
ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DA UNIDADE DE REABILITAÇÃO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

Avelina Maria Araujo¹
Germana Mesquita Magalhães²
Diego Bastos Gonzaga¹
Carlos Ariel Souza de Oliveira³
Vasco Pinheiro Diógenes Bastos⁴

RESUMO

A incontinência urinária (IU) pode ser definida como a condição em que há perda involuntária de urina, e o objetivo desse estudo foi identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos no Projeto Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico caracterizando os tipos de incontinência e verificando a relação epidemiológica com cada tipo. Trata-se de uma pesquisa de caráter documental, descritivo, transversal, retrospectiva com abordagem quantitativa dos resultados. A coleta dos dados foi realizada no laboratório do Projeto Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico no Centro Universitário Estácio do Ceará no período de 2010 a 2015 mediante aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará. Com relação às características sociodemográficas, os pacientes incontinentes estão em sua maioria na faixa etária entre 61 e 70 anos, casados e aposentados. Com relação às características clínicas, o tipo mais comum de IU é a de esforço e as comorbidades mais presentes nesses pacientes considerando ambos os sexos são hipertensão arterial (HAS), obesidade e diabetes. Conclui-se que além do tratamento, uma atuação preventiva é fator relevante para redução de ocorrências da referida condição clínica. Como sugestão de aprofundamento faz-se necessário pesquisas de tratamento fisioterapêutico que busque minimizar recidivas da IU.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência urinária. Assoalho Pélvico. Comorbidades.

INTRODUÇÃO

O assoalho ou diafragma pélvico é formado por músculos, ligamentos e fâscias que juntos formam o que chamamos de musculatura do assoalho pélvico. O

tecido muscular desta região é composto por fibras do tipo I, responsáveis por contrações prolongadas e endurance e fibras do tipo II para contrações rápidas. A musculatura do assoalho pélvico possui três funções de suma importância: suporte, para sustentação dos órgãos pélvicos; esfinteriana, controlando a saída de urina, fezes e gases e função sexual na contração durante o ato aumentando as sensações vaginais (ANDREZZA; SERRA, 2015).

Um assoalho pélvico com função deficiente ou inadequada é um fator etiológico para o aparecimento de diferentes patologias, podendo surgir uma série de distúrbios pélvicos como prolapso de órgãos, disfunção sexual e, incontinência urinária (RAMOS; OLIVEIRA, 2010). Dessa forma, a integridade do assoalho pélvico é essencial para a manutenção da continência urinária (BEUTTMULLER et al., 2016).

A prevalência da incontinência urinária (IU) é maior na população feminina e na velhice (DASILVA; D'ELBOUX, 2012). No Brasil, a prevalência foi relatada de 26,2% em mulheres e 11,8% nos homens (MARTINES; DAMBROS; TAMANINI, 2015).

Segundo Honorio; Santos (2010) os dados brasileiros são semelhantes aos dos EUA em termos percentuais, correspondendo assim 15% a 30% de idosos com incontinência urinária na comunidade e 50% em instituições asilares.

Durante muito tempo a abordagem cirúrgica representou a solução clássica para algumas patologias do assoalho pélvico, porém, diante de recidivas, e agravamento do prognóstico a fisioterapia uroginecológica conquistou seu espaço e atualmente representa a primeira opção de tratamento para muitos pacientes e profissionais da área, visto que em busca de restabelecer as funções naturais do assoalho pélvico as formas de tratamento fisioterápico raramente causam efeitos colaterais (ANDREZZA; SERRA, 2015).

Segundo o conceito da Internacional Continence Society (ICS), a incontinência urinária trata-se de uma perda involuntária de urina, que é um problema social ou higiênico (BARBOSA et al., 2009). A perda mais comum acontece em momentos de esforço como o físico, tosse, espirro, riso e o principal desequilíbrio causador desse distúrbio é a flacidez na musculatura do assoalho pélvico que tem como uma de suas funções suportar órgãos pélvicos e manter a pressão uretrovesical sob controle (RAMOS; OLIVEIRA, 2010).

