadas por alterações hormonais e seu objetivo é melhorar as disfunções funcionais que podem surgir em diversos sistemas do corpo. As principais questões que a fisioterapia pode melhorar estão as disfunções do assoalho pélvico, como problemas sexuais, a perda de massa óssea e outras. O estrogênio tem um papel fundamental na manutenção do trofismo e vascularização dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e da região periuretral. Com o déficit hormonal no climatério, uma forma poderosa para reabilitação e prevenção de incontinência urinária são o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), esse treinamento é recomendado para mulheres com IU de esforço e urgência, melhorando a força e função dos músculos. Com a associação de estriol, percebe-se ainda mais eficácia no tratamento de incontinência urinária em mulheres pós-menopausa (Castro; Alvarenga; Baracho 2022).

O climatério é a fase em que a mulher começa a apresentar oscilações hormonais, com os ovários entrando em declínio, e é dividido em pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa. Na pré-menopausa, os primeiros sintomas incluem insônia e variações na temperatura corporal, podendo ocorrer calor excessivo, especialmente à noite. Esses sinais indicam que a mulher está entrando em falência ovariana. A menopausa é definida por um período de um ano sem menstruação, e durante essa fase há uma redução na produção de esteroides. Com a chegada da menopausa, a qualidade de vida da mulher pode ser afetada, e esse impacto se torna ainda mais significativo na presença de incontinência urinária, agravando ainda mais a situação (Bartolini *et al.*, 2023).

A incontinência urinária em idosos é muitas vezes interpretada de forma equivocada como um processo natural do envelhecimento, quando, na verdade, traz impactos consideráveis na vida social, autoestima e saúde mental. A prevalência aumenta com a idade, especialmente entre mulheres; estima-se que entre 8 a 34% das pessoas acima de 65 anos apresentem algum nível de incontinência. No Brasil, aproximadamente 10,7% das mulheres relatam perda de urina quando passam por atendimento ginecológico (Oliveira e Garcia, 2011).

3.5 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

O fisioterapeuta, durante a avaliação, realiza uma anamnese detalhada, investigando os sintomas urinários, como frequência e intensidade das perdas urinárias, hábitos diários, histórico de doenças e até o impacto na vida social e emocional da paciente. Em seguida, realiza uma avaliação física para examinar a força, resistência e coordenação dos músculos

do assoalho pélvico. Testes específicos como a escala de Oxford e o teste de esforço, ajudam a determinar o nível de disfunção. Além disso, técnicas como biofeedback e eletromiografia podem ser utilizadas para uma análise mais precisa. O processo não se limita apenas aos aspectos físicos, mas também considera os efeitos emocionais e sociais da condição. Com base nessa avaliação completa, o fisioterapeuta elabora um plano de tratamento personalizado para promover a reabilitação do paciente. (Baracho, 2022).

3.5.1 Cones vaginais

Os cones são dispositivos utilizados na fisioterapia, introduzidos na região vaginal para fornecer resistência e feedback sensorial aos músculos do assoalho pélvico (MAP) durante cada contração. O conjunto de cones vaginais apresenta tamanhos semelhantes, diferenciando-se apenas pelo peso, que varia de 20 a 70 gramas. Eles são indicados para o tratamento de bexiga hiperativa, incontinência urinária de esforço, disfunções sexuais e diminuição da propriocepção. Um dos principais objetivos é o fortalecimento resistido e progressivo dos músculos do assoalho pélvico, gerando maior ganho de força e resistência por meio dos estímulos para o recrutamento muscular (Vasconcelos; Siansi; Ferreira, 2011).

3.5.2 Treinamento dos músculos pélvico

O treino da musculatura pélvica consiste em exercícios que buscam melhorar a força, resistência, potência e relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, sendo uma abordagem de baixo custo e com poucos efeitos adversos, recomendada como tratamento de primeira linha para disfunções nessa área. Inicialmente, o tratamento visa conscientizar os pacientes sobre os músculos do pavimento pélvico (MPP) e ensiná-los a contrair e relaxar da maneira correta, pois cerca de 30% das mulheres que sofrem com disfunções não sabem contrair corretamente os músculos do assoalho pélvico. O TMPP tem grande relevância em casos de IUE e IUM. A contração intencional dos músculos antes e durante o aumento da pressão intra-abdominal ajuda a prender a uretra e prevenir a perda de urina (Fernandes, 2020).

3.5.3 Eletroterapia

A eletroestimulação é um recurso utilizado na fisioterapia que, por meio de estímulos elétricos, tem como objetivo oferecer propriocepção local e tonificação dos músculos do assoalho pélvico. A estimulação circulatória aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do assoalho pélvico. Esse método restabelece as conexões

neuromusculares, melhorando a função de contração muscular e promovendo a contração passiva dos músculos do períneo. O aparelho utilizado possui parâmetros terapêuticos relacionados ao comprimento do pulso, à intensidade da corrente e ao tempo de estimulação aplicada, atuando nas fibras musculares do tipo I e do tipo II (Santos *et al.*,2022).

3.5.4 biofeedback

O biofeedback é um equipamento frequentemente utilizado como primeira opção no tratamento de IU. A técnica mensura os potenciais de ação das contrações, permitindo que o paciente observe, em tempo real, por meio de estímulos visuais e sonoros, como se comportam as contrações fisiológicas do MAP. Por esse motivo, o biofeedback se mostra eficiente e motivador, pois promove a participação ativa do paciente na reabilitação (Matiello, 2021).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL) de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, sobre a temática: A atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária em mulheres: uma revisão integrativa

A (RIL) consiste na realização de uma análise abrangente da literatura, contribuindo para debates sobre métodos e resultados e incentivando o planejamento de estudos futuros. Esse método de pesquisa visa alcançar um entendimento aprofundado de uma determinada especificação com base em estudos anteriores. Portanto, faz-se necessário que a revisão siga critérios rigorosos de metodologia e apresente resultados de forma clara, permitindo que o leitor compreenda as características do estudo (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A pesquisa descritiva tem como objetivo principal averiguar e descrever o que já existe. Esse tipo de estudo concentra-se em compreender aspectos como sua natureza, características, estrutura e os processos que formam os fenômenos analisados (Duarte; Furtado, 2015).

A pesquisa qualitativa abrange a coleta de dados descritivos com o intuito de investigar, interpretar ou analisar relações humanas em diversos contextos, assim como a complexidade de certos fenômenos. Tem como objetivo interpretar e traduzir os sentidos dos acontecimentos e dos fatos observados (Rodrigues; Oliveira; Santos, 2021).

Para construir uma revisão integrativa da literatura, Mendes, Silveira e Galvão (2008) ressaltam que deve seguir seis etapas:

Quadro 1- fluxograma de seis etapas da RIL

ETAPAS	
1° Escolha do tema e seleção da hipótese	Definição do tema; definição dos objetivos e da base de dados que será utilizada na pesquisa.
2° Critérios de inclusão e exclusão	Utilização das bases de dados; seleção dos estudos; estratégias de busca dos artigos, com base nos critérios de inclusão e exclusão.

