

PERFIL DAS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE UROGINECOLOGIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE COM RELAÇÃO À INCONTINÊNCIA URINÁRIA E À QUALIDADE DE VIDA

PROFILE OF FEMALE PATIENTS IN THE UROGYNECOLOGY AMBULATORY CARE OF A PUBLIC HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL REGARDING URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE

Marina Petter Rodrigues<sup>1</sup>, Lia Janaína Ferla Barbosa<sup>1</sup>, José Geraldo Lopes Ramos<sup>2</sup>, Luisa Maurer<sup>3</sup>, Bruna Maciel Catarino<sup>3</sup>, Rafaela Prusch Thomaz<sup>3</sup>, Luciana Laureano Paiva<sup>3</sup>

RESUMO

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina e pode ser classificada de acordo com os sintomas, sendo os tipos mais comuns: IU de esforço (IUE), IU de urgência (IUU) e IU mista (IUM). Ela causa impacto físico e psicológico negativo, piorando a qualidade de vida. A fisioterapia pélvica é importante no tratamento conservador da IU, pois é segura, não invasiva e com mínimos efeitos colaterais.

**Objetivos:** Descrever o perfil das mulheres avaliadas pela fisioterapia pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com relação à IU e qualidade de vida.

**Métodos:** Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, realizado a partir de informações dos prontuários das pacientes avaliadas pela fisioterapia pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do HCPA, de agosto de 2013 a dezembro de 2014.

**Resultados:** Dos 164 prontuários analisados, a média de idade das pacientes foi de 58,07 anos ( $\pm 10,98$ ), 55% realizaram parto normal, 51% fizeram episiotomia, todas eram multíparas, 60,4% apresentavam prolapso de órgão pélvico e a IUM foi a mais prevalente, sendo que 71,3% perdiam urina em jato. Quanto à força dos músculos do assoalho pélvico, a maioria apresentava grau 2 (31,1%), seguido de grau 1 (28%) e grau 3 (24,4%), conforme a Escala de Oxford Modificada, e 75,6% acionavam musculatura acessória. O *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIS-SF) mostrou que o impacto da IU foi grave em 62,8%.

**Conclusão:** Este estudo permitiu identificar as principais demandas da população feminina com IU, facilitando o delineamento de estratégias de reabilitação eficazes e compatíveis com a prática clínica.

**Palavras-chaves:** Assoalho pélvico; incontinência urinária; qualidade de vida; fisioterapia

ABSTRACT

**Introduction:** Urinary incontinence (UI) is an involuntary loss of urine and can be classified according to its symptoms. The most common types are the following: stress UI (SUI), urge UI (UII), and mixed UI (MUI). It causes negative physical and psychological impact and consequent deterioration in quality of life. Pelvic physical therapy plays an important role in the conservative treatment of UI, since it is noninvasive, safe, and with minimal side effects.

**Objectives:** To describe the profile of female patients evaluated through pelvic physiotherapy at the Urogynecology Ambulatory Care of Porto Alegre Clinical Hospital (HCPA) regarding urinary incontinence and quality of life.

Clin Biomed Res. 2016;36(3):135-141

1 Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Curso de Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Marina Petter Rodrigues  
mpetterrodrigues@gmail.com  
Ambulatório de Uroginecologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Rua Ramiro Barcelos, 2350.  
90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Methods:** A descriptive, cross-sectional, retrospective, documentary study that used information from the medical records of patients evaluated through pelvic physiotherapy at the Urogynecology Ambulatory Care of HCPA, from August 2013 to December 2014.

**Results:** Of the 164 medical records analyzed, patients' average age was 58.07 years ( $\pm 10.98$ ), 55% of them underwent vaginal delivery, 51% received episiotomy, all were multiparous, 60.4% had pelvic organ prolapse, and 71.3% had urinary leakage in jets. MUI was the most prevalent type of IU. Regarding the strength of pelvic floor muscles, most patients had grade 2 (31.1%), followed by grade 1 (28%) and grade 3 (24.4%), according to the modified Oxford Grading Scale. 75.6% of the patients used some accessory musculature. Quality of life was measured by the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), which showed that the impact of UI was severe in 62.8% of the patients.

