

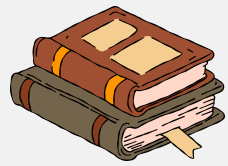
ATUALIZAÇÕES EM

Reabilitação Miccional na Síndrome Geniturinária da Menopausa

*O QUE TODO FISIOTERAPEUTA PÉLVICO PRECISA
SABER PARA OTIMIZAR RESULTADOS CLÍNICOS*



EBOOK - GUIA PRÁTICO



Índice

- Apresentação da Autora
- Conceito e Fisiopatologia
- Avaliação Fisioterapêutica
- Pad Test, Diário Miccional e Estudo Urodinâmico
- Terapia Comportamental e Educação Miccional
- Cinesioterapia e Treino Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP)
- Biofeedback
- Eletroterapia
- Tecnologias Adjuntas
- Checklist Clínico: o que não pode faltar na avaliação da paciente com SGM
- Para continuar sua atualização científica
- Referências Bibliográficas

EBOOK + GUIA PRÁTICO

Dra. Brunna Venâncio

Fisioterapeuta especializada em saúde da mulher e em disfunções do assoalho pélvico, com atuação clínica e acadêmica voltada à reabilitação uroginecológica e sexual.

Neste e-book você encontrará uma síntese atualizada, prática e embasada, sobre como atuarmos no trato urinário inferior em mulheres na pós-menopausa, no contexto da Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM).



Por que esse tema importa?

A expectativa de vida das mulheres tem aumentado, e muitas passam por décadas em pós-menopausa, o que torna a SGM uma questão relevante de qualidade de vida.

CLINICAL

Genitourinary syndrome of menopause

Elizabeth Farrell AM

As alterações hormonais, anatômicas e neuromusculares que acompanham a menopausa afetam não apenas a genitália, mas também bexiga, uretra e assoalho pélvico.

EBOOK + GUIA PRÁTICO

Como fisioterapeutas pélvicos, temos um papel estratégico: podemos atuar de forma conservadora, com baixo risco, complementando ou integrando tratamentos médicos.

Este e-book é seu guia rápido para compreender a fisiopatologia, identificar manifestações miccionais, realizar avaliação eficiente e aplicar estratégias terapêuticas atuais, para que você possa oferecer intervenções mais eficazes no consultório.

Conceito e Fisiopatologia da SGM

✔ DEFINIÇÃO

A Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM) é definida como um conjunto de sinais e sintomas associados à diminuição dos esteroides sexuais, principalmente do estrogênio, que afetam o trato genital e urinário inferior, resultando em alterações anatômicas, funcionais e histológicas nesses tecidos.

Ela engloba manifestações como:

- Secura;
- Ardor;
- Dispareunia;
- Urgência urinária;
- Incontinência e
- Infecções recorrentes

(Faubion et al., 2022)

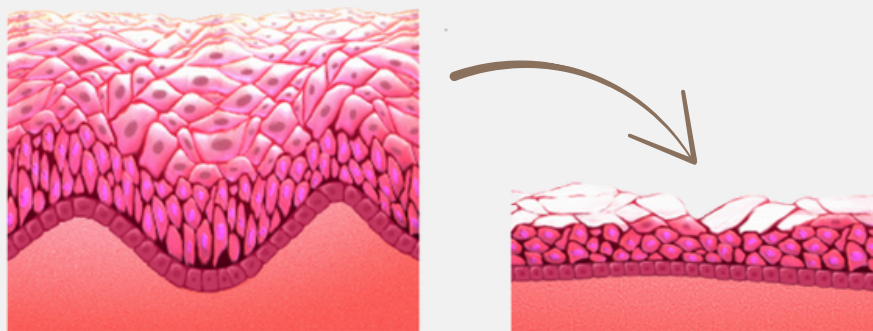
✓ FISIOPATOLOGIA


A fisiopatologia da SGM envolve a **redução da estimulação estrogênica** sobre os receptores presentes no epitélio vaginal, uretral e vesical, ocasionando **atrofia epitelial, diminuição da vascularização local, redução da elasticidade e perda da espessura tecidual**. Essas alterações comprometem o pH vaginal, aumentam a suscetibilidade a infecções e reduzem a resistência uretral, favorecendo sintomas urinários.

