

**EFEITOS DA FISIOTERAPIA COM ABORDAGEM EM GRUPO SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM SANTA MARIA<sup>1</sup>**

*EFFECTS OF PHYSIOTHERAPY WITH A GROUP APPROACH ON FEMALE URINARY INCONTINENCE IN PRIMARY HEALTH CARE IN SANTA MARIA*

**Andriele Gasparetto<sup>3</sup>, Hedioneia Maria Foletto Pivetta<sup>4</sup>, Leticia Fernandez Frigo<sup>4</sup>, Melissa Medeiros Braz<sup>4</sup>, Juliana Falcão Padilha<sup>2</sup>, Naidane Santos<sup>2</sup>, Nathiele Dias Tonetto<sup>2</sup> e Sinara Porolnik<sup>2</sup>**

**RESUMO**

A incontinência urinária (IU) feminina é um problema de saúde pública com grande incidência no Brasil que traz prejuízos para a qualidade de vida das portadoras. O objetivo desse trabalho foi avaliar os efeitos da fisioterapia sobre a incontinência urinária feminina em um grupo na atenção primária de saúde na cidade de Santa Maria, RS. Foram avaliadas três mulheres portadoras de IU submetidas a um programa de cinesioterapia e ações de educação em saúde. Todas responderam a uma ficha de avaliação adaptada de Stephenson e O'Connor (2004) e Moreno (2004). A intervenção fisioterapêutica contribuiu para mudanças positivas nos hábitos de vida diários e alimentares relacionados à IU, na melhora da qualidade de vida e na diminuição da intensidade da perda urinária na maioria das mulheres, o que pressupõe que os profissionais da saúde precisam empoderar os usuários sobre os cuidados de sua saúde, descentralizando e evitando o uso de medicamentos não prescritos.

**Palavras-chave:** saúde pública, cinesioterapia, grupos terapêuticos.

---

<sup>1</sup> Trabalho de Iniciação Científica - UNIFRA.

<sup>2</sup> Acadêmicas do Curso de Fisioterapia - UNIFRA.

<sup>3</sup> Orientadora - UNIFRA.

<sup>4</sup> Coautoras - UNIFRA.

## ABSTRACT

*Female urinary incontinence (FUI) is a public health problem with high incidence in Brazil that damages the life quality of life of the person with it. The aim of this study is to evaluate the effects of physiotherapy on female urinary incontinence in a group in primary health care in the city of Santa Maria, RS. Three women with FUI were evaluated and subjected to a program of kinetics therapy and health education activities. They all responded to an evaluation form adapted from Stephenson and O'Connor (2004) and Moreno (2004). The physiotherapy intervention contributed with positive changes in their feeding and lifestyle and the decrease urinary loss in most women. This means that health professionals need to empower people on their health care, avoiding the use of non-prescribed medicine.*

**Keywords:** *public health, kinetics therapy, therapeutic groups.*

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo reformulado conforme as necessidades da população e transformações do setor de saúde no Brasil e, devido a essas mudanças, surge, alicerçada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma nova estratégia de reorientação do modelo assistencial denominada Saúde da Família. Essa estratégia é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais, as quais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, propiciando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2011).

Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é formada por uma equipe mínima multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde bucal, como o cirurgião dentista e o auxiliar de consultório dentário (TRELHA et al., 2007). No entanto, outros profissionais podem ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família de acordo com as necessidades e possibilidades locais por meio dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2001).

As atribuições do fisioterapeuta na ESF e na atenção primária estão voltadas para a educação, prevenção e assistência coletiva e individual, trabalhando de forma interdisciplinar e executando ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida (RAGASSON et al., 2003; COFFITO, 2010). Em uma tentativa de melhorar

as propostas da atenção básica, o fisioterapeuta pode ser reconhecido como um profissional capaz de promover ações que integram a educação em saúde através de um modo de socialização realizado em grupos/reuniões terapêuticas de pessoas.

