

Artigo original**A Fisioterapia em um grupo de reeducação perineal masculino*****Physical therapy in a group of male perineal reeducation***

Lia Ferla, Ft.*, Luiza Rohde, Ft.*, Luciana Paiva, Ft., D.Sc.*

.....
*Centro Universitário Metodista do Ipa

Resumo

Objetivo: Este estudo investigativo propõe-se a elucidar a influência da intervenção fisioterapêutica em grupo no tratamento de sintomas urinários irritativos (SUI) e sintomas urinários obstrutivos (SUO). *Material e métodos:* Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que apresenta fundamentos do trabalho da Fisioterapia no grupo denominado Grupo de Reeducação Perineal Masculino. *Resultados e conclusão:* Além da melhora dos SUI e SUO, este estudo demonstrou que a fisioterapia em grupo para a população estudada é uma boa opção terapêutica e apresentou resultados satisfatórios, tanto físicos como psicossociais.

Palavras-chave: homens, incontinência urinária, Fisioterapia.

Abstract

Aim: The aim of this investigative study was to elucidate the influence of a group-based physical therapy intervention in the treatment of irritative urinary symptoms (IUS) and obstructive urinary symptoms (OUS). *Methods:* Qualitative, exploratory and descriptive study, based in physical therapy work of a group called Group of Male Perineal Reeducation. *Results and conclusion:* In addition to the improvement of IUS and OUS, this study demonstrated that group physical therapy is a good therapeutic option and presented satisfactory results, both physical and psychosocial.

Key-words: men, urinary incontinence, Physical Therapy.

Recebido em 3 de novembro de 2010; aceito em 14 de janeiro de 2011.

Endereço para correspondência: Lia Janaina Ferla Barbosa, Rua Franklin, 200/408, Alto Petrópolis 91210-060 Porto Alegre RS, E-mail: lyafferla@hotmail.com

Introdução

As alterações miccionais caracterizam-se por duas classificações distintas de sintomas: sintomas urinários irritativos (SUI), geralmente secundários a uma alteração vesical (disúria, polaciúria, urgência miccional e noctúria), e sintomas urinários obstrutivos (SUO), relacionados ao efeito mecânico da próstata (diminuição do jato urinário, gotejamento terminal, sensação de esvaziamento incompleto) [1].

A bexiga hiperativa é classificada como síndrome de sintomas sugestivos de disfunção do trato urinário baixo. É, especificamente, definida como urgência, com ou sem urge incontinência, usualmente acompanhada de aumento da frequência miccional e noctúria [2].

Falando da incontinência urinária (IU), esta pode encontrar-se associada aos sintomas urinários citados acima. A IU é definida como sendo uma queixa de qualquer perda (saída involuntária) de urina [3].

De acordo com os sintomas pode ser classificada em três tipos principais: incontinência urinária de esforço ocorre perda involuntária de urina durante o esforço, exercício, ao espirrar ou tossir; a urge-incontinência, perda involuntária da urina acompanhada precedida por urgência; e incontinência urinária mista, quando há queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços [2].

No homem é frequente a presença de IU após a ressecção transuretral da próstata (RTU) e a prostatectomia radical (PTR), utilizadas no tratamento do câncer da próstata [4].

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) e esfínteres mostram-se alterados em sua funcionalidade no período pós-operatório e por esta razão devem ser treinados para recuperar a sua função. Em 1948, Arnold Kegel preconizou exercícios para os MAP, também conhecidos por períneo, para aumentar a resistência uretral, promover o controle urinário, realizar a conscientização da existência e da função destes músculos. O treinamento dos MAP consiste nas contrações voluntárias repetitivas, que aumentam a força muscular e a continência pela atividade do esfíncter uretral, promoção de suporte do colo vesical, estimulando contrações reflexas desses músculos durante as atividades diárias que geram estresse [5,6].

Atualmente se mostram escassos estudos que abordam tratamento fisioterapêutico para as alterações miccionais masculinas, particularmente a propostas de tratamentos em grupo para pacientes homens com SUI e SUO. Sendo assim, este estudo investigativo buscou elucidar a influência da intervenção fisioterapêutica em um grupo de pacientes masculinos portadores de SUI e SUO.

