

DIAS 8 E 9 DE NOVEMBRO DE 2018

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSOS - TRATAMENTO E REABILITAÇÃO

Bruna Aurich Kunzendorff¹, Bruna Moreira Nicoli², Fernanda Alves Luz³, Karina Gomes Martins⁴, Pedro Bernardo Veloso Fonseca⁵, Gustavo Henrique de Melo da Silva⁶.

¹ Graduanda em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu,
bruna_kunzendorff@hotmail.com

² Graduanda em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, bruna_mn@hotmail.com

³ Graduanda em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu,
nandaalvesluz@gmail.com

⁴ Graduanda em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu,
karinagomesmartins@outlook.com

⁵ Graduando em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu,
bernardovelosofpedro@gmail.com

⁶ Pós-Graduado em Cardiogeriatría pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Pós-Graduado em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Pós-graduado em Terapia Intensiva pela Faculdade Redentor/AMIB,
gustavohenrique@sempre.facig.edu.br

Resumo- Existem 5 formas de classificar a incontinência urinária (IU), sendo elas a incontinência urinária de esforço ou estresse (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU), Incontinência por hiperfluxo ou transbordamento, incontinência funcional e incontinência urinária mista (IUM). A sua prevalência aumenta com a idade, é maior em mulheres e em idosos institucionalizados. É responsável por causar elevado impacto na vida do idoso, com isolamento social, depressão, baixa auto estima e perda da qualidade vida no geral. Os fatores que influenciam a manutenção da continência urinária no idoso: saúde estrutural da bexiga e uretra, manutenção do suprimento nervoso e hormonal, tamanho e capacidade da bexiga, posicionamento e fixação da bexiga, alterações patológicas nos tecidos vizinhos, capacidade de locomoção, ausência de acúmulo fecal e boa saúde física e mental. Dessa forma, todos esses fatores podem ser alterados com a idade avançada, sendo esta uma explicação para o elevado índice de IU em idosos. O tratamento conservador, inclui o diário miccional, treinamento da bexiga e do hábito, fisioterapia, exercícios de kegel, cinesioterapia, biofeedback, eletroestimulação e terapia comportamental. Caso essas medidas não sejam suficientes para reestabelecer a continência, há outras formas de tratamentos que podem ser utilizadas como adjuvantes ou como monoterapia, sendo elas o tratamento medicamentoso e cirúrgico.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Idosos; Tratamento; Qualidade de vida.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária tem importante impacto na saúde física e mental dos pacientes portadores. Trata-se de uma patologia muito prevalente na população geriátrica, devido à grande variedade de comorbidades que repercutem em alterações vesicais, sendo causa de isolamento social, baixa autoestima, dificuldades conjugais e está relacionado a maior incidência de depressão (DEDICAÇÃO et al., 2009; REIS et al., 2003).

Frente aos inúmeros distúrbios associados à incontinência urinária, e as limitações causadas por ela, torna-se fundamental um diagnóstico preciso para o seu tratamento adequado. Para isso, é necessária uma história clínica e exame físico bem detalhado, além da solicitação de exames complementares. Além disso, no caso de pacientes idosos, há fatores que normalmente estão associados à incontinência como vaginite atrófica, alterações mentais e psicológicas, incluindo delirium e demência, elevada ingestão de água, imobilidade e dificuldade de evacuação. O tratamento adequado deve levar em consideração qual o tipo e a gravidade da perda urinária, qual a

idade do paciente, se a perda urinária é secundária ou associada a outras patologias, se há fatores ou horários de intensificação e melhora, e qual sua repercussão na qualidade de vida do paciente. O preenchimento do diário miccional que deve ser utilizado para conhecimento do padrão de micção e perda e definição da terapia comportamental a ser utilizada. A partir disso se elaboram terapias comportamentais (ALMEIDA et al., 2006; FREITAS; NERI; CANÇADO; 2006; DEDICAÇÃO et al., 2009; REIS et al., 2003).