Continuação do quadro 1.

ETAPAS	
3° Definição das informações dos estudos a serem selecionados	Consiste na organização dos estudos pré-selecionados e na leitura dos títulos e resumos das publicações que serão incluídos na análise.
4° análise dos estudos selecionados	Os estudos serão analisados de forma crítica e aprofundada.
5° interpretação dos resultados	Discussão dos achados, propostas de recomendação e sugestão para pesquisas futuras.
6° apresentação da revisão integrativa	Criação de um documento que aborda de forma detalhada sobre a revisão, incluindo propostas futuras.

Fonte:(Mendes;Silveira;Galvão,2008)

4.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi realizado levantamentos bibliográficos com a finalidade de alcançar os objetivos indicados na pesquisa. A pesquisa foi realizada em bases de dados indexadas à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os Descritores em Ciências da Saúde (Decs): “*incontinence urinary*”, “*physiotherapy*” e “*women*”. Para uma busca mais focada no assunto principal, foi utilizado o operador booleano *AND* para fazer o cruzamento dos descritores.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foi utilizados artigos seguindo os critérios de inclusão, tais como: artigos que tenham textos completos nos idiomas português e inglês , com o intervalo de tempo entre 2020 - 2025, com o objetivo de obter informações atualizadas para colaborar com o estudos da pesquisa.

Como critérios de exclusão:

- Artigos duplicados nas bases de dados.
- Estudos que não abordam a temática.
- Estudos que envolvam revisão de literatura, capítulo de livros, estudos teóricos,

monografias, dissertação, teses, e resenhas.

A forma de elegibilidade dos estudos se dá pelo critério PICO.

Quadro 2 - detalha a elegibilidade do estudo através dos critérios da PICO

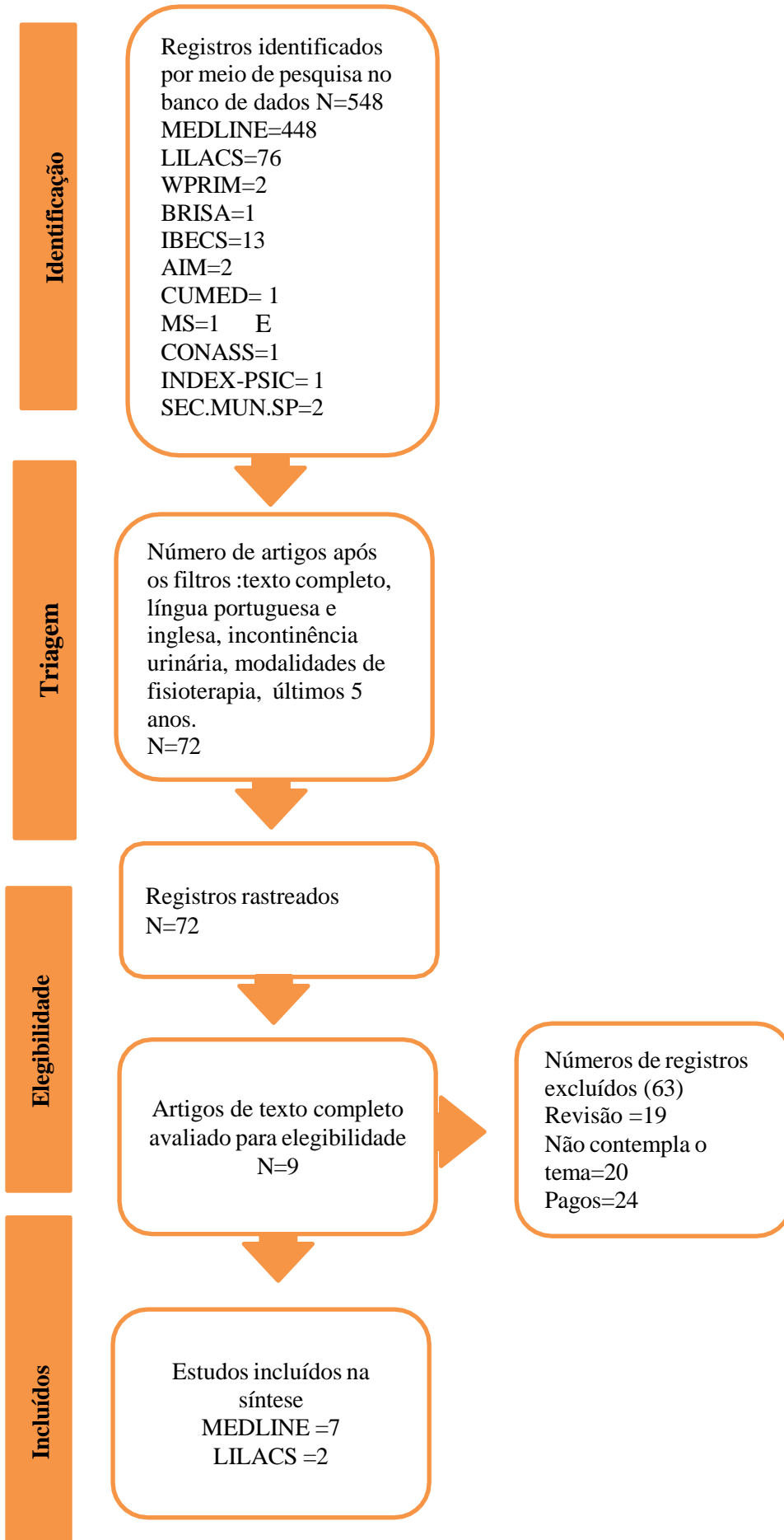
ACRÔNIO	DEFINIÇÃO	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
P	Participantes	Estudos que contenham pacientes com incontinência em mulheres	Todos os estudos onde as participantes não sejam mulheres ou que o não possuem incontinência urinária
I	Intervenção	Estudos que tragam a temática de IU em mulheres e a atuação do fisioterapeuta	Estudos que retratem o tratamento de IU sem a participação da fisioterapia
C	Comparação	Não se aplica	
O	Outcomes	Identificar os principais métodos de intervenções fisioterapêuticas utilizados no tratamento de IU	

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da presente pesquisa estão organizados em tabelas no Microsoft Excel para facilitar a visualização e análise dados. As informações extraídas de cada estudo incluem: autor, ano de publicação, título, método, local de estudos, descrições de intervenções e os resultados. Posteriormente, para a apresentação dos dados, foi utilizado um quadro com pontos relevantes encontrados em cada artigo quadro 3, para facilitar a observação e compreensão nos resultados e nas discussões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), identificou 72 artigos da MEDLINE, LILACS, destes foram selecionados 9 artigos para essa revisão, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para esse estudo. O fluxograma 1 da seleção dos artigos, com cada fase executada.