Material e métodos

Este estudo apresenta um delineamento qualitativo, de pesquisa de campo e exploratório. Foi desenvolvido no Ambulatório de Fisioterapia do Centro de Saúde IAPI, localizado em Porto Alegre/RS. O grupo participante do estudo

apresentou um caráter intencional e foi constituído por homens com idade entre 62 a 85 anos, portadores de SUI e SUO que recebiam atendimento fisioterapêutico no grupo denominado "Grupo de Reeducação Perineal Masculino". O critério para delimitar o número de participantes foi o de saturação, previsto nos estudos do tipo qualitativo. Foram excluídos deste projeto os pacientes portadores de déficits cognitivos e neurológicos.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução normativa no. 196/96. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre pelo parecer número 364. A identidade dos participantes foi preservada neste estudo, por esta razão todos foram identificados por letras.

O grupo realizava dois encontros semanais, com duração de 60 minutos cada. As atividades propostas durante os atendimentos consistiam em noção básica de anatomia e exercícios de reeducação para os MAP utilizando diversas posições e tipos de contração.

As informações foram coletadas de forma individual e em grupo (diário de campo) por meio de dados retrospectivos (análise dos prontuários) e prospectivos (após o término de 15 atendimentos de Fisioterapia), sendo eles: questionário ICI-QSF [7], entrevista de reavaliação (criada pelas pesquisadoras), escala análoga visual adaptada para influência da reeducação perineal nos sintomas miccionais e avaliação fisioterapêutica dos sintomas miccionais.

Todas as entrevistas foram gravadas no aparelho celular Nokia N95 e transcritas para o programa Microsoft Word para posterior análise e categorização. Além disso, foi utilizado o recurso do diário de campo para registrar informações e percepções que as pesquisadoras observaram durante atividades gerais em grupo.

Todos estes instrumentos foram aplicados de forma individual, em dia e horário pré-estabelecido, conforme possibilidade dos participantes.

As informações coletadas foram analisadas por meio da técnica denominada análise de conteúdo de Bardin [8]. O material empírico foi categorizado a partir da triangulação entre os achados de campo, objetivos almejados pelo estudo e referencial teórico utilizado.

Resultados e discussão

Perfil da amostra e disfunções miccionais presentes

Participaram do estudo 6 homens com idade variando entre 62 e 85 anos (média de 72,1 anos), destes, 33,3 % (2) apresentavam SUI e 66,6 % (4) SUO.

Dos 6 participantes do estudo, 50 % (3) realizaram PTR, dentre estes, o tempo que realizaram a cirurgia até o momento da avaliação inicial, variou de dois a vinte e quatro meses,

sendo a média de 10,6 meses; sendo 33,3 % (1) há dois meses, 33,3 % (1) há seis meses e 33,3 % (1) há vinte e quatro meses.

Em geral, o grupo apresentou uma melhora nas disfunções miccionais após os 15 atendimentos de Fisioterapia, como demonstra a Tabela I.

Tabela I - Disfunções miccionais pré e pós-tratamento de Fisioterapia

Disfunções Miccionais	Pré-tratamento	Pós-tratamento
Perde antes de iniciar a urinar	3 (50%)	0 (0%)
Sensação de esvaziamento incompleto	5 (53,3%)	3 (50%)
Perde após urinar	3 (50%)	1 (16,6%)
Gotejamento pós-miccional	2 (33,3%)	4 (66,6%)*
Enurese noturna	4 (66,6%)	0 (0%)
Jato começa e recomeça	3 (50%)	1 (16,6%)
Disúria	1 (16,6%)	2 (33,3%)
Esforço para urinal	1 (16,6%)	2 (16,6%)
Sem força de jato	2 (33,3%)	4 (66,6%)*
Frequência	3 (50%)	0 (0%)
Noctúria	3 (50%)	2 (33,3%)

* Esse aumento se deve ao participante do grupo ter apresentado estenose uretral no período de tratamento.

Observou-se significativa melhora nas disfunções miccionais presentes entre os participantes, confirmando o que demonstram vários estudos, que a cinesioterapia é eficaz quanto à redução dos sintomas urinários, tais como a diminuição da perda urinária devido ao aumento da força de contração da musculatura pélvica, aumento do intervalo entre as micções e consequentemente diminuição da frequência urinária, diminuição do grau de IU [9].

