

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso de Fisioterapia

Vanessa Azevedo Konno

**Análise comparativa da função e satisfação sexual em
mulheres continentes e incontinentes: uma revisão integrativa
da literatura**

**São Paulo
2026**

Vanessa Azevedo Konno

**Análise comparativa da função e satisfação sexual em
mulheres continentes e incontinentes: uma revisão integrativa
da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Fisioterapia da Universidade Santo
Amaro - UNISA, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.
Orientadora: Prof.^a. Me. Juliana Sader dos
Santos Vanzella

**São Paulo
2026**

K85a

Konno, Vanessa Azevedo

Análise comparativa da função e satisfação sexual em mulheres continentes e incontinentes: uma revisão de literatura integrativa / Vanessa Azevedo Konno. - São Paulo, 2026.

39 p. : il; color.

Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Santo Amaro, 2026.

Orientadora: Prof.^a Ma. Juliana Sader dos Santos Vanzella.

Bibliografia incluída

1. Função Sexual. 2. Fisioterapia. 3. Incontinência urinária. I. Vanzella, Juliana Sader dos Santos. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

CDD 617.55062

Vanessa Azevedo Konno

**Análise comparativa da função e satisfação sexual em mulheres
continentes e incontinentes: uma revisão de literatura integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da
Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Fisioterapia.

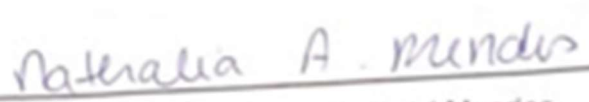
Orientadora: Prof.^a Me. Juliana Sader dos Santos Vanzella.

São Paulo, 27 de maio de 2026.

Banca Examinadora



Prof.^a Me. Juliana Sader dos Santos Vanzella
(Orientadora)



Prof.^a Me. Nathalia Antal Mendes
(Banca Externa)



Prof.^a Me. Silmara Patrícia Correia da Silva Macri
(Banca Interna)

CONCEITO FINAL:

9,0

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus e aos orixás, por terem me sustentado em todos os momentos desta caminhada. Foram eles quem me deram forças quando pensei em desistir, quem renovou minha fé e colocou pessoas incríveis no meu caminho. A Eles toda a honra e a glória, pois sem eles, nada disso seria possível. Agradeço à minha família, meu porto seguro e minha base em tudo. Ao meu pai e à minha mãe, por todo amor, dedicação, paciência e por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidei do meu próprio potencial. Ao Pedro, Taynara e Noemi, que sempre estiveram ao meu lado com palavras de incentivo e gestos de carinho, me lembrando que vale a pena persistir. Cada um de vocês foi essencial nesta jornada. À minha orientadora, Professora Me. Juliana Sader dos Santos Vanzella, expresso minha mais profunda gratidão. Obrigado por toda a paciência, pelo acolhimento e compreensão e por compartilhar seus conhecimentos de forma tão generosa. Sua orientação cuidadosa e incentivo constante fizeram toda diferença para que este trabalho se tornasse realidade. Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com apoio, palavras de encorajamento e gestos de amizade. Cada um deixou uma marca especial nesta conquista.

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária (IU) é uma condição de alta prevalência entre mulheres, afetando entre 15% a 55% desta população, e está frequentemente associada a disfunções do assoalho pélvico. Embora o impacto da IU na qualidade de vida seja amplamente estudado, sua relação com a função e a satisfação sexual feminina ainda é negligenciada na literatura e na prática clínica. **Objetivo:** Analisar comparativamente a função e a satisfação sexual de mulheres continentes e incontinentes com base na literatura científica, identificando as diferenças entre os grupos, os fatores associados e os principais recursos fisioterapêuticos descritos para o manejo das disfunções sexuais relacionadas à IU. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura baseada na metodologia Cochrane e na diretriz PRISMA, com busca sistemática nas bases BVS, PubMed, SciELO e PEDro, entre janeiro e março de 2026. Foram incluídos 13 ensaios clínicos randomizados e controlados, publicados entre 2021 e 2026, em português, inglês e espanhol. **Resultados:** Apenas um estudo comparou diretamente mulheres continentes e incontinentes, revelando que 53% das incontinentes haviam abandonado a vida sexual, contra 29,2% das continentes. As incontinentes sexualmente ativas apresentaram piores escores em desejo, conforto, harmonia com o parceiro e satisfação. Os demais estudos, embora não incluíssem grupo controle continente, demonstraram que o Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP) melhora significativamente múltiplos domínios da função sexual, como desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e redução da dor. Recursos complementares como biofeedback, esferas vaginais, radiofrequência microablativa, laser de CO₂, estimulação elétrica neuromuscular externa, estimulação percutânea do nervo tibial e telerreabilitação também mostraram resultados promissores. **Conclusão:** Mulheres incontinentes apresentam pior função e satisfação sexual quando comparadas a mulheres continentes, com a IU atuando como fator de risco independente para disfunção sexual. A fisioterapia pélvica, por meio de um arsenal diversificado de recursos com o TMAP como base, configura-se como intervenção eficaz e não invasiva para restaurar a saúde sexual. Evidencia-se a necessidade de estudos comparativos diretos que coloquem a sexualidade feminina como desfecho primário.

Palavras-chave: Função Sexual, Satisfação Sexual, Sexualidade, Incontinência Urinária, Mulheres, Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence (UI) is a highly prevalent condition among women, affecting 15% to 55% of this population, and is frequently associated with pelvic floor dysfunctions. Although the impact of UI on quality of life is widely studied, its relationship with female sexual function and satisfaction remains neglected in both literature and clinical practice. **Objective:** To comparatively analyze sexual function and satisfaction in continent and incontinent women based on scientific literature, identifying differences between groups, associated factors, and the main physical therapy resources described for managing sexual dysfunctions related to UI. **Methodology:** Integrative literature review based on the Cochrane methodology and PRISMA guideline, with a systematic search in the BVS, PubMed, SciELO, and PEDro databases between January and March 2026. Thirteen randomized controlled clinical trials, published between 2021 and 2026 in Portuguese, English, and Spanish, were included. **Results:** Only one study directly compared continent and incontinent women, revealing that 53% of incontinent women had abandoned sexual life compared to 29.2% of continent women. Sexually active incontinent women showed worse scores in desire, comfort, partner harmony, and satisfaction. The remaining studies, although not including a continent control group, demonstrated that Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) significantly improves multiple domains of sexual function, such as desire, arousal, lubrication, orgasm, and pain reduction. Complementary resources such as biofeedback, vaginal spheres, microablative radiofrequency, CO₂ laser, external neuromuscular electrical stimulation, percutaneous tibial nerve stimulation, and telerehabilitation also showed promising results. **Conclusion:** Incontinent women present worse sexual function and satisfaction when compared to continent women, with UI acting as an independent risk factor for sexual dysfunction. Pelvic floor physical therapy, through a diversified arsenal of resources with PFMT as its cornerstone, constitutes an effective and noninvasive intervention to restore sexual health. The need for direct comparative studies that place female sexuality as a primary outcome is evident.

Keywords: Sexual Function, Sexual Satisfaction, Sexuality, Urinary Incontinence, Women, Physical Therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3 METODOLOGIA	14
3.1 Tipo de pesquisa	14
3.2 Fonte dos dados e período de coleta dos dados	14
3.3 Critérios de inclusão	15
3.4 Critérios de não inclusão	15
3.5 Critérios de exclusão	16
3.6 Seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos	16
3.7 Extração dos dados.....	18
3.8 Análise dos dados	18
3.9 Uso da IA	18
4 RESULTADOS	19
4.1 Resultados da estratégia de busca	19
4.2 Caracterização dos artigos.....	20
5 DISCUSSÃO.....	26
6 CONCLUSÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
7.1 Impacto clínico.....	31
7.2 Impacto social	32
7.3 Impacto acadêmico.....	32
7.4 Perspectivas futuras	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1 INTRODUÇÃO

A anatomofisiologia da cintura pélvica, composta pelos ossos do quadril (ílio, ísquio e púbis), sacro e cóccix e seu principal grupo muscular, o levantador do ânus (dividido em puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo), é fundamental para o controle dos esfíncteres, função sexual e suporte dos órgãos pélvicos. Essas estruturas se conectam através da sínfise púbica, articulações sacroilíacas e sacrococcígea, que absorvem impactos durante a locomoção e o parto. Disfunções nessa região podem acarretar problemas como incontinência urinária (IU), dores crônicas e insatisfação sexual, impactando significativamente a qualidade de vida¹.

A musculatura do assoalho pélvico (MAP) é composta predominantemente por fibras do tipo I (contração lenta e tônica, responsáveis pelo suporte visceral contínuo e pela manutenção da continência em repouso) e fibras do tipo II (contração rápida e fásica, recrutadas durante aumentos súbitos da pressão intra-abdominal, como tossir, espirrar ou rir). Sua inervação somática, majoritariamente efetuada pelo nervo pudendo (S2-S4), permite tanto o tônus basal quanto as contrações voluntárias e reflexas essenciais para a função esfinteriana². Estudos com dinamometria e ultrassonografia transperineal demonstram que a capacidade de elevação do colo vesical e o fechamento uretral dependem diretamente da integridade e da força dessa musculatura, especialmente do feixe puborretal, que atua como um "gancho" funcional ao tracionar a junção anorretal e uretral em direção à sínfise púbica^{2,3}.