Fluxograma 1: seleção dos artigos

Quadro 3: caracterização dos estudos selecionados para análise.

AUTOR/ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
NAZEM, Atieh <i>et al.</i> (2025)	Effectiveness of breathing exercises on urinary symptoms, muscle activity, and strength in women with multiple sclerosis and urinary incontinence-a study protocol for a randomized controlled trial study	Ensaio clínico randomizado	O presente estudo investigará o efeito de exercícios respiratórios e PFMT em comparação ao PFMT sozinho na atividade e força da MAP, atividade do diafragma e sintomas urinários em mulheres com EM e IU
FRAWLEY, Helena C. <i>et al.</i> (2024)	Telehealth exercise for continence after gynaecological cancer treatment (TELE-CONNECT): a protocol for a co-designed pragmatic randomised controlled trial.	Protocolo para um ensaio clínico randomizado pragmático e co-desenhado.	Desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção baseada em telessaúde com foco em exercícios para continência urinária em mulheres após tratamento de câncer ginecológico.
MENDES, Pauliana C. S. <i>et al.</i> (2023)	Effect of pelvic floor muscle training on reports of urinary incontinence in obese women undergoing a low-calorie diet before bariatric surgery - protocol of a randomized controlled trial.	Protocolo de um ensaio clínico randomizado	Avaliar o efeito da combinação de uma dieta hipocalórica com o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) nos relatos de incontinência urinária (IU) em mulheres obesas
LUGINBUEHL, Helena <i>et al.</i> (2022)	Involuntary reflexive pelvic floor muscle training in addition to standard training versus standard training alone for women with stress urinary incontinence: a randomized controlled trial	Ensaio clínico randomizado prospectivo, triplo-cego	Comparar dois protocolos quanto ao seu efeito na incontinência urinária de esforço em mulheres: um com foco na fisioterapia padrão com treinamento voluntário dos músculos do assoalho pélvico, o outro incluindo adicionalmente o treinamento reflexivo involuntário dos músculos do assoalho pélvico
ŠNIEŽEK, Aneta <i>et al.</i> (2021)	Physiotherapy according to the BeBo Concept as prophylaxis and treatment of urinary incontinence in women after natural childbirth.	Ensaio clínico randomizado	Avaliar os efeitos de um programa de 6 semanas de fisioterapia baseado no Conceito BeBo sobre a força e resistência dos músculos do assoalho pélvico e na melhora da continência urinária em mulheres após o primeiro parto vaginal.

Continuação do quadro 3.

AUTOR/ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
BROOKS, Kaylee C. L. et al. (2020)	A model identifying characteristics predictive of successful pelvic floor muscle training outcomes among women with stress urinary incontinence	Estudo prospectivo observacional com análise preditiva	Identificar prospectivamente aspectos demográficos, clínicos e morfológicos pélvicos basais de mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) que são preditivos de cura com treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) supervisionado por fisioterapeuta.
CAVENAGHI, S. et al (2020)	Efeitos da fisioterapia na incontinência urinária feminina / Effects of physiotherapy on female urinary incontinence	Pesquisa clínica, longitudinal e prospectiva	Avaliar os efeitos da fisioterapia na incontinência urinária feminina
Dumoulin, Chantale et al(2020)	Group-Based vs Individual Pelvic Floor Muscle Training to Treat Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Clinical Trial.	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia do treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) em grupo em comparação ao TMAP individual no tratamento da incontinência urinária de esforço ou mista em mulheres idosas
LEMOS et al., 2020	Influência de um protocolo de fisioterapia pélvica na função urinária e sexual de mulheres infectadas com vírus linfotrópico de células T humano tipo 1 / Influence of a pelvic physiotherapy protocol in urinary and sexual function of women infected with human T-cell lymphotropic virus type 1	Estudo quase-experimental	Avaliar a influência da fisioterapia pélvica na função urinária e sexual de mulheres infectadas com o vírus HTLV-1.

Fonte: Dados da pesquisa,2025.

De acordo com os critérios estabelecidos, todos os artigos selecionados atenderam aos critérios de inclusão. As amostras analisadas apresentaram variações significativas quanto à idade, condição clínica e tipo de incontinência urinária, evidenciando que esse problema pode afetar diferentes perfis de mulheres.

O estudo de Nazem *et al* (2025) Incluiu 50 mulheres com esclerose múltipla e IU, com idades entre 18 e 50 anos. Já Frawley *et al.* (2024) avaliou 72 participantes em tratamento de câncer, todas com mais de 18 anos. Mendes *et al.* (2023) trabalhou com 22 mulheres acima dos 18 anos com obesidade (IMC > 30 kg/m²) e diferentes tipos de incontinência urinária. Luginbuehl *et al.* (2022) analisaram 96 mulheres com IU de esforço ou mista, com idades entre 18 e 70 anos, pelo menos um ano após o parto, na pré ou pós-menopausa.

Outros estudos também trouxeram recortes específicos: Śniezek *et al.* (2021) investigaram 56 mulheres após o primeiro parto vaginal, entre 20 e 40 anos. Brooks *et al.* (2020) incluíram 77 mulheres com mais de 18 anos diagnosticadas com IU de esforço. Cavenaghi *et al.* (2020) contou com 27 mulheres com média de 57,4 anos. Dumoulin *et al.* (2020) teve uma amostra mais ampla, com 362 mulheres com 60 anos ou mais. Por fim, Lemos *et al.* (2020) estudaram mulheres com infecção pelo HTLV-1, maiores de 18 anos, alfabetizadas, com parceiros sexuais e sem outras condições clínicas que interferissem na função urinária ou sexual.

Esses dados reforçam como a incontinência urinária é uma condição presente em diferentes fases da vida da mulher e associada a diversas situações clínicas, como pós-parto, menopausa, obesidade, e doenças crônicas. Isso evidencia a importância da atuação da fisioterapia na avaliação e no tratamento dessas pacientes, adaptando as condutas conforme o perfil de cada uma. (Higa; Lopes; Reis, 2008).

Quadro 4- Principais tipos de incontinência encontradas em mulheres

AUTOR/ANO	TIPOS DE INCONTINÊNCIA
NAZEM, Atieh <i>et al.</i> (2025)	Incontinência urinária
FRAWLEY, Helena C. <i>et al.</i> (2024)	Incontinência urinária
MENDES, Pauliana C. S. <i>et al.</i> (2023)	Incontinência urinária de esforço / incontinência urinária de urgência / incontinência urinária mista
LUGINBUEHL, Helena <i>et al.</i> (2022)	Incontinência urinária de esforço
ŚNIEŻEK, Aneta <i>et al.</i> (2021)	Incontinência urinária de esforço
BROOKS, Kaylee C. L. <i>et al.</i> (2020)	Incontinência urinária de esforço
CAVENAGHI, S. <i>et al.</i> (2020)	Incontinência urinária de esforço / incontinência urinária mista
Dumoulin, Chantale <i>et al.</i> (2020)	Incontinência urinária de esforço / incontinência urinária mista
LEMOS <i>et al.</i> , (2020)	Alterações urinária

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

O quadro acima apresenta os principais tipos de incontinência urinária identificados em mulheres. Todos os artigos analisados (100%) incluíram no seus estudos pacientes que apresentam incontinência urinária de esforço (IUE). No entanto, alguns artigos trabalham não só com paciente com IUE, mas também abordam outros tipos de incontinência, sendo três estudos relacionados à incontinência urinária mista (IUM) e apenas um estudo tratando da incontinência urinária de urgência (IUU).

