

Fisioter Bras 2020;21(4);355-62
<https://doi.org/10.33233/fb.v21i4.3235>

ARTIGO ORIGINAL

Disfunções do assoalho pélvico em pacientes de um projeto de responsabilidade social em Fortaleza/CE: um estudo retrospectivo de 14 anos

Pelvic floor disorders in patients of a social responsibility project in Fortaleza/CE: a retrospective study of 14 years

Alaiza de Sá Damasceno*, Márcia da Conceição de Souza*, Francisco Fleury Uchoa Santos-Júnior*

*Curso de Fisioterapia, Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil

Recebido em 11 de novembro de 2019; aceito em 20 de junho de 2020.

Correspondência: Francisco Fleury Uchoa Santos Junior, Rua Eliseu Uchoa Becco, 600, Água Fria, 60810-270 Fortaleza CE

Alaiza de Sá Damasceno: alaizadamasceno@gmail.com

Márcia da Conceição de Souza: fisio.marciasouza@gmail.com

Francisco Fleury Uchoa Santos Junior: drfleuryjr@gmail.com

Resumo

Introdução: A pelve é formada pela junção de dois ossos ilíacos, sacro e cóccix, localizados na parte inferior do tronco formando uma estrutura que une os músculos, tecidos e ligamentos e tem como desígnio proteger os órgãos internos. Quando ocorre uma desordem dessas estruturas chamamos de disfunções do assoalho pélvico. O objetivo do presente estudo foi analisar prevalência das disfunções do assoalho pélvico (DAP) em pacientes atendidos em um projeto de responsabilidade social em Fortaleza/CE. **Métodos:** A pesquisa foi desenvolvida em uma abordagem retrospectiva e documental. A amostra foi constituída por todos os prontuários ao longo dos últimos 14 anos, compondo 83 prontuários. **Resultados:** Através do estudo, pode-se evidenciar que a Incontinência Urinária (IU) é a disfunção com a maior prevalência (80,7%) atingindo em sua grande maioria o público feminino (62%), no público masculino a disfunção predominante é a IU por prostatectomia (36%). Em seguida temos o destaque para a bexiga hiperativa com cerca de 14,4%, também mais presente em mulheres. Além disso, foi vista associação entre a IU e a prostatectomia ($p=0,0129$), os pacientes que realizaram a prostatectomia eram 10 vezes mais propensos a apresentarem IU (OR= 10,67; 95%IC: 1,529-51,96). **Conclusão:** O presente estudo identificou que existe um maior predomínio das DAP no sexo feminino, com destaque para a IU de esforço, já no masculino existe uma prevalência maior em IU relacionada a prostatectomia.

Palavras-chave: disfunções, assoalho pélvico, Fisioterapia.

Abstract

Introduction: A pelvis is formed by the junction of two bones, sacrum and coccyx located in the lower part of the trunk, forming a structure that is the union of the muscles, tissues and ligaments and is designed to protect the internal organs. When disorders of these structures occur, it is called pelvic floor dysfunctions (PFD). The aim of the present study was to analyze the prevalence of pelvic floor dysfunctions in patients of a social responsibility project in Fortaleza/CE. **Methods:** A research was developed in a retrospective and documentary approach. The sample consisted of all medical records over the last 14 years, comprising 83 medical records. **Results:** Through the study, we can demonstrate that Urinary Incontinence (UI) is a dysfunction with a higher prevalence (80.7%) reaching its majority of the female patients (62%). In addition, in male patients, the predominant dysfunction is UI due to prostatectomy (36%). Then, we highlight a hyperactive bladder with about 14.4%, also more evident in women. Furthermore, an association was observed between UI and prostatectomy ($p = 0.0129$), in which patients who underwent prostatectomy were 10 times more likely to have UI (OR = 10.67; 95% CI: 1.529-51.96) **Conclusion:** The present study identified that there is a greater predominance of PFD in females, with emphasis on stress UI, since males are more prevalent in prostatectomy UI.