O tratamento conservador inclui fisioterapia, na modalidade de cinesioterapia, Biofeedback, eletrostimulação e exercícios de Kegel, objetivando melhorar a capacidade funcional do assoalho e de todo o recinto manométrico abdominal, além de melhorar a mobilidade e acessibilidade. Além disso, a estipulação de uma reeducação funcional visando a melhorar a mobilidade, prescrição de auxílios para a marcha e de calçado, adequação ambiental, aumento da altura do vaso sanitário, barras de apoio, iluminação e uso de urinol (PALMA, 2014; OLIVEIRA; GARCIA, 2011; BERNARDES et al., 2000; MATHEUS et al., 2006).

O tratamento medicamentoso para a IU de urgência consiste em oxibutinina, tolterodina, trospium, solifenacina, darifenacina, fesoterodina e propantelina. Para a IU de esforço, estrógenos, agonistas alfa- adrenérgicos, duloxetina, ADT. Já o tratamento cirúrgico tem por objetivo evitar que a uretra desça de maneira anormal quando houver elevação da pressão abdominal e proporcionar um suporte contra o qual a uretra seja comprimida durante esses aumentos de pressão. Pode ser na forma de Injeção periuretral de colágeno, suspensão transvaginal por agulha, colposuspensão retropúbica e próteses esfincterianas (ALMEIDA et al., 2006; MINISTÉRIO AS SAÚDE, 2012; SUNG et al., 2007; MARTINS et al., 2000).

A partir de então, encontra-se substrato à confirmação da hipótese de que a incontinência urinária é uma patologia constantemente frequente em idosos e que as variadas medidas corretoras se fazem necessárias, frente as limitações e transtornos sociais ocasionados. A importância deste trabalho justifica-se por expor o tratamento da incontinência urinária em idosos e suas limitações, visando a uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes. Esse trabalho tem por motivação a elevada incidência de IU em idosos e as repercussões e consequências desencadeadas pela patologia, objetivando a uma revisão sistemática das formas de tratamento disponíveis e mais viáveis para cada caso. Para isso, utilizou-se de bases da literatura científica como SciELO, PubMed e Google Acadêmico (FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o tema: "Incontinência urinária em idosos - tratamento e reabilitação", abordando medidas preventivas, o tratamento e formas de reabilitação.

Quanto à natureza, o trabalho é identificado como uma pesquisa básica, pois segundo Gerhardt e Silveira (2009), "Essa pesquisa objetiva gerar conhecimentos novos, úteis para o avanço da Ciência, sem aplicação prática prevista. Envolve verdades e interesses universais". É uma pesquisa explicativa quanto aos objetivos uma vez que visa a explicar determinado assunto tendo como bases materiais e dados já estabelecidos (GIL, 2008). Quanto à abordagem, é classificado como uma pesquisa qualitativa.

Para realização dessa pesquisa foram incluídos no estudo idosos portadores de incontinência urinária e selecionados 18 artigos, datando de 2000 a 2014, através do SciELO, PubMed e Google Acadêmico, utilizando seguintes termos de buscas: incontinência urinária, incontinência urinária em idoso e tratamento de incontinência urinária e aplicando o critério temporal como filtro, selecionando apenas os mais recentes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Interacional de Incontinência, como qualquer situação onde há perda involuntária de urina. Ela acarreta problemas sociais, como perda da autoconfiança, vergonha, depressão e isolamento, causando transtorno ao paciente e a família (DEDICAÇÃO et al., 2009; REIS et al., 2003).

A IU pode ser classificada em cinco tipos: incontinência urinária de esforço ou estresse (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU), Incontinência por hiperfluxo ou transbordamento, incontinência funcional e incontinência urinária mista (IUM). A IUE é a perda urinária quando a pressão intravesical é superior a pressão uretral máxima na ausência de contração vesical. Ocorre em situações como tosse, espirro, risada, salto, ou até mesmo ao andar ou mudar de posição. Há dois mecanismos na mulher onde a IUE é mais comum a hipermobilidade uretral e a deficiência esfincteriana intrínseca, onde o suporte anatômico dos órgãos pélvicos está prejudicado, causando um descimento e rotação do colo vesical e uretra proximal com incapacidade de fechar de forma adequada contra a parede vaginal anterior. Os fatores de risco são obesidade, parto vaginal,