Conhecimento sobre a IU e opções de tratamento

Observou-se que dos 6 participantes somente 16,6 % (1) conhecia o tratamento da Fisioterapia para a reeducação perineal (RP), pois havia recebido atendimento pós prostatectomia radical (PPTR) e acabou desistindo por não ter obtido resultado naquele momento. Os outros 83,3 % (5) conheceram o tratamento a partir da inserção no grupo. Quanto aos pacientes que realizaram PTR 66,6 % (2) faziam uso de forro de proteção para a IU, confeccionado por eles mesmos e 33,3 % (1) fazia uso de coletor externo de urina. Nenhum destes foi orientado no pós-cirúrgico sobre os diversos dispositivos para a IU existentes, como coletor externo de urina e absorvente masculino. Esta situação foi vivenciada por ATT, de 62 anos, que afirmou: "Quando eu cheguei aqui estava usando toda aquela parafernália (referindo-se ao coletor externo de urina), que eu tive que descobrir por minha conta aqui no Postão".

Outra queixa relatada pelos pesquisados foi a falta de

indicação e orientação para procurar o atendimento da Fisioterapia no PPTR. Isto ocorre mesmo sabendo-se que a RP através da cinesioterapia para fortalecimento do músculo elevador do ânus deve ser considerada como a primeira opção no tratamento da IU PPTR [10].

Apesar de toda comprovação científica da contribuição da assistência fisioterapêutica, principalmente no PPTR, percebeu-se neste estudo desconhecimento dos participantes em relação a esta assistência.

Talvez possamos supor que "Há necessidade de uma cooperação maior entre urologistas, ginecologistas e fisioterapeutas. Os fisioterapeutas são especializados no aprendizado e controle motores e no treinamento muscular geral. No entanto, talvez não tenham conhecimento suficiente em ginecologia, urologia ou na função do assoalho pélvico. Portanto, cursos especiais deveriam ser criados para que esses especialistas aprendessem uns com os outros." [11].

Interferência dos SUI e SUO na vida sexual e social dos participantes do grupo

Esta categoria diz respeito à interferência dos SUI e SUO na vida social e sexual dos participantes, para isto usamos nas comparações a avaliação fisioterapêutica pré e pós-tratamento, além do Questionário ICIQ-SF.

Segundo a análise dos prontuários, na avaliação fisioterapêutica pré-tratamento, quanto à vida sexual, 100% (6) dos participantes relataram como sendo esta inativa no momento da avaliação; sendo a PTR aparentemente responsável por essa situação em 50% (3), nos outros 50% (3) esta inatividade foi relatada pelos mesmos como sendo devido à idade mais avançada. Já 33,3% (2) dos participantes relataram que deixavam de visitar amigos e parentes devido à IU.

A IU interfere na saúde física e mental do paciente, pois o odor e os danos que ela causa vão de encontro com a dificuldade de integração social, levando o indivíduo ao isolamento, depressão e a perda da autoestima; em suma, comprometendo negativamente a sua qualidade de vida [12].

Analisando a avaliação fisioterapêutica pós-tratamento dos 6 participantes no que se refere à vida sexual nada se modificou. Já os 2 participantes que deixavam de visitar amigos e parentes devido à IU relataram ter passado a realizar isto normalmente como antes da cirurgia, conforme relatou PLE, 62 anos, em um dos atendimentos, mostrando-se entusiasmado com sua conquista, onde falou que estava com dor nas pernas, pois tinha saído para dançar no final de semana.

Os resultados que encontramos sobre a vida sexual dos 3 participantes PPTR confirma que no homem a IU e a impotência sexual decorrente da PTR são vividas dramaticamente colocando sua masculinidade e virilidade em questão, fato que atinge uma porcentagem que varia em torno de 30% [13]. Isto nos faz pensar nos pressupostos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) [14] que ressalta que há necessidade de se cuidar da qualidade de vida

dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e IU.

Influência da RP nos SUI e SUO presentes no grupo

Para verificar a influência da RP nos SUI e SUO fizemos uso da EAV (Escala Análoga Visual) adaptada, onde 1 se referia a nenhuma influência e 10 grande influência. Com relação aos resultados da EVA, 40 % (2) pontuaram 8; 20 % (1) pontuaram 9; e 20% (1) pontuaram 10 para a influência da reeducação perineal nos SUI e SUO.

Observa-se que a RP, neste estudo, mesmo realizada em grupo, teve influência positiva na melhora dos pacientes, confirmado por seus relatos. Este achado confirma os estudos realizados desde 1970 na Suécia, onde a RP começou a ser reconhecida e desde então tem sido tema de vários congressos nacionais e internacionais, sendo sugerida como primeira opção de tratamento a ser proposto para a população incontinente [6].

