

Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico



Stress Urinary Incontinence and Female Sexual Dysfunction: The Role of Pelvic Floor Rehabilitation

Andreia PREDA¹, Susana MOREIRA^{2,3}

Acta Med Port 2019 Nov;32(11):721–726 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.12012>

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária afeta 21,4% das mulheres portuguesas e tem impacto negativo na qualidade de vida e na esfera sexual. A reabilitação do pavimento pélvico é a primeira linha de tratamento na incontinência urinária de esforço e pode ser uma opção terapêutica na disfunção sexual. O objetivo desta revisão é esclarecer se o tratamento com reabilitação do pavimento pélvico apresenta efeitos benéficos na função sexual em mulheres com incontinência urinária de esforço.

Material e Métodos: Realizou-se uma revisão, recorrendo à base de dados PubMed, usando os termos: 'urinary incontinence', 'female sexual dysfunction' e 'pelvic floor physical therapy', recolhendo informação de 12 artigos relevantes.

Resultados: A reabilitação do pavimento pélvico está associada à redução dos episódios de perda de urina e à melhoria da incontinência coital. Verifica-se uma melhoria nos scores de avaliação da função sexual após tratamento. Multiparidade, maior adesão ao tratamento, melhoria na força de contração muscular do pavimento pélvico e diminuição da perda de urina são fatores associados a uma melhoria da função sexual.

Discussão: A função sexual deve ser avaliada na abordagem desta patologia e a sua standardização é fundamental na caracterização do quadro clínico e na avaliação do *follow-up*. São necessários estudos para avaliar o papel da reabilitação do pavimento pélvico na disfunção sexual de mulheres com incontinência urinária na população portuguesa.

Conclusão: A reabilitação do pavimento pélvico melhora a função sexual nas mulheres com incontinência urinária de esforço, pela diminuição de episódios de perda de urina e pelo fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico.

Palavras-chave: Disfunções Sexuais Fisiológicas; Incontinência Urinária de Esforço; Modalidades de Fisioterapia; Pavimento Pélvico

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of urinary incontinence in Portuguese women is 21.4% and has a very negative impact on quality of life including women's sexual activity. Pelvic floor rehabilitation is the first line treatment used in stress urinary incontinence and may be a tool in the treatment of sexual dysfunction in women with urinary incontinence. The aim of this review is to ascertain whether pelvic floor rehabilitation can improve sexual function in women with stress urinary incontinence.

Material and Methods: We reviewed 12 articles in PubMed using the keywords: 'urinary incontinence', 'female sexual dysfunction' and 'pelvic floor physical therapy'.

Results: Pelvic floor rehabilitation is linked to a decrease in frequency of urinary leakage episodes as well as an improvement of coital incontinence. Furthermore, sexual function evaluation scores post-treatment revealed a positive change. Higher parity, higher adherence to treatment, improvement in the strength of pelvic floor muscles, and a decrease in the frequency of urine leakage were associated with higher improvement in sexual function.

Discussion: Sexual function should be considered in the approach of urinary incontinence and standard tools of evaluation are essential tools for clinical assessment and follow-up. More evidence is required to identify the role of pelvic floor rehabilitation in sexual dysfunction of Portuguese women with urinary incontinence.

Conclusion: Pelvic floor rehabilitation improves sexual function of women with stress urinary incontinence not only because it decreases the episodes of urine leakage but also because it strengthens pelvic floor muscles.

Keywords: Pelvic Floor; Physical Therapy Modalities; Sexual Dysfunction, Physiological; Urinary Incontinence, Stress

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU), definida pela International Continence Society como "a queixa de perda involuntária de urina",¹ é uma patologia comum que afeta cerca de 200 milhões de pessoas mundialmente. É mais comum nas mulheres e a prevalência aumenta com a idade.² Em Portugal, os dados epidemiológicos são escassos. Num estudo epidemiológico realizado na população portuguesa, em adultos com mais de 40 anos, em 2008, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em conjunto com a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Associação Portuguesa de Neuro-Uroginecologia (APNUG) verifica-se

que a prevalência de IU é 15,1% na população, 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens.³