O grupo terapêutico potencializa o diálogo, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletiva. Na acepção de Cardoso e Seminotti (2006), o grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. Levando-se em conta esse contexto, vários temas podem ser trabalhados nesses grupos, como a incontinência urinária (IU) feminina, problema de saúde pública com grande incidência no Brasil, o qual é pouco relatado pelas usuárias do sistema devido ao constrangimento no momento da consulta e a falta de questionamento por parte dos profissionais da saúde quanto à temática.

Na concepção de Moreno (2004) e Marinho et al. (2006), a IU é definida como qualquer perda involuntária de urina, exceto para crianças. Os três tipos de IU mais comuns são: IU de esforço, IU por hiperatividade detrusora ou de urgência e IU mista (ABRAMS et al., 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou a IU como um problema de saúde pública, que afeta mais de 200 milhões de pessoas em todo mundo (SUZUKI, 1998), além disso, é uma condição que pode trazer sérias implicações médicas, sociais, psicológicas e econômicas, afetando adversamente a qualidade de vida feminina (THIEL et al., 2006; RETT et al., 2007).

Em 2005, a Sociedade Internacional de Continência indicou o tratamento fisioterapêutico como uma opção de primeira escolha para a IU, devido ao baixo risco, a redução de custo e por ter a eficácia comprovada (NEUMANN et al, 2005). Além disso, a Fisioterapia pode intervir nas alterações que levam a IU através de tratamento conservador, menos oneroso, como a cinesioterapia (com ou sem cones vaginais), eletroestimulação, *biofeedback*, terapia comportamental e consciência corporal (GUEDES; SEBEN, 2006; LIMA, 2010). Também tem sido utilizado como uma estratégia de ação para o tratamento da IU, os grupos terapêuticos na atenção primária. Estes têm demonstrado resultados promissores na medida em que proporcionam a valorização dos diversos saberes da população além da possibilidade de intervir criativamente e ativamente no processo saúde-doença da pessoa, mais próximo de sua realidade de vida (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

As ações em saúde realizadas no contexto grupal possibilitam uma melhor compreensão e aceitação dos integrantes, na medida em que utilizam a mesma linguagem e compartilham das mesmas experiências, o que facilita o compartilhamento das problemáticas e, ao mesmo tempo, as conquistas, o que favorece a adesão ao tratamento. Em relação a esse contexto, este estudo teve

como objetivo avaliar os efeitos da fisioterapia sobre a incontinência urinária feminina em um grupo na atenção primária de saúde em Santa Maria, RS.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo de caso com abordagem qualitativa e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) sob registro 058.2010.2.

A população foi constituída de três mulheres, que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), portadoras de IU e residentes na área de abrangência de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF) de Santa Maria/RS. O grupo iniciou com uma média de seis participantes, porém houve perda amostral de 3 mulheres. Acredita-se que essa perda tenha se dado em função do tabu que ainda persiste com relação à temática, assim como o período de transição dos profissionais da UESF durante a realização da pesquisa, o que de certa forma desmobilizou o grupo culminando a redução dos componentes.

A coleta de dados e a intervenção fisioterapêutica ocorreram de maio a dezembro de 2010 na sede da própria UESF. Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha de avaliação adaptada de Stephenson e O'Connor (2004) e Moreno (2004) que foi aplicada pelas pesquisadoras antes e depois da intervenção fisioterapêutica. Esses instrumentos apresentam questões que informam a identificação da usuária, o tipo e início da IU, situações de perda de urina com questões sobre história de vida da mulher assim como informações sobre a avaliação da perda urinária e hábitos alimentares.

A atenção fisioterapêutica coletiva no grupo de mulheres constou de um programa de cinesioterapia, elaborado pelas pesquisadoras e constituído de exercícios para consciência corporal, contração do assoalho pélvico e alongamentos globais em ordem de complexidade crescente, conforme a possibilidade e evolução das mulheres. Além disso, foram desenvolvidas ações educativas que visaram à orientação e correção de hábitos alimentares e urinários inadequados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra constituiu-se de três mulheres que serão aqui identificadas por nomes de flores para preservar o anonimato das participantes. Como consta na tabela 1, a idade média das participantes foi de 61 anos, das quais 02 (66,6%) estão na menopausa e 01 (33,3%) em idade fértil. Além disso, 100% das participantes são

donas de casa aposentadas. Levando em consideração a história ginecológica, o grupo apresentou a média de 3,6 gestações por mulher (mínimo 01 e máximo 07), sendo que em um total de 08 partos, 06 (75%) foram partos vaginais e 02 (25%) cesarianas.