Alguns fatores de risco estão relacionados à IU, como idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crônicas, uso de drogas simpáticomiméticos e parasimpaticolíticos, constipação, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal (HIGA; LOPES; DOS REIS, 2008).

Em relação a idade, o envelhecimento natural das fibras musculares, pode causar uma hipotrofia ou substituição das fibras musculares por adipócitos ou células do tecido conjuntivo, que diminui assim, a capacidade dos músculos do assoalho pélvico de contribuir de maneira eficaz para o processo de continência. Somado a esse fato, a diminuição do estrógeno na pós-menopausa prejudica a coaptação da mucosa uretral, devido a atrofia epitelial e diminuição da vascularização local (FIGUEIREDO et al., 2008).

O sobrepeso no período gestacional ou o elevado índice de massa corpórea que sobrecarrega o assoalho pélvico pode desencadear alterações anatômicas e/ou alterar a sua função de sustentação dos órgãos pélvicos e de controle miccional. Provavelmente devido a neuropatia resultante do estiramento e pressão sobre o nervo pudendo que pode iniciar durante a gestação, piorar no pós-parto e progredir lentamente com o aumento da idade (FIGUEIREDO et al., 2008).

A IU pode ser classificada em: incontinência urinária de urgência(IUU) que ocorre quando a perda involuntária de urina é acompanhada ou imediatamente precedida de urgência miccional, na presença da hiperatividade do músculo detrusor; incontinência urinária de esforço(IUE) que ocorre quando a pressão vesical excede a pressão máxima de fechamento uretral, na ausência de contração do detrusor e incontinência urinária mista(IUM) que ocorre quando há a associação dos sintomas anteriores (DE SOUSA et al., 2011).

O tipo mais comum de incontinência é a IUE (MORAES BERLEZI et al., 2010), que pode ter como causa a hiper mobilidade da uretra ou deficiência esfíncteriana (PEDRO; RIBEIRO; SOLER, 2011). A hiper mobilidade pode ocorrer em decorrência de fraqueza do aparelho pélvico ou consequência de procedimentos cirúrgicos e a deficiência esfíncteriana por incapacidade do esfíncter uretral em manter a coaptação da mucosa, tanto em repouso ou em exercício (SOUZA et al., 2011).

A IU provoca constrangimento as mulheres, podendo causar implicações psicológicas na vivência familiar, profissional e social (LEROY; LOPES, 2012). O odor exalado pela urina pode provocar restrições sociais, principalmente em eventos ou até mesmo no trabalho na realização de algumas tarefas (HIGA et al., 2010).

A desinformação da problemática da IU interferem na procura por tratamento, porque para muitas mulheres a IU ainda é um tabu e sentem-se constrangidas em falar sobre essa patologia com os familiares e amigos ou até mesmo com os profissionais de saúde (HONORIO; SANTOS, 2009), ou porque temem a possível perda da remuneração de um dia não trabalhado para ter que ir a um médico (HIGA et al., 2010).

Para a adesão do paciente ao tratamento e o sucesso da terapêutica a ser utilizada é importante observar como cada indivíduo percebe a IU e o impacto que ela tem causado para sua vida, de forma que mesmo que cada paciente apresente os mesmos sintomas, as estratégias de tratamento devem ser adotadas de acordo com cada pessoa (FIGUEIREDO et al., 2008).

Existe vários tipos de tratamento para IU como cirurgia, cinesioterapia, terapia medicamentosa, eletroestimulação, entre outras (SILVA; LOPES, 2009). No entanto, a ICS, em 2005, recomendou o tratamento fisioterapêutico para a IU como primeira opção, por entender que esse tipo de tratamento além de eficaz seria de baixo custo e risco (FIGUEIREDO et al., 2008).

O Ministério da Saúde juntamente com as secretarias estaduais e municipais disponibilizaram linhas de atendimento especializado à saúde da mulher através de atendimento especializado à mulher como câncer do colo do útero, violência sexual e doméstica, gravidez saudável e parto seguro, entre outros, porém, não há um programa específico para o tratamento da IU (MENEZES et al., 2012).