Apesar da IU não ser uma doença ameaçadora de vida, tem um forte impacto negativo na qualidade de vida da mulher, interferindo de forma significativa nas atividades de vida diárias, tanto na esfera pessoal como social e profissional.⁴ A perda de urina constitui, ainda nos dias de hoje, um assunto tabu, que impõe restrições sociais, em grande parte por causa do sentimento de vergonha associado à perda de urina em público e que impede a mulher de realizar atividades fora de casa como caminhar, correr ou dançar.⁵ Para além da influência na área social, a IU é um fator

1. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

2. Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Centro Hospitalar de São João. Porto, Portugal.

3. Departamento de Cirurgia. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

✉ Autor correspondente: Andreia Preda. adp1016@gmail.com

Recebido: 04 de março de 2019 – Aceite: 22 de maio de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2019



com grande influência no estado emocional e psicológico da mulher, estando associada à presença de distúrbios concomitantes como a depressão e a ansiedade,⁶ e apresenta um papel muito relevante nas relações interpessoais.⁷

Outro aspeto a considerar é o impacto na vida sexual, dado que 26% das mulheres com IU reconhecem a consequência negativa neste âmbito.⁸ Mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE), definida pela International Continence Society como “a queixa de perda involuntária de urina com o esforço ou atividade física, incluindo atividades desportivas ou o ato de espirrar ou tossir”,¹ reportam perda de urina com a penetração; redução da capacidade de atingir um orgasmo; menor frequência de atividade sexual; menor desejo, excitação, lubrificação e satisfação.⁹ Para além destas repercussões, o risco de secura vaginal, dispareunia e redução da libido é superior nas mulheres com IUE, independentemente da raça, idade ou formação académica.¹⁰ Portanto, o impacto na função sexual, deve ser considerado na abordagem da IU.¹¹

Vários questionários têm sido desenvolvidos numa tentativa de estandardizar a avaliação da disfunção sexual feminina. De entre os mais comuns, encontra-se o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), validado para a população portuguesa em 2009.¹² É um instrumento multidimensional que permite avaliar seis domínios da função sexual na mulher: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, sendo que cada domínio é constituído por vários itens. Para obter a pontuação total deste questionário soma-se a pontuação dos vários domínios que estará compreendida entre zero e seis. A pontuação dos vários domínios é obtida pela soma das pontuações dos itens que constituem esse domínio e pela posterior multiplicação desse resultado por um valor específico de ponderação atribuído a cada domínio (fator dominante) fornecido pelos autores. Pontuações mais elevadas no FSFI indicam melhor função. A existência de disfunção sexual é considerada para pontuações iguais ou inferiores a 26,55 no FSFI.

Outros questionários frequentemente usados, mas ainda não validados para a população portuguesa, incluem o *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms* (BFLUTS), *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (GRISS) e o *Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ).¹³

A reeducação muscular do pavimento pélvico foi primeiro descrita em 1936 como uma opção preventiva e terapêutica na IU e na incontinência fecal¹⁴ e tornou-se popular a partir dos anos 50 com os estudos de Kegel.¹⁵ Atualmente, a reabilitação do pavimento pélvico (RPP) é tratamento de primeira linha nas mulheres com IUE. Um programa de RPP pode incluir exercícios de reeducação muscular do pavimento pélvico (EMPP) com ou sem supervisão por fisioterapeuta, *biofeedback*, estimulação elétrica funcional e EMPP associado a cones vaginais.¹⁶

O trabalho muscular do pavimento pélvico (PP) gera hipertrofia das fibras musculares e um recrutamento mais eficaz de neurónios motores. O tónus, força e capacidade de contração dos músculos do pavimento pélvico são

fatores importantes para a função sexual e alguns estudos mostram que a otimização destes fatores está associada a melhores respostas em termos de excitação, orgasmo, lubrificação para além de melhoria da sensibilidade vaginal.¹⁷

Assim, associada ao benefício na IUE, a RPP pode ser uma arma para a melhoria da função sexual nas mulheres com IUE e disfunção sexual associada.