Percepção dos participantes do trabalho em grupo

Em relação ao que acharam da ideia do tratamento em grupo para a RP, as respostas nos demonstraram que 83,3 % (5) dos participantes acharam positiva a ideia do tratamento em grupo. O participante ATT, 63 anos, comentou:

“Achei ótima, porque a gente não fica inibido, acaba ajudando os outros parceiros que têm o mesmo problema. E ajuda muito, porque sem isso acho que eu não estaria como estou hoje (...)”.

O participante ATA, 64 anos, relatou: *“(...) houve um entrosamento com o grupo (...) um praticamente auxiliava o outro (...) até hoje o ATT me telefona, (...) criou uma amizade no grupo (...) vocês tiveram essa capacidade de fazer no meio do problema, que todos nos sentíssemos quase como uma família”.*

Estes achados corroboram com o que as diretrizes da PNAISH [14] preconizam dizendo que se faz necessário “reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados” [14].

Acreditamos que no trabalho com este grupo foi criado um *espaço masculino* onde os participantes além da aceitação do trabalho de grupo foram capazes de sentir-se em um ambiente definido como “quase familiar”, com a facilidade do diálogo livre e aberto com outros iguais.

Quando questionamos os pacientes se eles haviam se sentido, em algum momento, constrangidos frente às pesquisadoras

ou frente aos colegas do grupo, foi possível perceber que este sentimento não se fez presente, como nos respondeu com outra pergunta AA, 85 anos: *“Vocês deixam a gente ficar com vergonha? Nunca”.* Isto foi muito importante de se observar, porque percebemos que fomos capazes, mesmo sendo mulheres, de transmitir aos participantes do grupo segurança no nosso propósito dentro do grupo. Assim confirmou ATA, 64 anos: *“De maneira nenhuma, vocês se portaram assim com profissionalismo, com carinho com a gente (...)”.* E também LB, 85 anos: *“(...) A esta hora não estou mais com vergonha de nada (...) se fosse misturado com mulher e homem talvez fosse diferente (...)”.*

Mesmo os participantes não tendo demonstrado constrangimento perante o grupo, sabemos que falar sobre IU e também disfunção erétil, as quais se fazem presentes depois da PTR, acabam sendo temas extremamente delicados de serem abordados, pois eles são capazes de fragilizar esta população como percebemos no relato de PLE, 62 anos: *“Não, porque desde a primeira vez que eu fiz entrevista ela (referindo-se a pesquisadora) foi bem franca comigo, e eu me abri também dos meus problemas (...)”.*

Sabe-se que os estereótipos de gênero estão enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal os quais potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. Ademais, a doença é considerada como sinal de fragilidade, o homem não a reconhece como inerente à sua própria condição biológica [14]. Julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo se expõe mais às situações de risco [15-18].

Já em outro depoimento ATT, 63 anos, nos disse: *“(...) As fisioterapeutas são desinibidas e ensinam a gente a perder esse constrangimento, inclusive dando uma aula de anatomia sobre os conhecimentos técnicos que a gente tem da parte urológica”.*

Esta fala demonstra e confirma que cabe ao fisioterapeuta, bem como à equipe interdisciplinar, informar, explicar e conscientizar sobre a função vesical e os hábitos miccionais, isto é, dar visibilidade à IU e desta forma abrir espaço para que se possa falar da IU sem medo e vergonha. Essa conscientização deveria começar no homem ao mesmo tempo em que se iniciam as prevenções do câncer de próstata, contribuindo assim para a prevenção das disfunções [19,20].

Questionados sobre a proposta do tratamento em grupo para a RP ter o mesmo resultado de um atendimento individual, obtivemos 50 % (3) de respostas positivas, como relatou ATT, 63 anos: *“Acho que até inicialmente dificulta mais, porque certas pessoas são inibidas, mas ali depois (...) vai se interagindo, e vai se encorajando em fazer esse trabalho”.* E PLE, 62 anos, disse: *“(...) no grupo é melhor, que quando se aprende e se perde, fica copiando pelo outro que está do lado (...)”.*

Já os outros 50% (3) não demonstraram muita certeza em suas respostas, pois alegaram nunca ter realizado o tratamento individualmente como disse ATA, 64 anos: *“Eu não posso te afirmar, porque eu nunca fiz individual, eu já parti pro grupo (...) não teria como avaliar essa parte, porque eu nunca fiz individualmente.”*