Dessa forma, a fisioterapia representa um importante papel na reabilitação dos pacientes com IU. Os objetivos do tratamento de fisioterapia incluem aumentar a resistência dos músculos do assoalho pélvico, prevenir a evolução da IU, ajudar a prevenir a frequência ou gravidade dos sintomas e prevenir ou retardar a necessidade de cirurgia. Existem diversas modalidades de tratamento para a incontinência urinária, no entanto as que mais se destacam são a eletroestimulação, o *biofeedback*, cones vaginais e a cinesioterapia (CAMILLATO; BARRA; SILVA, 2012).

Os cones vaginais foram desenvolvidos para melhorar o tônus da musculatura pélvica através da introdução de cones sintéticos na tentativa de retê-los (OLIVEIRA; GARCIA, 2011). Essa técnica permite ainda recrutar as fibras do tipo I e II, além de melhorar a propriocepção das pacientes, contribuindo para contrações mais eficientes (DREHER et al., 2009).

A cinesioterapia tem como base principal o fortalecimento muscular, permitindo por meio da contração e do relaxamento dos músculos do assoalho pélvico (DREHER et al., 2009).

O *biofeedback* é um aparelho cuja técnica possibilita que a informação sobre o processo normal, fisiológico e inconsciente da contração muscular do assoalho pélvico, seja introduzida ao paciente e/ou ao fisioterapeuta como sinal visual, auditivo ou tátil (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

A eletroestimulação neuromuscular é a aplicação de corrente elétrica que estimula a inervação da víscera pélvica ou o suprimento de sua inervação. O objetivo dessa técnica é induzir uma resposta terapêutica ou passar a modular as disfunções do trato urinário inferior, intestinais e sexuais (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

O interesse sobre essa pesquisa veio através do Projeto Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico, que atende na recuperação das disfunções do assoalho pélvico, principalmente na prevenção e tratamento da incontinência urinária. Dessa forma, surgiu a necessidade de conhecer o perfil dos pacientes com incontinência urinária nesse projeto em relação as características sociodemográficas.

O objetivo desse trabalho foi traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos no Projeto Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico com IU, caracterizando os tipos de incontinência e verificando a relação epidemiológica com cada tipo.

METODOLOGIA

A pesquisa foi de caráter documental, descritivo, transversal, retrospectiva com abordagem quantitativa dos resultados.

A coleta de dados foi realizada no laboratório do Projeto Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico no Centro Universitário Estácio do Ceará situado na rua Eliseu Uchoa Beco, 600 Água Fria, Fortaleza, Ceará. A coleta de dados foi realizada em outubro de 2015, mediante aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará (Protocolo 1.306.591/2015).

A população desta pesquisa foi composta por todos prontuários dos pacientes que possuíam incontinência urinária independente do sexo nos anos de 2010 a 2015. Sendo a amostra baseada em 62 prontuários baseado em calculo estatístico para amostra finita.

Foram incluídos no estudo todos os prontuários dos pacientes de ambos os sexos que possuam idade entre 40 a 75 anos que tenha realizado atendimento no período de estudo e possuam incontinência urinária independente da patologia que a provocou.

Foram excluídos os prontuários que no período de 2010 a 2015 apresentavam dados incompletos.

Foram abordadas variáveis como idade, sexo, profissão, tipo de incontinência urinária e fatores de risco.

Inicialmente este projeto foi encaminhado ao responsável pelo Projeto Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico com o objetivo de expor os objetivos do estudo e solicitar a assinatura de fiel depositário para conceder a liberação dos prontuários, onde foi realizado o levantamento dos dados para a realização da pesquisa.

Os dados da pesquisa foram registrados em um instrumento de coleta de dados elaborado pelo pesquisador, contendo informações sobre os dados pessoais, clínico e socioeconômicos dos pacientes.

Os dados obtidos foram analisados no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

Toda a análise estatística foi realizada adotando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

A pesquisa seguiu os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, como garantia de confidencialidade, do anonimato, da não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos e do emprego das informações somente para fins previstos na pesquisa.

