



ALINE MARQUES FERREIRA

ROZÉLIA RAMOS SANTANA

**IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA
URINÁRIA**

**JI-PARANÁ
2019**

ALINE MARQUES FERREIRA

ROZÉLIA RAMOS SANTANA

**IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA
URINÁRIA**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Me. Clodoaldo B. de França

JI-PARANÁ

2019

ALINE MARQUES FERREIRA

ROZÉLIA RAMOS SANTANA

**IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA
URINÁRIA**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Me. Clodoaldo Beviláqua de França

Ji-Paraná, 02 de Dezembro de 2019.

Avaliação/Nota: 6,0

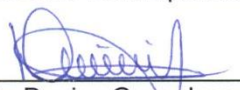
BANCA EXAMINADORA

Resultado: Aprovado



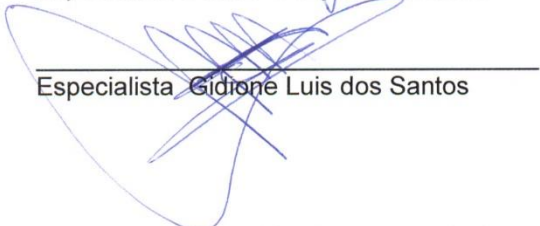
Mestre Clodoaldo Beviláqua de França

Centro Universitário São Lucas



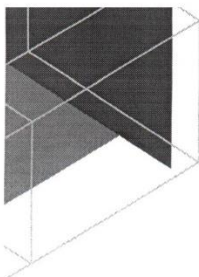
Especialista Denise Gonçalves Teixeira

Centro Universitário São Lucas

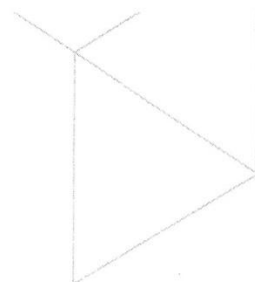


Especialista Gidione Luis dos Santos

Centro Universitário São Lucas



SÃO LUCAS
EDUCACIONAL



LICENÇA DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

Autor: Aline Marques Ferreira
RG.: 1152433 CPF: 013.735.882-25 E-mail: alme.marques1993@hotmail.com
Autor: Roselia Ramos Santana
RG.: 633307 CPF: 682077502-30 E-mail: Roselia_nose@hotmail.com
Orientador: Eleonildo Benício de Souza Coordenação: Leonardo
Título do documento: Importância do Sussego em mulheres com
incertidumbre existencial

TERMO DE DECLARAÇÃO

Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

Declara que, se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Faculdade São Lucas os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue. Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Faculdade São Lucas, declara que cumpriu todas as obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo. Termo de Autorização

Na qualidade de titular dos direitos de autor do conteúdo supracitado, autorizo que: a Biblioteca Dom João Batista Costa da Faculdade São Lucas pode converter e disponibilizar gratuitamente em seu repositório institucional a obra em formato eletrônico de acordo com a licença pública Creative Commons CC BY-NC-ND; que pode manter mais de uma cópia da obra depositada para fins de segurança, back-up e/ou preservação.

A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

Ji-Paraná, 02 de dezembro de 2019

Roselia Ramos Santana / Aline Marques Ferreira
ASSINATURA DO AUTOR E/OU DETENTOR DOS DIREITOS AUTORAIS

IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA¹

Aline Marques Ferreira²

Rozélia Ramos Santana³

Prof. Me. Clodoaldo B. de França

RESUMO: A Incontinência Urinária (IU) é uma disfunção comum que pode afetar mulheres de todas as idades. Um dos fatores que podem inibir a perda involuntária de urina é o conhecimento e o controle da musculatura do assoalho pélvico. A Fisioterapia pode auxiliar positivamente nas alterações que levam a IU, por meio de recursos menos invasivos. O objetivo deste artigo é demonstrar a eficácia do

¹Artigo apresentado no curso de graduação em Fisioterapia do Ensino Superior do Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná como pré-requisito para conclusão do curso, sob orientação do professor Me. Clodoaldo B. de França. E-mail: clodoaldo77@hotmail.com

²Aline Marques Ferreira graduando em Fisioterapia do Centro Universitário São Lucas 2019.
aline.marques1993@hotmail.com

³Rozelia ramos Santana em Fisioterapia do Centro Universitário São Lucas 2019.
rozelia_rose@hotmail.com

tratamento fisioterapêutico em mulheres com IU. Para fundamentação do mesmo foi realizada uma pesquisa bibliográfica que mostra evidências sobre os benefícios dos recursos fisioterapêuticos no tratamento e melhoria na qualidade de vida em mulheres com UI. Portanto, considerando-se a grande variedade de terapias atualmente disponíveis e os bons resultados fisioterapêuticos.

Palavras-chave: Saúde. Incontinência urinaria em mulheres. Fisioterapia.