Keywords: dysfunctions, floor pelvic, Physical therapy.

Introdução

As disfunções do assoalho pélvico ocorrem por diversos fatores comportamentais, hábitos alimentares, multiparidade, obesidade dentre outras comorbidades que levam ao desequilíbrio na musculatura causando várias alterações [1]. A incontinência urinária (IU) é um caso de Saúde Pública que atinge grande parte do público feminino. Já no público masculino sua incidência é maior quando associada à prostatectomia. Seus fatores são: contração inadequada do detrusor na fase miccional e instabilidade dos esfíncteres [2-4]. A IU atinge mais de 200 milhões e tem uma prevalência de 14% a 57% em mulheres de 20 a 89 anos [5,6]. No tratamento da IU o Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP) atua principalmente durante a contração da musculatura [7]. O TMAP fortalece e melhora o controle sobre a perda da urina e ajuda no controle das contrações dos músculos do assoalho pélvico [8,9].

A incontinência anal (IA) e/ou fecal é definida como a perda involuntária de fezes ou flatos, atingindo diversas faixas etárias [10]. Seus fatores estão relacionados com o sexo feminino, idade avançada e multiparidade [11]. É considerada uma morbidade física, visto que ela impede o indivíduo de se socializar [12]. Quintão afirma que é importante que os cuidadores de pessoas idosas e o próprio paciente tenha conhecimento adequado sobre a patologia. O tratamento da IA e/ou fecal pode ser realizado através do método Pilates, porém ainda é uma técnica que precisa de mais estudos sobre sua eficácia [13,14]. Outro recurso que tem sido utilizado é o biofeedback, cujo principal objetivo é a interação do paciente [15]. Enfim, a fisioterapia na IA e fecal consiste em TMAP em especial dos músculos: esfíncter anal externo e elevador do ânus [16].

O prolapso de órgão pélvico (POP) é definido quando ocorre o deslocamento dos órgãos pélvicos [17]. Horst afirma que o POP tem a seguinte nomenclatura: histerocele, cistocele, enterocele e retocele. O POP pode ser tratado por diversas técnicas fisioterapêuticas como: TMAP, uso do biofeedback, assim como a utilização de estímulos elétricos e remodelação dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e cones vaginais. O diafragma pélvico é composto por fibras do tipo I que são designadas para contração prolongadas, e fibras do tipo II são responsáveis pela contração rápida. O método do Mat Pilates tem demonstrado uma melhora na resposta motora de fibras tipo I e II [18-20].

A bexiga hiperativa é uma síndrome caracterizada pela urgência miccional, aumento da frequência urinária e por contrações involuntárias do músculo detrusor. Prevalente mais no sexo feminino e podem apresentar-se com noctúria. Sua etiologia é idiopática e sua prevalência no Brasil é de 18,9% [10,21-22].

As disfunções sexuais (DS) são problemas multidimensionais, que além das alterações fisiológicas que ocorrem durante o envelhecimento tem o surgimento de doenças crônicas, que diminui o interesse sexual e limita a sua prática. Atualmente a prática sexual tem sido discutida. Na mulher as causas estão relacionadas com aspecto físico, psicossocial, dentre outros [23-26]. Nas DS trabalha-se com fortalecimento da MAP e os recursos e técnicas que podem ser aplicados são: cinesioterapia, eletroestimulação, biofeedback, cones vaginais e terapia manual [27,28].

A Responsabilidade Social (RS) é um dos eixos das dez dimensões de avaliação de uma instituição de ensino superior (IES) segundo a legislação. RS deve ser uma ligação entre a educação, vida profissional e prática social [29]. Portanto, o objetivo deste trabalho foi analisar a prevalência das disfunções do assoalho pélvico atendidos em um projeto de responsabilidade social em Fortaleza/CE.