hipoestrogenismo e cirurgias. O segundo mecanismo é a deficiência esfíncteriana intrínseca, que é a perda do tônus do esfínter uretral secundário a lesão neuromuscular ou atrofia muscular. Já no homem é mais incomum, sendo causado por deficiência esfíncteriana intrínseca secundária a cirurgia prostática. A IUU é a forma mais comum em idosos, sendo caracterizada por perda urinária associada a uma intensa vontade de urinar, podendo a bexiga estar ou não cheia. Está associada ao aumento da frequência urinária, noctúria e urge incontinência. Normalmente os sintomas são causados por contrações involuntárias do músculo detrusor. A incontinência por hiperfluxo ou transbordamento é causada pela incapacidade de esvaziamento vesical por hipocontratilidade do músculo detrusor. É o tipo de incontinência mais comum nos homens por hiperplasia prostática benigna. A incontinência funcional é motivada por fatores externos ao trato geniturinário, como comprometimento cognitivo, fatores ambientais que atrapalhem a ida a banheiros e limitação física e psíquica. Por fim, a IUM é a associação de dois ou mais tipos de incontinência (ALMEIDA et al., 2006; FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016; DEDICAÇÃO et al., 2009; REIS et al., 2003).

A incontinência urinária é causada por lesão no fator de continência. O principal é a rede de sustentação formada pelas fibras do músculo levantador do ânus ligados a fáscia endopélvica, que ficam ao redor da vagina e na porção distal da uretra, tracionando-a na direção do púbis e comprimindo-a contra a fáscia e a parede vaginal na contração do músculo, mantendo a luz uretral fechada. Essas lesões são causadas principalmente pela gestação e parto, pela diminuição dos níveis de estrógeno durante a menopausa, pelo tratamento de câncer de próstata, por incapacidade física e mental e algumas doenças prevalentes em idosos como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Mal de Parkinson, acarretando disfunção da musculatura que tende a se agravar após a menopausa (FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016; REIS et al., 2003; FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016).

O tratamento da incontinência urinária deve ser individualizado, e sempre levar em consideração o tipo de incontinência do paciente, suas condições médicas associadas, as repercussões, preferências do paciente, a aplicabilidade, os riscos e os benefícios. As primeiras medidas a serem aplicadas no tratamento de IU são os métodos conservadores, uma vez que são simples, sem efeito adverso e de baixo custo. Mudanças no estilo de vida e terapias comportamentais são exemplos desse tipo de método. Nos pacientes com idade avançada, deve-se priorizar a correção de fatores contribuintes, como comorbidades, deterioração funcional e as iatrogenias medicamentosas (CARVALHO et al., 2014).

Nas mudanças no estilo de vida, é sempre necessário e importante incentivar a perda de peso, visto que obesidade é um dos fatores de risco para IU. Além disso, não ingerir líquidos de forma abundante para evitar um transbordamento da bexiga, evitar álcool, tabaco e cafeína, sendo o último com ação diurética e irritante vesical, instabilizando o músculo detrusor. É de extrema importância que o paciente restabeleça um ritmo miccional frequente, inicialmente de hora e hora e aumentando o tempo progressivamente (FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016).

Já as terapias comportamentais, incluem exercícios para os músculos pélvicos, treinamento vesical, diário miccional, biofeedback e eletrostimulação. Esta forma terapêutica tem como principal função regularizar o esvaziamento vesical e estimular a continência. Para isso, é necessário que o paciente esteja apto fisicamente e mentalmente, além de estar motivado a aprender (PALMA, 2014). O método com melhor potencial de cura ou melhora da incontinência é a Cinesioterapia. Porém, o tratamento é dificultado pela inabilidade das pacientes de diferenciar de maneira correta os músculos do assoalho pélvico. Trata-se dos exercícios de Kegel. Estes têm como objetivo desenvolver a musculatura perineal para tratar a hipotonia do assoalho pélvico, reforçando a resistência uretral e melhorando os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, hipertrofiando principalmente as fibras musculares estriadas tipo II dos diafrágmas urogenital e pélvico. Primeiro, deve avaliar a força de contração e da manutenção do tônus muscular, e cada exercício a ser iniciado depende da força muscular do assoalho pélvico, da capacidade de distinguir a musculatura, e o grau da IU. A cinesioterapia é uma opção à cirurgia para casos selecionados de IUE, e em pacientes que serão submetidos à procedimento cirúrgico, já que tem chance de melhorar os resultados obtidos quando usado como terapia adjuvante. Além disso, pode ser utilizada em casos específicos, como uma nova alternativa de tratamento, no pré-operatorio, quando a cirurgia falhou, ou isoladamente, para diminuir a perda urinária ou curar incontinência (PALMA, 2014; OLIVEIRA; GARCIA, 2011; BERNARDES et al., 2000; MATHEUS et al., 2006).