IMPORTANCE OF PHYSIOTHERAPY IN WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

ABSTRACT: Urinary Incontinence (UI) is a common dysfunction that can affect women of all ages. One of the factors that can inhibit involuntary urine loss is knowledge and control of the pelvic floor muscles. Physical therapy can positively assist changes that lead to UI through less invasive resources. The purpose of this paper is to demonstrate the effectiveness of physical therapy treatment in women with UI. To support it, a bibliographic research was performed showing evidence about the benefits of physical therapy resources in the treatment and improvement in the quality of life in women with IU. Therefore, considering the wide range of therapies currently available and the good physiotherapeutic results.

Keywords: Health. Urinary incontinence in women. Physiotherapy

1 INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma população de cerca de 190 milhões de habitantes, dos quais aproximadamente 56% são mulheres, e cerca de um terço da população feminina é acometida pela incontinência urinaria (VIANA *et al.*, 2012).

A incontinência urinária (IU) é definida como sendo qualquer perda involuntária de urina podendo causar o comprometimento dos aspectos psicológicos e sociais, caracterizando um problema de saúde pública. Essa perda involuntária da urina pela uretra, é mais frequente no sexo feminino e pode manifestar-se em sua maioria em mulheres na quinta a sexta década de vida, entretanto pode ocorrer em mulheres mais jovens. Atribui-se essa prevalência ao fato de a mulher apresentar, além da uretra, duas falhas naturais no assoalho pélvico: o hiato vaginal e o hiato retal. Isso faz com que as estruturas musculares que dão sustentação aos órgãos pélvicos e produzem a contração da uretra para evitar a perda urinária e o músculo que forma um pequeno anel em volta da uretra, sejam mais frágeis nas mulheres, além de gravidez e parto que ultrapassam as mudanças hormonais no decorrer do seu ciclo vital, com

esgotamento dos folículos ovarianos e hipoestrogenismo progressivo (HIGA E LOPES, 2015) (BOTELHO; SILVA E CRUZ, 2007).

Embora possa ocorrer em todas as faixas etárias, a incidência da IU aumenta com o decorrer da idade. Calcula-se que entre 8% a 34% das pessoas acima de 65 anos possuam algum grau de IU, sendo mais prevalente no sexo feminino. Aproximadamente 10,7% das brasileiras procuram atendimento ginecológico queixando-se de perda urinária. Sendo assim a fisioterapia se tornar necessária, atuando no tratamento para controlar a urina, que são indicados antes ou depois da cirurgia, pois consiste em fortalecer os músculos do assoalho pélvico para impedir a perda involuntária da urina (OLIVEIRA E GARCIA, 2011).

Logo, este estudo se justifica no fato de que há poucos profissionais capacitados a trabalhar na assistência para pacientes portadores de incontinência urinária.

1.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os fatores que determinam a IU, demonstrando as altas taxas de incidência desta afecção na vida dos indivíduos e esclarecendo quanto à importância da Fisioterapia no tratamento da IU.

1.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar o comprometimento da qualidade de vida da mulher que apresenta IU;
- Relacionar os fatores desencadeantes da IU;
- Descrever exercícios e estímulos que inibem ou diminuem a incontinência urinária nas mulheres.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

A experiência com a circunstância de perda urinária é uma condição que não acomete somente mulheres idosas, mulheres jovens. Os problemas urinários não são consequências naturais da idade e também não são um problema exclusivo do envelhecimento. A idade é aceita como um dos principais fatores de risco, pois a prevalência da IU aumenta consideravelmente após a menopausa (HIGA *et al.*, 2008)

De acordo com os estudos realizados, a experiência com a circunstância de perda urinária é uma condição que não acomete somente em mulheres idosas mas, também, mulheres jovens e na meia-idade. Os problemas urinários não são conseqüências naturais da idade e também não são um problema exclusivo do envelhecimento. (AHCPR.2003)

Acredita-se que isso se deva principalmente à redução do estrogênio sérico em mulheres nessa faixa etária. Como previamente mencionado, os menores níveis desse hormônio culminam em atrofia da musculatura uretral e facilitam o desenvolvimento da IU. Outros fatores também podem estar correlacionados à maior prevalência da incontinência em populações idosas, como a o aumento no índice de massa corporal nessa faixa etária e a maior presença de doenças crônicas, como diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (HIGA *et al.*, 2008).