Este trabalho foi de baixo risco pois não houve contato direto com os pacientes, apenas com seus prontuários. Teve como benefícios contribuir com informações sobre os dados sociodemográfico dos prontuários dos pacientes com incontinência urinária para nortear estratégias para atendimento dessa população em estudo.

RESULTADOS

O Projeto Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico através da Fisioterapia Uroginecológica atende especialmente pacientes com incontinência urinária, com uma população de 62 indivíduos, porém devido aos critérios de inclusão somente foi possível analisar 64,52% (n=40) dessa população, que se encontrava com dados completo.

A amostra foi composta de 27,5% (n=11) do gênero masculino e 72,5% (n=29) do gênero feminino com queixa de IU foram atendidas no período avaliado. Em função de informações incompletas, 35,48% (n=22) prontuários foram excluídos e, portanto, os dados analisados são referentes a 40 (quarenta) pacientes.

Com relação às características sociodemográficas, os pacientes incontinentes estão em sua maioria na faixa etária entre 61 e 70 anos que representa 42,5% (n= 17), sendo 70,60% (n=12) mulheres e 29,40% (n=5) homens. Considerando ambos os sexos, 52,90% (n=9) são casados e 58,90% (n=10) são aposentados (Tabela1).

Tabela 1: Distribuição dos dados por gênero, estado civil e profissão. Fortaleza/CE, 2015.

			41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 ou Mais
Quant.		n	7	11	17	5
Gênero	F	n	7	7	12	3
		%	100,00%	63,60%	70,60%	60,00%
	M	n	0	4	5	2
		%	0,00%	36,40%	29,40%	40,00%
Total			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

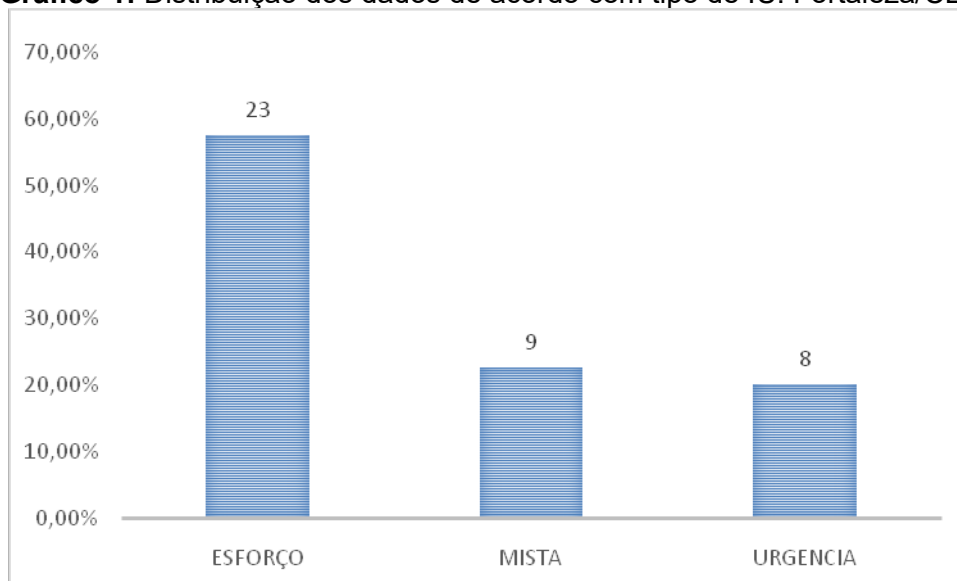
Estado Civil	Casado	F	n	2	4	4	2
			%	28,60%	36,36%	23,50%	40,00%
		M	n	0	4	5	2
			%	0,00%	36,36%	29,40%	40,00%

	Outros	F	n	5	1	8	1
			%	71,40%	9,09%	47,10%	20,00%
		M	n	0	2	0	0
			%	0,00%	18,20%	0,00%	0,00%
Total				100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Profissão	Aposentado	F	n	0	0	8	1
			%	0,00%	0,00%	47,10%	20,00%
		M	n	0	0	2	1
			%	0,00%	0,00%	11,80%	20,00%
	Autônomo	F	n	7	7	4	2
			%	100,00%	63,60%	23,50%	40,00%
		M	n	0	4	3	1
			%	0,00%	36,40%	17,60%	20,00%
Total				100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Conforme o resultado das características clínicas, o tipo de incontinência mais comum foi a IUE (57,5%) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos dados de acordo com tipo de IU. Fortaleza/CE, 2015.