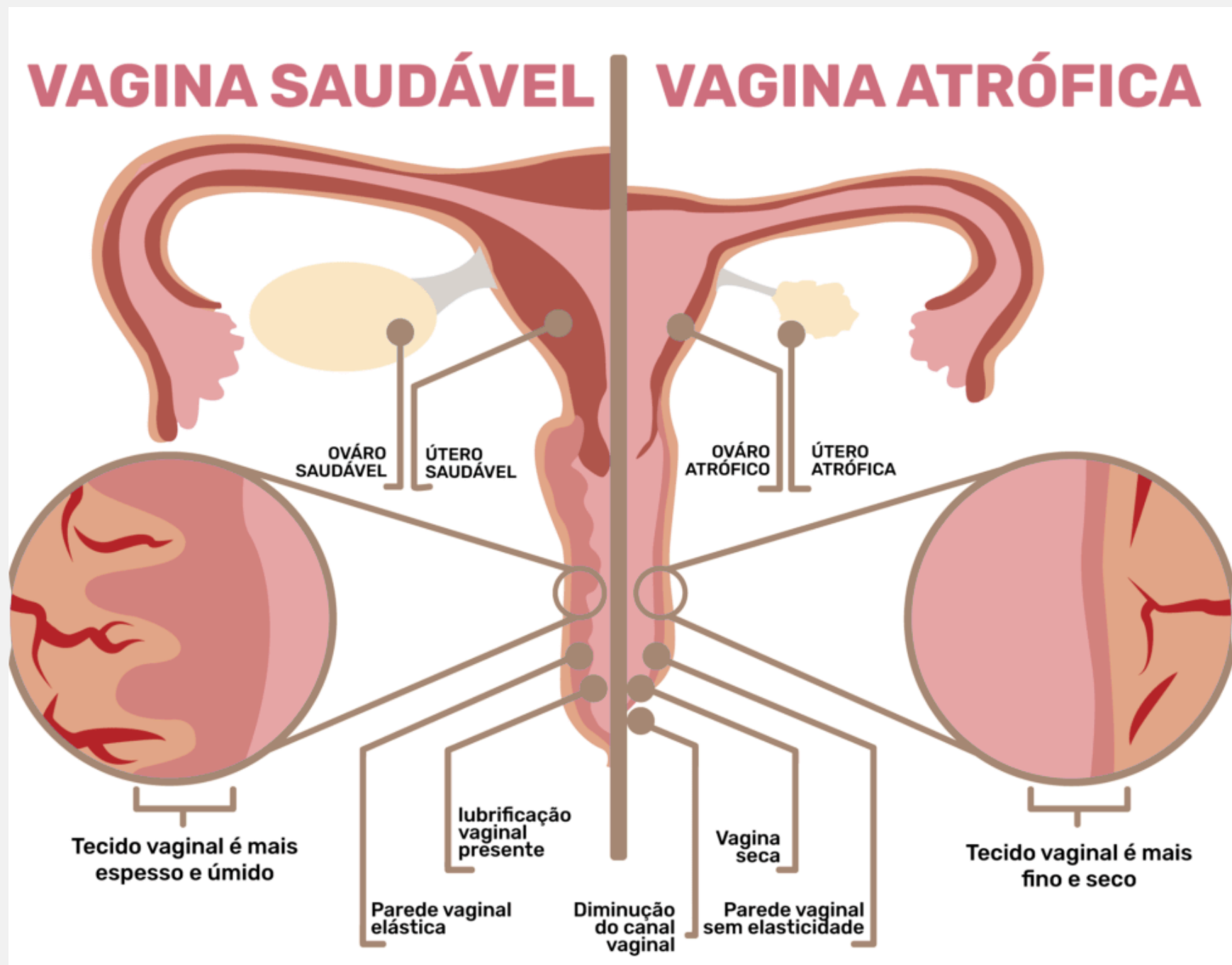
(Portman & Gass, 2022)

Além da deficiência hormonal, fatores como envelhecimento tecidual, partos prévios, cirurgias pélvicas e alterações do colágeno também contribuem para o quadro, reforçando o caráter multifatorial da síndrome.

(Kingsberg et al., 2022)



 A REDUÇÃO DOS ESTROGÊNIOS APÓS A MENOPAUSA LEVA AO AFINAMENTO DA MUCOSA VAGINAL, À PERDA DE ELASTICIDADE E À DIMINUIÇÃO DA LUBRIFICAÇÃO — ALTERAÇÕES CONHECIDAS COMO ATROFIA VAGINAL, UM DOS SINAIS DA SGM

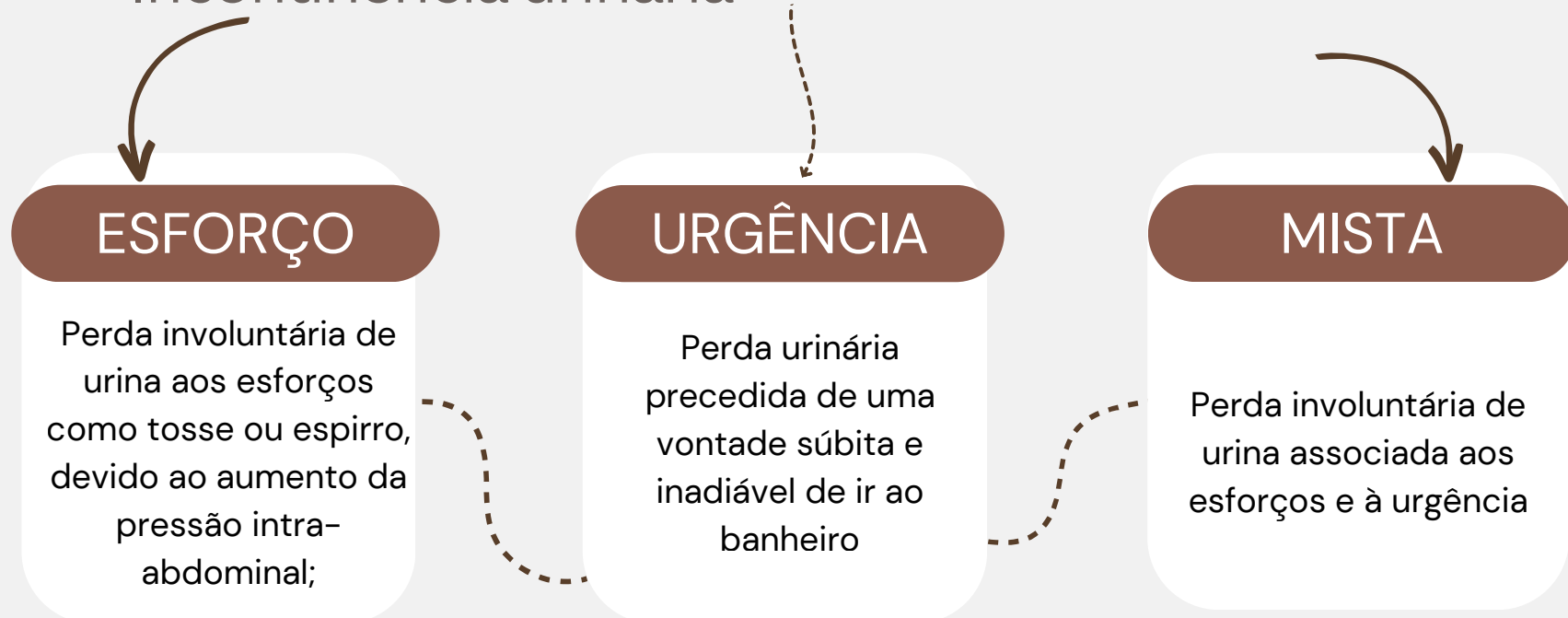


Após a menopausa, essas modificações estruturais e funcionais se tornam progressivas e cumulativas, afetando de forma significativa a qualidade de vida e o bem-estar urogenital das mulheres.