De modo geral, a incontinência urinária (IU) é uma condição clínica comum, acometendo entre 20% e 50% da população feminina. Classifica-se, predominantemente, em três subtipos:

incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM). A IUE, como destacado anteriormente, é o subtipo mais comum e afeta entre 14% e 29% das mulheres. A IUU, por sua vez, está relacionada a uma urgência miccional súbita e incontrolável, com prevalência estimada entre 8% e 12%. Já a IUM apresenta manifestações combinadas dos dois subtipos anteriores e acomete aproximadamente entre 14% e 21% das mulheres. (Salo *et al.*, 2023).

A incontinência urinária de esforço é um dos tipos mais prevalentes descritos nos estudos, acometendo principalmente mulheres. Essa condição é caracterizada pela perda involuntária de urina durante atividades que geram aumento da pressão intra-abdominal, como tossir, espirrar, levantar pesos ou realizar exercícios de impacto. Além das manifestações físicas, essa disfunção pode afetar significativamente a qualidade de vida das pessoas acometidas, levando a sentimentos de constrangimento, isolamento social e restrição das atividades diárias (Haylen *et al.*, 2010).

A incontinência urinária mista (IUM), por sua vez, é caracterizada pela perda involuntária de urina que ocorre tanto em situações de esforço quanto em episódios de urgência miccional. Essa condição está relacionada ao climatério, período marcado por mudanças hormonais e fisiológicas no organismo da mulher. A redução dos níveis de estrogênio nessa fase contribui para o enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico e dos tecidos que sustentam a bexiga e a uretra, favorecendo o surgimento da incontinência urinária (Vieira *et al.*, 2021).

Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento da IU. Entre os principais, destacam-se o avanço da idade e o aumento do índice de massa corporal (IMC), fatores diretamente ligados ao envelhecimento populacional e à obesidade. Além disso, condições ginecológicas específicas, como multiparidade, partos vaginais ou instrumentais, prolongamento do trabalho de parto, lacerações perineais e o período pós-menopausa também estão associados ao aumento da incidência da IU (Tahra; Bayrak; Dmochowski, 2022).

Além disso, alterações na fisiologia da bexiga também contribuem para o surgimento da incontinência urinária. A capacidade vesical, que normalmente varia entre 500 e 600 ml, pode ser significativamente reduzida com o tempo, chegando a comportar apenas entre 250 e 300 ml. Essa redução está relacionada ao aumento da frequência urinária e à ocorrência de noctúria, sintomas frequentemente associados à IUU. Tais alterações podem decorrer da diminuição dos níveis de estrogênio após a menopausa e do aumento do IMC, fatores fortemente correlacionados à incontinência urinária de urgência (Higa; Lopes; Reis, 2008).

O quadro 5 apresenta os principais instrumentos utilizados na avaliação dos estudos incluídos nesta pesquisa. Nele, os dados estão organizado por autores, os respectivos anos de publicação e os instrumentos aplicados em cada pesquisa.

Quadro 5- Principais instrumentos utilizados na avaliação

AUTOR/ANO	INSTRUMENTO AVALIATIVO
NAZEM, Atieh <i>et al.</i> (2025)	Questionário internacional de consulta sobre incontinência – versão curta (ICIQ-UI SF). Ultrassonografia e escala de classificação de Oxford
FRAWLEY, Helena C. <i>et al.</i> (2024)	Questionário internacional de consulta sobre incontinência – versão curta (ICIQ-UI SF). Questionário de consulta internacional sobre incontinência ICIQ-LUTSqol-sintomas do trato urinário inferior Qualidade de vida. Questionário de incomodo do assoalho pélvico PFBQ
MENDES, Pauliana C. S. <i>et al.</i> (2023)	ICIQ-SF Avaliação do TMAP
LUGINBUEHL, Helena <i>et al.</i> (2022)	Questionário modular de incontinência urinária da consulta internacional sobre incontinência (ICIQ-UI SF). Qualidade de vida dos sintomas do trato urinário inferior (ICIQ-LUTSqol). Escala de classificação de Oxford Teste de absorvente modificado de 20 minutos. Diário de treinamento.
ŠNIEŽEK, Aneta <i>et al.</i> (2021)	ICIQ-UI UDI-6 PERFECT PERINEÔMETRO
BROOKS, Kaylee C. L. <i>et al.</i> (2020)	Questionário internacional de consulta sobre incontinência urinária (ICIQ-UI) Diário vesical de 3 dias Teste padronizado do absorvente interno Avaliação manual da força e tônus dos MAP Avaliação por ultrassom transperineal (TPUS)
CAVENAGHI, S. <i>et al.</i> (2020)	Questionário de qualidade de vida (ICIQ-FS)
Dumoulin, Chantale <i>et al.</i> (2020)	ICIQ-UI SF ICIQ-LUTSqol ICIQ-VS ICIQ-FLUTS PGI-I Teste do absorvente (pad test) Diário miccional de 7 dias
LE MOS <i>et al.</i> (2020)	Esquema PERFECT modificado. King's Heath questionnaire(KHQ). Female sexual function Index(FSFI)

Os estudos incluídos utilizaram uma variedade de instrumentos para a avaliação da incontinência urinária. O Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência Urinária - versão curta (ICIQ-UI SF) destacou-se como o instrumento mais recorrente, aparecendo em oito dos nove estudos analisados. Esse questionário é amplamente utilizado para mensurar a gravidade dos sintomas e o impacto da incontinência na qualidade de vida.

Além dele, também foram empregados outros instrumentos derivados do ICIQ, como o ICIQ-LUTSqol, voltado especificamente para a avaliação da qualidade de vida relacionada aos sintomas do trato urinário (Guerra *et al.*,2023) e o ICIQ-FLUTS e ICIQ-VS, os dois mensuram

sintomas e impactos na qualidade de vida relacionados às disfunções do assoalho pélvico.(Marini *et al.*, 2020)

Além dos questionários, três dos estudos utilizaram testes clínicos objetivos, como o Pad Test (teste do absorvente), e dois artigos aplicaram o protocolo PERFECT para avaliação da força muscular do assoalho pélvico e dois artigos adotaram o diários miccionais com diferentes durações (3 ou 7 dias), os quais são úteis para monitorar os padrões urinários no cotidiano. A ultrassonografia, principalmente a transperineal (TPUS), também foi utilizada como método complementar para avaliar a anatomia funcional da pelve. É importante ressaltar que alguns estudos optaram por uma abordagem mais abrangente, combinando instrumentos como questionários, testes físicos e exames de imagem, como foi o caso de Brooks *et al.* (2020) e Dumoulin *et al.* (2020).