**Conclusion:** The present study identified the main demands of the female population with symptoms of UI, facilitating the design of effective rehabilitation strategies which are compatible with clinical practice.

**Keywords:** *Pelvic floor; urinary incontinence; quality of life; physical therapy*

A incontinência urinária (IU) é apontada como uma das grandes preocupações dos profissionais da área da saúde, visto que é uma das disfunções que mais acomete as mulheres na atualidade, gerando impacto negativo nos hábitos de vida<sup>1</sup>. Essa disfunção é definida como qualquer perda involuntária de urina e pode ser classificada de acordo com os sintomas apresentados pelas pacientes, sendo os tipos mais comuns a incontinência urinária de esforço (IUE), a incontinência urinária de urgência (IIU) e a incontinência urinária mista (IUM)<sup>2</sup>.

Entre os fatores negativos secundários à presença de IU, podem ser destacadas limitações físicas, como restrição à prática de esportes e dificuldade em carregar objetos pesados e realizar atividades domésticas, e limitações sociais, como medo de perder urina em público, medo do odor, necessidade de usar protetores e trocas constantes de roupas. Tudo isso afeta as mulheres que convivem com a IU, resultando em um impacto psicológico negativo e piora na qualidade de vida<sup>3</sup>.

O tratamento conservador é considerado primeira linha para o tratamento da IU, sendo também indicado para as mulheres que tenham contraindicações para o tratamento cirúrgico e medicamentoso. Estudos recentes destacam a sua eficácia, mostrando que cerca de 72% das mulheres submetidas ao tratamento conservador apresentam melhoras significativas, tornando-se continentemente novamente<sup>4</sup>.

Assim, a fisioterapia pélvica tem se destacado, pois é um tratamento não invasivo, seguro, com mínimos efeitos colaterais e com custo relativamente menor se comparado às intervenções cirúrgicas<sup>5</sup>. Para isso, é imprescindível uma avaliação completa, com o

objetivo de verificar a natureza e a intensidade da IU, avaliar a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico (MAPs) e as limitações nas atividades de vida diária e estilo de vida do paciente, bem como os fatores que podem interferir e aqueles que podem auxiliar no tratamento<sup>6</sup>.

Portanto, este estudo se propôs a descrever o perfil das mulheres avaliadas pela fisioterapia pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e ao impacto na qualidade de vida, possibilitando conhecer melhor as demandas dessa população e visando o desenvolvimento de estratégias de reabilitação eficazes e compatíveis com a prática clínica.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, do tipo documental. Foi realizado a partir das informações contidas nos prontuários das pacientes avaliadas através de fisioterapia pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014.

O HCPA é um hospital universitário de referência, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com público composto prioritariamente por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com estrutura disponível para o desenvolvimento de atividades de graduação e pós-graduação, sendo que essas características influenciam diretamente no perfil de seus pacientes.

As pacientes passavam por consulta médica e eram encaminhadas para avaliação fisioterapêutica.

As avaliações eram feitas por três acadêmicas do curso de Fisioterapia da UFRGS, participantes do projeto de extensão “Fisioterapia na Saúde da Mulher”. Primeiramente era preenchida uma ficha de anamnese, em que a paciente era questionada acerca de seus hábitos miccionais, sintomas de perda urinária e fatores que poderiam influenciar nisso, como história gestacional, por exemplo. Ao final da anamnese, aplicava-se o questionário de qualidade de vida *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). Trata-se de um questionário autoaplicável, simples e breve, composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da incontinência urinária, incluindo um conjunto de oito itens de autodiagnóstico relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelas pacientes. Cada resposta tem uma pontuação, e as pontuações somadas indicam o impacto que a perda urinária causa na vida da paciente. Quanto maior a pontuação, pior a qualidade de vida, sendo que o máximo são 21 pontos. Posteriormente, com a paciente em posição de litotomia na maca ginecológica, era realizada avaliação física através de palpação intravaginal, em que se solicitava à paciente que realizasse uma contração dos músculos do assoalho pélvico para mensuração da força através da Escala de Oxford Modificada.