Material e métodos

A pesquisa foi desenvolvida em uma abordagem retrospectiva, documental, quantitativa e descritiva, utilizando análise de prontuários [30]. O presente estudo foi desenvolvido em um projeto de responsabilidade social voltado ao atendimento de disfunções do sistema genito-urinário de um Centro Universitário do Estado do Ceará e realizado no período de março a maio de 2019, mediante aprovação do comitê de ética do Centro Universitário Estácio do Ceará, N° 3.265.482/2019. Foram incluídos os prontuários completamente preenchidos e acompanhados pelo projeto por, no mínimo, um mês. Foram excluídos prontuários inelegíveis, sem data da primeira avaliação e prontuários sem possíveis diagnósticos. Após realizados os critérios de

inclusão e exclusão a amostra ficou definida com 83 prontuários, sendo 55 femininos e 28 masculinos.

Os prontuários foram lidos, interpretados e selecionados de acordo com os critérios de inclusão e separados por idade. A interpretação dos documentos foi realizada por dois pesquisadores e observou-se as discrepâncias entre os sexos, disfunções, etiologias e tratamento obtido no projeto de responsabilidade social. Todas as tabelas foram criadas de forma descritiva, visando a porcentagem de cada item para uma comparação de cada resultado encontrado.

Esses dados foram inseridos no Microsoft Excel®, destacando as prevalências de cada patologia e como elas afetam a vida social do indivíduo. Os dados coletados também foram analisados através do teste exato de Fisher, da Odds Ratio (OR) e do teste estatístico Qui-Quadrado (Chi-Square Test), no software GraphPad Prism 8.0 for Windows, e expressos em frequência absoluta e percentual e a OR em 95% do Intervalo de Confiança (IC).

Resultados

Na tabela I foi evidenciada a prevalência das disfunções do assoalho pélvico (DAP), maior em mulheres, representando 66% da nossa amostra. Esses achados podem referir-se a maior procura do sexo feminino a atendimentos especializados para seus cuidados de saúde. Foi evidenciado ainda que a faixa etária média no sexo feminino foi de 41 a 50 anos (36,4%) e homens foi de 61 a 70 anos (35,7%). Em relação ao estado civil, foi identificado que as DAPs são mais predominantes em pessoas casadas, ambos os sexos, o que pode influenciar na vida sexual do paciente.

Tabela I – Perfil sociodemográfico, N=83.

Sociodemográfico	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Sexo	28 (34%)	55 (66%)	83 (100%)
Faixa etária			
18 a 30 anos	1 (100%)	-	1 (1,2%)
31 a 40 anos	-	2 (100%)	2 (2,4%)
41 a 50 anos	-	11 (100%)	11 (13,2%)
51 a 60 anos	9 (31,1%)	20 (68,9%)	29 (34,9%)
61 a 70 anos	10 (43,5%)	13 (56,5%)	23 (27,7%)
71 a 80 anos	8 (57,2%)	6 (42,8%)	14 (16,8%)
Acima de 80 anos	-	3 (5,5%)	3 (3,6%)
Etnia			
Branco	7 (35%)	13 (65%)	20 (24%)
Pardo	2 (13,4%)	13(86,6%)	15 (18%)
Negro	3 (23,1%)	10 (76,9%)	13 (15,6%)
Não Informado	16 (45,8%)	19 (54,2%)	35 (42,4%)
Estado civil			
Solteiro	7 (43,7%)	9 (56,3%)	16 (19,4%)
Casado/Convivente	2 (6,1%)	31(93,9%)	33 (39,7%)
Viúvo	3 (25%)	9 (75%)	12 (14,4%)
Divorciado	16 (72,7%)	6 (27,3%)	22 (26,5%)

Na tabela II, observa-se que a disfunção com maior predomínio é a incontinência urinária, seja ela de esforço, urgência ou mista, presente em 67 pacientes (80,7%) de ambos os sexos. Classificando os tipos de incontinências, podemos identificar que a incontinência urinária de esforço (IUE) é mais prevalente na amostra feminina (67,5%), já na amostra masculina, observa-se uma maior predominância da incontinência urinária por prostatectomia (36%).