Dentre esses instrumentos, os questionários desempenham um papel fundamental na avaliação dos sintomas e na mensuração do impacto que determinada patologia exerce na vida do paciente. Sua aplicação antes e após a intervenção terapêutica é extremamente valiosa, pois fornece ao profissional parâmetros para avaliar a eficácia do tratamento, além de possibilitar que o paciente visualize sua própria evolução. Para que sejam utilizados adequadamente, esses instrumentos precisam ser traduzidos, adaptados e validados para a língua portuguesa. Normalmente, são preenchidos pelo próprio paciente, embora em algumas situações possam ser aplicados com o auxílio do terapeuta (Baracho, 2018).

Nesse contexto, destaca-se o ICIQ-SF, um instrumento de avaliação simples, conciso e de autoaplicação, selecionado para tradução e adaptação cultural por sua capacidade de avaliar de forma rápida o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida, além de caracterizar a perda urinária em pacientes de ambos os sexos. Sua criação e validação original ocorreram na língua inglesa, por Avery e colaboradores. (Tamanini *et al.*, 2004).

Quanto a sua estrutura, ICIQ-SF é composta por 6 perguntas que ajudam a entender melhor a incontinência urinária. As duas primeiras coletam dados pessoais, como a data de nascimento e o sexo. As quatro seguintes focam na frequência com que a urina escapa, na quantidade que a pessoa acredita perder, no quanto essa perda atrapalha sua rotina e em quais situações isso ocorre. Três dessas perguntas — sobre frequência, quantidade e impacto no dia a dia — recebem uma pontuação específica. Ao somar essas pontuações, é obtido um valor total que indica o quanto a incontinência afeta a qualidade de vida, sendo assim, quanto menor esse valor, menor é o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida (Silva e Lopes, 2009)

De forma complementar, o ICIQ-LUTSqol é um questionário composto por 22 questões, organizadas em oito domínios que visam mensurar como a incontinência urinária afeta as diferentes dimensões da qualidade de vida. Cada item avalia não apenas a presença do impacto, mas também sua intensidade. A pontuação de cada domínio é somada, resultando em um escore

que pode variar de 0 a 100, sendo que valores mais altos indicam pior qualidade de vida relacionada àquele aspecto específico. (Oliveira *et al.*, 2023).

Além desses instrumentos subjetivos, a avaliação da incontinência urinária pode ser complementada com métodos objetivos, o pad test (teste do absorvente), é um método simples, não invasivo e eficiente para quantificar a perda urinária, especialmente em casos de incontinência urinária de esforço (IUE). Consiste na pesagem de um absorvente antes e depois da paciente realizar atividades físicas cotidianas, geralmente durante um período de uma hora. Esse procedimento permite classificar a IUE em leve, moderada ou grave, conforme a quantidade de urina eliminada. Validado pela International Continence Society (ICS) em 1988, o pad test é considerado altamente sensível e específico quando comparado ao exame urodinâmico, além de ser de baixo custo e fácil aplicação na prática clínica. (Albuquerque *et al.* 2011)

O teste é feito após a ingestão de 500 mL de água, seguida por um período de repouso de 15 minutos. Depois disso, solicita-se que a paciente realize uma série de ações que simulam atividades cotidianas: subir e descer escadas por 15 minutos, sentar e levantar 10 vezes, tossir 10 vezes, pegar objetos do chão 5 vezes, correr no mesmo lugar por 1 minuto e lavar as mãos sob água corrente por 1 minuto. Finalizadas as tarefas, o absorvente é removido e pesado em uma balança de precisão, a quantidade de perda urinária é, então, avaliada e classificada: perdas até 1 g são consideradas insignificantes; entre 1,1 e 9,9 g, leves; de 10 a 49,9 g, moderadas; e superiores a 50 g, severas. (Albuquerque *et al.*, 2011)

Por fim, destaca-se o protocolo PERFECT, validado por Laycock e Jerwood, é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar a funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico, por meio da mensuração de quatro componentes: Power (P), que avalia a força da contração voluntária máxima, graduada pela Escala de Oxford Modificada de 0 a 5; Endurance (E), que mensura o tempo máximo que a paciente consegue sustentar a contração até reduzir 50% da força; Repetitions (R), que corresponde ao número de contrações voluntárias máximas realizadas com intervalos de repouso; e Fast (F), que representa o número de contrações rápidas realizadas em um período de 10 segundos. Os resultados dessa avaliação orientam a elaboração de programas de exercícios individualizados, conforme as necessidades de cada paciente (Berlezi,; Martins; Dreher, 2013).

A seguir, apresenta-se a distribuição dos estudos analisados quanto aos recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento da incontinência urinária, e os protocolos de intervenção descritos na literatura.

Quadro 6 -Distribuição dos estudos pelos recursos Fisioterapêuticos utilizados para o tratamento

AUTOR/ANO	RECURSOS UTILIZADOS	PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO
NAZEM, Atieh <i>et al.</i> (2025)	Exercícios respiratório PFMT	Os pacientes foram dividido em dois grupos. (1) grupo de intervenção:PFMT mais exercícios respiratórios,e o (2) grupo controle apenas PFMT
FRAWLEY, Helena C. <i>et al.</i> (2024)	Telehealth PFMT	Os pacientes foram dividido em dois grupos, Grupo controle: recebia folhetos informativos sobre cuidados coma bexiga e intestino e uma consulta de fisioterapia por telemedicina(áudio). O grupo intervenção recebia o mesmo folheto, participava de 8 consultas de fisioterapia por telessaúde(vídeo) para TMAP com dispositivo de biofeedback .
MENDES, Pauliana C. S. <i>et al.</i> (2023)	TMAP Dieta hipocalórica	Os participantes foram alocados em dois grupos G1 participará de um protocolo de 12 semanas de dieta hipocalórica.O G2 receberá a mesma dieta do G1, além disso participará de 6 sessões em grupo de (PFMT) supervisionado por um fisioterapeuta.
LUGINBUEHL, Helena <i>et al.</i> (2022)	Treinamento voluntário e reflexivo	Grupo controle (GC): Treinamento padrão- contrações voluntárias isométricas e concêntrica dos MAP.Grupo experimental (GE) treinamento padrão+ treinamento reflexivo involuntário, induzido por movimentos do corpo inteiro como saltos,visando contrações reflexivas e rápidas.
ŠNIEŽEK, Aneta <i>et al.</i> (2021)	Conceito BeBo	Os participantes foram randomizado em dois grupos. No (GE) participaram 30 mulheres do programa de fisioterapia baseado no conceito de treinamento do assoalho pélvico BeBo. Durante 6 semanas 2x/semana + exercícios domiciliares. No (GC) participaram 26 mulheres e não foi realizada nenhum intervenção.