O objetivo desta revisão é esclarecer e explicitar o papel que o pavimento pélvico desempenha na disfunção sexual nas doentes com IUE e se o tratamento convencional da IUE com RPP apresenta efeitos benéficos na função sexual.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização desta revisão, procedeu-se à recolha de artigos usando a base de dados MEDLINE via PubMed como fonte de pesquisa, utilizando os seguintes termos: ‘urinary incontinence’, ‘female sexual dysfunction’ and ‘pelvic floor physical therapy’.

Foram incluídos todos os artigos desde janeiro de 2003 até setembro de 2018, escritos em inglês e português, que tivessem disponível o artigo completo, e que fornecessem informação adequada sobre a RPP e a disfunção sexual nas mulheres com IU, tendo sido selecionados 54 no total com base nos critérios mencionados. Destes, 22 artigos foram excluídos após leitura do título e/ou resumo por não avaliarem o papel da RPP na disfunção sexual no contexto de IU; os restantes foram lidos integralmente. Após leitura integral destes, 20 artigos foram excluídos por não se focarem no objetivo do trabalho ou por avaliarem outras técnicas específicas não associadas a EMPP e foram selecionados 12 artigos que apresentaram estudos relevantes ao tema. Resolveu-se incluir alguns artigos que constavam nas referências dos selecionados que se consideraram relevantes.

RESULTADOS

Nas mulheres, a integridade do PP pode ficar comprometida pela gravidez e pelo parto, predispondo a patologias como o prolapso de órgãos pélvicos e IU, devido à fraqueza por estiramento das estruturas do PP.¹⁸

O PP é uma componente chave na função sexual, principalmente nos mecanismos relacionados com o orgasmo. Os músculos do PP, em particular os músculos pubococcígeo e o ileococcígeo, são responsáveis pelas contrações rítmicas involuntárias durante o orgasmo.¹⁹ No estudo de Lowenstein *et al*,¹⁹ 176 mulheres com queixas de disfunção sexual foram avaliadas com exame ginecológico, um dos parâmetros dessa avaliação sendo a força de contração dos músculos do PP. Fraca força de contração foi definida como contração que não é detetada ou é detetada com muita dificuldade pelo examinador; moderada força de contração foi definida como contração detetada facilmente pelo examinador mas que não vence resistência do dedo do examinador; e máxima força de contração foi definida como contração vigorosa que vence resistência do dedo do examinador. Para além da força de contração, também a duração da contração foi avaliada em segundos.

Adicionalmente ao exame ginecológico, a função sexual foi caracterizada com recurso ao questionário FSFI. Neste estudo, os autores mostraram que mulheres com moderada ou máxima força de contração dos músculos do PP pontuaram mais alto nas dimensões orgasmo e excitação no questionário FSFI do que mulheres com fraca força de contração dos músculos do PP; nas outras dimensões não se encontraram diferenças significativas. Em relação à duração da contração, o tempo médio de contração foi $8,7 \pm 9,3$ segundos e este parâmetro foi o único fator independente associado às pontuações mais altas obtidas nas dimensões orgasmo e excitação.¹⁹

A força de contração muscular do PP é uma propriedade difícil e subjetiva de quantificar uma vez que não há atualmente uma definição padronizada. A eletromiografia intravaginal e intra-anal permite medir a atividade muscular do PP em microvolts e assim determinar a força de contração, mas o custo e o processo associado à sua realização são uma barreira a que esta se torne o exame padrão para avaliação da força muscular. Para além disso, a eletromiografia não consegue avaliar, como o exame físico realizado pelo médico, a simetria nem distinguir entre o grupo de músculos com função de encerramento dos esfíncteres (músculo puborectal e esfíncter anal externo) dos músculos com função de elevação (músculo pubococcígeo e iliococcígeo). Assim, a palpação intravaginal é o método considerado mais sensível para avaliar a força e tónus dos músculos do PP¹⁸. O sistema de classificação da força de contração dos músculos do PP mais comumente utilizado é a escala de Oxford modificada. Esta escala classifica a força de contração dos músculos do PP em pontos de 0 a 5 (Tabela 1).²⁰