**Tabela 1** – Características e situações particulares e profissionais das três mulheres entrevistadas. Santa Maria, RS,2011.

	<b>Orquídea</b>	<b>Azálea</b>	<b>Tulipa*</b>
Idade	71 anos	46 anos	66 anos
Estado civil	Viúva	Casada	Viúva
Menopausa	Sim	Não	Sim
Atividade física	Não pratica	Pratica	Não pratica
Profissão	Aposentada	Aposentada	Aposentada
Patologias associadas	Hipertensão Plaquetopenia	Hiperglicemia	Osteoporose Artrose
Gestações	1	3	7
Tipo de IU	Por esforço	Mista	Mista

Segundo Mourão et al. (2008), a hipertensão arterial está vinculada frequentemente com a incontinência urinária. E ainda, o uso de diuréticos no controle da hipertensão pode provocar efeitos colaterais como poliúria, frequência e urgência, podendo conseqüentemente provocar o aparecimento ou agravamento da incontinência. Em seu estudo, Tamanini et al. (2006) conferiram que pacientes com hipertensão arterial apresentaram duas vezes mais chances de ter o quadro de incontinência, comparados ao grupo sem esta alteração.

Na mulher, o fator idade tende a ser fundamental na causa de distúrbios urinários e muitas alterações do trato urinário inferior estão relacionadas ao envelhecimento. Devido a isso podem ocorrer mudanças na força de contração da musculatura detrusora, diminuição da capacidade vesical e habilidade de adiar a micção. Também ocorre diminuição de fibras colágenas, substituição de tecido muscular por tecido adiposo e diminuição nos níveis de estrógeno responsáveis pela coaptação da uretra, bem como a pressão máxima de fechamento uretral altera-se (REIS et al., 2003; MARINHO et al., 2006; MOURÃO et al., 2008).

Em relação à reposição hormonal, sabe-se que o hipoestrogenismo em conjunto com os acometimentos da idade contribuem para a instalação de disfunções

\* Por questões éticas, as participantes foram identificadas por nome de flores

miccionais, pois afetam, de maneira evidente, o trato urinário ocasionando alterações tróficas que agravam ou desencadeiam os quadros de incontinência e a diminuição da capacidade vesical acarreta sintomas clínicos, como urgência miccional, polaciúria, e até mesmo noctúria. A diminuição estrogênica atua na propriocepção da bexiga, a qual não consegue acomodar de modo adequado maiores volumes. Sendo assim, a associação entre idade e menopausa é um fator de risco relevante, pois este é um período no qual ocorre diminuição dos níveis estrogênicos responsáveis pela coaptação uretral, que confere condição para a continência (SARTORI et al., 1999; MARINHO et al., 2006; MOURÃO et al., 2008).

Quando indagadas sobre os líquidos e alimentos que costumavam ingerir todas as participantes relataram ter o hábito de tomar chimarrão diariamente e ingerir frequentemente frutas cítricas como laranja, lima, tangerina, abacaxi entre outras. Orquídea ingeria frequentemente sucos cítricos e chá preto e Azálea consumia ainda bebidas alcoólicas socialmente e refrigerante contendo cola raramente. Entretanto, após as intervenções, quando questionadas novamente sobre seus hábitos alimentares, a participante Azálea referiu estar evitando o consumo de frutas cítricas para diminuir os sintomas da IU.