✓ 🍯 PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES MICCIONAIS

No contexto da SGM, as pacientes podem apresentar um ou mais dos seguintes sintomas ligados à função miccional — e cabe à fisioterapia pélvica reconhecê-los e integrá-los à avaliação:

- Incontinência urinária



- Urgência urinária: *necessidade súbita e incontrolável de urinar.*
- Aumento da frequência miccional diurna ou noturna (noctúria).
- Sensação de esvaziamento incompleto ou micção fracionada.

- Disúria ou sensação dolorosa ao urinar, irritação vesical e uretral.
- Relação com disfunção sexual: *secura vaginal, desconforto, diminuição da lubrificação que podem interferir não só no ato sexual mas na função miccional.*

Esse panorama reforça que, na pós-menopausa, a queixa miccional frequentemente não é isolada — integra um contexto geniturinário amplo. Estudos indicam que a prevalência da SGM varia entre 27 % e 84 % nas mulheres pós-menopáusicas, o que evidencia a magnitude do impacto clínico.

(Kingsberg et al., 2020)

O fisioterapeuta pélvico deve estar atento ao conjunto de sinais e sintomas, e não apenas à incontinência ou à urgência isoladamente.

✓ ABORDAGEM CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL

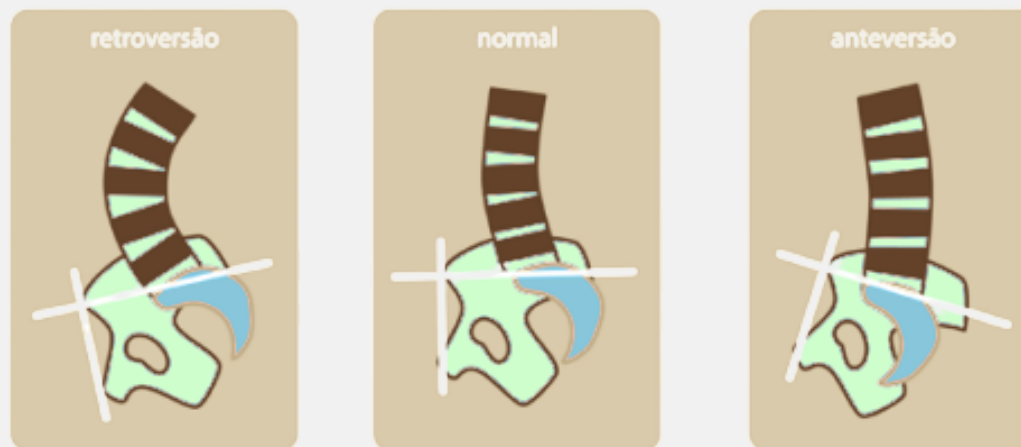
A avaliação fisioterapêutica na SGM deve ser sistemática, abrangendo histórico clínico, sintomas urogenitais, funcionalidade do assoalho pélvico e impacto na qualidade de vida.

A triagem inicial deve incluir:

- Histórico clínico detalhado: identificação de sintomas urinários, ginecológicos e sexuais.
- Questionários validados: como o ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*) para incontinência urinária e o FSFI (*Female Sexual Function Index*) para função sexual.

ICIQ-SF										
Nome do Paciente: _____	Data hoje: _____									
Muitas pessoas perdem urina algumas vezes. Estamos tentando descobrir em relação a perda de urina o quanto isso as aborrece										
1ª Data de Nascimento: _____										
2ª Sexo: () Feminino () Masculino										
3ª Com qual frequência você perde urina? (assinale uma resposta)										
0() Nunca										
1() Uma vez por semana ou menos										
2() Duas ou três vezes por semana										
3() Uma vez ao dia										
4() Diversas vezes ao dia										
5() O tempo Todos										
4ª Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)										
0() Nenhuma										
2() Uma pequena quantidade										
4() Uma moderada quantidade										
6() Uma grande quantidade										
5ª Em geral Quanto que a perda de urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interfere										interfere muito
6ª Quando você perde urina? (Assinale todas as alternativas que se aplicam a você)										
() Nunca										
() Perco antes de chegar ao banheiro										
() Perco quando tusso ou espirro										
() Perco quando estou dormindo										
() Perco quando estou fazendo atividade físicas										
() Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo										
() Perco sem razão óbvia										
() Perco o tempo todo										
ICIQ Escore: Soma dos resultados 3ª+4ª+5ª:										
OBRIGADO POR RESPONDER ESSE QUESTIONARIO										

- Exame físico: inspeção e palpação com avaliação funcional do assoalho pélvico e presença de pontos gatilho.
- Inspeção geral e avaliação postural: testes para avaliar estabilizadores lombopélvicos



AVALIAÇÃO POSTURAL:
IMAGEM DA PELVE EM RETROVERSÃO, NORMAL E ANTEROVERSÃO

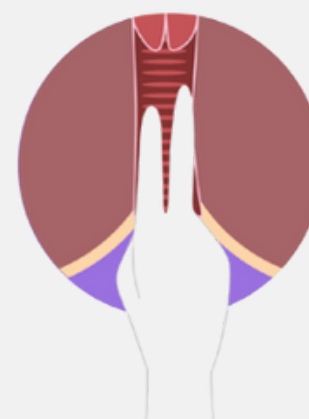
A aplicação desses instrumentos permite uma compreensão abrangente do quadro clínico, orientando a escolha das intervenções terapêuticas mais adequadas