A MAP desempenha um papel central não apenas na continência, mas também na resposta sexual feminina. Durante a atividade sexual, ocorrem contrações e relaxamentos coordenados desses músculos, que contribuem para o prazer, a lubrificação e a sensibilidade. A fraqueza ou tensão excessiva dessa musculatura pode reduzir o fluxo sanguíneo perineal, prejudicando a lubrificação vaginal, aumentando a dor genito pélvica à penetração e dificultando o alcance do orgasmo (anorgasmia). Dessa forma, as alterações musculares que comprometem a continência podem também desencadear ou agravar disfunções sexuais, estabelecendo uma relação direta entre a integridade do assoalho pélvico e a qualidade da vida sexual da mulher³.

A manutenção da continência urinária depende de uma complexa interação entre três sistemas: o sistema de suporte (MAP e fáscia endopélvica, que formam uma "rede" de sustentação para a bexiga e a uretra), o sistema esfinteriano (musculatura

lisa e estriada da uretra) e o sistema neurológico (inervação simpática, parassimpática e somática, que coordena os reflexos de enchimento e esvaziamento vesical)^{4,2}. Quando qualquer um desses sistemas é comprometido — por exemplo, pelo estiramento ou avulsão do puborretal durante o parto vaginal, a pressão de fechamento uretral torna-se insuficiente para conter a urina, especialmente durante os picos de pressão abdominal, resultando na incontinência urinária de esforço³.

A incontinência urinária, definida pela International Continence Society e pela International Urogynecological Association como a perda involuntária de urina que causa sofrimento higiênico ou social, é um problema de saúde pública de alta prevalência, afetando entre 15% a 55% das mulheres, com maior incidência no sexo feminino. Fatores de risco incluem idade avançada, gestação, parto vaginal, obesidade, e possivelmente histerectomia, diabetes mellitus e hipoestrogenismo na menopausa⁴.

Manifesta-se principalmente em três formas⁴:

- Incontinência de esforço (IUE): mais comum (cerca de 51% dos casos), caracterizada por perda urinária aos esforços (risco, tosse, espirro, levantamento de peso) sem vontade prévia de urinar, decorrente da falha do esfíncter urinário e das estruturas de suporte do assoalho pélvico.
- Incontinência de urgência (IUU): sintoma da bexiga hiperativa, caracterizada por urgência miccional, aumento da frequência urinária e noctúria, com ou sem perda urinária, podendo ter causa neurológica ou idiopática.
- Incontinência mista (IM): combinação dos sintomas de esforço e urgência.

A incontinência urinária (IU) é uma condição que vai muito além da perda involuntária de urina: ela representa uma ameaça silenciosa à qualidade de vida feminina, gerando sofrimento higiênico, social e emocional⁴. O medo constante do escape urinário e o constrangimento decorrente afetam profundamente a autoestima e a autoconfiança, levando muitas mulheres ao isolamento social e à restrição de atividades cotidianas⁵. Assim, compreender os impactos multidimensionais da IU é o primeiro passo para oferecer um cuidado integral e humanizado a essa população frequentemente silenciada. Apesar do impacto da IU ser amplamente estudado, a literatura frequentemente negligência as disfunções sexuais a ela associadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde sexual como “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade, não apenas a ausência de doença, devendo ser tratada com respeito e de forma positiva, incluindo

experiências seguras e prazerosas”⁶.

Para compreender as possíveis alterações, é fundamental resgatar a resposta sexual feminina fisiológica. Classicamente descrita por Masters & Johnson (1966), a resposta sexual feminina é composta por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. No entanto, esse modelo mostrou-se insuficiente para capturar a complexidade da experiência feminina. Modelos mais contemporâneos, como o modelo circular de Basson (2000), demonstram que o desejo pode ser responsivo e não necessariamente o ponto de partida; o Modelo de Controle Dual evidencia o equilíbrio entre sistemas neurofisiológicos de excitação e inibição; e o modelo biopsicossocial integra fatores hormonais, psicológicos e socioculturais como determinantes indissociáveis da resposta sexual^{7,8}.

Durante a excitação, ocorre vasocongestão pélvica e lubrificação vaginal; no platô, há aumento da tensão muscular e da congestão, com elevação do terço distal da vagina e formação da “plataforma orgástica”; o orgasmo é o ápice do prazer, com contrações rítmicas da musculatura pélvica e do útero; e a resolução é o retorno ao estado de repouso. Alterações em qualquer uma dessas fases — seja por fatores anatômicos, fisiológicos, psicológicos ou neurológicos — podem configurar as disfunções sexuais femininas (DSF), que afetam diretamente o desejo, a excitação, a lubrificação, o orgasmo e a satisfação sexual e podem causar amplo sofrimento físico e emocional^{4,6,9}.

No contexto da incontinência urinária, a disfunção sexual pode atingir até 60% das mulheres incontinentes que buscam ajuda em serviços de uroginecologia, traduzidas no relato de perda de urina durante a penetração sexual e o orgasmo, dificuldades para atingir o orgasmo, menor desejo, lubrificação e satisfação, levando à abstinência sexual por vergonha ou constrangimento^{3,10,11}.

A relação entre IU e disfunção sexual é complexa e multifatorial. Variáveis como envelhecimento, cirurgias pélvicas, condições hormonais, percepção da autoimagem e outras doenças crônicas também são fatores de risco para a disfunção sexual, tornando difícil isolar o real impacto da incontinência. Estudos apresentam achados contraditórios: enquanto algumas pesquisas encontraram 46% de abstinência sexual em mulheres incontinentes, não as comparando com um grupo controle, outros estudos realizados com mulheres com mais idade mostraram que as voluntárias permaneciam sexualmente ativas independentemente da incontinência, mas a gravidade da perda fazia diferença; pesquisas na Alemanha apontaram menor

atividade sexual em mulheres com IU, mas sem controle de variáveis como estado civil ou escolaridade¹².

Ao longo da vida, outras patologias e condições também podem comprometer a função sexual feminina, independentemente da presença de incontinência. Entre elas, destacam-se: endometriose, dor intensa e contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico durante a penetração, desejo sexual hipoativo (DSH), anorgasmia, além de doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, distúrbios hormonais (hipotireoidismo, hiperprolactinemia), doenças neurológicas (esclerose múltipla, lesões medulares), procedimentos cirúrgicos (histerectomia, cirurgias pélvicas), tratamento oncológico (radioterapia pélvica) e o próprio envelhecimento. O sofrimento psicológico, a baixa autoestima, a depressão e a ansiedade frequentemente acompanham essas condições, agravando ainda mais o quadro^{13,14}.

Diante desse cenário, a fisioterapia pélvica tem se destacado como uma abordagem terapêutica não invasiva e baseada em evidências para o tratamento tanto da incontinência urinária quanto das disfunções sexuais associadas.

Embora o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) — especialmente os exercícios de Kegel (contrações voluntárias, sustentadas ou rápidas) — seja a técnica mais conhecida e estudada, existem outros recursos terapêuticos disponíveis. Entre eles, destacam-se: a eletroestimulação transvaginal, o biofeedback, o uso de cones vaginais, a diatermia, a laserterapia, a crioterapia endovaginal, o infravermelho, a estimulação magnética extracorpórea, o ultrassom terapêutico, a massagem perineal, o alongamento e relaxamento muscular (indicados para vaginismo e dispareunia), a mobilização pélvica e a reeducação postural. Todos esses recursos podem ser utilizados isolada ou complementarmente, dependendo da avaliação e das necessidades de cada mulher^{15,16}.

No entanto, apesar do arsenal terapêutico disponível e da relevância clínica do tema, ainda há poucos estudos que cruzem de forma sistemática as informações sobre incontinência urinária, função sexual e resposta aos diferentes recursos fisioterapêuticos. A maior parte das pesquisas concentra-se no tratamento da incontinência urinária, e a melhora da função sexual aparece, na maioria das vezes, como um desfecho secundário ou consequência do tratamento da continência, e não como foco principal. Não está claro, na literatura, qual a melhor terapia — ou combinação de terapias — para tratar especificamente as disfunções sexuais

femininas associadas ou não à fraqueza do assoalho pélvico, tampouco se existem diferenças consistentes na função e satisfação sexual entre mulheres continentas e incontinentes quando controladas outras variáveis de confusão. Há uma lacuna evidente de estudos comparativos que avaliem, de forma direta, esses desfechos entre os dois grupos (continentes vs. incontinentes) ao longo das diferentes fases da vida¹¹.

Assim, por todo o exposto, investigar a relação entre incontinência urinária e função sexual em mulheres torna-se não apenas relevante, mas urgente, para que se possa oferecer intervenções precoces e integralizadas, capazes de preservar a qualidade de vida sexual e emocional dessa população.

É dessa importante urgência que nasce este trabalho, objetivando responder se: ***Mulheres incontinentes apresentam pior função e satisfação sexual quando comparadas a mulheres continentas?***

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar comparativamente a função e a satisfação sexual de mulheres continentas e incontinentes com base na literatura científica.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar os principais tipos de disfunções sexuais relatadas em mulheres continentas e incontinentes;
- ✓ Analisar a associação entre incontinência urinária e piores desfechos de função e satisfação sexual;
- ✓ Mapear e descrever os recursos fisioterapêuticos empregados no tratamento das disfunções sexuais em mulheres com incontinência urinária;
- ✓ Sintetizar as evidências científicas recentes sobre as diferenças na função e satisfação sexual entre mulheres continentas e incontinentes e as abordagens fisioterapêuticas disponíveis.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de literatura do tipo integrativa. Utilizamos como base a metodologia e manual da Cochrane. O manual descreve os métodos e as melhores práticas resumindo em um único documento os métodos mais recentes para quem deseja conduzir uma revisão de literatura com foco no planejamento, condução e tomada de decisões em saúde¹⁵. A apresentação sistematizada do estudo e resultados seguiu a diretriz PRISMA - “Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis”¹⁶.