Tabela II - Diagnósticos dos pacientes relativo a incontinência e outras queixas identificadas no projeto RS, n=83.

Diagnóstico	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Incontinência urinária	25 (38%)	42(62%)	67 (80,7%)
Incontinência urinária indefinida	9	6	15
Incontinência urinária de urgência	-	7	7
Incontinência de esforço	3	22	25
Incontinência urinária mista	1	7	8
Incontinência urinária e fecal	1	-	1
Incontinência urinária por prostatectomia	9	-	9

Incontinência urinária por deficiência esfinteriana	2	-	2
Outras			
Bexiga hiperativa	2 (17%)	10	12 (14,4%)
Hipoatividade do detrusor	-	1 (100%)	1 (1,2%)
Prolapso de órgãos pélvicos	-	1 (100%)	1 (1,2%)
Mielite transversa transinfecional	1 (100%)	-	1 (1,2%)
Dor na região pélvica	-	1 (100%)	1 (1,2%)
Total	-	-	83 (100%)

Na tabela III, sobre os antecedentes pessoais, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) estava presente em 38 pacientes (14,1%), seguidas por constipação em 26 (9,7%) dos pacientes. Nos antecedentes uroginecológicos e gineco-obstétrico foi percebido que se tratando de procedimentos cirúrgicos 24 (29,9%) mulheres afirmaram terem realizado cesárea, seguido por 12 (14,8%) que realizaram histerectomia, já na população masculina 19 (23,4%) afirmaram terem realizado prostatectomia radical. Foi verificado que a maior predominância é de mulheres (65%) que tiveram a sua menarca antes dos 15 anos de idade, foi notado também que 18 (33%) mulheres que participavam do projeto não tinham nem passado pelo período de climatério/menopausa, e que as mulheres entraram na menopausa na faixa etária média de 51 a 55 anos (23,6%).

Tabela III – Comorbidades dos pacientes, n= 83.

Comorbidades gerais	Total (%)
Hipertensão arterial sistêmica	38 (14,1%)
Constipação	26 (9,7%)
Dor articular	23 (8,5%)
Depressão	21 (7,8%)
Incontinência urinária	20 (7,4%)
Infecções	12 (4,4%)
Neurológicas	11 (4,1%)
Osteoporose	10 (3,7%)
Diabetes	9 (3,3%)
Câncer	9 (3,3%)
Obesidade	8 (2,9%)
Tabagismo	7 (2,6%)
Etilismo	6 (2,2%)
Lombalgia	4 (1,4%)
Incontinência anal	4 (1,4%)
Endometriose	2 (0,7%)
Outros	58 (22,5%)
Cirurgias pélvicas	
Histerectomia	12 (14,8%)
Períneo	8 (9,8%)
Laqueadura	11 (13,5%)
Prostatectomia	19 (23,4%)
Cesárea	24 (29,9%)
Sling	7 (8,6%)
Métodos contraceptivos	
Dispositivo intrauterino	-
Anticoncepcional	2 (7,6%)
Preservativo	2 (7,6%)
Método natural	1 (3,8%)
Outros	-
Menarca	
Menor que 15 anos	36 (65%)
Maior que 15 anos	19 (35%)
Menopausa	
30 a 35 anos	3 (5,4%)
36 a 40 anos	3 (5,4%)
41 a 45 anos	4 (7,2%)
46 a 50 anos	12 (21,8%)
51 a 55 anos	13 (23,6%)
56 a 60 anos	2 (3,6%)
Não passaram pelo período	18 (33%)

Na tabela IV o tratamento fisioterapêutico mais empregado nos atendimentos do projeto foi a eletroestimulação com 79 (38,7%), seguida pela cinesioterapia 65 (31,5%).

Tabela IV – Condutas mais utilizadas, n= 83.