Viana et al. (2021) destacam a importância da avaliação funcional da incontinência urinária, realizada pelo fisioterapeuta, que inclui anamnese e medições, intervenção e avaliação final da paciente.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO ASSOALHO PÉLVICO

POSICIONAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> SUPINO COM MMI SOBRE ROLO DE SUPORTE <input checked="" type="checkbox"/> SUPINO COM MMII SEM SUPORTE <input type="checkbox"/> SUPINO () LITOTOMIA () DECÚBITO LATERAL () DE PÉ	
INSPEÇÃO		
CONTROLE (CONTRAÇÃO) (B7608)	() AUSENTE () PRESENTE	
PALPAÇÃO		
NÚMERO DE DEDOS	() 1 () 2	
FUNÇÃO PROPRIOCEPTIVA(B260)	() SIM () NÃO	
DOR (B28018) (ESCALA NUMÉRICA DE AVALIAÇÃO -ENA - 0 TO 10)	() SIM () NÃO DIREITA: _____ ESQUERDA: _____	
TÔNUS (B7350)	DIREITA <input type="checkbox"/> 1 DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> 2 NORMAL <input type="checkbox"/> 3 ALTO	ESQUERDA <input type="checkbox"/> 1 DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> 2 NORMAL <input type="checkbox"/> 3 ALTO
CONTROLE (CONTRAÇÃO) (B7608)	() AUSENTE () PRESENTE	
CONTROLE (RELAXAMENTO) (B7608)	() AUSENTE () COMPLETO () PARCIAL/LENTO	
REFLEXO DE MOVIMENTO INVOLUNTÁRIO (B755)	() AUSENTE () PRESENTE	
COORDENAÇÃO (B7602)	<input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () PRESENTE <input checked="" type="checkbox"/> ABDOMINAIS () GLÚTEOS <input checked="" type="checkbox"/> ADUTORES () RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
FORÇA (B7300)	ESCALA MODIFICADA DE OXFORD: _____	
RESISTÊNCIA (DURAÇÃO) (B7408)	_____ SEGUNDOS	
RESISTÊNCIA (REPETIÇÕES) (B7408)	_____ VEZES	

POSICIONAMENTO DAS MÃOS NA AVALIAÇÃO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO.



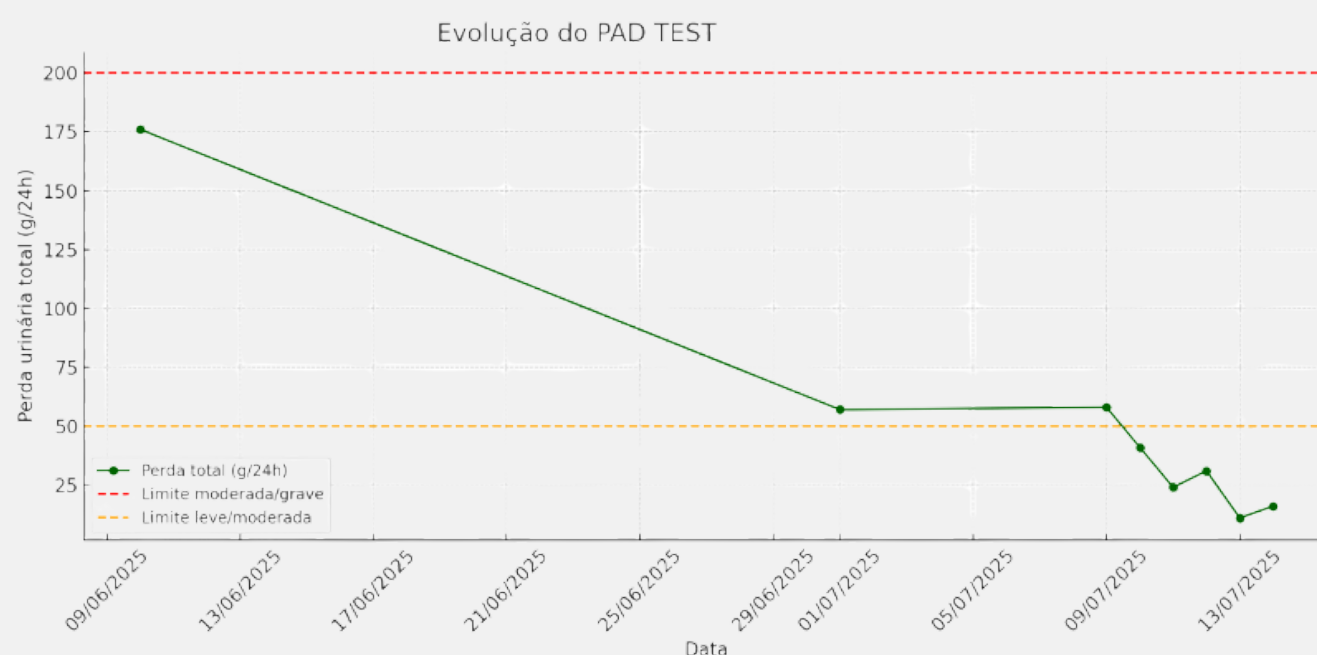
PAD TEST

O Pad Test é um método padronizado para quantificar objetivamente a perda urinária. Consiste na pesagem de um absorvente antes e após atividades padronizadas (como caminhar, tossir e agachar) durante um período de 1 hora ou 24 horas. O ganho de peso do absorvente indica o volume de urina perdido, sendo um importante indicador da gravidade da incontinência urinária.