Considerando o tipo de IU por faixa etária, o maior índice de IUE está na faixa de 51 a 60 anos, com 72,73% (n=8), sendo grande maioria do sexo feminino, 63,64% (n=7), com diagnóstico específico, 81,82% (n=9) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos dados de acordo com tipo de IU por faixa etária, sexo e diagnóstico. Fortaleza/CE, 2015.

		41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 ou Mais
Quant.	n	7	11	17	5

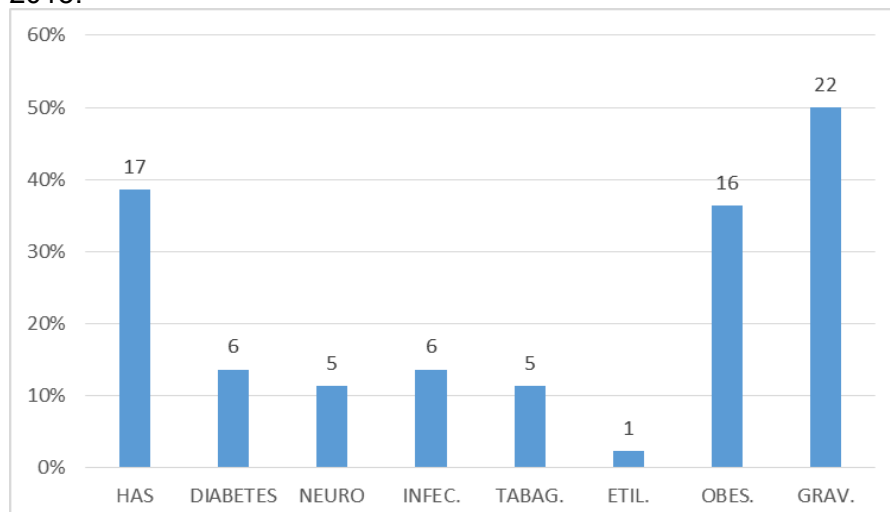
Tipo IU	Mista	n	2	0	5	2
		%	28,57%	0,00%	29,41%	40,00%
	Esforço	n	4	8	9	2
		%	57,14%	72,73%	52,94%	40,00%
Urgência	n	1	3	3	1	
	%	14,29%	27,27%	17,65%	20,00%	
Total			100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Sexo	M	n	0	4	5	2
		%	0,00%	36,36%	29,41%	40,00%
	F	n	7	7	12	3
		%	100,00%	63,64%	70,59%	60,00%
Total			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Diagnóstico	Específico	n	5	9	6	3
		%	71,43%	81,82%	35,29%	60,00%
	Não Específico	n	2	2	6	2
		%	28,57%	18,18%	35,29%	40,00%
Total			100,0%	100,0%	70,6%	100,0%

Dentre as comorbidades apresentadas pelos pacientes, a que mais acomete ambos os sexos são a hipertensão arterial (HAS), obesidade e diabetes (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos dados de acordo com as comorbidades. Fortaleza/CE, 2015.



DISCUSSÃO

Figueiredo et al. (2008) aborda que a faixa de maior acometimento de IU está na faixa de 41 a 50 anos, no entanto, os resultados do presente estudo revelaram entre 61 e 70 anos, sendo em sua maioria do sexo feminino.

Da Silva; D'elboux (2012) que relata que a IU é mais frequente na velhice e na população feminina, fato que foi comprovado em nosso estudo.

Os dados do presente estudo revelaram que o tipo de IU mais comum é a de esforço, essa afirmativa foi comprovada no estudo de Moraes Berlezi et al. (2010) que explica que dentre os fatores de risco da IUE podem incluir a idade avançada, obesidade, neuropatias, partos vaginais e condições associadas a pressão intra-abdominal.