Tratamento fisioterápico	Total (%)
Eletroestimulação	79 (38,7%)
Cinesioterapia	65 (31,5%)
Propriocepção perineal	16 (7,7%)
Treinamento muscular do assoalho pélvico	15 (7,2%)
Terapia manual	14 (6,7%)
Biofeedback	13 (6,3%)
Cones vaginais	4 (1,9%)

Na Tabela V, analisa-se a associação entre os pacientes com prostatectomia e IU. Os pacientes que realizaram o procedimento de prostatectomia 54,14% referiram ter IU, no entanto apenas 10,71% da população prostatectomizada negaram surgimento IU após a cirurgia. Já dos pacientes que não realizaram o procedimento apenas 10,71% adquiriu IU e 21,43% deles afirmaram não apresentar IU. De modo que foi vista associação entre a IU e a prostatectomia ($p=0,0129$), na qual os pacientes que realizaram a prostatectomia eram 10 vezes mais propensos a apresentarem IU (OR= 10,67; 95%IC: 1,529-51,96).

Tabela V - Associação entre números de usuários com prostatectomia e IU.

Prostatectomizado	Total (%)
Com IU	16 (54.14%)
Sem IU	3 (10.71%)
Não prostatectomizado	
Com IU	3 (10.71%)
Sem IU	6 (21.43%)

Teste χ^2 - $p = 0,0129$ (OR 10,67; 95%IC: 1,529- 51,96)

Discussão

Nota-se que no presente estudo houve uma associação importante entre indivíduos com prostatectomia e incontinência urinária, assim como uma caracterização relevante da prostatectomia como possível preditor de IU, o que corrobora pesquisa de Saud [31] que realizou uma revisão sistemática e percebeu que existe uma incidência maior em pacientes que realizam o procedimento. Esse dado mostra-se relevante, em função da abertura de políticas públicas que envolvam a saúde do homem nas diferentes esferas governamentais nos últimos anos. Esta vem ganhando notoriedade, em função de uma maior divulgação e exploração dos dados (sejam eles de sistemas de informações epidemiológicas ou das produções científicas em geral), o que impulsiona o desenvolvimento de estratégias públicas direcionadas para esta população.

No presente estudo foi possível constatar que a IU é a disfunção com maior predomínio em ambos os sexos, sendo mais comum no sexo feminino, seguindo na mesma direção de um estudo prévio [11], que avaliou uma amostra de 125 pessoas, de ambos os sexos, confirmando também que a IU tem um surgimento maior no sexo feminino. Constatou-se também que a maioria dos indivíduos com DAP do projeto se declararam casados em ambos os sexos, diferentemente do estudo de Carneiro [32] que analisou 686 indivíduos, e, dentre os participantes, a maioria dos homens se declararam casados e das mulheres viúvas.

Evidenciamos que existe uma predominância de indivíduos que tenham HAS seguida de constipação, o que coincide também no estudo de Naves [33] que observou uma população de 42 mulheres e 50% dessa população apresentou HAS como comorbidade, seguida pelo diabetes mellitus.

Por outro lado, quanto a realização de procedimentos femininos relacionados à região pélvica, houve um predomínio de mulheres que não realizaram o procedimento de episiotomia, concordando assim com o estudo de Alves [34] que analisou 16 mulheres e identificou que a maioria da sua amostra também não havia realizado o procedimento, porém as mesmas apresentavam sinais e sintomas de IU.

Já com relação aos tratamentos mais utilizados no projeto, estes foram a eletroestimulação seguida pela cinesioterapia, o que corrobora o estudo de Maia [35] que em

uma revisão sistemática puderam evidenciar que a fisioterapia tem evoluído na atuação do fortalecimento do assoalho pélvico, alcançando bons resultados por meio da eletroestimulação e da cinesioterapia.

Durante a coleta de dados, foram identificados alguns desafios e dificuldades em relação ao diagnóstico médico na ficha de avaliação, bem como algumas datas importantes que não estavam descritas como: menarca e menopausa, que podem inferir questões importantes para a paciente. Verificou-se que houve uma grande quantidade de pacientes que não realizou o tratamento pelo período mínimo de um (1) mês, o que implica em baixa adesão terapêutica. Por outro lado, observou-se uma relação importante, entre dados coletados em indivíduos do sexo masculino, o que favorece respostas direcionadas a saúde do homem, haja vista que este tipo de serviço tem amplo predomínio de atenção à saúde da mulher.