Os dados coletados foram codificados e registrados no programa Excel® 2013, para posterior análise e interpretação. A coleta dos dados nos prontuários foi realizada por uma acadêmica de Fisioterapia e bolsista do projeto de extensão. O resultado da análise estatística descritiva dos dados quantitativos paramétricos foi expresso por média e desvio padrão, e dos dados não paramétricos, por mediana e intervalo interquartil. As variáveis qualitativas foram expressas em frequência absoluta e percentual. Foram excluídos do estudo os prontuários que estavam incompletos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA, projeto 15-0277) e conduzido em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

O estudo foi constituído por 176 prontuários de pacientes avaliadas pela fisioterapia pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do HCPA no período compreendido entre agosto de 2013 e dezembro de 2014. Desses, 12 foram excluídos por não conterem todos os dados preenchidos.

Da amostra total de 164 prontuários, a média de idade das mulheres avaliadas foi de 58,07 anos

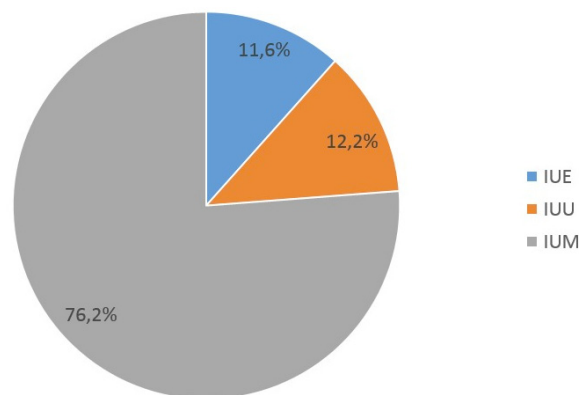
(±10,98), 55% realizaram parto normal, 51% fizeram episiotomia e todas eram multíparas, com uma mediana de gestações de 3 (2-4). Com relação às disfunções do assoalho pélvico associadas à IU, foi identificada a presença de prolapso de órgão pélvico (POP) em 60,4% (tabela 1).

Quanto ao manejo das perdas urinárias, 76,8% das pacientes utilizavam forro como proteção, obtendo uma mediana de 2 (1-3) forros usados por dia (tabela 1). O tipo mais frequente de IU identificado entre as pacientes foi a IUM (76,2%, figura 1). Com relação à gravidade da perda urinária, a maioria apresentava perda em jato (71,3%).

No que diz respeito à força dos MAPs, a maioria das pacientes apresentava grau 2 (31,1%), seguido de grau 1 (28%) e grau 3 (24,4%), conforme a Escala de Oxford Modificada, mensurada pela palpação vaginal intracavitária (figura 2). Entre as pacientes também foi verificado, através de inspeção visual,

**Tabela 1:** Características das pacientes avaliadas pela fisioterapia pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Parâmetros	N
Idade (anos)	58,07 (±10,98)
Prolapso (%)	Sim: 60,4%
Uso de forros (%)	Sim: 76,8%
Número de forros	2 (1-3)
Número de gestações	3 (2-4)
Tipo de parto (%)	Normal: 55,5% Cesárea: 7,3% Normal e cesárea: 27,4% Não gestaram: 9,8%
Episiotomia (%)	Sim: 51,8% Não: 38,4% Não gestaram: 9,8%



**Figura 1:** Tipo de incontinência urinária identificada pelo ICIQ-SF. ICIQ-SF = *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*; IUE = Incontinência urinária de esforço; IUU = Incontinência urinária de urgência; IUM = Incontinência urinária mista.