Quanto a história clínica relativa a IU e comorbidades, verificou-se na população estudada que a obesidade apresentou um percentual elevado. Sabe-se que a obesidade é um fator que tanto pode agravar como contribuir para o desenvolvimento da IU, bem como é a segunda causa mais comum de IUE (HIGA; LOPES; DOS REIS, 2008).

Nesse estudo a hipertensão arterial (HAS), não se apresentou diretamente associada a IU, o que é esclarecido no trabalho de Tamanini et al. (2006), relatando que o uso de diuréticos no controle da HAS pode provocar efeitos colaterais, no entanto, o mecanismo de como a HAS age como fator risco pra IU não foi ainda esclarecido.

O diabetes mellitus também foi também um fator de comorbidades relevante apresentado, segundo Higa et al. (2008), a diabetes e a IU podem ocasionar um aumento da vulnerabilidade do assoalho pélvico, devido a uma mudança do tecido biológico ou decorrente de lesões nas inervações neuropáticas autônomas da bexiga ou pelo aumento da frequência urinária causada pela hiperglicemia decorrente do aumento do volume urinário.

A gravidez no gênero feminino também se apresentou com percentual muito elevado fato esse também confirmado no estudo de Beuttenmüller et al. (2011) onde foi verificado que a gravidez mais do que o parto pode estar relacionado a IUE.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que os pacientes atendidos no Projeto Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico são na maioria do sexo feminino, estão em sua maioria na faixa de 61-70 anos, casados, aposentados.

O tipo mais comum de IU nesses pacientes é a IUE e as comorbidades que mais afetam esses pacientes considerando ambos os sexos são HAS, obesidade e diabetes.

Conclui-se que além do tratamento, uma atuação preventiva é fator relevante para redução de ocorrências da referida condição clínica. Como sugestão de aprofundamento faz-se necessário futuras pesquisas de tratamento fisioterapêutico que busque minimizar recidivas da IU.

ANALYSIS OF THE SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF THE PATIENTS OF THE REHABILITATION UNIT OF THE PELICAN FLOOR DESFUNCTIONS

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) can be defined as a condition where there is involuntary loss of urine, and the aim of this study was to identify the sociodemographic profile of patients treated at the Rehabilitation Unit Project of the Pelvic Floor the disorders characterizing the types of incontinence and checking the epidemiological link to the type of incontinence. It is a documental research study, descriptive, cross-sectional, retrospective approach with quantitative results. Data collection was performed in the laboratory of the Rehabilitation Unit Project of the Pelvic Floor Disorders Center at the University Estacio of Ceará in the period 2010 to 2015 with the approval of the Research Ethics Committee of the University Center Estacio seem Ceará number 1306591. With respect to sociodemographic characteristics, incontinent patients are mostly aged between 61 and 70 years, married and retired. Regarding the clinical features, the most common type of UI is the effort and the most comorbidities in these patients considering both sexes are high blood pressure (hypertension), obesity and diabetes. We conclude that in addition to treatment, preventive action is a relevant factor to reduce occurrences of that medical condition. As deepening

suggestion it is necessary physical therapy research that seeks to minimize the UI relapses.

KEYWORDS: Urinary incontinence. Pelvic floor. Comorbidities.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREZZA, EI; SERRA, E. A Influência do método pilates no fortalecimento do assoalho pélvico (S.I.). Acesso em 04 mar 2015. Disponível em: <<http://portalsaudebrasilcom/artigospsb/pilates054.pd>

RAMOS, AL; OLIVEIRA, AAC. Incontinência Urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. **Revista Hórus**. v.4, n.2, p.264-275, 2010..

BEUTTENMÜLLER, L; CADER, SM; MACENA, RHM; ARAÚJO, NDOSS; NUNES, EFC; DANTAS, EHM. Contração muscular do aparelho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. **Fisioter Pesq**. v.18, n.3, p. 210-216, 2011.