Outra opção são os cones vaginais, que são indicados nos casos leves e moderados de IU. Esse método tem como objetivo auxiliar o fortalecimento da musculatura nas pacientes que estejam realizando exercícios pélvicos, sendo o método complementar de escolha por ser fácil de fazer e pelo baixo custo. O princípio dos cones vaginais é fundamentado no estímulo do recrutamento da musculatura pubo-coccígea e auxiliar periférica, que devem reter os cones, que vão aumentando de peso progressivamente (OLIVEIRA; GARCIA, 2011; MATHEUS et al., 2006; SOUSA et al., 2011).

O Biofeedback é a monitoração, por meio de aparelhos, dos eventos fisiológicos que a paciente não é capaz de diferenciar sem um auxílio. Este método é feito para o reconhecer a musculatura esquelética envolvida no relaxamento e na contração uretral e da musculatura indiretamente envolvida no ato de urinar, que são os músculos do abdome, nádegas e coxas. A contração destes músculos é monitorizada por meio de eletromiografia, sendo a paciente capaz de diferenciar a ação da musculatura elevadora do ânus e antagonista do reto abdominal, passando a desenvolver a identificação dos diferentes grupos musculares perineais associados na retenção urinária, obtendo um controle voluntário e fortalecendo-os (RETT *et al.*, 2007).

A eletroestimulação consiste num estímulo elétrico que aumenta a pressão intra-uretral, estimulando os nervos eferentes para a musculatura peri uretral e aumentando o fluxo de sangue para músculos da uretra e assoalho pélvico. Dessa forma, recompõe as conexões neuromusculares, desenvolvendo melhor a função da fibra muscular, hipertrofiando-a e transformando o seu padrão de ação, aumentando o número de fibras musculares rápidas. Este método passou a ser uma alternativa terapêutica eficaz e segura para as mulheres com IUE sem defeito no esfíncter, diminuindo de forma importante os episódios de perda urinária (BERNARDES *et al.*, 2000; RETT *et al.*, 2007).

Por fim, a estimulação magnética perianal (EMP) é uma técnica mais recente e não invasiva para tratar a IU. Ela induz a despolarização dos nervos do assoalho pélvico, levando a uma contração da musculatura da região. O uso da EMP no tratamento da IU é novo e não tem muitos estudos relacionados. Entretanto as bases físicas e neurofisiológicas são sólidas para a seu uso, podendo ser tão eficaz quanto à estimulação elétrica (RETT *et al.*, 2007; SOUSA *et al.*, 2011).

Caso o tratamento fisioterápico não tenha resultados satisfatórios, pode introduzir medidas farmacológicas. Nos pacientes que apresentam noctúria, o tratamento medicamentoso é realizado com desmopressina, alfa-bloqueadores e a terapia de reposição hormonal com estrógeno nas mulheres. A alteração do ritmo de liberação da desmopressina observado em pacientes idosas e a sensibilidade dos túbulos renais a esse hormônio, faz-se necessário o emprego de formas sintéticas do mesmo (DDAVP), para diminuir a produção urinária e a frequência urinária durante a noite. A utilização deste medicamento não deve ser constante nestes pacientes. Apesar da melhora dos sintomas e dos efeitos colaterais de retenção hídrica e hiponatremia na forma de "spray" nasal, é preconizado a utilização do DDVAP oral nos pacientes idosos com boas condições de saúde, já que o seu uso nasal pode ser perigoso em pacientes idosos com outras comorbidades (ALMEIDA *et al.*, 2006; SOUSA *et al.*, 2011).

O uso de alfa-bloqueadores deve ser restrito para homens, no caso de noctúria, devido à próstata. Por outro lado, a terapia de reposição hormonal é específica para mulheres, já que na menopausa há atrofia do assoalho pélvico, bexiga e uretra e alteração da estrutura e anatomia, que são sensíveis ao estrógeno (ALMEIDA *et al.*, 2006; FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016).