Dos seis participantes, somente um teve experiência de realizar o atendimento de forma individualizada. Quando questionados sobre sua percepção do trabalho realizado em grupo, foi consenso entre eles terem uma excelente aceitação sobre esta proposta de trabalho. Isto confirma que a prática da terapia em grupo apresenta um acentuado crescimento em nossa realidade. O panorama atual revela uma multiplicidade de intervenções terapêuticas em grupo nos mais variados contextos e evidencia a crescente aceitação dessa prática entre os profissionais e entre os próprios pacientes [21,22].

Sabe-se que terapias em grupos em pacientes com narcolepsia, epilepsia, fisioterapia em grupo para pacientes hemiplégicos, HIV positivos sem sinais clínicos, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade mostraram-se eficazes na recuperação destes indivíduos, porque “o atendimento em grupo facilita o paciente a descobrir que ele faz parte de um grupo de indivíduos com problemas específicos e que, com estes, compartilha suas dificuldades, sintomas e problemas familiares. Em países de poucos recursos – como o nosso – este último tipo de tratamento é o mais indicado, já que otimiza a utilização de recursos financeiros e profissionais que são geralmente escassos [23].”

Troca de experiências e convívio em grupo

Os relatos coletados nos confirmaram que a terapia em grupo oferece ao paciente a oportunidade de sentir que não está isolado e que não é o único a ter problemas, de revelar com segurança seus sentimentos através de modelos, apoio dos outros e de ser capaz de descobrir problemas individuais ouvindo e compreendendo os demais participantes. Assim, o paciente aprende a aceitar, de forma mais apropriada, os estímulos sociais, utilizando-os construtivamente [24]. Assim relatou LB, 85 anos: “(...) a gente, além de ter a sua história, vê também as histórias dos outros (...) em grupo aí posso ver os outros como se comportam como que é, como não é então estando sozinho está mais perdido”. Em um dos atendimentos completou sua fala acima dizendo ao grupo que ali estavam todos no mesmo barco.

Já ATT, 63 anos foi veemente em sua resposta: “Foi muito importante. Tanto é que eu tenho sempre tentado nunca falhar nenhuma aula (...) tudo que eu estou fazendo o médico (...) está aprovando. Inclusive pedi que mandasse gente pra cá (...) porque sem esse tratamento, acho que a pessoa fica assim sem uma perspectiva na vida, achando que aquilo é eterno, que não tem mais cura. É muito bom!”. Nesta fala o participante usou as palavras “perspectiva na vida” para descrever o que, no seu caso, sentia antes de conhecer o tratamento no grupo mostrando que teve desta maneira a oportunidade de mudar seu pensamento, acrescentar em sua vida uma esperança de melhora e se tornar assim um multiplicador do trabalho realizado no grupo. Foi este participante que durante uma conversa informal no ônibus no momento que ia para o atendimento, convidou PLE, 62 anos para fazer parte do grupo também.

Graças a isto PLE, 62 anos ingressou no grupo e pôde nos relatar: “(...) Pra mim tá muito bom. Não tem outro comentário a fazer, a não ser pelo jeito que vocês tratam a gente (...) procuraram explicar bem. E a gente que tá precisando também tem que prestar bem atenção no que vocês tão falando (...)”.

Dois participantes falaram sobre o papel das pesquisadoras, ATA, 64 anos, disse: “(...) vocês estimularam todo o tempo pra que a gente trocasse ideias (...) houve um estímulo muito grande em trocas de experiências entre nós.” Já NB, 74 anos, relatou: “Conhecemos uns aos outros (...) o grupo é formidável (...) a gente já pensa em voltar na próxima vez, aqui é muito agradável (...)”.

Estas falas nos mostram que está nas mãos dos fisioterapeutas que conduzem o trabalho em grupo o sucesso do convívio, permitindo a troca de experiências entre os participantes como parte integrante do processo de cura. O estímulo e capacidade que o terapeuta do grupo deve ter para poder conduzi-lo são primordiais, porque dependendo da forma com que o terapeuta conduz a sessão, o ritmo torna-se dinâmico e alegre ou monótono e repetitivo. Além disso, o fisioterapeuta de um grupo deve ter a capacidade de agregar várias pessoas ao mesmo tempo, respeitando o limite de cada uma, tornando o ambiente saudável e não competitivo [23].