A pesquisa bibliográfica é um método investigativo que utiliza fontes documentais para aprofundar o conhecimento sobre determinado objeto de estudo, sendo especialmente pertinente em abordagens exploratórias e descritivas com limitada produção científica. Sua principal contribuição reside na sistematização do estado atual do conhecimento sobre o tema abordado e possibilidade de análise crítica de estudos anteriores, identificando os principais desafios enfrentados e as lacunas existentes, podendo direcionar melhor futuras investigações¹⁷.

Além disso, reunir informações de diversas obras e autores oferece subsídios relevantes para orientar decisões clínicas e aprimorar práticas assistenciais ou educacionais, baseadas em evidências científicas¹⁷.

A adoção da pesquisa bibliográfica como método neste Trabalho de Conclusão de Curso justifica-se pela sua capacidade de sintetizar os estudos já publicados, permitindo a elaboração de reflexões fundamentadas e conclusões relevantes acerca da temática proposta.

3.2 Fonte dos dados e período de coleta de dados

Para realização do estudo foi realizada, entre 20 de janeiro de 2026 e 31 de março de 2026, uma busca sistemática eletrônica nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PubMed, SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e PEDro (Physiotherapy Evidence Database), usando as palavras-chave: “Função Sexual”, “Sexualidade”, “Mulheres”, “Satisfação Sexual”, “Fisioterapia” e “Incontinência Urinária” e suas versões em inglês “Sexual Function”, “Sexuality”, “Sexual

Satisfaction”, “Physical Therapy”, Urinary Incontinence” e “Women” com o operador booleano “AND”, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 1 – Estratégia adotada para busca dos ensaios clínicos nas diferentes bases de dados.

Base de Dados	Busca	Palavra-Chave	Operador Booleano	Palavra-Chave	Operador Booleano	Palavra-Chave	Operador Booleano	Palavra-Chave	Operador Booleano	Tipo de Artigo	Nº Artigos
Pubmed	1	Sexual function	AND	Urinary Incontinence	AND	Physical Therapy	AND	Women	AND	Randomized Controlled Trial	18
	2	Sexual satisfaction	AND	Urinary Incontinence	AND	Physical Therapy	AND	Women	AND	Randomized Controlled Trial	9
	3	Sexuality	AND	Urinary Incontinence	AND	Physical Therapy	AND	Women	AND	Randomized Controlled Trial	21
BVS	1	Sexual function	AND	Urinary Incontinence	AND	Physical Therapy	AND	Women	AND	Randomized Controlled Trial	36
	2	Sexual satisfaction	AND	Urinary Incontinence	AND	Physical Therapy	AND	Women	AND	Randomized Controlled Trial	8
	3	Sexuality	AND	Urinary Incontinence	AND	Physical Therapy	AND	Women	AND	Randomized Controlled Trial	0
SciELO	1	Sexual function	AND	Urinary Incontinence	AND	Physical Therapy	AND	Women	AND	Randomized Controlled Trial	0
	2	Sexual satisfaction	AND	Urinary Incontinence	AND	Physical Therapy	AND	Women	AND	Randomized Controlled Trial	0
	3	Sexuality	AND	Urinary Incontinence	AND	Physical Therapy	AND	Women	AND	Randomized Controlled Trial	0
PEDro	Topic	Abstract & Title	AND	Body Part	AND	Subdiscipline	AND	Published since	AND	Method	Score ≥ 6
	1	Female Sexual Function	AND	Perineum or genito-urinary system	AND	Continence and women's health	AND	2021	AND	Clinical Trial	11

Fonte: Elaboração própria (2026).

3.3 Critérios de inclusão

O estudo analisou ensaios clínicos randomizados e *quasi* randomizados, controlados, publicados nos últimos cinco anos, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, nos jornais indexados nas bases de dados supracitadas, nos quais grupos de mulheres continentes e incontinentes foram comparados quanto à função e satisfação sexual, com ou sem intervenção fisioterapêutica para tratamento, desde que os dados fossem passíveis de extração para análise comparativa.

Cabe ressaltar que, dentre os artigos disponíveis na base de dados PEDro (Physiotherapy Evidence Database), foram selecionados somente aqueles com score ≥ 6/10.

3.4 Critérios de não inclusão

Foram desconsideradas monografias, trabalhos de conclusão de curso e teses (publicadas ou não), protocolos de estudos, resumos de conferências, cartas para o editor e comentários, e ensaios que abordassem disfunções ou intervenções não diretamente relacionadas ao escopo deste estudo, bem como aqueles que incluíam homens como participantes principais — e não apenas como parceiros das mulheres avaliadas — quando apresentavam disfunções urinárias e/ou sexuais na amostra investigada.

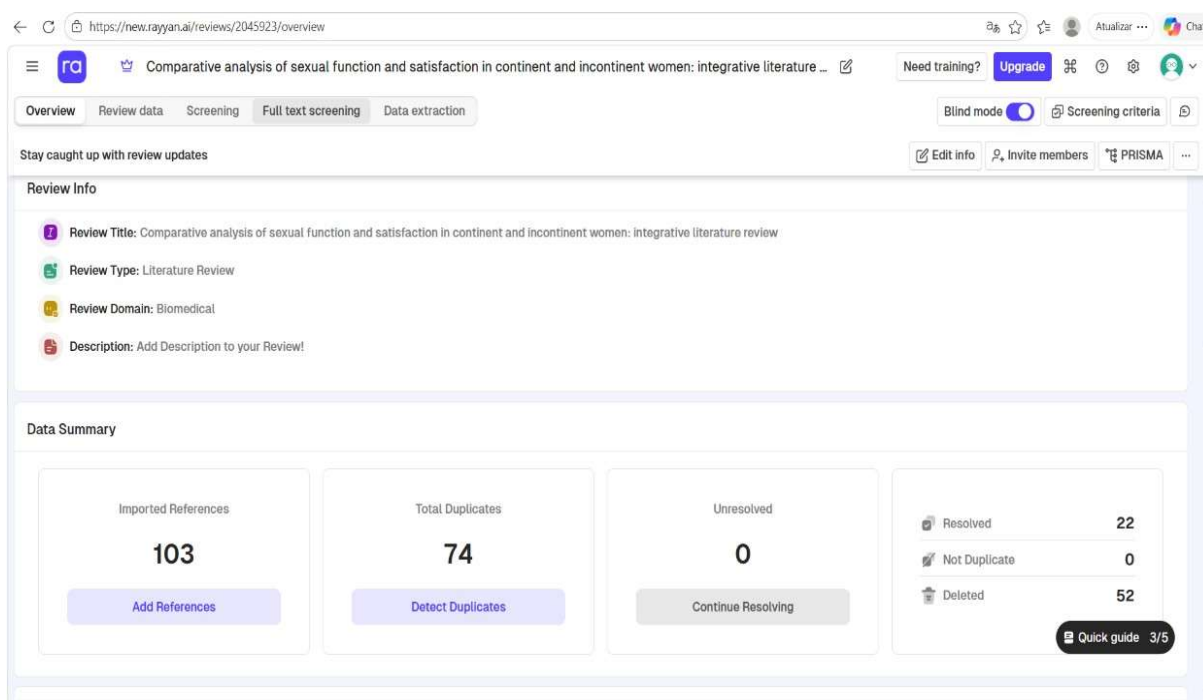
3.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos os artigos duplicados, não disponibilizados na íntegra e/ou apenas mediante pagamento.

3.6 Detalhamento das fases de seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos

A busca computadorizada dos estudos foi realizada pela investigadora principal e confirmada por sua orientadora. Utilizamos a ferramenta eletrônica Rayyan, que permite a identificação de artigos duplicados (Figura 1), a semiautomação da triagem inicial de títulos e resumos das publicações e a classificação das referências em incluídas, excluídas e "em dúvida", entre outras funcionalidades^{18,19}.

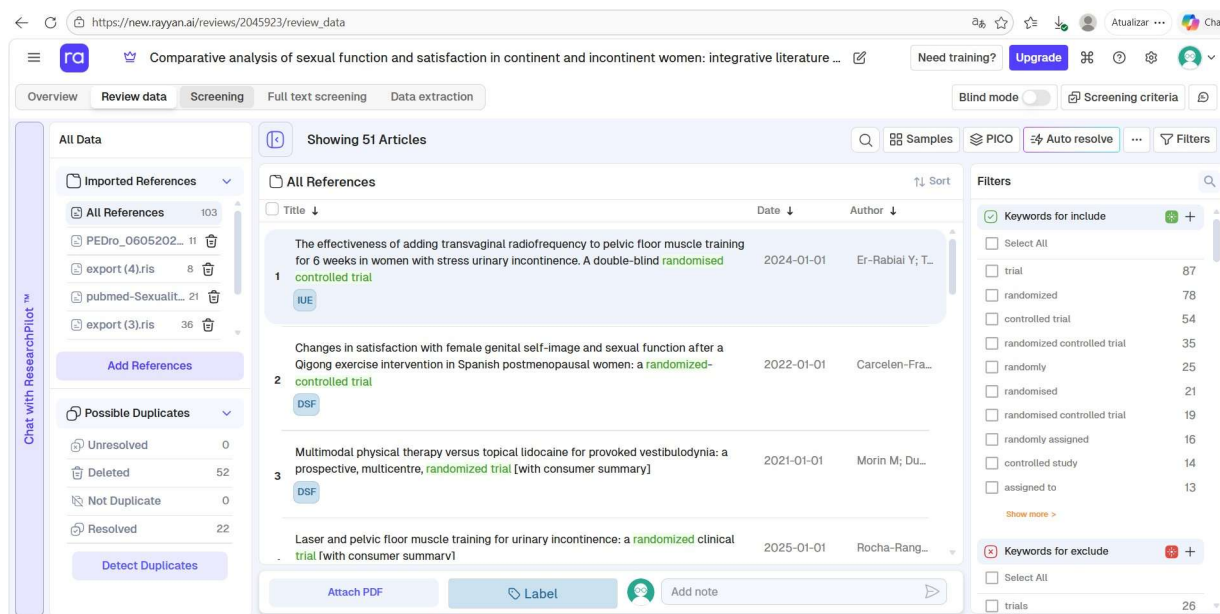
Figura 1 – Ferramenta eletrônica Rayyan: Identificação de artigos duplicados



Fonte: (Rayyan,2026) – <https://new.rayyan.ai/reviews/2045923/overview>

A partir da exclusão dos artigos duplicados, foi feita uma primeira seleção dos manuscritos, baseada no tipo de publicação, idioma e desenho de estudo (Figura 2).