Futuras pesquisas devem investigar melhor a relação entre HAS e IU, por meio da interface do Sistema Nervoso Autônomo, da qualidade do sono e da quantificação do nível de estresse das avaliadas, possivelmente envolvendo até análises bioquímicas, uma vez que outros sintomas foram citados de forma importante, como constipação e depressão.

Conclusão

O presente estudo identificou que existe um maior predomínio das DAP no sexo feminino. A IU é a DAP mais prevalente nos indivíduos frequentadores do projeto de responsabilidade social. A IUE tem maior predomínio no público feminino, já no masculino existe uma prevalência maior em IU relacionada a prostatectomia. O tratamento mais utilizado no projeto foi eletroestimulação e cinesioterapia o que continua sendo bastante utilizado atualmente.

Referências

1. Ribeiro JS, Braz MM, Lemos LFC, Dorneles PP, Mota CB. Influência da visão e da dupla tarefa no controle postural de idosas com perdas urinárias. *Fisioter Bras* 2019;20(3):409-417. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i3.2801>
2. Langoni CS, Knorst MR, Lovatel GA, Leita VO, Rezende TL. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. *Fisioter Pesqui* 2014;21(1):74-80. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/475210114>
3. Freitas AO, Silva GC, Scarpelini P, Haddad CAS. Cinesioterapia e eletroestimulação sacral no tratamento de incontinência urinária masculina pós prostatectomia - relato de caso. *Revista Unilus Ensino e Pesquisa* 2014;11(23).
4. Nassif EA, Dias A, Berto J. Existe um tratamento cirúrgico ideal para incontinência urinária feminina? *Revista UNINGÁ Review* 2013;15(1):18-22.
5. Cunha RM, Leite LC, Oliveira GND, Brito GA, Figueirêdo VB, Nascimento SL. Perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em ambulatório. *Fisioterapia Saúde Funcional* 2016;5(1):42-9.
6. Bonfim IQM, Soutinho RSR, Araújo EN. Comparação da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária atendidas no sistema de saúde público e privado. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2014;16(1):19-24.
7. Henkes DF, Fiori A, Carvalho JAM, Tavares KO, Frare JC. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina 2015;36;(2):45-56. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n2p45>
8. Silva LWS, Lucas TQC, Santos SSO, Novais VS, Pires EPOR, Lodovici FMM. Fisioterapia na incontinência urinária: olhares sobre a qualidade de vida de mulheres idosas. *Revista Kairós Gerontol* 2017;20(1):221-38. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p221-238>
9. Almeida ALR, Marsal AS. A influência da fisioterapia aplicada no tratamento da incontinência urinária de esforço em mulheres: estudo da eficácia da cinesioterapia. *Visão Universitária* 2015;3(1):109-28.
10. Santos CRS, Santos VLCG. Prevalência da incontinência anal na população urbana de Pouso Alegre - Minas Gerais. *Rev Esc Enferm USP* 201;1(45):180-6. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100025>
11. Weschenfelder AJ, Strelow CS, Arruda GT, Froelich MA, Pivetta HMF, Braz MM. Prevalência de incontinência urinária e seu impacto sobre a qualidade de vida de