Conclusão

Inúmeros estudos abordam a temática da IU feminina principalmente devido ao aumento da expectativa de vida dos idosos, mas assim como as mulheres os homens sofrem com a IU, principalmente os que realizaram PTR, porém a busca pelo tratamento ainda se mostra incipiente como constatamos no decorrer do estudo. Sendo assim, a Fisioterapia Urológica inserida dentro dos Postos de Saúde, seguindo modelos de trabalho como o nosso ou outros modelos, é capaz de ser promotora tanto do tratamento, educação e promoção da saúde para os homens com IU e quem sabe até podendo trabalhar a prevenção desta através de novas abordagens.

Os resultados foram muito positivos neste contexto, visto que os pacientes mostraram uma boa aceitação e adesão à proposta terapêutica, além de se tornarem multiplicadores do trabalho desenvolvido.

Com certeza este resultado é possível de ser reproduzido em outros Centros de Saúde, na medida em que o estudo demonstrou que a realização da Fisioterapia em grupo é uma modalidade terapêutica viável ao tratamento dos SUI e SUO, por se mostrar um tratamento de baixo custo e apresentar resolutividade em curto espaço de tempo, tanto físicos como psicossociais.

Referências

1. Wroclawski ER. Guia prático de urologia. Rio de Janeiro: Segmento Farma; 2003.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation

- sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61:37-49.
3. Oliveira RP, Pires CR, Rodrigues PRT. Padronização da terminologia em disfunção do trato urinário inferior e em procedimentos urodinâmicos. In: Bruschini H, D'Ancona CAL, Lima CLM, editores. Reunião do consenso de disfunções urinárias. Rio de Janeiro: Expressão & Arte Gráfica; 2005. p. 173-85.
 4. Matheus WE, Ferreira U, D'Ancora CAL. Incontinência urinária no homem adulto. Princípios básicos de urodinâmica. São Paulo: Atheneu; 1995. p. 65-72.
 5. Moreno A. Fisioterapia em uroginecologia. São Paulo: Manole; 2004.
 6. Grosse D, Sengler J. Reeducação perineal. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2002.
 7. Tamanini JT, Dambros M, D'Ancona CA, Palma PC, Rodrigues Netto NJR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):438-44.
 8. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. 70: Lisboa; 2004.
 9. Kubagawa LM, Pellegrini JRF, Lima VP, Moreno AL. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. *Rev Bras Cancerol* 2006;52(2):179-83.
 10. Kakiyama CT. Cinesioterapia na redução da incontinência urinária de pacientes pós-prostatectomizados. *Fisioter Bras* 2003;4(4):265-70.
 11. Bo KO, D'Ancora CAL, Netto JNR. Tratamento Clínico da Incontinência Urinária. *Aplicações Clínicas da Urodinâmica*. São Paulo: Atheneu; 2001.
 12. Feldner Júnior PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat ED, et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *RBGO* 2002;24(2):87-91.
 13. Serment G, Gannerre M, Aandrai J. Incidence de la grossesse sur la vessie et de l'urètre. Etude prospective. *Ann Urol* 1985;19:53-6.
 14. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Projetos e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 15. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, eds. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.
 16. Schrauber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(1):7-17.
 17. Sabo D. O estudo crítico das masculinidades. In: Adelman M, Silvestrin CB, eds. Coletânea gênero plural. Curitiba: UFPR; 2002. p. 33-46.
 18. Bonzon M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
 19. Morkver SIV. Urinary incontinence during pregnancy and after delivery: effect of pelvic floor muscle training in prevention and treatment. Norway: NTNU; 2003.
 20. Berghmans B. International Continence Society Educational Course. Physical therapy in stress urinary incontinence. São Paulo; 2006.
 21. Birman J, Costa JF, Amarante P. Organização das instituições para uma reforma comunitária. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FioCruz; 1994. p.41-72.
 22. Guanaes C, Japur M. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico. *Psicol Reflex Crít* 2001;14(1):191-9.
 23. Carvalho AC, Vanderlei LCM, Bofi TC, Pereira JDAS, Nawa VA. Projeto hemiplegia - um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos. *Arq Ciênc Saúde* 2007;14(3):161-8.
 24. Bechelli LPC. Terapia de grupo em consultório. *J Bras Psiquiatr* 1988;37(5):251-5.
-