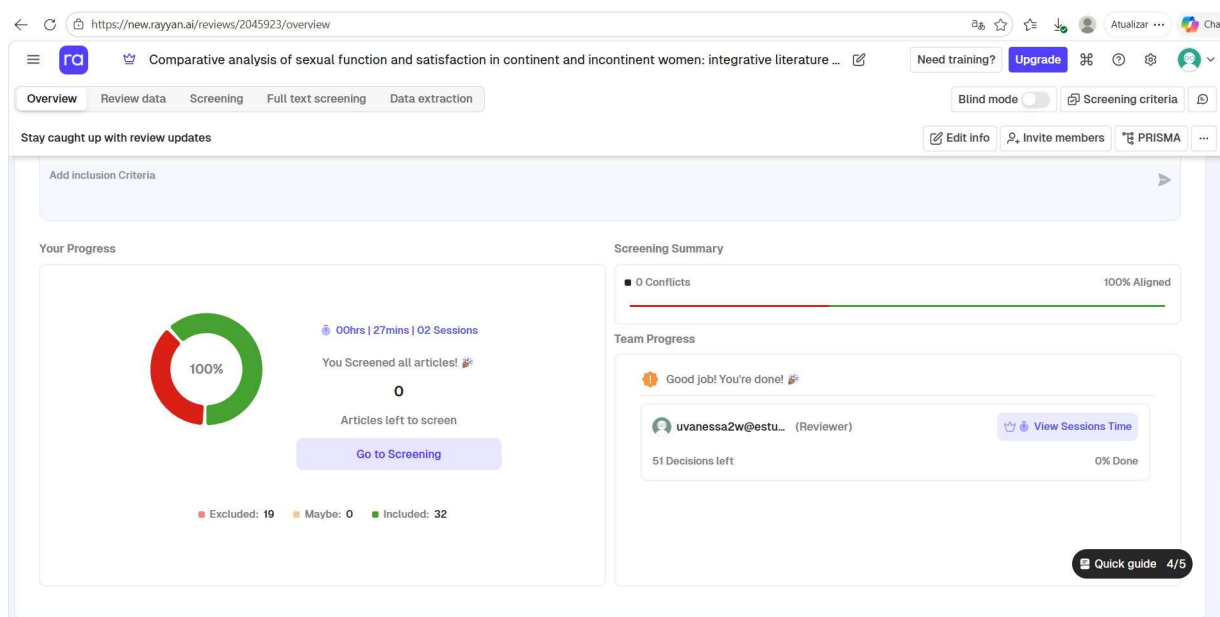
Figura 2 – Ferramenta eletrônica Rayyan: Início da triagem dos artigos



Fonte: (Rayyan, 2026) – https://new.rayyan.ai/reviews/2045923/review_data

Em seguida, foi realizada uma avaliação subsequente dos artigos considerando o título e resumo dos ensaios (Figura 3). As dúvidas foram julgadas pela orientadora. As publicações previamente selecionadas foram então analisadas na íntegra para confirmar ou refutar a inclusão deles baseando-se nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos durante o desenho da pesquisa.

Figura 3 – Ferramenta eletrônica Rayyan: Gráfico resultante da triagem considerando o título e resumo dos ensaios (32 artigos incluídos para leitura na íntegra)



Fonte: (Rayyan, 2026) – <https://new.rayyan.ai/reviews/2045923/overview>

3.7 Extração dos dados

A extração de dados dos artigos selecionados para análise foi organizada individualmente com base em quatro pontos principais, apoio para a construção do quadro-resumo das características dos artigos estudados:

- Informações gerais: título, autores, ano da publicação, idioma, país;
- Objetivos;
- Amostra e metodologia adotada;
- Resultados.

3.8 Análise dos Dados

No desenvolvimento do trabalho, após a busca e seleção de todos os estudos, foi feita uma leitura criteriosa de todos os artigos e elencados os achados principais para discussão, com propósito de esclarecer pontos importantes do tema, demonstrando e confrontando os resultados dos estudos mais recentes na literatura científica de forma dissertativa, a fim de contribuir com a discussão, reflexão e incentivo à compreensão das implicações da incontinência urinária sobre a sexualidade feminina, destacando a importância da comparação entre grupos continentes e incontinentes para direcionar estratégias de cuidado integral na saúde da mulher.

3.9 Uso da Inteligência Artificial (IA)

Durante a elaboração deste trabalho, foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial (IA) como recurso de apoio em etapas específicas e limitadas do processo de escrita acadêmica²⁰. O uso da IA não substituiu, em momento algum, a análise crítica, a interpretação dos dados ou a responsabilidade autoral da pesquisadora sobre o conteúdo final do trabalho. As ferramentas foram empregadas exclusivamente para:

- Auxílio na formatação e organização de referências bibliográficas conforme as normas da ABNT e/ou Vancouver;
- Sugestão de reescrita de trechos para melhoria da fluidez, clareza e coesão textual, preservando integralmente o conteúdo e os argumentos originais da

autora;

- Verificação de inconsistências na numeração e ordenação das citações ao longo do texto;
- Auxílio na tradução e adaptação de títulos e termos técnicos do inglês para o português.

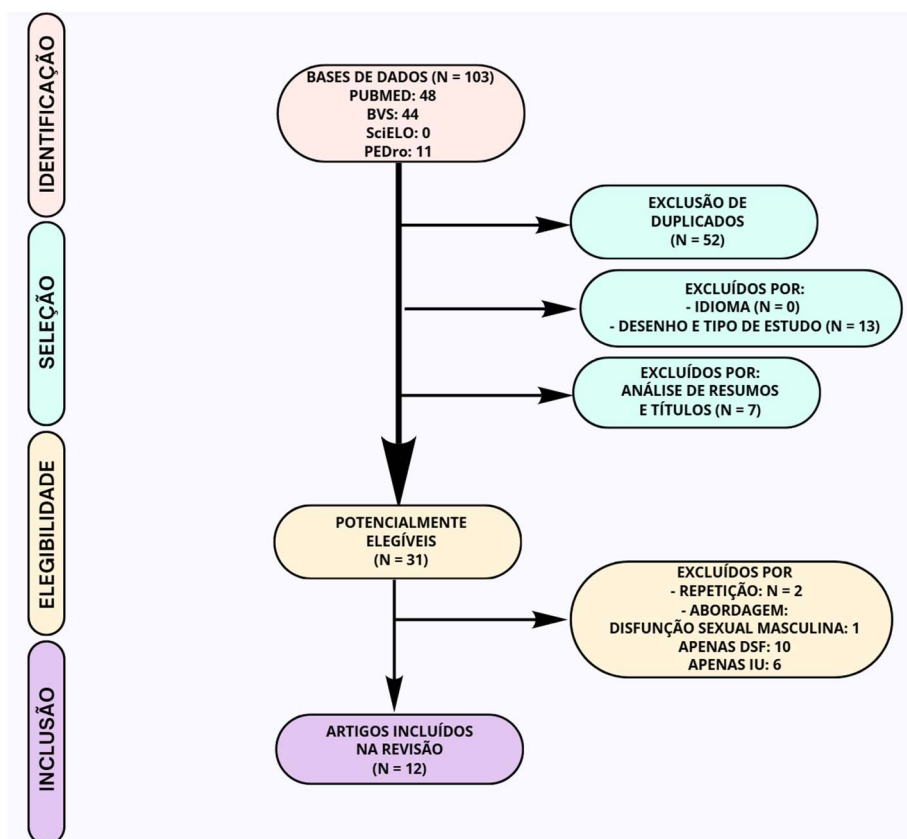
Todos os conteúdos gerados ou sugeridos pela IA foram criteriosamente revisados, editados e validados pela autora e por sua orientadora, que assumem total responsabilidade pela integridade, originalidade e correção das informações apresentadas neste trabalho.

4 RESULTADOS

4.1 Resultados da estratégia de busca

O fluxograma dos resultados da busca até a inclusão final dos artigos é apresentado na Figura 4. A busca sistemática inicial resultou em 103 citações, sendo 48 oriundas da Pubmed, 44 da BVS, 0 da SciELO e 11 da base PEDro. Deste total, após a remoção dos estudos duplicados e daqueles que não se enquadravam nos critérios pré-estabelecidos, 31 estudos foram considerados potencialmente elegíveis e submetidos a leitura na íntegra. Desses, 2 foram excluídos por estarem duplicados (títulos diferentes, mas mesmos autores, mesma amostra e mesmo objetivo), 1 foi excluído pois também avaliava disfunção sexual masculina, 10 foram excluídos por abordarem apenas disfunção sexual e 6 por tratarem somente de IU. Ao final da seleção, 12 artigos encontrados na íntegra e que se enquadravam totalmente nos critérios elencados foram incluídos nesta revisão.