(Lose et al., 2001)

Evolução do PAD TEST:

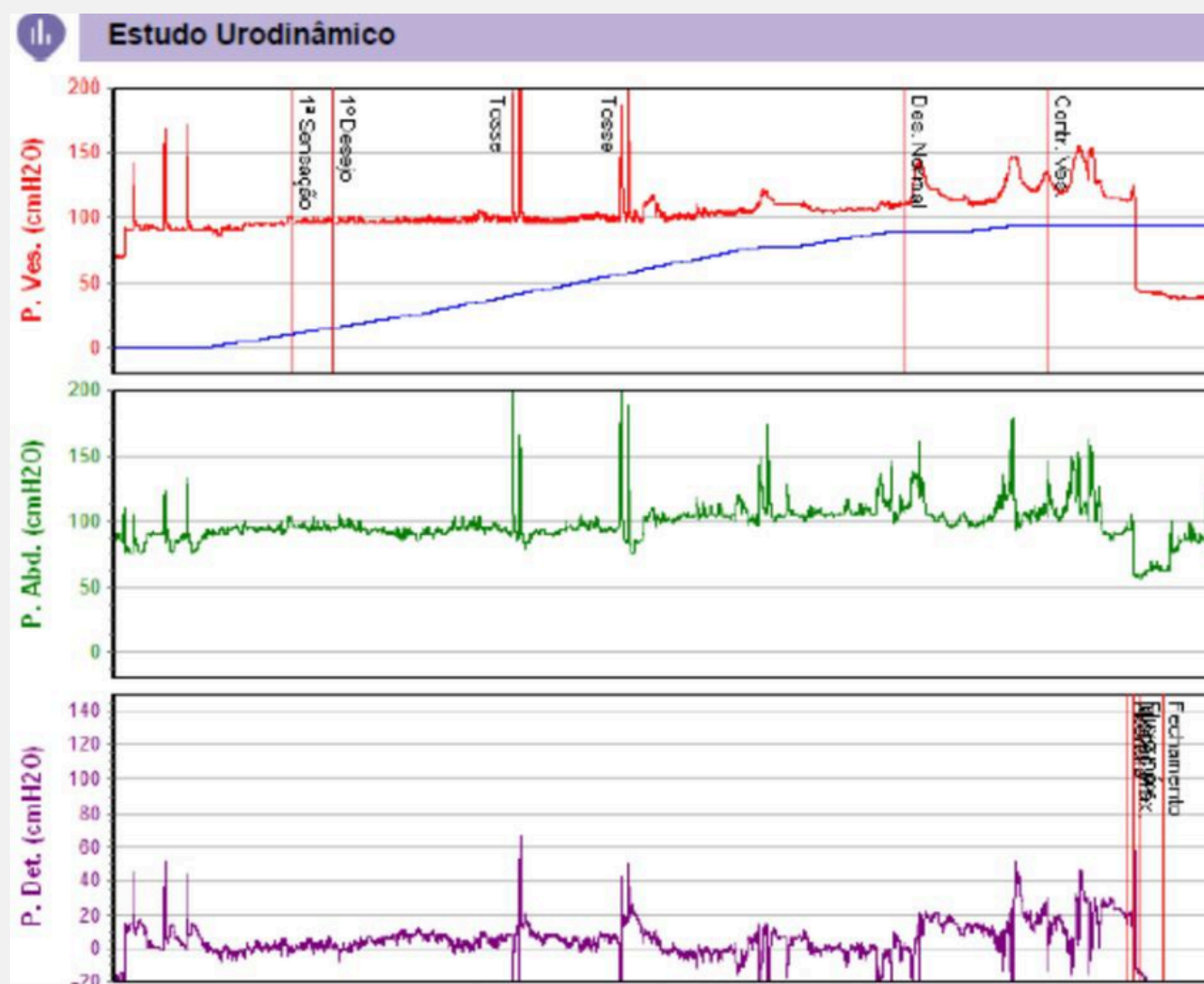
Data	Perda urinária (g/24h)	Interpretação
10/06/2025	176g	Incontinência moderada
01/07/2025*	57g	Incontinência leve



ESTUDO URODINÂMICO

O Estudo Urodinâmico é um exame complementar que avalia a função da bexiga e da uretra durante o enchimento e o esvaziamento vesical. Ele identifica disfunções como bexiga hiperativa, hipoatividade detrusora e incontinência de esforço, permitindo diferenciar os tipos de perda urinária e direcionar o tratamento fisioterapêutico e/ou médico adequado.

(Gormley et al., 2021)



✓ TERAPIA COMPORTAMENTAL E EDUCAÇÃO MICCIONAL

A terapia comportamental visa modificar hábitos e comportamentos relacionados à micção, promovendo o controle urinário e a melhora da qualidade de vida. As principais estratégias incluem:

- Treinamento da bexiga: *aumento progressivo dos intervalos entre as micções para melhorar a capacidade vesical.*
- Controle de ingestão de líquidos: *orientação sobre a quantidade e o momento da ingestão para evitar irritantes vesicais, tais como: cafeína, adoçantes artificiais, frutas ácidas, tomates, chocolates, pimenta e álcool;*



- Educação postural e técnicas de micção: incentivo ao esvaziamento completo da bexiga e à adoção de posturas adequadas durante a micção.

Estudos demonstram que a combinação dessas abordagens resulta em melhorias significativas nos sintomas de incontinência urinária e na qualidade de vida das mulheres pós-menopáusicas.

Pinceli (2014) propõe modificações comportamentais para melhorar a condição dos hábitos desenvolvidos pelas idosas em relação à higiene, educação e controle miccional.

✔️ 🧘 CINESIOTERAPIA E TMAP

O treino muscular do assoalho pélvico (TMAP) é a intervenção de primeira linha para o tratamento da incontinência urinária de esforço e mista. As diretrizes para sua aplicação incluem:

- Contrações voluntárias: *orientadas conforme avaliação a fim de equilibrar a balança capacidade x demanda.*
- Biofeedback: *utilização de dispositivos para fornecer feedback visual ou auditivo, auxiliando na correção da técnica.*
- Estimulação elétrica neuromuscular: *aplicação de estímulos elétricos para promover a contração muscular em casos de ausência de contração voluntária ou fraqueza muscular significativa (1 ou 2 - Escala de Oxford).*

Estudos indicam que o TMAP é eficaz na redução dos sintomas de incontinência urinária e na melhora da função sexual em mulheres pós-menopáusicas.