Pessoas com IU devem evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, sucos e frutas cítricas, pois esses exercem efeito irritativo sobre o músculo detrusor da bexiga. Assim, as bebidas como chá preto e refrigerantes à base de cola também deveriam ser evitados, pois contêm cafeína, que é um diurético natural e tem efeito excitatório direto no músculo da bexiga, podendo interferir na perda urinária (RUSSO; GIACOMO, 2011).

As participantes Tulipa e Orquídea não evitavam a ingestão de líquidos e frutas que possuem o efeito de irritar o músculo detrusor da bexiga, no entanto, informaram que antes de participar do grupo costumavam reduzir o consumo de líquidos por causa da perda urinária, porém, depois de participar do grupo modificaram este hábito.

Isso aconteceu após as participantes serem informadas que uma grande diminuição na ingestão de líquidos não reduz a incontinência e pode agravá-la, pois a urina concentrada é irritante para a bexiga (SANTOS, 2011). Desse modo, em termos de ingestão hídrica, deve-se evitar os dois extremos: redução muito drástica do consumo de líquidos para diminuir o número de episódios de incontinência ou manutenção de uma elevada ingestão hídrica (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007). E ainda, quando questionadas sobre a restrição de atividades devido a perda urinária, a participante Azálea respondeu que se controlava durante o riso, pois sempre que gargalhava perdia urina. Porém, após a intervenção fisioterapêutica não precisou mais conter-se durante o riso, pois conseguia rir normalmente sem desencadear perda urinária.

Atualmente, sabe-se que, o ato de rir, dentre outras manobras de esforço como, tossir, levantar peso ou subir escada, levam ao aumento da pressão intra-

abdominal e, por continuidade anatômica, ao aumento da pressão na bexiga. Nestas situações de estresse, o aumento súbito e momentâneo da pressão do conteúdo vesical tem que ser correspondido por aumento concomitante e proporcional da pressão de fechamento uretral. Quando isso não ocorre, há perda involuntária de urina (RUBINSTEIN; RUBINSTEIN, 1999).

Quando questionadas sobre as características da IU e seus sintomas, a participante Orquídea costumava usar panos para proteção quando a perda urinária era de grande intensidade e, atualmente, não utiliza mais. Relatou também que persiste a perda urinária quando anda descalça ou entra em contato com o barulho de água. Em seu estudo, Oliveira et al. (2007) apontaram que quando há necessidade de se adotar medidas para a proteção de acordo com a severidade da incontinência urinária (uso de forros ou absorventes, troca de roupas), as mulheres têm uma diminuição da qualidade de vida.

Tulipa mencionou que sente vontade urgente de urinar e não consegue controlar e Azálea informou que antes das intervenções também sentia vontade urgente de urinar sem conseguir controlar, porém, agora não apresenta mais esse sintoma.

Todas as mulheres comunicaram que ainda acordam durante a noite com vontade de urinar, o que não é considerado uma condição fisiológica, pois uma mulher com controle normal geralmente não urina mais do que seis a oito vezes em 24 horas, e não acorda durante a noite para urinar (POLDEN; MANTLE, 2002).

Em relação à quantidade da perda urinária, Tulipa continua perdendo urina em gotas, Azálea perdia urina em gotas e em jato, e atualmente perde apenas em jato, e Orquídea que perdia urina em gotas, agora perde em gotas e em jatos. No estudo de Mourão et al. (2008), dos indivíduos com queixas urinárias, 28,9% fazem uso de panos protetores/absorventes quando ocorre perda urinária em jato, e 66,6% dos participantes relataram que a perda ocorre apenas em gotas. A participante Tulipa apresentava a perda urinária desde a sua última gestação, as quais se agravaram com o passar dos anos, mas com a intervenção houve uma melhora dos sintomas, porém pouco expressiva considerando ainda sua IU moderada. A perda urinária de Azálea havia piorado desde que iniciaram na última gestação, no entanto, depois que começou a participar do grupo a perda urinária reduziu significativamente, por isso considerava sua IU como moderada e após, leve. Orquídea iniciou com a perda urinária cerca de um ano antes do início do grupo e essa não havia apresentado melhora nem piora, porém, depois que começou a participar do grupo a perda urinária diminuiu bastante, e a perda urinária acontece raramente, desta forma a participante considerava sua IU como moderada e agora considera como leve (Tabela 2).