Figura 4 – Fluxograma dos critérios de inclusão e exclusão desta revisão



Fonte: Elaboração própria (2026).

4.2 Caracterização dos artigos

Após ser realizada a coleta de dados, foi feita a leitura completa dos artigos selecionados, para reduzir os vieses de seleção. No quadro 1 são apresentadas as 12 publicações incluídas na presente revisão de acordo com o ano de publicação, autores, objetivos, metodologias e resultados.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos

Autor / Ano	Título	Objetivo	Metodologia	Resultado
Gumussoy S, Kavlak O, Yeniel AO, 2021 [21]	Efeitos do treinamento dos músculos do assoalho pélvico guiado por biofeedback com e sem terapia de inervação magnética extracorpórea na incontinência urinária de esforço	Avaliar os efeitos do biofeedback (EMG-BF), com e sem terapia de inervação magnética extracorpórea (ExMI), nos sintomas urinários, qualidade de vida e função sexual em mulheres com IUE	Ensaio Clínico Randomizado. Cinquenta e uma mulheres com IUE (idade média de 50,92 anos) foram aleatoriamente alocadas em dois grupos: EMG-BF isolado (n=26) e EMG-BF combinado com ExMI (n=25). Ambos os grupos realizaram 8 semanas de TMAP com biofeedback (20 minutos, 2 vezes/semana), com ou sem terapia magnética extracorpórea, além de 60 contrações diárias domiciliares. A função sexual foi avaliada pelo <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI) e a qualidade de vida pelo <i>Incontinence Quality of Life</i> (I-QOL).	A taxa de cura (ausência de perda urinária) foi de 57,7% no grupo EMG-BF e 52,0% no grupo EMG-BF+ExMI. A terapia magnética não ofereceu benefício adicional (P=0,895). Não houve diferença significativa na função sexual (FSFI) entre os grupos.
Barnes KL, Cichowski S, Komesu YM, Jeppson PC, McGuire B, Ninivaggio CS, Dunivan GC, 2021 [22]	Biofeedback domiciliar versus fisioterapia para incontinência urinária de esforço	Avaliar se um dispositivo de biofeedback domiciliar é não inferior às sessões supervisionadas de fisioterapia pélvica para o tratamento da IUE	Ensaio Clínico Randomizado. Cinquenta e quatro mulheres com mais de 18 anos, diagnóstico de IUE e sem histórico de cirurgia ou fisioterapia pélvica para incontinência foram aleatoriamente alocadas em dois grupos: biofeedback domiciliar com dispositivo PeriCoach diariamente por 3 meses (n=27) e fisioterapia pélvica supervisionada com 4 consultas ao longo de 3 meses (n=27). O desfecho primário foi a qualidade de vida medida pelo <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form</i> (ICIQ-SF). A função sexual foi avaliada como desfecho secundário.	O biofeedback domiciliar foi considerado não inferior à fisioterapia supervisionada. A pontuação média no ICIQ-SF reduziu em 3,95 pontos no grupo do biofeedback e 4,73 pontos no grupo da fisioterapia. Não houve diferença significativa na função sexual entre os grupos.
Slongo H, Lunardi ALB, Riccetto CLZ, Machado HC, Juliato CRT, 2022 [23]	Radiofrequência microablativa versus treinamento dos músculos do assoalho pélvico para	Comparar o efeito da radiofrequência microablativa fracionada (FMRF), do TMAP e da combinação de ambas as terapias no tratamento da	Ensaio Clínico Randomizado prospectivo com três braços. Cento e dezessete mulheres na pós-menopausa com IUE foram aleatoriamente alocadas em três grupos (n=39 cada): Grupo FMRF (três sessões mensais de radiofrequência	Todos os grupos melhoraram os sintomas urinários. O grupo FMRF + TMAP teve melhora significativamente maior no escore ICIQ-SF (p=0,002). O grupo FMRF teve melhora superior nos sintomas

	incontinência urinária de esforço	IUE e na síndrome geniturinária da menopausa	microablativa vaginal), Grupo TMAP (12 sessões semanais de treinamento supervisionado do assoalho pélvico) e Grupo FMRF + TMAP (combinação simultânea das duas terapias). A função sexual foi avaliada pelo <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI).	vaginais e segura ($p=0,007$). Tanto a radiofrequência quanto o TMAP melhoraram a função sexual isoladamente, mas a combinação não ofereceu vantagem adicional.
Artymuk NV, Khapacheva SY, 2022 [24]	Programa de exercícios pós-parto para os músculos do assoalho pélvico com auxílio de dispositivo para o tratamento da disfunção do assoalho pélvico após o parto	Avaliar a eficácia de dois dispositivos de treino do assoalho pélvico para a prevenção de disfunções do assoalho pélvico (DAP) em mulheres no período pós-parto	Ensaio clínico prospectivo, randomizado e aberto. Setenta mulheres no período pós-parto foram aleatoriamente alocadas em dois grupos: Grupo 1 ($n=35$) utilizou o dispositivo EmbaGYN por 20 minutos ao dia durante 4 semanas; Grupo 2 ($n=35$) utilizou o dispositivo Magic Kegel Master por 20 minutos ao dia durante 4 semanas. A função sexual foi avaliada pelo questionário FSFI.	Ambos os dispositivos reduziram os sintomas de prolapso e incontinência. O dispositivo Magic Kegel Master foi o único que reduziu significativamente as taxas de disfunção sexual (FSFI), de 69,4% para 25,0%.
Toprak Celenay S, Karaaslan Y, Ozdemir E, 2022 [25]	Efeitos do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na disfunção sexual, satisfação sexual dos parceiros, sintomas urinários e força muscular do assoalho pélvico em mulheres com bexiga hiperativa	Investigar os efeitos do TMAP na disfunção sexual, na satisfação sexual dos parceiros, nos sintomas urinários e na força muscular do assoalho pélvico em mulheres com bexiga hiperativa	Ensaio Clínico Randomizado Controlado. Quarenta e três mulheres com bexiga hiperativa foram aleatoriamente alocadas em dois grupos: Grupo TMAP ($n=21$), com sessões presenciais combinadas com programa domiciliar durante 6 semanas, e Grupo Controle ($n=22$), que manteve sua rotina sem intervenção. A função sexual feminina foi avaliada pelo FSFI e a satisfação sexual do parceiro pela <i>Erection Quality Scale</i> (EQS).	O grupo TMAP apresentou redução significativa no escore OAB-V8 ($p<0,001$), indicando melhora acentuada nos sintomas urinários (urgência, noctúria e incontinência de urgência), houve um aumento no escore total do FSFI e em vários domínios (desejo, excitação, orgasmo, satisfação e redução da dor), melhora na satisfação sexual dos parceiros e aumento da força dos músculos do assoalho pélvico.

			individual e sessões em grupo) e quatro sem suporte, durante 3 meses.	
Kurt TB, Yilmaz B, Toprak Celenay S, 2024 [27]	Efeitos da estimulação elétrica neuromuscular externa em mulheres com incontinência urinária de urgência	Investigar os efeitos da estimulação elétrica neuromuscular externa (NMES) nos sintomas urinários, força muscular, qualidade de vida, função sexual, percepção de melhora e satisfação em mulheres com IU de urgência	Ensaio Clínico Randomizado, Sham-Controlado. Trinta mulheres com IUU foram aleatoriamente alocadas em dois grupos (n=15 cada): o grupo NMES recebeu estimulação elétrica externa com INNOVO® (30 minutos, 3 vezes/semana) e orientações sobre estilo de vida; o grupo Sham recebeu estimulação simulada (sem corrente) com as mesmas orientações, durante 8 semanas. A função sexual foi avaliada pelo PISQ-12.	O grupo NMES apresentou melhora significativamente maior em comparação ao sham ($p<0,05$) na redução do ICIQ-SF, menor noctúria e episódios de IU, aumento do volume urinado, melhora nos domínios emocional, físico e escore total do PISQ-12 (função sexual) e maior percepção de melhora e satisfação.
Rocha-Rangel SC, Pereira GMV, Juliato CRT, Brito LGO, 2025 [28]	Treinamento a laser e dos músculos do assoalho pélvico para incontinência urinária	Avaliar se o TMAP e a terapia com laser de CO2 fracionado melhoram os sintomas em mulheres com IUE	Ensaio Clínico Randomizado paralelo, não cego e de não inferioridade. Das 144 mulheres triadas, 94 com 18 anos ou mais e diagnóstico de IUE foram aleatoriamente alocadas em dois grupos: laser de CO2 fracionado (n=47), que recebeu 3 aplicações vaginais com intervalos mensais, e TMAP (n=47), que realizou 2 sessões supervisionadas por semana. Ambos os grupos foram acompanhados por 3 e 6 meses. A função sexual foi avaliada pelo FSFI como desfecho secundário.	Ambos os grupos tiveram redução nos sintomas urinários. O laser de CO2 não atingiu a margem de não inferioridade em comparação com o TMAP. O TMAP melhorou o domínio "desejo" sexual, enquanto o laser de CO2 melhorou os domínios "orgasmo", "dor" e o escore total de função sexual (FSFI).
Huang Z, Far SM, Aronov J, Harandi AA, Hwang K, Zhang X, Talanki V, Ruan H, Cohen TM, Weissbart S, Tam J, Kim J, 2025 [29]	Estimulação percutânea do nervo tibial no tratamento da disfunção sexual feminina	Avaliar a eficácia da estimulação percutânea do nervo tibial (PTNS) em comparação com um controle sham no tratamento da disfunção sexual feminina	Ensaio Clínico Randomizado, simples-cego. Sessenta e seis mulheres com disfunção sexual (FSFI $\leq 26,55$) foram aleatoriamente alocadas em dois grupos: PTNS (n=34), com 12 semanas de sessões semanais de 30 minutos de estimulação percutânea do nervo tibial, e sham (n=31), com estimulação transcutânea simulada (TENS). A função sexual foi medida pelo FSFI em três momentos (basal, 6 e 12 semanas).	Após 12 semanas, 48% das mulheres no grupo PTNS não apresentavam mais risco de disfunção sexual (FSFI $> 26,55$), contra 29% no grupo sham. A PTNS foi mais eficaz na melhora da satisfação sexual em mulheres sem sintomas urinários coexistentes ($p=0,017$).