- idosos: estudo comparativo entre meio urbano e meio rural. *Revista Kairós Gerontol* 2016;19(3):67-77.
12. Zaslavsky C, Loreiro RG, Jurach MT, Menezes V, Albrecht GJ, Araújo TG et al. Entrevista motivacional no tratamento dos pacientes com incontinência anal. *Revista da AMRIGS* 2013;3(57):180-4.
 13. Pereira AJSR, Spiller MG, Garcia EP, Correa RG. Influência do método pilates solo na incontinência de urgência dupla. *Revista Hórus* 2016;11(1):68-80.
 14. Quintão MG, Oliveira SAS, Guedes HM. Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de rio piracicaba, MG. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;2(13):191-201.
 15. Arend MGP, Fernandes WVB, Arend G. Uso do biofeedback na incontinência fecal e dissinergia do assoalho pélvico – relato de caso. *Revista Saúde e Pesquisa* 2009;2(3):433-6.
 16. Ferreira LL, Marino LHC, Cavenaghi S. Intervenção fisioterapêutica na incontinência fecal no idoso. *Arq Bras Ciênc Saúde* 2012;37(3):168-72.
 17. Knorst MR, Cavazzotto K, Henrique M, Resende TL. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. *Rev Bras Fisioter* 2012;16(2):102-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012000200004>
 18. Diniz MF, Vasconcelos TB, Pires JLVR, Nogueira MM, Arcanjo GN. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em mulheres praticantes de MatPilates. *MTP & Rehab Journal* 2014;12:406-20.
 19. Filho ALS, Fonseca AMRM, Camillato ES, Cangussu RO. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. *Fisioter Pesqui* 2013;1(20):90-6. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502013000100015>
 20. Horst W, Silva JC. Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura. *Arq Catarin Med* 2016;2(45):91-101.
 21. Monteiro MVC, Filho ALSF. In: Baracho E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
 22. Franco MM, Souza FO, Vasconcelos ECLM, Freitas MMS, Ferreira CHJ. Avaliação da qualidade de vida e da perda urinária de mulheres com bexiga hiperativa tratadas com eletroestimulação transvaginal ou do nervo tibial. *Fisioter Pesqui* 2011;18(2):145-50. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000200008>
 23. Ferraz H. Tratamento da Bexiga Hiperativa. *Rev Científica HSI* 2017;1(2):20-6.
 24. Lima PM, Battestim B, Ferreira SH, Lima FJR, Lawall ARN, Domingues VO, et al. Disfunção erétil no homem idoso. *Rev Med Saude Brasilia* 2016;1(5):128-34.
 25. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;6(30):312-21. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/475210114>
 26. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010;5(32):234-40. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000500006>
 27. Barreto KL, Mesquita YA, Junior FFUS, Gameiro MO. Treinamento da força muscular do assoalho pélvico e os seus efeitos nas disfunções sexuais femininas. *Motricidade* 2018;14(1):424-7.
 28. Delgado AM, Ferreira ISV, Sousa MA. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Catussaba* 2015;4(1):47-56.
 29. Direta L. O papel social das IES. 2018. [citado 2018 Out 17]. Disponível em: <https://abmes.org.br/noticias/detalhe/2964/o-papel-social-das-ies>
 30. Dyniewicz AM. *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. São Caetano: Difusão; 2014.
 31. Saud LF, Campos GV, Maniezzo R, Marques YMP, Rezende LF. A incidência de incontinência urinária nos tratamentos de braquiterapia e prostatectomia radical no câncer de próstata: abordagem de abrangência em prol da prática clínica. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* 2018;16(1):1-9. <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v16i1.3730>
 32. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Medeiros SM, Lima CA, Costa FM et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. *Cad Saúde Coletiva* 2017;3(25):268-77. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030295>

33. Naves PP, Letieri RV, Simon ISL, Leite SN, Letieri M. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com sintomas de incontinência urinária de esforço praticantes de atividade física. *Revista Inspirar Movimento & Saúde* 2016;8(1):10-6.
34. Alves AM, Cirqueira RP. Sintomas do vaginismo em mulheres submetidas à episiotomia. *Rev Mult Psic* 2019;13(43):329-39.
<https://doi.org/10.14295/online.v13i43.1525>
35. Maia ARA, Melo ALM, Souza AM, Souza LM, Martinelli PM. Os benefícios da cinesioterapia e eletroestimulação para o fortalecimento do assoalho pélvico feminino: uma revisão sistematizada. *Ciência em Foco* 2018;1(2):103-12.