O tratamento farmacológico da IUE se baseia no conhecimento da preponderância dos receptores adrenérgicos, α_1 , na uretra e no colo vesical, além da neuromodulação farmacológica da norepinefrina e serotonina. O estímulo dos receptores α -adrenérgicos leva à contração da musculatura lisa. Além disso, a neuromodulação da norepinefrina e da serotonina eleva o tônus do rabdoesfíncter. Porém, a uroseletividade dos remédios é baixa, levando a diversos efeitos adversos e consequentemente limitando o seu uso. Os medicamentos usados são estrogênios, agonistas α -adrenérgicos, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina. Os antagonistas β -adrenérgicos agonistas adrenérgicos β_2 são menos usados (ALMEIDA *et al.*, 2006).

O uso dos estrógenos como terapia de reposição hormonal para mulheres na menopausa foi um assunto controverso por muito tempo, visto que a sua dosagem ideal, sua via de administração e a duração do tratamento nunca foi totalmente instituído. Este tratamento eleva a pressão de fechamento uretral e a quantidade de células epiteliais na bexiga e na uretra, além de intensificar a resposta aos agonistas dos receptores α -adrenérgicos pelo aumento da densidade e sensibilidade dos receptores α -adrenérgicos (ALMEIDA *et al.*, 2006; RETT *et al.*, 2007; FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016).

A função dos agonistas α -adrenérgicos na terapia da IUE não está bem situada. Receptores simpáticos α -adrenérgicos estão localizados no colo vesical e na uretra proximal, sendo ativados pelo neurotransmissor norepinefrina. O tratamento com este fármaco estimula a contração da musculatura da uretra, elevando a sua pressão de fechamento. Costuma-se utilizar esses fármacos em conjunto com estradiol, exercícios do assoalho pélvico e estimulação da musculatura perineal. O uso de estrógenos como terapia de reposição hormonal em associação com fenilpropanolamina apresenta melhores resultados do que os obtidos com o uso das drogas isoladamente (ALMEIDA *et al.*, 2006; FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016).

A ação dos β -bloqueadores se dá pelo bloqueio dos receptores β -adrenérgicos, que eleva a atividade da noradrenalina nos alfa receptores. O uso do propranolol na IUE é analisado com resultados pouco convincentes. O clenbuterol, agonista β_2 , é usado como broncodilatador. Eleva a pressão de fechamento uretral e melhora a IUE. Este medicamento eleva o tônus do esfíncter uretral

estriado por aumentar a ação da acetilcolina na junção neuromuscular. Além disso, tem ação relaxante no músculo liso detrusor, na fase de enchimento vesical. O uso de clenbuterol em conjunto a fisioterapia é superior à monoterapia. Antidepressivos tricíclicos são utilizados na terapia farmacêutica da IUE por ter propriedades α-adrenérgicas periféricas, já que inibem a recaptação da noradrenalina nas terminações nervosas adrenérgicas uretral. Por isso, melhoraram os efeitos da noradrenalina no músculo liso uretral (ALMEIDA et al., 2006; ROBLES, 2006).

As monoaminas, serotonina e noradrenalina, estão relacionadas ao funcionamento do músculo liso e estriado da uretra. A duloxetina tem efeito sobre a bexiga e esfíncter, mediados pelas vias sensitiva aferente e motora eferente. Os efeitos sobre os músculos detrusor e estriado esfincteriano são por meio da ampliação do tempo de ação da serotonina e noradrenalina nas vesículas sinápticas, o que eleva os níveis destas monoaminas nas terminações nervosas (ALMEIDA et al., 2006; ROBLES, 2006; FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016).

O tratamento clínico farmacológico da bexiga hiperativa tem a função de elevar a capacidade vesical de armazenar urina, abaixando a frequência de nocturia, as urgências e os episódios de urge-incontinência. O principal são os antagonistas muscarínicos, ou anticolinérgicos, desenvolvidos para atuar no controle da contração detrusora, onde a acetilcolina liberada dos nervos parassimpáticos ativa receptores muscarínicos. Os antagonistas muscarínicos são: oxibutinina, tolterodina, solifenacina, trospium e propiverina (ALMEIDA et al., 2006; ROBLES, 2006; FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016).