Blanco-Ratto L, Ramirez-Garcia I, Kauffmann S, Naranjo Ortiz C, Girabet Farrés M, 2025 [30]	Efeito das esferas vaginais e exercícios do assoalho pélvico na função sexual feminina em mulheres com incontinência urinária	Avaliar a eficácia de um programa de exercícios para o assoalho pélvico combinado com esferas vaginais em comparação com os mesmos exercícios sem o dispositivo para melhorar a função sexual em mulheres com disfunção sexual e IU	Ensaio Clínico Randomizado, simples-cego, análise secundária. Setenta e uma mulheres adultas (idade média de 46,85 anos) com disfunção sexual (FSFI < 26,55) e IU de esforço ou mista foram aleatoriamente alocadas em dois grupos: Intervenção (n=35), com 16 semanas de exercícios (48 contrações diárias) combinados com esferas vaginais (Enna Balls), e Controle (n=36), com o mesmo protocolo sem as esferas. A função sexual foi avaliada pelo FSFI.	Não houve diferença significativa no escore total do FSFI entre os grupos (p=0,869). O grupo com esferas apresentou melhora significativa no desejo sexual (p=0,041), excitação (p=0,014) e lubrificação (p=0,026). A adesão foi maior no grupo com esferas (p<0,05). Houve melhora significativa nos sintomas urinários (ICIQ-UI-SF), com redução de 4,48 pontos no grupo controle (p < 0,001) e 5,72 pontos no grupo intervenção (p < 0,001).
Martins JBB, Fausto DY, da Silveira J, Aleixo IM, da Luz CM, Guimaraes ACA, 2025 [31]	Dançando durante a menopausa: programa de dança jazz de 16 semanas reduz o estresse, não os sintomas urogenitais	Analisar os efeitos do Jazz Dance, comparado a um grupo controle, no estresse, IU e função sexual em mulheres na menopausa, além de investigar se o estresse é um fator preditor para a função sexual e a IU	Ensaio Clínico Randomizado com dois braços. Quarenta e sete mulheres na pós-menopausa (idade média de 53,4 anos) foram aleatoriamente alocadas em dois grupos: Grupo de Intervenção de Jazz Dance (JDIG, n=23), com duas sessões semanais de 60 minutos durante 16 semanas, e Grupo Controle (GC, n=24), que manteve atividades habituais. A função sexual foi avaliada pelo FSFI e a IU pelo ICIQ-SF.	O estresse melhorou significativamente (p=0,030). Houve efeitos positivos na função sexual nos domínios de satisfação (p=0,041), desejo (p=0,018) e orgasmo (p=0,033). A IU não melhorou com a dança. O estresse foi identificado como preditor de disfunção sexual e IU.
Yalazi RÖ, Demirci N, 2025 [32]	Efeito do treinamento da bexiga com aplicativo móvel na qualidade de vida e satisfação sexual de mulheres com bexiga hiperativa	Avaliar o impacto de um programa de treinamento da bexiga baseado em aplicativo móvel na qualidade de vida e satisfação sexual em mulheres com Bexiga Hiperativa (BH)	Ensaio Clínico Randomizado Controlado. Cem mulheres com diagnóstico de BH foram aleatoriamente alocadas em dois grupos: Grupo Experimental (n=50), que recebeu treinamento da bexiga por meio de aplicativo móvel, e Grupo Controle (n=50), que recebeu o protocolo padrão da clínica. A qualidade de vida foi avaliada pelo ICIQ-LUTSqol e a satisfação sexual pela <i>New Sexual Satisfaction Scale</i> (NSSS).	Após 3 meses, o grupo do aplicativo apresentou melhora significativamente maior na qualidade de vida (p<0,05). A satisfação sexual aumentou tanto nos subdomínios centrados em si mesma quanto nos centrados no parceiro. A aceitação e o engajamento com o aplicativo foram altos.

de Bem Fretta T, Bø K, de Souza Mendes PC, Dias M, da Roza DL, Jorge CH, 2026 [33]	Telereabilitação reduziu a incontinência urinária, dor pélvica e dispareunia em mulheres após o tratamento de câncer ginecológico: um ensaio randomizado.	Avaliar a eficácia de um programa de telerreabilitação na redução de disfunções do assoalho pélvico em mulheres após tratamento para câncer ginecológico.	Ensaio Clínico Randomizado Controlado, com alocação oculta, avaliadores cegos e análise por intenção de tratar. Cinquenta e oito mulheres que relataram IU após tratamento para câncer ginecológico (estágios I a III) foram aleatoriamente alocadas em dois grupos (n=29 cada): o grupo experimental participou de telerreabilitação em grupo supervisionada, com 12 sessões semanais de 90 minutos via Google Meet; o grupo controle recebeu cuidados habituais sem intervenção. A função sexual foi avaliada pelo FSFI.	O grupo experimental apresentou redução significativa na prevalência e gravidade da IU, melhora na dispareunia e dor pélvica, aumento da autoestima e redução da gravidade da estenose vaginal. A função sexual (FSFI) melhorou apenas no domínio "dor". O grupo controle, que recebeu cuidados habituais, não apresentou melhora significativa em nenhum destes desfechos.
--	---	---	--	---

Fonte: Elaboração própria (2026)

5 DISCUSSÃO

Nesta revisão, buscamos entender se as mulheres com incontinência urinária (IU) realmente apresentam uma vida sexual com maior comprometimento do que as mulheres continentas e, além disso, quais recursos a fisioterapia pélvica tem oferecido para tratar essas disfunções. Ao final da análise dos 12 artigos selecionados, a resposta à primeira pergunta parece clara: a IU afeta de forma significativa a função e a satisfação sexual feminina. No entanto, a revisão também revelou que as pesquisas ainda não se dedicaram o suficiente a comparar diretamente mulheres continentas e incontinentes, o que é uma lacuna importante para o avanço do conhecimento nessa área.

O que os estudos em geral nos dizem, em essência, é que a IU não apenas reduz a frequência da atividade sexual; ela muda a qualidade da experiência, e o incômodo e a vergonha associados à perda urinária parecem ser os principais responsáveis.

Um estudo conduzido por Huang et al. (2025) contribui para essa reflexão, ainda que por um caminho indireto. Os autores investigaram a estimulação do nervo tibial para tratar a disfunção sexual e descobriram que a melhora na satisfação sexual foi significativamente maior nas mulheres que não tinham sintomas urinários. Esse achado sugere que a presença da IU funciona como um ruído de fundo que atrapalha a resposta sexual, reforçando a ideia de que a ausência de sintomas urinários favorece uma vida sexual mais plena²⁹.

Apesar dessas evidências, a maioria dos outros estudos não incluiu um grupo de mulheres continentas como parâmetro de comparação. Em vez disso, concentraram-se em avaliar se as intervenções fisioterapêuticas melhoram a função sexual de mulheres que já têm IU — e, nesse aspecto, os resultados são encorajadores.

De forma consistente, os estudos mostram que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) tem efeitos que vão muito além da simples redução das perdas urinárias. Ele influencia diretamente aspectos centrais da sexualidade feminina, como o desejo, a excitação, a lubrificação e a capacidade de atingir o orgasmo.

Toprak Celenay, Karaaslan e Ozdemir (2022) observaram resultados expressivos em mulheres com bexiga hiperativa, com redução significativa dos

sintomas urinários (OAB-V8, $p < 0,001$), aumento do escore total do FSFI em vários domínios (desejo, excitação, orgasmo, satisfação e redução da dor) e melhora na satisfação sexual dos parceiros — um aspecto frequentemente negligenciado nas pesquisas²⁵. Esses achados são consistentes com programas de exercícios para os músculos do assoalho pélvico que, especialmente quando associados a dispositivos auxiliares, mostraram-se estratégias promissoras para melhorar a vida sexual das mulheres após o parto²⁴.

O TMAP também demonstrou impacto positivo na autoimagem genital e na confiança sexual feminina. Slongo et al. (2022) observaram que tanto a radiofrequência microablativa quanto o TMAP, quando aplicados isoladamente, já melhoravam a função sexual, incluindo a percepção subjetiva de bem-estar vaginal²³.

Por outro lado, a eficácia do TMAP pode depender de diversos fatores, como a população estudada, o protocolo utilizado e os instrumentos de avaliação empregados. Os próprios estudos incluídos nesta revisão apresentam variações importantes de metodologia, o que reforça a necessidade de cautela na generalização dos resultados.