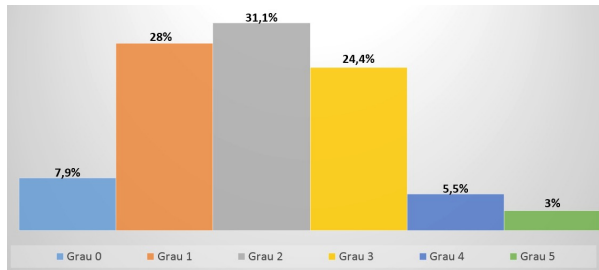


Figura 2: Grau de força dos músculos do assoalho pélvico - Escala de Oxford Modificada.

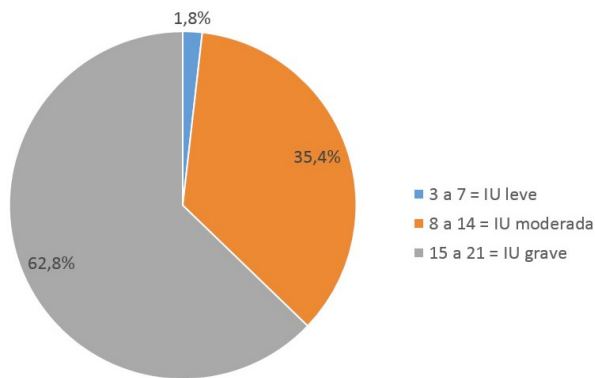


Figura 3: Impacto da incontinência urinária (IU) avaliado pelo questionário ICIQ-SF. ICIQ-SF = *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*; IU = incontinência urinária.

que 75,6% acionavam a musculatura acessória (m.abdominais, m.glúteos e m.adutores) junto com a contração voluntária dos MAPs.

Com relação à qualidade de vida mensurada pelo questionário ICIQ-SF, foi possível observar que, em 62,8% das mulheres, o impacto da IU foi grave e em 35,4%, foi moderado (figura 3).

## DISCUSSÃO

Este estudo buscou identificar o perfil das mulheres com sintomas de IU avaliadas pela fisioterapia pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do HCPA. A média de idade das pacientes foi de 58,07 anos ( $\pm 10,98$ ); 60,4% delas apresentavam prolapso de órgão pélvico associado à IU; o tipo de incontinência mais prevalente foi a IU mista, em 60,4% dos casos; a maioria das pacientes apresentou grau 2 de força dos músculos do assoalho pélvico, de acordo com a Escala Modificada de Oxford; e em 62,8% das pacientes o impacto da IU na qualidade de vida foi considerado grave.

A idade das participantes do presente estudo se assemelha ao estudo de Silva et al., que avaliaram 213 mulheres com IU, pacientes de unidades de Saúde da Família, cuja média de idade foi de 59,6 anos ( $\pm 1,6$ )<sup>5</sup>.

Em outros dois estudos realizados com mulheres com sintomas de IU atendidas em ambulatórios de uroginecologia de hospitais universitários, a faixa etária também foi semelhante, sendo uma média de 50,7 anos no estudo de Pedro et al.<sup>6</sup> e entre 40-59 anos (81%) no estudo de Figueiredo et al.<sup>7</sup>. Este achado pode ser justificado pela relação direta entre o aumento da idade e a presença da IU feminina na medida em que, nessa faixa etária, há uma maior predisposição para a ocorrência de perdas urinárias em comparação com mulheres em torno dos 40 anos<sup>8</sup>. Sabe-se que os receptores de estrogênio estão presentes no tecido epitelial da bexiga, uretra e mucosa vaginal; portanto, a redução nos níveis desse hormônio tem relação com sintomas do trato urinário inferior, como dispareunia, IU e incontinência fecal, sendo que metade das mulheres pós-menopáusicas relatam sintomas urogenitais. Além disso, o estrogênio controla a síntese e o metabolismo de colágeno no trato urinário inferior, aumentando a quantidade de fibras musculares no detrusor e na musculatura uretral<sup>9</sup>. A sarcopenia relacionada à idade também contribui para a fraqueza muscular, que pode ter relação com as perdas urinárias<sup>10</sup>.