O tratamento cirúrgico para IUE, é realizado apenas quando há falha do tratamento conservador. É indicado o implante de sling de uretra, um procedimento minimamente invasivo. Consiste na inserção de uma fita de polipropileno, material mais usado, ou de tecido da própria paciente, por via vaginal, aumentando a resistência uretral e reduzindo a perda urinária. Este procedimento melhora a incontinência em 70-90% das pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Outro método de tratamento cirúrgico é a injeção de colágeno, indicado em mulheres com incontinência mesmo após terem realizado cirurgia uretral ou periuretral, para aquelas pacientes que não podem suportar o tempo de pós-operatório, para as que não podem realizar outra cirurgia ou tomar medicamentos. A injeção no tecido ao redor da uretra contrai o esfíncter uretral, parando a incontinência urinária. O ultrassom 3-D avalia posteriormente o volume e a localização do colágeno na parede uretral para analisar se necessita de outra injeção ou terapia. A colposuspensão retropúbica (cirurgia de Burch) é um pequeno corte na região suprapúbica que dá acesso ao ligamento de Cooper, onde será fixada duas suturas dispostas na região parauretral, bilateralmente. O tratamento da IUE com esta cirurgia tem um percentual de cura subjetiva e objetiva, respectivamente, de 78,4% e 85,5%, e melhora os sintomas em até 90%. Por fim, a cirurgia de implante do esfíncter urinário, um dispositivo de elastômero de silicone sólido, com líquido em seu interior, tem a função de reestabelecer o controle da urina. Ele simula a função esfincteriana normal sob o controle do paciente, ao abrir e fechar a uretra (SUNG et al., 2007; MARTINS et al., 2000).

4 CONCLUSÃO

A incontinência urinária é uma patologia frequente em idosos, e é por vezes interpretada de maneira incorreta como um processo fisiológico do envelhecimento, ou seja, como uma forma de senescência. Entretanto consiste em um distúrbio tratável com expressiva melhora na qualidade de vida dos pacientes. O tratamento conservador inclui vários procedimentos, que são na maioria das vezes associados, a fim de uma melhor abordagem terapêutica. Pode ser associado também a medidas farmacológicas ou cirúrgicas. A decisão do tratamento mais indicado deve levar em conta o tipo de incontinência, as comorbidades, avaliar o impacto da IU na vida do paciente e de seus familiares, o risco benefício da terapêutica e a vontade do paciente (FREITAS; NERI; CANÇADO, 2016).

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernando G. et al. Incontinência urinária. Copyright Moreira Jr. Editora, São Paulo, p.307-316, jun. 2006.

BERNARDES, Nicole O. et al. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 49-54, Feb. 2000.

CARVALHO, Maitê Peres de et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 721-730, Dec. 2014.

DEDICACAO, AC et al. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 2, p. 116-122, Apr. 2009.

GERHARDT, Tatiana Engel; Silveira, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Rio Grande do Sul: UFRGS

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas. 2008.
Lopes AC, Amato Neto, V. **TRATADO DE CLÍNICA MÉDICA** - 3 VOL. 1^a Edição. São Paulo: Roca, 2006.

MARTINS, José Antônio M. et al. Correção da Incontinência Urinária de Esforço com Sling: Resultados Iniciais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 301-305, June 2000.

MATHEUS, LM et al. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 387-392, Dec. 2006.

Ministério da Saúde - Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde: Custo-efetividade do esfíncter urinário artificial e sling urinário no tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia. 2012.

OLIVEIRA, Jaqueline Ramos de; GARCIA, Rosamaria Rodrigues. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-351, June 2011.

PALMA, Paulo. Como Diagnosticar e Tratar Bexiga hiperativa. **Rbm**, São Paulo, v. 72, n. 8, p.343-346, ago. 2014.

REIS, Rodolfo Borges dos et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 18, supl. 5, p. 47-51, 2003.

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

ROBLES, J. E. La incontinencia urinaria. Anales Sis San Navarra, Pamplona, v. 29, n. 2, p. 219-231, agosto 2006.

SOUZA, Juliana Gonçalves de et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioter. mov. (Impr.)**, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 39-46, Mar. 2011.

Tratado de Geriatria e Gerontologia. Freitas, E.V.; Py, L.; Neri, A. L.; Cançado, F. A. X.C.; Gorzoni, M.L.; Doll, J. 3^a. Edição. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2011.