Tecnologias complementares: laser, radiofrequência e estimulação elétrica

É interessante notar que, embora o TMAP seja a base do tratamento, sua eficácia não anula a importância de se utilizar outras ferramentas. Ao contrário, alguns estudos sugerem que diferentes tecnologias podem atuar em domínios específicos da sexualidade, o que abre espaço para uma abordagem mais personalizada. Rocha-Rangel et al. (2025), por exemplo, mostraram que enquanto o TMAP melhorou o desejo sexual, o laser de CO₂ teve um efeito mais pronunciado sobre o orgasmo e a redução da dor durante a relação²⁸. Essa complementaridade sugere que a escolha da intervenção pode e deve ser guiada pela queixa principal de cada mulher.

No entanto, nem todas as combinações de terapias se mostraram superiores. Slongo et al. (2022) observaram que a combinação da radiofrequência microablativa com o TMAP não trouxe benefícios adicionais em comparação com as terapias isoladas²³. Da mesma forma, Gumussoy, Kavlak e Yeniel (2021) concluíram que a adição da terapia de inervação magnética extracorpórea ao biofeedback não

resultou em ganhos extras, seja para a continência ou para a sexualidade²¹. Esses achados nos fazem refletir que, por vezes, "mais" não significa necessariamente "melhor", e que a simplicidade de uma intervenção bem-feita pode ser o suficiente.

A estimulação elétrica neuromuscular externa (NMES) também apareceu como alternativa viável. Kurt, Yilmaz e Toprak Celenay (2024) mostraram que a NMES melhorou não apenas a IU, mas também a função sexual e a qualidade de vida de mulheres com IU de urgência, quando comparada a um tratamento simulado²⁷. A vantagem desse tipo de tecnologia é que ela é externa e não invasiva, o que pode facilitar a aceitação por parte de mulheres que têm receio ou desconforto com dispositivos intravaginais.

Ao abordarmos a utilização de dispositivos, um achado importante desta revisão é que o uso de ferramentas como esferas vaginais pode aumentar a adesão ao tratamento, e a adesão é um dos maiores desafios do TMAP. Blanco-Ratto et al. (2025) relataram que a adição das esferas vaginais aos exercícios aumentou significativamente a adesão e trouxe melhoras específicas em desejo, excitação e lubrificação — ainda que o escore total do FSFI não tenha diferido do grupo controle. Ambos os grupos apresentaram melhora significativa nos sintomas urinários (ICIQ-UI-SF), com redução de 4,48 pontos no grupo controle e 5,72 pontos no grupo intervenção³⁰. Artymuk e Khapacheva (2022) identificaram que, entre dois dispositivos testados no pós-parto, o Magic Kegel Master foi o único que reduziu significativamente as taxas de disfunção sexual, de quase 70% para 25%²⁴.

Por outro lado, a tecnologia não substitui o fator humano. Barnes et al. (2021) demonstraram que um dispositivo de biofeedback domiciliar foi tão eficaz quanto a fisioterapia supervisionada para a IU, mas sem diferença na função sexual²². Já o estudo qualitativo conduzido por Lindgren, Börjeson e Dunberger (2024) evidencia que mulheres que apresentam disfunções sexuais após radioterapia pélvica atribuem elevada importância ao suporte individualizado oferecido pelo fisioterapeuta, incluindo a interação direta, a orientação técnica mediada por biofeedback e a percepção de acompanhamento próximo durante o processo terapêutico²⁶. De Bem Fretta et al. (2026) e Yalazı e Demirci (2025) mostraram que a telerreabilitação e os aplicativos móveis são alternativas viáveis e eficazes, ampliando o acesso ao tratamento^{32,33}. Talvez o futuro esteja em um modelo híbrido, que combine a praticidade da tecnologia com o acolhimento do cuidado presencial.

Além do assoalho pélvico: o papel do estresse e do prazer no tratamento

Um dos estudos mais singulares desta revisão é o de Martins et al. (2025), que investigou um programa de dança jazz. As participantes não tiveram melhora da IU, mas experimentaram efeitos positivos duradouros na satisfação sexual, no desejo e no orgasmo, além de uma redução significativa do estresse — que foi identificado como um preditor tanto da disfunção sexual quanto da IU³¹. Esse achado nos mostra que a sexualidade feminina não pode ser reduzida a um músculo que precisa ser fortalecido. Ela é profundamente influenciada por fatores emocionais, sociais e culturais, e qualquer intervenção que se proponha a tratá-la precisa considerar essa complexidade.

6 CONCLUSÃO

Ao final desta revisão, a evidência disponível nos autoriza a afirmar que mulheres com incontinência urinária enfrentam uma vida sexual mais empobrecida do que as mulheres continentas, com taxas mais altas de abstinência e prejuízos significativos em desejo, conforto e satisfação. A melhora quase universal da função sexual observada nos estudos que trataram a IU — independentemente da técnica utilizada — reforça a existência de uma relação profunda entre a continência e a saúde sexual feminina.

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico permanece como a intervenção com maior respaldo científico, caracterizando-se por ser de baixo custo, não invasivo e passível de integração à rotina diária. Tecnologias como o laser de CO₂, a radiofrequência, a estimulação elétrica e a neuromodulação do nervo tibial configuram abordagens complementares promissoras, embora seus efeitos sustentados a longo prazo ainda demandem investigação adicional. A utilização de dispositivos auxiliares, como esferas e cones vaginais, pode contribuir para a adesão ao tratamento; contudo, a adesão envolve dimensões que ultrapassam o simples uso de recursos tecnológicos. Fatores como orientação clínica adequada, acompanhamento sistemático e a inclusão da mulher como agente central e ativa no processo terapêutico constituem elementos determinantes para a continuidade e a efetividade das intervenções.

A principal lacuna observada nesta revisão diz respeito à escassez de estudos que comparem diretamente mulheres continentais e incontinentes quanto à função sexual, utilizando protocolos padronizados e considerando a saúde sexual como desfecho primário¹⁰. Na ausência desse tipo de investigação, as interpretações disponíveis continuam baseadas predominantemente em evidências indiretas, o que limita a capacidade de estimar com maior precisão a contribuição específica da incontinência urinária para as alterações na sexualidade.

Por fim, este trabalho indica que a fisioterapia pélvica integra um conjunto mais amplo de ações em saúde da mulher, contribuindo não apenas para a reabilitação da continência, mas também para aspectos relacionados à função sexual e ao bem-estar global.

No contexto de uma abordagem multidisciplinar — que pode incluir profissionais de fisioterapia, enfermagem, medicina, psicologia e outras áreas — a fisioterapia pélvica representa um componente relevante, ainda que o acesso a esses serviços não seja uniforme entre todas as mulheres. Investigações e políticas voltadas ao fortalecimento dessa área podem favorecer a ampliação do cuidado integral, especialmente para mulheres cujas queixas relacionadas à saúde sexual historicamente receberam menor atenção na prática clínica e na produção científica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho nasceu de uma pergunta essencial e ainda pouco explorada de forma direta na literatura: mulheres incontinentes apresentam pior função e satisfação sexual quando comparadas a mulheres continentais? Por meio desta revisão integrativa da literatura, buscou-se não apenas responder a esse questionamento, mas também mapear os recursos fisioterapêuticos disponíveis para o manejo das disfunções sexuais associadas à incontinência urinária (IU). A análise dos 12 estudos selecionados permitiu identificar avanços importantes, mas também revelou lacunas significativas que precisam ser preenchidas para que a prática clínica se torne cada vez mais fundamentada em evidências e, sobretudo, centrada na mulher em sua totalidade.

7.1 Impacto clínico

Os resultados desta revisão integrativa reforçam que a incontinência urinária está associada a piores desfechos de função e satisfação sexual, impactando domínios como desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação, além de aumentar a prevalência de dispareunia e incontinência. A perda urinária involuntária no contexto da intimidade não é apenas um sintoma físico; é um fator que gera medo, vergonha, evitação do contato sexual e sofrimento emocional, comprometendo a qualidade de vida e a saúde relacional das mulheres.

Diante desse cenário, a fisioterapia pélvica se consolida como uma abordagem terapêutica essencial e não invasiva. O Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP) permanece como pedra angular do tratamento, com evidências robustas de melhora na força muscular, na continência urinária e em múltiplos domínios da função sexual. Contudo, esta revisão demonstrou que o arsenal fisioterapêutico vai muito além dos exercícios de TMAP. Recursos como o biofeedback (supervisionado ou domiciliar), as esferas vaginais, a radiofrequência microablativa fracionada, o laser de CO2 fracionado, a estimulação elétrica neuromuscular externa, a estimulação percutânea do nervo tibial, a fotobiomodulação e até mesmo a telerreabilitação têm mostrado resultados promissores na melhora da função sexual, seja de forma isolada ou complementar ao TMAP.

A implicação clínica mais urgente é a necessidade de que os profissionais da saúde perguntem ativamente sobre a saúde sexual de suas pacientes com IU, rompendo o silêncio que ainda cerca esse tema. A avaliação e o tratamento não devem se limitar à quantificação da perda urinária; devem incluir, rotineiramente, instrumentos validados como o FSFI e o PISQ- 12, permitindo um cuidado verdadeiramente integral.

7.2 Impacto social

A incontinência urinária, por suas características íntimas e potencialmente constrangedoras, frequentemente é acompanhada de tabus, vergonha e silêncio. Mulheres com essa condição tendem a normalizar a perda urinária durante a relação sexual ou a interpretar a diminuição do prazer como consequência inevitável do envelhecimento ou da maternidade. Este estudo contribui para a visibilidade do tema ao demonstrar que a saúde sexual constitui dimensão indissociável da qualidade de vida e que existem recursos terapêuticos eficazes disponíveis.