A contração muscular do PP apresenta uma relação muito importante com a função sexual. Mais de 30% das mulheres com disfunção do PP não conseguem contrair os músculos do PP na consulta de avaliação inicial.²¹ Kao H *et al*,²² num estudo exploratório qualitativo, realizaram entrevistas detalhadas a 12 mulheres com IUE e que tinham efetuado um programa de EMPP durante oito semanas há dois anos. Os autores concluíram que, antes da participação nos programas de tratamento, a maioria das doentes não tinha consciência da contração muscular do PP, nunca tinha aprendido a contraí-lo e não sabia fazê-lo. Para além disso, um dos tópicos abordados foi a percepção

de controlo sobre o próprio corpo e o nível de confiança que as doentes sentiam em si próprias. Nestes parâmetros, o estudo mostrou que o programa de EMPP teve um impacto positivo e que as doentes se sentiram mais em controlo do próprio corpo ao adquirirem capacidade de contraírem voluntariamente os músculos do PP e que essa percepção de controlo permitiu que se sentissem mais confiantes consigo mesmas.²² A análise destes fatores é importante para avaliar o papel dos EMPP nas consequências nefastas na esfera emocional e psicológica da disfunção sexual nas mulheres com IUE. A maioria das participantes, passados dois anos do tratamento, ainda faziam reforço muscular do PP no domicílio. A melhoria na função e experiência sexual e redução dos sintomas de IU aumenta os níveis de confiança e autoestima da mulher, o que pode funcionar como um fator de motivação para continuar a realizar exercícios no domicílio após o término do programa supervisionado.²²

Para além do mais, numa análise secundária de um ensaio clínico randomizado em que 54 mulheres com IUE foram incluídas num programa mensal de RPP (EMPP + *biofeedback*) seguido de exercícios no domicílio por mais dois meses, os autores compararam a função sexual prévia ao tratamento com a função sexual pós-tratamento usando o questionário *Female Sexual Quotient* (FSQ) e concluíram que apenas as dimensões mais relacionadas com a percepção corporal (desejo, excitação e orgasmo) e não outras dimensões (dor, satisfação, lubrificação) beneficiaram com o tratamento. Assim, a maior sensibilização para o funcionamento e constituição do PP obtido pela prática dos exercícios pode explicar a diferença encontrada.²³

Assim, a RPP parece ter um efeito benéfico na função sexual nas mulheres com IUE. Num estudo prospetivo não randomizado com 58 mulheres com IUE que foram tratadas com EMPP associados a *biofeedback* mensal durante doze meses e cuja função sexual foi avaliada com recurso ao questionário FSFI, os autores concluíram que, para além de uma diminuição em 38,1% dos episódios de incontinência, a nível da função sexual, todas as dimensões avaliadas no questionário FSFI mostraram melhoria, incluindo a pontuação total, com um aumento de 20,3 para 26,8 após o programa de tratamento. A dimensão que mostrou um maior aumento da pontuação pré e pós tratamento foi dor.²⁴

Resultados semelhantes foram obtidos por Rivalta *et al*²⁵ num estudo com 16 mulheres com IUE que completaram um programa de RPP composto por EMPP associados a técnicas de *biofeedback*, estimulação elétrica funcional e cones vaginais durante um período de três meses. Para avaliação da gravidade da incontinência urinária foi utilizado o *Stamsey Incontinence Score* e para avaliação da função sexual foi utilizado o questionário FSFI antes do tratamento e cinco meses após o término. Neste estudo, os autores reportam um decréscimo de pontuação no *Stamsey Incontinence Score* de 1,37 antes do tratamento para 0,25 após o tratamento. Relativamente à pontuação no questionário FSFI, os autores referem melhoria em todas as dimensões com um aumento na pontuação total de 14,65 para 22,65 após tratamento. A dimensão que