Costa (2022) conclui que a cinesioterapia pélvica demonstrou ser um método eficaz para o tratamento de incontinência urinária de esforço, embora não haja consenso entre os estudos.



Research, Society and Development, v. 11, n. 5, e51611528647, 2022
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28647>

Eficácia terapêutica da cinesioterapia pélvica em mulheres com incontinência urinária de esforço – Uma revisão integrativa

Therapeutic efficacy of pelvic kinesiotherapy in women with stress urinary incontinence – An integrative review

Eficacia terapéutica de la kinesioterapia pélvica en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo – Una revisión integradora

Recebido: 29/03/2022 | Revisado: 07/04/2022 | Aceito: 08/04/2022 | Publicado: 14/04/2022

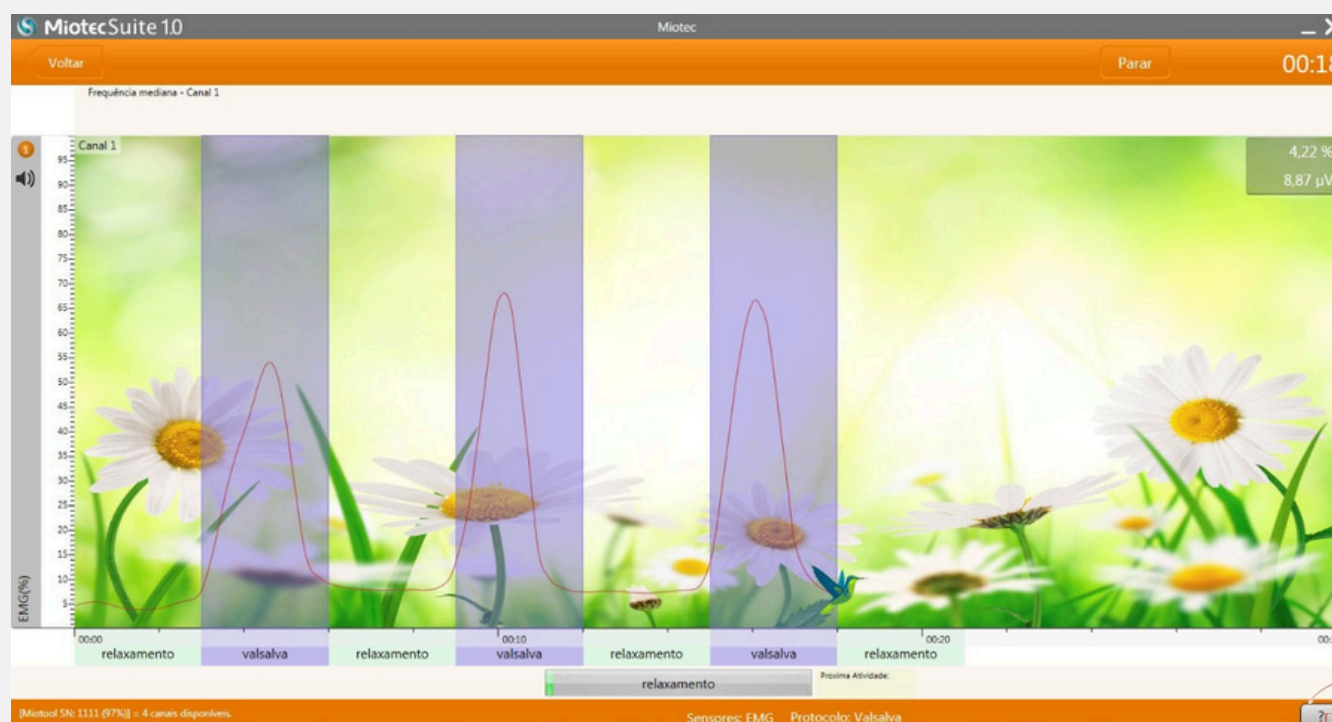
Beatriz dos Santos Costa
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5110-4884>
Escola Superior da Amazônia, Brasil
E-mail: beatriz_santos35@yahoo.com.br

✔ BIOFEEDBACK

O biofeedback é uma técnica que utiliza dispositivos para fornecer informações em tempo real sobre a atividade muscular, permitindo ao paciente aprender a controlar funções fisiológicas.

Na reabilitação do assoalho pélvico, o biofeedback é utilizado para:

- Treinamento da contração muscular: *auxiliando na identificação e fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico.*
- Melhora da coordenação muscular: *promovendo a sincronização entre os músculos do assoalho pélvico e os músculos respiratórios.*



Estudos demonstram que o biofeedback é eficaz na melhora da função do assoalho pélvico e na redução dos sintomas de incontinência urinária em mulheres pós-menopáusicas.

Martins (2024) ressalta a importância do biofeedback como uma opção eficaz e não invasiva para o tratamento da incontinência urinária em mulheres na menopausa



Curso de Fisioterapia Artigo de Revisão

USO DO BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA
USE OF BIOFEEDBACK IN THE TREATMENT OF FEMALE URINARY INCONTINENCE

Leticia Bruna Alves Martins¹, Helmorany Nunes de Araújo²
1 Aluna do Curso de Fisioterapia
2 Professora Mestra do Curso de Fisioterapia

✔ ⚡ ELETROTERAPIA

A eletroterapia é uma modalidade terapêutica que utiliza correntes elétricas para estimular os músculos do assoalho pélvico, promovendo a contração muscular e a melhora da função.