No que diz respeito ao tipo de IU, a IU mista (76,2%) foi a mais prevalente entre as pacientes do nosso estudo. Esse achado corrobora o estudo de Dedicção et al., realizado com 77 mulheres com sintomas urinários e com idade média de 55,2 anos ( $\pm 13,1$ ), em que a maioria também apresentou IU mista (44,16%). Ao se analisar os três tipos mais frequentes de IU, verificou-se que as mulheres que apresentam IU mista e IU de urgência têm média de idade maior do que aquelas que apresentam IU de esforço<sup>11</sup>. Abrams et al.<sup>2</sup> e Pedro et al.<sup>6</sup> afirmam que mulheres em idade reprodutiva e até a meia-idade apresentam com mais frequência a IU de esforço; a partir dos 50 anos, a maior prevalência passa a ser de IU de urgência e IU mista, como também identificado em nosso estudo. Os estudos de Silva et al.<sup>5</sup> e de Figueiredo et al.<sup>7</sup> também encontraram dados semelhantes aos nossos no que diz respeito ao tipo de IU, com taxas de 81,6% e 63% de IU mista, respectivamente.

Com relação à intensidade das perdas urinárias e à necessidade de utilizar forros protetores, Figueiredo et al.<sup>7</sup> verificaram que 46% tinham perdas em jato, e a maioria das mulheres também usava algum tipo de forro como protetor (64%). Já o nosso estudo verificou que 71,3% das participantes referiam perdas em jatos e 76,8% usavam forros protetores, podendo-se supor uma maior gravidade da IU entre essas pacientes.

No que diz respeito à força dos músculos do assoalho pélvico, a maioria das pacientes apresentava



grau 1 (28%), 2 (31,1%) e 3 (24,4%), conforme a Escala de Oxford Modificada. Em estudo realizado por Tibaek e Dehlendorff<sup>12</sup> com 998 mulheres com disfunções nessa musculatura, atendidas em um setor de fisioterapia pélvica, a idade média encontrada foi de 56 anos ( $\pm 13$ ) e 97% tinham redução no grau de força dessa musculatura, também mensurado entre 1 e 3, de acordo com a Escala de Oxford Modificada. Os autores associaram as disfunções dos músculos do assoalho pélvico à idade, mas não encontraram relação entre o tipo de IU e o grau de força dessa musculatura. Outro estudo desenvolvido com 121 mulheres com IU (média de idade de 51,7 DP $\pm 10,3$ ) avaliou o quanto o treinamento dos MAPs reduz os sintomas de IU. De acordo com a Escala de Oxford Modificada, a média do grau de força das participantes foi de 2,5 ( $\pm 0,6$ ) no grupo intervenção, passando para 4,4 ( $\pm 0,9$ ) pós-treinamento, e no grupo controle a média foi de 2,6, mantendo-se estável. O estudo demonstrou que a força dos MAPs tem relação com os sintomas de IU, visto que, primeiramente, essas mulheres também apresentaram redução da força muscular e, após 12 semanas de treinamento, o grau de força aumentou e os sintomas de perda urinária reduziram em 83,1%<sup>13</sup>.

Outra característica encontrada em nosso estudo foi a grande prevalência de POP, identificado em 60,4% das pacientes. Rodríguez-Mias et al.<sup>14</sup>, em estudo realizado com uma população de 1.042 mulheres, verificaram que 46,3% apresentavam somente prolapso, 26,5% somente IU e 27,2% tinham prolapso e IU associados, o que difere do nosso estudo. Os fatores de risco levantados pelos autores para o desenvolvimento dessa condição foram a episiotomia, a menopausa e a gestação. Na população estudada, a média foi de 2,5 filhos por mulher com prolapso e de 2,2 naquelas somente com IU, sendo que o parto vaginal foi considerado com maior risco para danos ao assoalho pélvico.