Tabela 1 – Escala de Oxford Modificada

0	Ausência de resposta muscular.
1	Esboço de contração não sustentada.
2	Presença de contração de pequena intensidade com que se sustenta.
3	Contração moderada, sentida como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação da parede vaginal.
4	Contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica.
5	Contração forte com compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

mostrou um maior aumento da pontuação pré e pós tratamento foi desejo.²⁵

A RPP também mostrou efeitos promissores na melhoria da função sexual de mulheres com IUE num estudo italiano de 2015²⁶ em que 34 mulheres com IUE foram integradas num programa de tratamento de EMPP com duração de três meses. As participantes responderam antes e três meses após o tratamento ao questionário FSFI para avaliação da função sexual e, para caracterização da IUE, foi utilizado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire — short form*. Em relação à IUE, a pontuação no questionário de avaliação sofreu alteração de 17 para 6, o que mostra uma melhoria significativa neste campo. No questionário FSFI, houve uma melhoria na pontuação de todas as dimensões e na pontuação total após o tratamento (12,5 vs 29,7). A dimensão que mostrou um maior aumento da pontuação pré e pós tratamento foi satisfação.²⁶

No estudo de Handa *et al*,²⁷ 445 mulheres com IUE foram randomizadas para três linhas de tratamento: pessário (n = 149), EMPP (n = 146) e terapêutica combinada – pessário + EMPP (n = 151). A função sexual das participantes foi avaliada antes do tratamento e três meses depois através da aplicação dos questionários *Personal Experiences Questionnaire — short form (short-PEQ)* e *Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)*. Os autores objetivaram uma melhoria mais acentuada na função sexual nas mulheres cujo tratamento da IUE foi bem-sucedido do que nas mulheres que mantiveram sintomas após o tratamento (pontuação no questionário PISQ de 3,76 e 2,26, respectivamente), independentemente do tratamento aplicado.²⁷

Sacomori *et al*²³ propuseram-se a analisar quais as variáveis que podiam apresentar um papel preditor de melhoria da função sexual com o tratamento da IUE recorrendo a RPP. Os autores concluíram que maior número de partos, maior adesão ao tratamento, melhoria na força de contração muscular do PP e diminuição da perda de urina estão associados a uma melhoria mais importante da função sexual. Para além disso, os autores verificaram que as mulheres que apresentavam disfunção sexual antes do tratamento foram as que mais beneficiaram do tratamento em termos de melhoria da função sexual.²³

Incontinência coital

A presença de incontinência coital (IC) é um dos fatores que mais contribui para alterações na sexualidade feminina, estando associada à diminuição da prática sexual e consequentemente do desejo sexual, a sensação de humilhação e impotência, tendo um impacto negativo na vivência psicológica e emocional da mulher.²²

A prevalência de IC varia entre 2% e 56% dependendo da população em estudo (geral *versus* mulheres com IU) e com o método de avaliação utilizado (questionário *versus* entrevista). A ocorrência de incontinência de penetração revelou uma associação com IUE enquanto que incontinência durante a fase de orgasmo é mais comum na síndrome de bexiga hiperativa mas também está associada a IUE.²⁸

Parte do efeito benéfico da RPP na função sexual pode ser atribuída à redução do número de episódios de IC pós tratamento, que está associada a uma diminuição da ansiedade na relação sexual e consequente melhoria da função sexual.²⁹ No estudo de Zahariou *et al*²⁴ houve uma redução significativa do número de episódios – 2 ± 1 pré-tratamento vs 0,4 ± 0,5 pós-tratamento.²⁴ No estudo de Handa *et al*,²⁷ as mulheres cujo tratamento da IUE foi bem-sucedido apresentaram maior redução nos episódios de IC (0,45 ± 0,84 vs 0,01 ± 0,71) e aumento da atividade sexual devido à redução do medo associado à IC do que as mulheres em que o tratamento não foi bem-sucedido. Para além disso, a melhoria na IC foi superior no grupo do tratamento com RPP e no grupo com tratamento combinado em relação ao grupo com tratamento com pessário. Assim, os autores recomendam o tratamento com RPP em detrimento do tratamento com pessário nas mulheres com IUE e cuja incontinência interfira significativamente com a função sexual.²⁷

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados desta revisão, a RPP constitui atualmente um dos pilares terapêuticos para a IUE e pode ser uma arma para a melhoria da função sexual nas mulheres com esta patologia.