As indicações clínicas e parâmetros incluem:

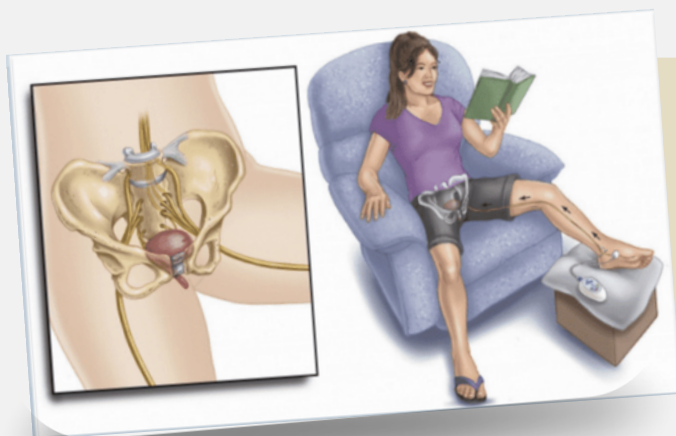
INDICAÇÃO CLÍNICA: FRAQUEZA MUSCULAR DO AP

PARÂMETROS:
TIPO DE CORRENTE: TENS
FREQUÊNCIA: 50-100 HZ
LARGURA DE PULSO: 200-300 MS
TEMPO: 20-30MIN
FREQUÊNCIA: 3X/SEMANA



INDICAÇÃO CLÍNICA: IUU

PARÂMETROS:
TIPO DE CORRENTE: FES
FREQUÊNCIA: 5-20 HZ
LARGURA DE PULSO: 200-400 MS
TEMPO: 15-20 MINUTOS
FREQUÊNCIA: 2X/SEMANA



Estudos indicam que a eletroterapia é eficaz na melhora da força muscular do AP e na redução dos sintomas de incontinência urinária.

Herrmann (2003) conclui que a eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico representou uma alternativa terapêutica efetiva e segura às mulheres com incontinência urinária de esforço sem alterações anatómicas.



Artigo Original • Rev. Assoc. Med. Bras. 49 (4) • 2003 • <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000400031>  copiar

Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica

Transvaginal electrical stimulation of the pelvic floor in the treatment of stress urinary incontinence: clinical and ultrasonographic assessment

✓ TECNOLOGIAS ADJUNTAS

As tecnologias adjuntas, como radiofrequência, têm sido utilizada na reabilitação do assoalho pélvico.

As principais indicações e parâmetros incluem:

INDICAÇÃO CLÍNICA: ATROFIA VAGINAL E URETRAL
SECURA VAGINAL + IUE

TIPO DE TECNOLOGIA:
RADIOFREQUÊNCIA
TEMPERATURA:
39°C A 41°C
DURAÇÃO DA SESSÃO:
8 MINUTOS
INTERVALO ENTRE AS SESSÕES:
MÍNIMO 7 DIAS MÁXIMO 15 DIAS

Pinheiro et al. *BMC Women's Health* (2021) 21:379
<https://doi.org/10.1186/s12905-021-01518-8>

BMC Women's Health

RESEARCH

Open Access

Intravaginal nonablative radiofrequency
in the treatment of genitourinary syndrome
of menopause symptoms: a single-arm pilot
study



Cintia Pinheiro^{1,2,3}, Teresa Costa^{1,2}, Raira Amorim de Jesus^{1,2}, Raquel Campos^{1,2}, Rosa Brim^{1,2}, Alcina Teles^{1,2},
Andrea Vilas Boas^{1,2} and Patrícia Lordêlo^{1,2*}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação miccional na síndrome geniturinária da menopausa é uma abordagem multidisciplinar que envolve avaliação clínica detalhada, aplicação de terapias comportamentais, cinesioterapia, biofeedback, eletroterapia e tecnologias adjuntas. A combinação dessas estratégias tem mostrado eficácia na melhora dos sintomas e na qualidade de vida das mulheres pós-menopáusicas.

É fundamental que os profissionais de saúde estejam atualizados sobre as evidências científicas e as melhores práticas para oferecer um atendimento de qualidade e personalizado a cada paciente.

CHECKLIST CLÍNICO

O QUE NÃO PODE FALTAR NA AVALIAÇÃO DA PACIENTE COM SGM

◆ 1. Anamnese detalhada

- Idade, tempo de menopausa e uso atual de reposição hormonal.
- Sintomas urogenitais: urgência, aumento da frequência miccional, noctúria, incontinência urinária, dor ou ardor ao urinar.
- Sintomas genitais: secura, dispareunia, prurido, ardência ou dor vaginal.
- História obstétrica: número de gestações, tipo de parto e presença de trauma pélvico.
- Cirurgias prévias pélvicas ou urológicas.
- Doenças associadas (ex.: diabetes, hipertensão, constipação).
- Uso de medicações que afetam a função vesical (antidepressivos, diuréticos etc.).

◆ 2. Instrumentos e testes complementares

- Pad Test (1h ou 24h): quantificação objetiva da perda urinária.
- Diário miccional: frequência urinária, volume, episódios de urgência e perdas.

- ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form).
- FSFI (Female Sexual Function Index) – se houver queixa sexual associada.
- Avaliação do estudo urodinâmico (se houver) – para diferenciação dos tipos de incontinência e avaliação da função detrusora, mas atenção, nem sempre o resultado do exame é fundamental para estabelecer nossa conduta clínica

◆ 3. Avaliação física

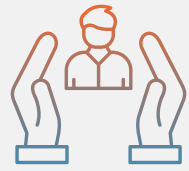
- Inspeção vulvar: integridade da mucosa, presença de atrofia ou ressecamento.
- Palpação digital: tônus, força e simetria dos músculos do assoalho pélvico.
- Escala de Oxford (0 a 5)
- Presença de dor, espasmos ou pontos gatilho miofasciais.
- Avaliação postural e abdominal: diástase, compensações e sinergias musculares.

◆ 4. Avaliação funcional e comportamental

- Padrões de evacuação, hábitos miccionais e posturais.
- Ingestão hídrica e consumo de irritantes vesicais (café, álcool, cítricos, refrigerantes).
- Impacto dos sintomas na qualidade de vida (King's Health Questionnaire e outros).