Continuação do quadro 6.

AUTOR/ANO	RECURSOS UTILIZADOS	PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO
BROOKS, Kaylee C. L. et al. (2020)	PFMT	A intervenção fisioterapêutica consistiu em 6 sessões presenciais ao longo de 12 semanas, com fisioterapeutas experientes. As mulheres aprenderam a realizar contrações corretas do assoalho pélvico com auxílio de biofeedback nas duas primeiras semanas, e foram orientadas a aplicar contração antes de esforços e a realizar um programa domiciliar de três séries diárias de dez contração com evolução progressiva nas posições a cada sessão.
CAVENAGHI, S. et al (2020)	Cinesioterapia e eletroestimulação tibial posterior	As pacientes realizavam uma sessão de fisioterapia por semana, com duração de 45 minutos, totalizando 10 sessões
Dumoulin, Chantale et al(2020)	TMAP em grupo e individual	Após sessão individual para aprendizado, todas realizaram PFMT por 12 semanas, com sessões semanais de 1 hora, individual ou em grupo. O protocolo incluiu educação, exercícios progressivos e prática domiciliar (5 dias/ semana inicialmente e 3 dias/ semana por 9 meses) o grupo individual utilizou biofeedback.
LEMOS et al., (2020)	Fisioterapia pélvica	O protocolo consistiu em 16 sessões, realizada 1x/semana com três abordagens: eletroestimulação do nervo tibial (TENS, 8 Hz, 30min), eletroestimulação transvaginal (FES, 50 Hz, 20min, com contração voluntárias) e exercícios de cinesioterapia baseado em Kegel e Bø, com contrações rápidas, sustentadas e movimentos pélvicos na bola suíça e em pé, sempre associando contração do assoalho pélvico.

Os estudos analisados utilizaram diferentes abordagens fisioterapêuticas, cada uma com mecanismos de ação específicos que contribuem para o fortalecimento do assoalho pélvico, controle da incontinência urinária e melhora da qualidade de vida. A seguir, evidenciam-se os principais mecanismos.

A maioria dos estudos utilizou o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (PFMT) como estratégia principal no tratamento da IU. Nazem *et al.* (2025) associaram o PFMT a

exercícios respiratórios, com o objetivo de melhorar a coordenação entre o diafragma e o assoalho pélvico, otimizando o controle da pressão intra-abdominal e promovendo contrações mais eficazes.

Complementando essa abordagem, Frawley *et al.* (2024) aplicaram o PFMT por meio da telessaúde, utilizando sessões em vídeo e biofeedback, mantendo os benefícios do treinamento tradicional, como o fortalecimento muscular e a melhora da percepção corporal, com a vantagem do acesso remoto.

Atelessaúde é definida como o uso de tecnologias da informação e comunicação para ofertar serviços de saúde a distância, abrangendo diagnóstico, tratamento, pesquisa, avaliação e capacitação de profissionais da área (Jones *et al.*, 2021). Em caráter excepcional, a Resolução n.º 516/2020 do COFFITO autorizou a realização de atendimentos remotos por meio de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento, suspendendo temporariamente o art.15, inciso II, das Resoluções n.º 424 e 425, ambas de 8 de julho de 2013 (CREFITO-7, 2020).

Estudos demonstram que a Telessaúde pode proporcionar diversas vantagens, como a redução do tempo de atendimento, a diminuição dos custos com deslocamentos de pacientes e profissionais, além da ampliação do acesso a serviços especializados. Essa modalidade contribui significativamente para a qualidade do cuidado em saúde, especialmente ao possibilitar que profissionais atuantes em regiões remotas tenham suporte técnico e científico de especialistas (Caetano *et al.*, 2020).

De forma semelhante Mendes *et al.* (2023) também utilizaram o PFMT, e dieta hipocalórica. A perda de peso contribuiu para reduzir a pressão sobre a bexiga, enquanto o PFMT fortaleceram os músculos perineais, favorecendo a melhora do controle urinário.

Além dessas intervenções, Brooks *et al.* (2020) realizaram um protocolo presencial de 12 semanas com ênfase no uso do biofeedback, proporcionando às pacientes a visualização da contração muscular correta e favorecendo o aprendizado motor, nesse estudo a fisioterapia do assoalho pélvico mostrou eficaz para tratar incontinência urinária de esforço, em uma parcela significativa das pacientes, especialmente aquelas com melhor suporte anatômico e sintomas menos severos no início do tratamento.

Dumoulin *et al.* (2020) também utilizaram o PFMT, de forma individual e em grupo, com foco na educação, exercícios progressivos e prática domiciliar, reforçando o papel do biofeedback na melhora da função perineal, o estudo demonstrou que a fisioterapia com TMAP, tanto individual quanto em grupo, reduziu significativamente os episódios de IU. Ambos os métodos foram igualmente eficazes, promovendo também melhora na qualidade de vida, sintomas urinários e confiança das pacientes.

Além desses, Luginbuehl *et al.* (2022) propuseram uma abordagem diferenciada, associando o treinamento voluntário tradicional do assoalho pélvico ao estímulo reflexo, induzido por movimentos como saltos, para gerar contrações rápidas e automáticas, simulando situações

reais de esforço, o estudo demonstrou que o treinamento padrão dos MAPs é eficaz e suficiente para melhorar a IUE, a adição de exercícios reflexivos involuntário não promoveu ganhos adicionais.

Ainda entre as abordagens, Śnieżek *et al.* (2021) utilizaram o conceito BeBo, que trabalha o assoalho pélvico de forma integrada com a postura e a respiração, estimulando contrações conscientes e automáticas ao longo das atividades diárias. Esse estudo concluiu-se que o programa de fisioterapia baseado no conceito BeBo demonstrou impacto positivo na melhora da força e resistência dos MAPs, além de reduzir os sintomas de IU em mulheres após o parto normal.

Já Lemos *et al.* (2020) propuseram uma intervenção fisioterapêutica completa com três abordagens: eletroestimulação do nervo tibial posterior, eletroestimulação transvaginal e exercícios baseados nos métodos Kegel e Bø. Essa combinação teve como objetivo potencializar recrutamento muscular, promover força, coordenação e resistência, além de integrar o movimento pélvico ao contexto funcional do corpo. Evidenciou-se que o programa de fisioterapia pélvica promoveu ganhos funcionais no assoalho pélvico, com impacto positivo na redução dos sintomas urinários, na melhora da função sexual e na elevação da qualidade de vida das participantes.