A função sexual deve ser alvo de avaliação na abordagem da mulher com IU e deve ser valorizada como um aspecto fundamental da qualidade de vida da mulher, em conjunto com os sintomas urinários. Para avaliação da função sexual há vários questionários validados a que o médico pode recorrer. O questionário mais utilizado na literatura para avaliação da função sexual é o FSFI.^{19,24–26} A estandarização desta avaliação é fundamental para melhor conseguirmos caracterizar os quadros clínicos e termos uma melhor capacidade de *follow-up*.

Vários estudos e artigos de revisão estão disponíveis sobre o efeito do tratamento cirúrgico da IUE na função sexual, principalmente em relação ao uso de *slings* subutrerais. No entanto, ainda há relativamente pouca literatura e trabalhos originais no que concerne ao papel da RPP na função sexual (um dos determinantes mais importantes da qualidade de vida),²⁶ principalmente na qual é avaliada como modalidade única os EMPP com ou sem supervisão por fisioterapeuta, e não em associação com outras técnicas.¹⁸

Na avaliação do efeito da RPP na função sexual em mulheres com IUE permanece a dúvida se a melhoria da função sexual é resultado apenas do exercício muscular, que aumenta a capacidade de contração e sensibilização sexual, ou se esta melhoria resulta do efeito benéfico exclusivo do tratamento e cura da incontinência urinária ou se será um resultado de ambas as hipóteses concomitantemente. Vários autores sugerem que ambas as hipóteses têm um papel preponderante na melhoria da função sexual pela RPP.^{23,26,28} Novos estudos são necessários para conseguirmos perceber qual o mecanismo com mais preponderância e como esse conhecimento pode otimizar a terapêutica.

A dificuldade na criação de indicações estandardizadas de tratamento recorrendo à RPP prende-se com o facto dos trabalhos existentes usarem diferentes associações de modalidades terapêuticas, tempos de tratamento distintos, amostras populacionais heterogéneas com diferentes graus de patologia e diversos questionários de avaliação da função sexual; o que dificulta a extrapolação e generalização das conclusões apresentadas.

Assim, a maioria dos trabalhos na área utiliza como tratamento uma associação de EMPP no domicílio sem supervisão e supervisionados por fisioterapeutas com a técnica de *biofeedback* mensal durante um período de três meses e não há conformidade no período de *follow-up* e reavaliação estabelecido.

Finalmente, se é certo que o tipo e a duração da RPP são fatores cruciais para a obtenção de uma resposta benéfica no tratamento do IUE e consequentemente na função sexual, também é importante que os profissionais de saúde se foquem na importância de conhecer o pavimento pélvico e o seu funcionamento quando abordam o tópico da função sexual feminina. Esta abordagem valida as preocupações da mulher em relação à incontinência urinária e função sexual e encoraja a adesão aos programas de RPP.²²

Assim, este trabalho reveste-se de importância pela inexistência de uma revisão de todos os estudos sobre o efeito da RPP na disfunção sexual em mulheres com IUE.

Propomos a realização de um estudo, que já iniciamos, na população portuguesa em mulheres com IUE, de forma a avaliar qual a influência que um programa de RPP (EMPP + *biofeedback*) pode exercer na função sexual destas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. D'Ancona CD, Haylen BT, Oelke M, Herschorn S, Abranches-Monteiro L, Arnold EP, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2019;38:433–77.
2. World Health Organization. Calls first international consultation on incontinence. Press Release WHO/49. 1998. [consultado 2018 set 10]. Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-49.html>.
3. Correia S, Dinis P, Rolo F, Lunet N. Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20:1481–9.
4. Sinclair AJ, Ramsay IM. The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstet Gynaecol*. 2011;13:143–8.
5. Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras*. 2015;61:178–83.
6. Perry S, McGrother CW, Turner K. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: development of a psychological model. *Br J Health Psychol*. 2006;11:463–82.
7. Stadnicka G, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak A, Jakiel G. Psychosocial problems of women with stress urinary incontinence. *Ann Agric Environ Med*. 2015;22:499–503.
8. Walters MD, Taylor S, Schoenfeld LS. Psychosexual study of women with detrusor instability. *Obstet Gynecol*. 1990;75:22–6.
9. Brubaker L, Chiang S, Zyczynski H, Norton P, Kalinoski L, Stoddard A, et al. The impact of stress incontinence surgery on female sexual function. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200:562.
10. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, Siddique AS, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:751–6.
11. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo I, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence

CONCLUSÃO

A RPP constitui uma terapêutica eficaz e é atualmente considerada como uma abordagem de primeira linha no tratamento da IUE. Para além disso, melhora a função sexual nas mulheres com IUE, tanto pelo tratamento da IUE em si e pela redução dos episódios de IC, como pelo fortalecimento dos músculos do PP e aumento da eficácia da sua contração. Estes efeitos positivos são mais preponderantes nas mulheres com queixas sexuais prévias ao tratamento.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesses relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

- Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29:213–40.
12. Pechorro P, Diniz A, Almeida S, Vieira R. Validação portuguesa do índice de funcionamento sexual feminino (FSFI). *Lab Psicol*. 2013;7:33–44.
 13. Duralde ER, Rowen TS. Urinary incontinence and associated female sexual dysfunction. *Sex Med Rev*. 2017;5:470–85.
 14. Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas*. 2010;67:309–15.
 15. Cox S. Kegel exercises. *Int J Childbirth Edu*. 1995;10:34–6.
 16. Hay-Smith EJ, Bø Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001:CD001407.
 17. Martinez CS, Ferreira FV, Castro AA, Gomide LB. Women with greater pelvic floor muscle strength have better sexual function. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014;93:457–502.
 18. Rosenbaum TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. *J Sex Med*. 2007;4:4–13.
 19. Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y. Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *Int Urogynecol J*. 2010;21:553–6.
 20. Bo K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys Ther*. 2005;85:269–82.
 21. Laycock J. Female pelvic floor assessment: the Laycock ring of continence. *J Natl Women Health Group Aust Physiother Assoc*. 1994;40–51.
 22. Bø K, Mørkved S. Motor learning. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, van Kampen M. Evidence based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. London: Elsevier Churchill Livingstone; 2007. p. 113–9.
 23. Kao HT, Hayter M, Hinchliff S, Tsai CH, Hsu MT. Experience of pelvic floor muscle exercises among women in Taiwan: A qualitative study

- of improvement in urinary incontinence and sexuality. *J Clin Nurs*. 2015;24:1985–94.
24. Sacomori C, Cardoso FL. Predictors of improvement in sexual function of women with urinary incontinence after treatment with pelvic floor exercises: a secondary analysis. *J Sex Med*. 2015;12:746–55.
 25. Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19:401–6.
 26. Rivalta M, Sighinolfi MC, Micali S, De Stefani S, Bianchi G. Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, functional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones). *J Sex Med*. 2010;7:1200–8.
 27. Serati M, Braga A, Di Dedda MC, Sorice P, Peano E, Biroli A, et al F. Benefit of pelvic floor muscle therapy in improving sexual function in women with stress urinary incontinence: a pretest-posttest intervention study. *J Sex Marital Ther*. 2015;41:254–61.
 28. Handa VL, Whitcomb E, Weidner AC, Nygaard I, Brubaker L, Bradley CS, et al. Sexual function before and after nonsurgical treatment of stress urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2011;17:30–5.
 29. Fattouh B, De Tayrac R, Costa P. Stress urinary incontinence and LUTS in women-effects on sexual function. *Nat Rev Urol*. 2014;11:565–78.
 30. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Nappi RE, Bolis P. Female urinary incontinence during intercourse: a review on an understudied problem for women's sexuality. *J Sex Med*. 2009;6:40–8.