◆ 5. Conclusão diagnóstica fisioterapêutica

- Identificar tipo predominante de disfunção miccional (hipoatividade, urgência, incontinência de esforço, mista).
- Determinar grau de força muscular, nível de percepção corporal e presença de barreiras comportamentais.
- Formular plano terapêutico personalizado com base nos achados clínicos.



Para continuar sua atualização científica

✔ **MENTORIA CONTINUADA EM UROGINECOLOGIA
E REABILITAÇÃO MICCIONAL**

Transforme conhecimento em resultado clínico.

A Mentoria Continuada foi criada para profissionais que desejam se manter à frente na prática baseada em evidências – com conteúdo atualizado, suporte contínuo e direcionamento prático para aplicação clínica




Você terá acesso a:


- Guidelines de estudo mensais e acompanhamento personalizado;
- E-books das principais associações científicas, como a American Urological Association e a International Continence Society;
- Diretrizes clínicas e revisões sistemáticas comentadas e discutidas em reuniões semanais/quinzenais com a mentora;

IMERSÃO PREMIUM

- Discussões de casos e protocolos de reabilitação baseados na melhor evidência científica;
- Atualizações constantes sobre os temas:
- Bexiga hiperativa
- Incontinência urinária de esforço, mista e pós-cirurgias prostáticas
- Incontinência no atleta, no idoso e na menopausa
- Radiofrequência, tecnologias adjuntas e laser
- Síndrome geniturinária da menopausa
- Vulvodínia e vaginismo

Público-alvo: fisioterapeutas pélvicos e profissionais da saúde que desejam aprofundar sua atuação clínica na uroginecologia.

 **Formato:** acompanhamento continuado com conteúdo teórico, clínico e prático.

 **Objetivo:** capacitar para a tomada de decisão clínica segura, embasada e atualizada.

 Entre em contato e saiba mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Faubion, S. S.; Larkin, L. C.; Stuenkel, C. A.; Bachmann, G. A.; et al. Genitourinary Syndrome of Menopause: Management Strategies for the Clinician. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 97, n. 9, p. 1712-1725, 2022. DOI: 10.1016/j.mayocp.2022.03.018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32852449/>. Acesso em: 27 out. 2025.
- Portman, D. J.; Gass, M. L. S. Vulvovaginal atrophy terminology consensus: The Genitourinary Syndrome of Menopause. *Menopause*, v. 21, n. 10, p. 1063-1068, 2022. DOI: 10.1097/GME.0000000000000329. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4561742/>. Acesso em: 27 out. 2025.
- Kingsberg, S. A.; Krychman, M.; Graham, S.; Bernick, B.; Mirkin, S. The Women's EMPOWER Survey: Identifying Women's Perceptions on Vulvar and Vaginal Atrophy and Its Treatment. *Menopause*, v. 27, n. 1, p. 25-32, 2020. DOI: 10.1097/GME.00000000000001442. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35091930/>. Acesso em: 27 out. 2025.
- Viana, L. C.; Sousa, G. M. S.; Oliveira, A. F.; Nascimento, F. M. Avaliação funcional da incontinência urinária: atuação do fisioterapeuta. *Repositório UFRN*, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstreams/b336af97-9607-4535-8a76-ca649f9c6de1/download>. Acesso em: 27 out. 2025.
- Lose, G.; et al. Standardization of Terminology of Female Pelvic Floor Dysfunction: Pad Test. *Neurourology and Urodynamics*, v. 20, n. 4, p. 327-328, 2001. DOI: 10.1002/nau.10020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15448964/>. Acesso em: 27 out. 2025.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bright, E.; Cotterill, N.; Drake, M. J. Developing a Short-Form Voiding Diary: The ICIQ-VSF. *Neurourology and Urodynamics*, v. 36, n. 10, p. 2765-2772, 2017. DOI: 10.1002/nau.23398. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28825141/>. Acesso em: 27 out. 2025.
- Gormley, E. A.; Lightner, D. J.; Burgio, K. L.; et al. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment 2021. *The Journal of Urology*, v. 205, n. 5, p. 1199-1207, 2021. DOI: 10.1097/JU.0000000000001371. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34117010/>. Acesso em: 27 out. 2025.
- Pinceli, G. P.; et al. Fatores de risco e estratégias comportamentais em idosas com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 3, p. 647-658, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/7397/739780687007.pdf>. Acesso em: 27 out. 2025.
- Costa, M. A.; et al. Eficácia terapêutica da cinesioterapia pélvica em mulheres com incontinência urinária de esforço: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28647. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/28647>. Acesso em: 27 out. 2025.
- Martins, L. B. A.; Araújo, H. N. Uso do biofeedback no tratamento da incontinência urinária feminina. *Revista REAL*, v. 6, n. 1, 2024. DOI: 10.61164/rsv.v6i1.2515. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/4978>. Acesso em: 27 out. 2025.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herrmann, V.; et al. Transvaginal electrical stimulation of the pelvic floor in the treatment of stress urinary incontinence: clinical and ultrasonographic assessment. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 49, n. 4, p. 401-405, 2003. DOI: 10.1590/S0104-42302003000400031. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14963592/>. Acesso em: 27 out. 2025.
- Zarth, B. O.; et al. Efeitos da eletroestimulação do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária de esforço. Repositório PUC Goiás, 2022. Disponível em: [https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4346/1/Brenner%20Oliveira%20Zarth%20Tcc2%20\(2022-1\).pdf](https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4346/1/Brenner%20Oliveira%20Zarth%20Tcc2%20(2022-1).pdf). Acesso em: 27 out. 2025.

EVIDÊNCIA, PRÁTICA E PROPÓSITO

O conhecimento técnico abre caminhos.
A segurança transforma práticas.
E a *mentoria certa* muda a forma como
você vê e conduz seus pacientes.

✦ A TRÍADE DE QUEM QUER SER REFERÊNCIA
EM REABILITAÇÃO PÉLVICA.