De forma semelhante, Cavenaghi *et al.* (2020) utilizaram a cinesioterapia associada à eletroestimulação do nervo tibial posterior. A eletroestimulação atua por neuromodulação, melhorando o controle da bexiga através de vias reflexas, enquanto a cinesioterapia contribui para o fortalecimento dos músculos envolvidos no suporte pélvico. Esse estudo demonstrou que a fisioterapia, utilizando um protocolo específico de cinesioterapia e eletroestimulação, contribuiu para a redução dos sintomas e a melhora na qualidade de vida de mulher com incontinência.

Todas essas abordagens reforçam a importância histórica do treinamento do assoalho pélvico. Por volta da década de 1950, o ginecologista Arnold Kegel foi pioneiro na introdução do treinamento da musculatura do assoalho pélvico feminino como forma de tratamento para a incontinência urinária. Em seu estudo inicial, Kegel alcançou uma taxa de cura de 84% entre as mulheres com esse quadro, utilizando um protocolo baseado na palpação vaginal e na avaliação clínica da contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico. Atualmente, métodos como os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, o uso de cones vaginais e a eletroestimulação intravaginal demonstram eficácia significativa, promovendo melhora dos sintomas de incontinência urinária em até 85% dos casos (Guerra *et al.* 2014).

Entre essas estratégias, destaca-se o treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP) é considerado essencial na reabilitação da musculatura do assoalho pélvico (MAP), atuando no aprimoramento da força, resistência, relaxamento, alongamento e coordenação motora. Esse tipo de intervenção é a principal escolha terapêutica quando a incontinência urinária (IU) está relacionada a disfunções da MAP, sendo frequente, nesses casos, a presença de alterações associadas nas funções intestinal e sexual, devido ao compartilhamento das

mesmas estruturas musculares. Existem diversos protocolos descritos na literatura tanto para

avaliação quanto para o treinamento da MAP, a maioria deles desenvolvida por profissionais especializados em fisioterapia pélvica no âmbito internacional, os quais demandam o comparecimento regular dos pacientes às sessões, além de preservação das capacidades cognitivas para o sucesso do tratamento. (Assis; Silva; Martins, 2021).

Assim, a atuação do fisioterapeuta na reeducação do assoalho pélvico tem como objetivo potencializar a força contrátil das fibras musculares, favorecer a reorganização da musculatura abdominal e promover o alinhamento postural lombo-pélvico por meio de exercícios, recursos terapêuticos e técnicas específicas. Dessa forma, é possível fortalecer os músculos responsáveis pela manutenção da continência urinária (Guerra *et al* 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incontinência urinária representa uma condição prevalente e impactante na vida das mulheres, dentre os diferentes tipos de IU, a incontinência urinária de esforço destaca-se como a mais incidente, afetando significativamente o bem-estar físico, emocional e sociais das mulheres acometidas.

O principal recurso terapêutico identificado foi o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), reconhecido como a primeira linha de tratamento conservador para incontinência urinária. O treinamento do MAP visa fortalecer e melhorar a função desses músculos, contribuindo para a redução dos sintomas. Para avaliar a eficácia e o impacto da IU, foram empregados questionário como ICIQ-SF, o ICIQ-LUTSqol e testes físico, incluindo pad teste e o protocolo PERFECT .

A revisão integrativa realizada nesse estudo, permitiu compreender a importância da atuação fisioterapêutica no tratamento conservador da IU, além disso, constatou-se que a fisioterapia desempenha um papel fundamental não apenas na reabilitação física, mas também na educação das pacientes sobre o funcionamento do seu próprio corpo. A atuação fisioterapêutica contribui para a prevenção, diagnóstico e tratamento de IU, sendo indispensável na equipe multidisciplinar de saúde da mulher.

Diante disso, vale salientar a recomendação de novas pesquisas para aprofundar o conhecimento sobre as intervenções fisioterapêutica e sua aplicabilidade em diferentes contextos clínicos. Por fim esse estudo conclui-se que a atuação da fisioterapia no tratamento de IU contribui significativamente na melhora dos sintomas e qualidade de vida das mulheres acometidas por essa disfunção.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Maria Thereza et al. Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 33, n. 2, p. 66-70, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000200003>. Acesso em: 28 maio 2025.
- ALVES, S. C; SOUZA.J.de O; JANUÁRIO, P. de O; CRUZ, A. T. Estudo clínico randomizado no tratamento da incontinência da incontinência urinária por esforço na pós-menopausa. *Revista saúde e desenvolvimento*,[S.l], v 14, n 17, 2020.Disponível em: [https://revistasuninter.com//revista saúde/](https://revistasuninter.com//revista%20saude/).
- AOKI Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat rev dis primers*. 2017 Jul 6;3:17042. Doi: 10.1038/nrdp.2017.42. Erratum in: *Nat Ver Dis Primers*. 2017 Nov 16;3:17097. Doi: 10.1038/nrdp.2017.97. PMID: 28681849; PMCID: PMC5878864.
- ASSIS, GM, Silva CPC, Martins G. Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03705. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X20190335037>
- BARACHO.E ;**Fisioterapia aplicada à saúde da mulher** / Elza Baracho. 6. Ed. [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
- BARACHO, Elza. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher : Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788527733281. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527733281/>. Acesso em: 28 Mai. 2025
- BERLEZI, Evelise Moraes; MARTINS, Marília; DREHER, Daniela Zeni. Programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar. *Scientia Medica* (Porto Alegre), v. 23, n. 4, p. 232-238, 2013.
- CAETANO, R.; Silva, A. B.; Guedes, A. C. C. M.; Paiva, C. C. N.; Ribeiro, G. D. R.; Santos, D. L.; Silva, R. M. D. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00088920, jun. 2020. doi: 10.1590/0102-311X00088920
- CASTRO,E.B.M; ALVARENGA,M.B; BARACHO.E; fisioterapia no climatério .In BARACHO.E **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher** . – 6. Ed. - . – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
- CREFITO-7. COFFITO publica resolução que trata de atendimento não presencial. Disponível em:

<https://crefite7.gov.br/coffito-publica-resolucao-que-trata-de-atendimento-nao-presencial>. Acesso em: 28 jun. 2025.

CURTA JC, WEISSHEIMER AM. Percepções e sentimentos sobre as alterações corporais de mulheres climatéricas. **Rev Gaúcha Enferm.** 2020;41(esp):e20190198. Doi:

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190198>. Grupo Hospitalar Conceição (GHC),

Residência Multiprofissional com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade.

DUARTE, S.V; FURTADO, M.S.V **Trabalho de conclusão de curso (TCC) em ciências sociais aplicadas** 1.ed. São Paulo : Saraiva, 2015.

FERNANDES, S.C estágio em fisioterapia na saúde da mulher -suas diferentes vertentes. 2020.

120 f. (**Mestrado em fisioterapia**) -Escola superior de tecnologia da saúde de Lisboa, Lisboa, 2020.