**Tabela 2** – Situação de perda urinária apresentado nos questionários antes e depois da intervenção fisioterapêutica pelas três mulheres entrevistadas. Santa Maria, RS, 2011.

<b>Questionário aplicado antes da intervenção</b>	<b>Orquídea</b>	<b>Azálea</b>	<b>Tulipa</b>
Tipo de perda	Gotas	Gotas e jatos	Gotas
Intensidade	Moderada	Moderada	Moderada
Uso de proteção	Sim	Não	Não
<b>Questionário aplicado depois da intervenção</b>	<b>Orquídea</b>	<b>Azálea</b>	<b>Tulipa</b>
Tipo de perda	Gotas e jatos	Jatos	Gotas
Intensidade	Leve	Leve	Moderada
Uso de proteção	Não	Não	Não

A incontinência pode estar relacionada à gravidez e ao trabalho de parto, pois a gestação causa aumento da tensão sobre a musculatura da pelve feminina. Durante o parto pode haver estiramento e ruptura das fibras musculares do períneo, deslocando a bexiga e a uretra de suas posições normais e causando ou contribuindo para a incontinência (ZANATTA, 2011).

As participantes foram questionadas sobre o funcionamento do sistema intestinal e todas relataram regularidade. Esse questionamento se deve ao fato da constipação intestinal crônica ser um dos principais fatores predisponente da IU, pois, o esforço repetitivo para evacuar pode comprometer a integridade dos músculos do assoalho pélvico (RETZKY; ROGERS, 1995; MARINHO et al., 2006).

As mulheres também foram interpeladas se apresentavam dor durante a relação sexual. Tulipa e Orquídea são viúvas e não tem mais vida sexual ativa. Azálea, antes de participar do grupo, sentia dor durante a relação quando estava próximo dos dias de menstruar, porém, depois que começou a participar do grupo e praticar os exercícios de contração perineal, não havia mais sentido dor. A ausência da dor pode estar relacionada ao fato de que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico promove aumento da vascularização, fortalecimento muscular, aumento da lubrificação e da sensibilidade do canal vaginal (GERVITZ, 2011).

## CONCLUSÃO

Após análise dos resultados pode-se perceber que duas participantes relataram diminuição na intensidade da perda urinária, enquanto a outra participante relatou não haver alterações. Além disso, perceberam-se mudanças positivas nos



hábitos de vida diários e também nos hábitos alimentares relacionados à IU, assim como na melhora da qualidade de vida dessas mulheres.

Atualmente, a fisioterapia é considerada como recurso de primeira escolha para o tratamento da IU feminina. Entretanto, a maioria das mulheres com essa patologia não procura tratamento e não fala sobre o problema, muitas vezes por vergonha, e outras por não dispor de recursos financeiros adequados para buscar ajuda.

Nesse contexto, o profissional fisioterapeuta pode utilizar, na atenção primária em saúde, os grupos terapêuticos como uma possibilidade paralela as práticas assistenciais no tratamento desse distúrbio, pois o grupo é reconhecido como um espaço informal onde as mulheres utilizam a mesma linguagem e compartilham as mesmas experiências, proporcionando assim, uma ampla socialização e uma melhora da interação na relação comunidade/serviço.

Sendo assim, o grupo terapêutico pode ser considerado uma boa estratégia para o tratamento da IU e para a ressocialização das mulheres portadoras dessa patologia. Os resultados obtidos neste estudo apresentam dados satisfatórios e demonstram que os profissionais precisam explorar o potencial terapêutico desse tipo de atividade. Porém, há necessidade de novos estudos sobre a atenção coletiva às mulheres com IU tendo em vista as especificidades de cada mulher e de cada região.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **Am J Obstet Gynecol**, v. 187, n. 1, p. 116-26. 2002.

BRASIL, Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em: jan 2011.

BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Incontinência urinária feminina. **Acta Urológica**, v. 24, n. 1, p. 79-82, 2007.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 11, n. 3, p. 775-83, 2006.

COFFITO. **Programa de Fisioterapia na Família (PFF) – Atuação da Fisioterapia no Programa de Saúde na Família (PSF)**. Disponível em: < <http://www.crefito9.org.br/artigos.php?abre=27>>. Acesso em: 30 maio 2010.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

GERVITZ, B. **Períneo bem trabalhado garante vida sexual animada e postura firme**. Saúde H.com, 09 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.saudebh.com>>. Acesso em: fev 2011.

GUEDES, J. M, SEBEN, V. Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 3, n. 1, p.105-113, 2006.

LIMA, S. V. S. Fisioterapia: a relevância no tratamento da incontinência urinária. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 10, n. 10, p. 144-160, 2010.

MARINHO, A. R. et al. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 7, n. 4, p. 301-306, 2006.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. Barueri, São Paulo: Manole, 2004.

MOURÃO, F. A. G. et al. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiátrica**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 170-175, 2008.

NEUMANN, P. B; GRIMMER, K.A; GRANT, R.E; GILL V. A. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v. 45, p. 226-232, 2005.

OLIVEIRA, J. M. S. et al. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 14, n. 3, p. 12-17, 2007.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo: Santos, p. 335-385, 2002.

RAGASSON, C. A. P. et al. Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional. Experiência baseada na Residência em Saúde da Família (RSF), desenvolvida na UNIOESTE- Campus Cascavel em parceria com o Ministério da Saúde. **Coffito**. Inserção 21/09/2003.

REIS, R. B. et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir Bras.**, v. 18, n.5, p. 47-51, 2003.

RETZKY, S. S.; ROGERS, R. M. A incontinência urinária na mulher. **Clinical Symposia**, v. 47, n. 3, p. 2-32, 1995.

RETT, M. T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 29, n. 3, p. 134-140, 2007.

RUBINSTEIN, I.; RUBINSTEIN, M. Avaliação diagnóstica e classificação da Incontinência Urinária de Esforço. In: RUBINSTEIN, I. **Urologia Feminina**. São Paulo: BYK, 1999.

RUSSO, L., GIACOMO, M. C. B. **Orientações para melhor qualidade de vida: disfunção urinária**. São Paulo: Atha Comunicação e Editora, 2009. Disponível em: <<http://www.abem.org.br/LivretoUrologia1.pdf>>. Acesso em: jan 2011.

SANTOS, A. C. **Incontinência urinária e orientações sobre hábitos miccionais**. Folder promovido por Faculdades Integradas FAFIBE - Curso de Fisioterapia. Bebedouro-SP, 2009. Disponível em: <[http://www.fafibe.br/saudepublica/arquivos/27\\_incontinencia.pdf](http://www.fafibe.br/saudepublica/arquivos/27_incontinencia.pdf)>. Acesso em: fev. de 2011.

SARTORI, J. P. et al. Distúrbios Urinários no Climatério: Avaliação Clínica e Urodinâmica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 21, n. 2, p. 77-81, 1999.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2004.

SUZUKI, Y. Incontinece. In: CARRARA, T.; OMAI, F.; FREITAS, C. D. Avaliação do nível de orientação das mulheres sobre a prevenção e tratamentos da incontinência urinária durante a gestação. **Fisioterapia Ser.** v. 4, n. 4, p. 234-237, 2009.

TAMANINI, J. T. et al. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. **BEPA**, v. 3, n. 34, p. 17-24, 2006.

THIEL, R. et al. Assessment of female sexual function before and after a procedure for correcting stress urinary incontinence. **Actos Urol Esp.**, v. 30, n. 3, p. 315-320, 2006.

TRELHA, C. S. et al. O Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 2, p. 20-25, 2007.

ZANATTA, G. M. L. **Incontinência urinária de esforço feminina**: uma abordagem fisioterapêutica. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2003. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2003/mono/19.pdf>>. Acesso em: jan 2011.