DA SILVA, VA; D'ELBOUX, MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Rev. Texto Contexto Enferm**. v.21, n.2, p. 338-347, 2012.

MARTINES, GA; DAMBROS, M; TAMANINI, JTN. Efeito de treinamento resistido sobre o ganho de força muscular nos membros inferiores em mulheres com incontinência urinária de esforço. **Revista Pan – Amaz. Saúde**, versão online, v.5, n.4, p. 29-36. Acesso em 05 maio 2015. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232014000400004&script=sci_abstract

HONÓRIO, MO; SANTOS, SMA. A rede de apoio ao paciente incontinente: A busca por suporte e tratamentos. **Rev. Enferm**. v.18, n.3, p. 383-388, 2010..

BARBOSA, SS; DE OLIVEIRA, LDR; LIMA, JLDDEA; DE CARVALHO, GM; LOPES, MHB. Como profissionais de saúde da rede básica de saúde identificam e tratam a incontinência urinária feminina. **O Mundo da Saúde**. v.4, n.33, p. 449-456, 2009.

HIGA, R.; LOPES MHBDEM, DOS REIS MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev. Esc. Enferm**. v.42, n.1, p. 187-192, 2008.

FIGUEIREDO, EM; LARA, JO; CRUZ, MC; QUINTÃO, DMG; MONTEIRO, MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias do Serviço de Fisioterapia

Urginecológica da rede pública. **Rev Bras. Fisioterapia.** v.12, n.2, p. 135-142, 2008.

DE SOUSA, JG; FERREIRA, VR; DE OLIVEIRA, RJ; CESTARI, CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Rev Fisioter Mov.** v.24, n.1, p.39-46, 2011.

MORAES BERLEZI, E; DAL BEM, A; ANTONELLO, C; TAMBARA LEITE, M; BERTOLO, EM. Incontinência urinária em mulheres em período pós-menopausa: um problema de saúde pública. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.12, n.2, p.159-173, 2010.

PEDRO AF, RIBEIRO J, SOLER ZASG. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. (Ed. port.). 2011 7(2). Acesso em 05 abril 2015. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?lookup=0&q=Qualidade+de+vida+em+mulheres+com+incontin%C3%Aancia+urin%C3%A1ria+no+puerp%C3%A9rio&hl=pt-BR&as_sdt=0,5

LEROY LDAS, LOPES MHBDEM. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada a saúde. **Rev. Latino – Am. Enferm.** v.20, n.2, 2012.

HIGA R, DE RIVORÊDO CRFS, CAMPOS LK, LOPES MHDEM, TURATO ER. Vivências de Mulheres Brasileiras com Incontinência Urinária. **Texto e Contexto Enferm**, v.19, n.4, p. 627-635, 2010.

HONÓRIO MO, SANTOS SM. A Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev. Bras. Enferm.** v.62, n.1, p.51-56, 2009.

SILVA L, LOPES MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev. Esc. Enferm.** v.43, n.1, p.72-78, 2009.

MENEZES GMD, PINTO FJM, DA SILVA FAA, DE CASTRO ME, DE MEDEIROS CRB. QUEIXA DE PERDA URINÁRIA: Um problema silente pelas mulheres. **Revista Gaúcha de Enferm.** v.3, n.1, p.100-108, 2012.

CAMILLATO ES, BARRA A A, SILVA Jr. Incontinência urinária de esforço: fisioterapia versus tratamento cirúrgico. **Rev. FEMINA.** v.40, n.4, p.187-194, 2012.

OLIVEIRA JR, GARCIA RR. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.14, n.2, p.343-351, 2011.

DREHER DZ, BERLEZI EM, STRASSBURGER SZ, EL AMMAR MZ. O fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais: programa de atendimento domiciliar. **Scntia. Medica**. v.19, n.1, p.43-49, 2009.

TAMANINI J T N, TAMANINI MMM, MAUAD LMQ, AULER AMBAP. Incontinência Urinária:Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres Atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. **PEBA**. v.3, n.34, 2006. Acesso: 27 Out 2015. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa_34_incon.htm.