Com relação à história obstétrica das nossas pacientes, a mediana de gestações foi de 3 (2-4), sendo que 91 mulheres realizaram parto normal (55,5%), 12 fizeram cesariana (7,3%) e 45 tiveram parto normal e cesariana (27,4%), achado semelhante ao do estudo de Figueiredo et al., em que 54% das mulheres participantes da pesquisa realizaram apenas parto normal e 22%, parto normal e também cesariana<sup>7</sup>. Conforme estudo de Gyhagen et al.<sup>15</sup> com 5.236 casos retirados de um banco de dados contendo os registros de nascimentos na Suécia, o risco de desenvolver IU foi 67-71% maior após o parto vaginal, embora somente a gestação, independentemente do tipo de parto, também seja considerada um risco para o surgimento de IU pós-natal. Da mesma forma, Quintana et al. afirmam

que a multiparidade tem um impacto negativo sobre o assoalho pélvico, piorando com o parto vaginal e resultando em uma alta prevalência de IU em mulheres que tiveram mais de três partos vaginais em comparação com nulíparas<sup>16</sup>.

Foi observado também que 75,6% das participantes acionavam a musculatura abdominal, os glúteos e/ou os adutores durante a contração, demonstrando não terem uma boa percepção dos músculos do assoalho pélvico e/ou terem fraqueza muscular. Madill et al.<sup>17</sup> abordam essa questão em seu estudo realizado em 2009, no qual, através do registro dos dados de eletromiografia de superfície em musculatura abdominal concomitante com a mensuração da pressão intravaginal em mulheres continentas e incontinentes, sugeriram que, além da fraqueza muscular e da alteração de fâscias, o controle motor também pode estar alterado em mulheres com IU. Os resultados mostraram fraqueza muscular nas mulheres incontinentes; todavia, a amplitude de pressão vaginal foi a mesma encontrada nas mulheres continentas, o que sugere que aquelas utilizaram diferentes padrões de ativação muscular para gerar essa pressão. Os músculos abdominais das mulheres com IU foram ativados em um maior nível e antes que a pressão intravaginal começasse a subir, o que demonstra que elas podem utilizar outros mecanismos para compensar a dificuldade na contração dos MAPs<sup>17</sup>.

A qualidade de vida tem recebido uma atenção cada vez maior na área da saúde, visto que permite uma avaliação mais completa da paciente, pois leva em consideração não apenas as condições inerentes à IU, mas também a percepção da própria mulher acerca de sua condição. O questionário de qualidade de vida ICIQ-SF, aplicado no presente estudo, apresenta um escore máximo de 21 pontos, sendo que a média encontrada entre as participantes foi de 16 pontos ( $\pm 3,76$ ), o que indica um impacto importante da IU na vida delas. Dedicção et al.<sup>11</sup>, embora tenham utilizado o questionário *King's Health Questionnaire* (KHQ) para analisar o impacto da IU na qualidade de vida, também identificaram que o escore foi maior entre as mulheres com IU mista. Na Catalunha, foi estudada uma população de 2.840 mulheres atendidas em serviços primários, sendo que 53,62% das mulheres que apresentavam IU relataram que não gostariam de receber tratamento, pois não consideravam a IU um problema ou achavam ser algo sem solução. De acordo com o questionário ICIQ-SF aplicado no estudo, constatou-se uma pontuação de 5,46 ( $\pm 3,15$ ) nas pacientes que não desejavam se tratar e de 9,72 ( $\pm 4,71$ ) nas que gostariam de receber tratamento para a IU<sup>18</sup>. Diferentemente do que foi encontrado na nossa pesquisa, que teve um

escore médio alto no questionário de qualidade de vida, 60% das pacientes do estudo na Catalunha apresentavam somente IU de esforço, o que pode confirmar o menor impacto na qualidade de vida em relação àquelas com IU mista.