Ao reconhecer a sexualidade como componente fundamental da saúde, favorece-se que profissionais ofereçam acolhimento, escuta qualificada e intervenções baseadas em evidências. A divulgação da fisioterapia pélvica como recurso terapêutico auxilia na superação de preconceitos e no fortalecimento da autonomia feminina, permitindo que mulheres retomem o protagonismo sobre seus corpos e vivenciem sua sexualidade de forma plena, segura e satisfatória, independentemente da presença de IU.

7.3 Impacto acadêmico

Do ponto de vista científico, esta revisão evidencia a escassez de ensaios clínicos que comparem diretamente mulheres continentes e incontinentes quanto à função e satisfação sexual, com controle adequado de variáveis como idade, estado hormonal, paridade, comorbidades e saúde mental. Predominam estudos que tratam a função sexual como desfecho secundário, um "efeito colateral positivo" do tratamento da IU, e não como objeto central de investigação.

Pesquisas futuras devem priorizar maior rigor metodológico, incluindo protocolos padronizados de intervenção, amostras amplas e representativas,

instrumentos de avaliação validados e desenhos de pesquisa que coloquem a sexualidade feminina como desfecho primário. É fundamental também que novas pesquisas explorem diferentes contextos culturais e sociais, para que os resultados sejam aplicáveis de forma ampla e diversa.

Dessa forma, este estudo busca incentivar novas investigações e fortalecer a base científica da prática clínica em fisioterapia pélvica, apontando direções claras para uma agenda de pesquisa mais inclusiva e centrada na mulher.

7.4 Perspectivas futuras

A partir dos achados e das lacunas identificadas nesta revisão, destacam-se as seguintes direções para futuras investigações:

- Estudos comparativos diretos: realização de ensaios clínicos que comparem especificamente a função e a satisfação sexual entre grupos de mulheres continentes e incontinentes, com controle rigoroso de variáveis de confusão;
- Padronização de protocolos: criação de programas de tratamento com duração, frequência, intensidade e modalidades terapêuticas bem definidas, permitindo comparações mais precisas entre estudos;
- Sexualidade como desfecho primário: estímulo a pesquisas focadas na saúde sexual feminina, não apenas na continência urinária;
- Combinação de recursos terapêuticos: investigação mais aprofundada sobre os efeitos sinérgicos da associação de diferentes modalidades (TMAP + biofeedback + laser/radiofrequência + terapia comportamental) na função sexual;
- Integração multiprofissional: incentivo à atuação conjunta de fisioterapeutas, ginecologistas, urologistas, psicólogos e sexólogos, promovendo abordagem biopsicossocial da sexualidade feminina;
- Educação em saúde: desenvolvimento de programas educativos que orientem mulheres sobre a relação entre IU e sexualidade, a importância do TMAP e estratégias de autocuidado ao longo da vida, normalizando a busca por ajuda profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BØ, K. et al. *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice*. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2015.
2. ASHTON-MILLER, J. A.; DELANCEY, J. O. L. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1101, p. 266-296, 2007.
3. DELANCEY, J. O. L. The pathophysiology of stress urinary incontinence in women and its implications for surgical treatment. *World Journal of Urology*, v. 15, n. 5, p. 268-274, 1997.
4. ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, v. 21, n. 2, p. 167-178, 2002.
5. SENSOY, N. et al. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, v. 29, n. 3, p. 818-822, 2013.
6. HENSCHER, U. et al. Sexual function in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, v. 28, n. 3, p. 421-428, 2017.
7. BASSON, R. The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.
8. SCHMIDT, N. M.; HENNIG, J.; MUNK, A. J. L. Interplay between sexual excitation and inhibition: impact on sexual function and neural correlates of erotic stimulus processing in women. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, v. 18, p. 1386006, 2024.

9. HIGGINS, J. P. T. et al. (ed.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 6.4 (updated August 2023). Londres: Cochrane, 2023.

10. FELIPPE, M. R. et al. What is the real impact of urinary incontinence on female sexual dysfunction? A case control study. *Sexual Medicine*, v. 5, n. 1, p. e54-e60, 2017.

11. AMRIGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul. *Pesquisa diz que mulheres com incontinência urinária têm vida sexual afetada*. Porto Alegre: AMRIGS, 2023.

12. TAHA, D. E.; THARWAT, M.; RAMADAN, R.; ALOWIDAH, I. Female sexual dysfunction and urinary incontinence. In: *Women's Sexual Health and Dysfunction*. Londres: IntechOpen, 2025.

13. STAMOS, D.; SAPOUNA, V.; ASTRAKA, K. et al. Female sexual function and pelvic floor muscle training: a narrative review. *Cureus*, v. 17, n. 6, p. e85751, 2025.

14. SACARIN, G.; CRAINA, M.; SOROP, B. et al. Chair-based magnetic pelvic floor stimulation and female sexual function in women with urinary incontinence: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, n. 23, p. e165446, 2025.

15. PRASONG, N.; SUGKAROEK, P. The effect of Kegel exercise on sexual function in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Current Science and Technology*, v. 15, n. 3, p. 113, 2025.

16. PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

17. GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

18. ELMAGARMID, A.; FEDOROWICZ, Z.; HAMMADY, H.; KHABSA, M.; ALSHEIKH-ALI, A. The evidence ecosystem in health: improving the quality and efficiency of evidence synthesis. *Health Information and Libraries Journal*, v. 31, n. 4, p. 229-236, 2014. DOI: 10.1111/hir.12072.

19. OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z.; ELMAGARMID, A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, v. 5, n. 1, p. 210, 2016. DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.

20. OPENAI. *ChatGPT (GPT-4): modelo de linguagem treinado pela OpenAI*. Disponível em: <https://chat.openai.com/>. Acesso em: mar.–mai. 2026.

21. GUMUSSOY, S.; KAVLAK, O.; YENIEL, A. O. Effects of biofeedback-guided pelvic floor muscle training with and without extracorporeal magnetic innervation therapy on stress incontinence: a randomized controlled trial. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, v. 48, n. 2, p. 153-161, 2021. DOI: 10.1097/WON.0000000000000740.

22. BARNES, K. L. et al. Home biofeedback versus physical therapy for stress urinary incontinence: a randomized trial. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, v. 27, n. 10, p. 587-594, 2021. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000993.

23. SLONGO, H. et al. Microablative radiofrequency versus pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, v. 33, n. 1, p. 53-64, 2022. DOI: 10.1007/s00192-021-04758-2.

24. ARTYMUK, N. V.; KHAPACHEVA, S. Y. Device-assisted pelvic floor muscle postpartum exercise programme for the management of pelvic floor dysfunction after delivery. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v. 35, n. 3, p. 481-485, 2022. DOI: 10.1080/14767058.2020.1723541.

25. TOPRAK CELENAY, S.; KARAASLAN, Y.; OZDEMIR, E. Effects of pelvic floor muscle training on sexual dysfunction, sexual satisfaction of partners, urinary symptoms, and pelvic floor muscle strength in women with overactive bladder. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 19, n. 9, p. 1421-1430, 2022. DOI: 10.1016/j.jsxm.2022.07.003.

26. LINDGREN, A.; BÖRJESON, S.; DUNBERGER, G. Female pelvic cancer survivors' experiences of pelvic floor muscle training after pelvic radiotherapy. *Supportive Care in Cancer*, v. 32, n. 12, p. 844, 2024. DOI: 10.1007/s00520-024-09041-w.

27. KURT, T. B.; YILMAZ, B.; CELENAY, S. T. Effects of external neuromuscular electrical stimulation in women with urgency urinary incontinence: a randomized sham-controlled study. *World Journal of Urology*, v. 42, p. 423, 2024. DOI: 10.1007/s00345-024-05126-7.

28. ROCHA-RANGEL, S. C. et al. Carbon-dioxide laser versus pelvic floor muscle training for women with stress urinary incontinence: one-year follow-up of a randomized clinical trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 316, p. 114821, 2025. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2025.114821.

29. HUANG, Z. et al. A randomized controlled trial of percutaneous tibial nerve stimulation in the treatment of female sexual dysfunction. *Neuourology and Urodynamics*, v. 44, n. 4, p. 908-913, 2025. DOI: 10.1002/nau.70032.

30. BLANCO-RATTO, L. et al. Effect of vaginal spheres and pelvic floor exercises on female sexual function in women with urinary incontinence: a randomized controlled trial (secondary analysis). *International Urogynecology Journal*, v. 37, p. 945-955, 2025. DOI: 10.1007/s00192-025-06404-7.

31. MARTINS, J. B. B. et al. Dancing through menopause: 16-week jazz dance program reduces stress, not urogenital symptoms. *Journal of Women & Aging*, OnlineFirst, 2025. DOI: 10.1177/1089313X251362309.

32. YALAZI, R. Ö.; DEMIRCI, N. The effect of bladder training with mobile application on quality of life and sexual satisfaction in women with overactive bladder: randomized controlled study. *World Journal of Urology*, v. 43, p. 573, 2025. DOI: 10.1007/s00345-025-05917-6.
33. DE BEM FRETTE, T. et al. Telerehabilitation reduced urinary incontinence, pelvic pain and dyspareunia in women after treatment for gynaecological cancer: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, v. 72, n. 1, p. 53-60, 2026. DOI: 10.1016/j.jphys.2025.12.007.