FERREIRA, C.H.J **fisioterapia na saúde da mulher: teoria e prática/** Cristine Homsy Jorge ferreira; editores da série Celso R.F. carvalho, Clarice tanaka-1. Ed- rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FUENTES-A.L, BALASCH B.M, LÓPEZ-B.L. Add-On Effect of Postural Instructions to Abdominopelvic Exercise on Urinary Symptoms and Quality of Life in Climacteric Women with Stress Urinary Incontinence. A Pilot Randomized Controlled Trial. **Int J Environ Res Public Health.** 2021 Jan 21;18(3):928. Doi: 10.3390/ijerph18030928. PMID: 33494479;

GUERRA, Maria João Jacinto; ALMEIDA, Sofia Pinto de; NOGUEIRA, Helena Maria; ALVES, Paulo Jorge Pereira. Validação do “International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Quality of Life Module”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 44, e20220015, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220015>.

Acesso em: 4 jun. 2025

GUERRA, Thais Eduarda Carvalho; ROSSATO, Carla; NUNES, Erica Feio Carneiro;

LATORRE, Gustavo F. Sutter. Atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária de esforço. **Femina**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 252-256, nov./dez. 2014. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4823.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2025

HAYLEN, B. T., et al. (2010). “Na International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female Pelvic floor dysfunction.” **International Urogynecology Journal**, 21(1), 5-26.

HIGA, R., et al. (2020). “Impact of urinary incontinence on the quality of life of women in

Menopause.” *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 42(9), 563-569.

HIGA, R.; Lopes, M. H. B. M.; Reis, M. J. (2008). Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 42(1), 187–192.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100025>.

Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. **Am Fam Physician**. 2019 Sep 15;100(6):339-348. PMID: 31524367.

MARQUES, A.A.; OLIVEIRA, N.F.F.; FREDERICE, C. P.; Fisiopatologia da micção e Fisiopatologia da incontinência urinária. In SILVA, M. P. P.; MARQUES, A. A.; AMARAL, M. T. . **P.tratado de fisioterapia em saúde da mulher -2**. Ed.-Rio de Janeiro:roca,2019,o 281-432

JONES, S. E. e et al. Evaluation of a novel e-learning program for physiotherapists to manage knee osteoarthritis via telehealth: qualitative study nested in the PEAK (physiotherapy exercise and physical activity for knee osteoarthritis) randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 4, p. e25872, 202

MATIELLO, A. A. Fisioterapia aplicada à incontinência urinária. In MATIELLO, A. A.; MADEIRA, F. F. S.; VASCONCELOS, G. S.; FERRAZ, N. L.; BORBA, R. M. **Fisioterapia Urológica e Ginecológica**. Porto Alegre: Sagah, 2021, p. 85-110

MENDES, K. dal S; SILVEIRA, R.C de C P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências Na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p.

758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104->

MORENO, Adriana L. Fisioterapia em uroginecologia 2ª ed. : Editora Manole, 2009. E-book. ISBN 9788520459539. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520459539/>. Acesso em: 26 mai 2025

OLIVEIRA, Lúcia de Fátima et al. Tradução, adaptação transcultural e validação do ICIQ-Urinary Incontinence Quality of Life Module para o português do Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, eAPE20220015, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220015.pt>

OLIVEIRA, L. G. P., Tavares, A. T. D. V. B., Amorim, T. V., Paiva, A. Do C. P. C., & Salimena, A. M. O. (2020). Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da UERJ**, 28, e51896.

<https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51896>

OLIVEIRA.J.R.;GARCIA. R.R.Cinesioterapia no tratamento da Incontinência urinária em mulheres idosas ***Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de janeir,2011;14(2):343-351

PINTOS-DÍAZ, María Zahara et al. Vivendo com incontinência urinária: riscos potenciais para a saúde da mulher? Um estudo qualitativo sobre as perspectivas de pacientes que buscam atendimento pela primeira vez em um centro especializado. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 16, n. 19, p. 3781, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16193781.

Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/19/3781>. Acesso em: 19 abr. 2025

RAMOS, J. G. L.; PICOLOTO, A. S. B.; CARDOSO, A.; FREITAS, G. S. O.; ANZOLCH, M. J. Avaliação da incontinência urinária feminina. In PASSOS, E,P;COSTA, S.H.M.;

MAGALHÃES, J. A.; RAMOS, J. G. L. OPPERMANN, M. L. R.; WENDER, M. C. O. **Rotinas em Ginecologia** (8ª Edição). Porto Alegre: Artmed, 2023, p. 528-544

REOYO, E. J. F.; LINERO, P. L.; PUENTES, E. C.; GABARAIN, I. M.; FUENTE, P. B.; PÉREZ, E. D. C. **Prognostic factors and treatment outcomes for Female Urinary incontinence rehabilitation**. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, v. 47, n. 6, p. 376-381, 2023.

RODRIGUES, OLIVEIRA, SANTOS; as pesquisas qualitativas e quantitativas na educação. **Rev prisma**, Rio de Janeiro, v 2, n 1, p.154-174, 2021

Sá,M.F.S; ABREU, D.C.C; O enfoque clínico do climatério. In FERREIRA.C.H.J . **fisioterapia na saúde da mulher: teoria e prática** -1ed.-Rio de janeiro: Guanabara Koogan,2011

SÁ, M.F.S; Insuficiência ovariana prematura .In WENDER,M.C.O; FERNANDES,C.E; SÁ, **climatério e menopausa** -1.ed.-Rio de janeiro 1:elsevier,2019.:il(Febrasgo;10)

SANTOS E.M.A et.al . Repercussão da eletroestimulação circulatória na qualidade de vida, lubrificação e musculatura pélvica: um estudo piloto * **fisioterapia em movimento** *Physical Therapy in Movement* 2022;35(Ed Esp:)
DOI: 10.1590/fm.2022.35601.0

SALO, H. et al. Urinary incontinence associates with poor work ability in middle-aged women: A Northern Finland Birth cohort 1966 study. **Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica.**, v. 103, n. 3, p. 572–579, mar. 2024.

SILVA, C.H.M; LARANJEIRA, Cláudia L. Soares; PAULA, Liv Braga de. **Manual SOGIMIG de Uroginecologia**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. 208 p. ISBN 978-85-8369-040-5.

SILVA L. da ., & Lopes, M. H. B. de M.. (2009). Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, 43(1), 72–78. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100009>..

TAHRA, A.; BAYRAK, O.; DMOCHOWSKI, R. The Epidemiology and Population-Based Studies of Women with Lower Urinary Tract Symptoms: A Systematic Review. *Türk Üroloji Dergisi/Turkish Journal of Urology.*, v. 48, n. 2, p. 155–165, abr. 2022.

TAMANINI, J. T. N., Dambros, M., D'Ancona, C. A. L., Palma, P. C. R., & Rodrigues Netto Jr, N.. (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>.

VIEIRA, A. C. B.; SILVA, M. S. da .; VIEIRA, P. M. M. . Fatores de prevalência para a Incontinência Urinária em mulheres pós-menopausa e o impacto da qualidade de vida. **Revista de Casos e Consultoria**,