Como limitação do estudo, temos o fato de que as avaliações foram realizadas por avaliadoras diferentes, o que pode gerar algumas dúvidas principalmente quanto aos dados mais subjetivos, como grau de força do assoalho pélvico e presença de prolapso de órgão pélvico, que foram avaliados apenas por palpação intravaginal.

Cientes de que a IU feminina é uma condição multifatorial<sup>19</sup>, o presente estudo possibilitou identificar as principais demandas da população feminina que convive com episódios de perdas urinárias involuntárias, reforçando a necessidade de uma avaliação fisioterapêutica detalhada a fim de elucidar os fatores desencadeantes da IU, bem como o impacto que essa condição gera no dia a dia das mulheres. Identificando o perfil dessas pacientes, facilita-se o delineamento de estratégias de reabilitação do assoalho pélvico que sejam mais eficazes e resolutivas no manejo de tais sintomas.

## REFERÊNCIAS

- Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz KS, Brüggemann OM, Sperandio FL. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Cien Saude Colet*. 2012;17(10):2703-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000019>. PMID:23099757.
- Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.20870>. PMID:20025020.
- Marques AA, Pinto e Silva MP, Amaral MP. Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher. São Paulo: Roca; 2011.
- Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp*. 2006;30(2):110-22. [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-4806\(06\)73412-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-4806(06)73412-X). PMID:16700200.
- Silva AI, Almeida C, Aguiar H, Neves M, Teles MJ. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Rev Port Med Geral Fam*. 2013;29:364-76.
- Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZA, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Rev Eletr Saude Mental Alcool Drog*. 2011;7:63-70.
- Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DM, Monteiro MV. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(2):136-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552008000200010>.
- Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(2):339-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.051>. PMID:16458626.
- Mannella P, Palla G, Bellini M, Simoncini T. The female pelvic floor through midlife and aging. *Maturitas*. 2013;76(3):230-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.08.008>. PMID:24055286.
- Alperin M, Cook M, Tuttle LJ, Esparza MC, Lieber RL. Impact of vaginal parity and aging on the architectural design of pelvic floor muscles. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;2015(3):312.e1-312.e9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.02.033>.
- Dedicação AC, Haddad M, Saldanha ME, Driusso P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(2):116-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552009005000014>.
- Tibaek S, Dehlendorff C. Pelvic floor muscle function in women with pelvic floor dysfunction: a retrospective chart review, 1992-2008. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2014;25(5):663-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-013-2277-6>. PMID:24337586.
- Celiker Tosun O, Kaya Mutlu E, Ergenoglu AM, Yeniel AO, Tosun G, Malkoc M, et al. Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2015;29(6):525-37. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215514546768>. PMID:25142280.
- Rodríguez-Mias NL, Martínez-Franco E, Aguado J, Sánchez E, Amat-Tardiu L. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence, do they share the same risk factors? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;190:52-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.04.015>. PMID:25984809.
- Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*. 2013;120(2):144-51. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03301.x>. PMID:22413831.
- Quintana E, Fajardo V, Rodríguez-Antolín J, Aguilera U, Martínez-Gomez M. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud en Tabasco*. 2009;15:839-44.
- Madill SJ, Harvey MA, McLean L. Women with SUI demonstrate motor control differences during voluntary pelvic floor muscle contractions. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20(4):447-59. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-008-0800-y>. PMID:19165411.
- Rosa C, Espuña-Pons M, Ortega JA, Aliaga F, Pérez-González A. La incontinencia urinaria en consultas de ginecología. ¿Todas las mujeres con síntomas desean tratarse? *Actas Urol Esp*. 2015;39(10):628-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2015.06.004>. PMID:26233478.

19. Souza CE, Lima RM, Bezerra LM, Pereira RW, Moura TK, Oliveira RJ. Estudo comparativo

da função do assoalho pélvico em mulheres continentemente e incontinentemente na pós-menopausa.

*Rev Bras Fisioter.* 2009;13(6):535-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552009005000060>.

*Recebido: Maio 18, 2016*  
*Aceito: Ago 11, 2016*