No entanto, existem evidências de que durante atividades físicas estressantes há ocorrência de IU entre mulheres jovens e fisicamente ativas, mesmo na ausência de fatores de risco conhecidos, o que leva inúmeras delas a abandonar a prática de atividades físicas para evitar a perda urinária durante o exercício. (GROSSE E SENGLER, 2002)

Exercícios de alto impacto podem afetar o mecanismo de continência pela alteração da quantidade de força transmitida para o assoalho pélvico. A força de transmissão do choque, que ocorre entre os pés e o chão e que é transferido para o assoalho pélvico, pode contribuir para a incontinência entre mulheres jovens e praticantes de esportes que demandam alto impacto (GROSSE E SENGLER, 2002)

Os principais tipos de IU são: incontinência urinária de urgência (IUU), caracterizada pela perda de urina acompanhada por forte sensação de urgência para urinar, sendo impossível adiar; incontinência urinária de esforço (IUE), quando ocorre perda de urina durante algum esforço que aumente a pressão intra-abdominal, como tosse, espirro ou exercícios físicos; e incontinência urinária mista (IUM), quando há queixa de perda associada à urgência e também a esforços (MELO *et al.*, 2012).

Alguns fatores de risco podem estar associados ao aparecimento dos sintomas, entre eles, aspectos sociodemográficos, histórico clínico de certas doenças, fatores ginecológicos e obstétricos, a senilidade natural das fibras musculares, a redução da

função ovariana após a menopausa, obesidade, gravidez e múltiplos partos vaginais, além de hábitos de vida, em especial tabagismo, consumo de cafeína e sedentarismo ou atividade física intensa(SOUSA *et al.*, 2011).

MOREIRA (2002) Afirma que dentre os principais fatores de risco estão a obesidade, por provocar aumento da pressão abdominal e diminuir o gradiente de pressão vesical e uretral, a idade, pois acreditam que há uma perda geral do tônus muscular , o tabagismo, causador do hipoestrogenismo que provém do cigarro além de aumentar a tosse.

Além do comprometimento físico, a IU pode apresentar alterações psicossociais importantes que afetam a qualidade de vida da mulher acometida, limitando sua autonomia e reduzindo sua autoestima. Os efeitos psicossociais podem ser mais agressivos que as consequências sobre a saúde física, podendo influenciar atividades diárias, interação social e a auto percepção do estado de saúde. Problemas de ordem social, ocupacional, doméstica e sexual podem ser observados em mulheres com IU, sendo causas significativas de morbidade, estresse e debilidade (MELO *et al.*, 2012)

Supõem-se várias razões para a demora ou não da procura por tratamento, dentre elas pode-se citar o fato de a IU ser considerada como algo associado ao processo de envelhecimento, a falta de conhecimento sobre seus sintomas, vergonha, hesitação e medo de consultar os profissionais de saúde, entre outros fatores (SILVA E LOPES, 2009).

A IU era considerada apenas um sintoma até 1998. Foi a partir desse ano que passou a ser classificada internacionalmente pela organização mundial de saúde recebendo a CID10/R32 (Incontinência urinária não especificada). A nova definição de IU ocorreu a partir da valorização da baixa qualidade de vida relatada principalmente por mulheres acometidas por esse problema de saúde (SILVA E SANTOS, 2005).

Incontinência urinária IU se destaca por uma série de distúrbios do assoalho pélvico (AP) que podem ocorrer isoladamente ou associados e são causados por disfunções dos ligamentos, fáscias e músculos do assoalho pélvico (MAP) (BUMP E NORTON,1998).

A demanda por serviços de saúde especializados nas disfunções do (AP) deve crescer significativamente nas próximas décadas, pois a proporção relativa dos idosos

aumenta e conseqüentemente a incidência dessas disfunções (WALTERS, *et al* 2016).

As disfunções do AP são condições que não ameaçam a vida, mas causam importante morbidade. Podem afetar intensamente a qualidade de vida (QV) das pacientes, causando limitações físicas, sociais, ocupacionais e/ou sexuais (SAMUELSSON, VICTOR E TIBBLIN, 1999).

O tratamento da (IU) pode ser cirúrgico ou conservador, no Brasil a abordagem ainda é tradicionalmente cirúrgica. Entretanto, visto que o tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos que podem ocasionar complicações, são de custo elevado e podem ser contraindicados em algumas mulheres, atualmente a avaliação inicial de qualquer mulher com queixas de incontinência urinária deve incluir questionários adequados na consulta e testes específicos usados para confirmar o diagnóstico e quantificar a perda de urina bem como a severidade da doença. O objetivo do processo de avaliação clínica é o reconhecimento e a caracterização dos vários sinais e sintomas de modo a proceder a um tratamento adequado (GRAÇA, 2012).

Na história clínica interessa caracterizar a natureza da incontinência (o início, a duração, as circunstâncias em que a perda ocorre o tipo e número de proteções utilizadas diariamente, entre outros). Também igualmente importante é a pesquisa de outros sintomas urológicos como: frequência urinária diurna e noturna, imperiosidade, características do jato urinário, hematúria, para além de sintomas relacionados com outros órgãos ou sistemas, nomeadamente a dispareunia e prolapsos do aparelho genital, diarreia, constipação e incontinência fecal, assim como dores, edema das extremidades inferiores e alterações neurológica. RICCETTO, PALMA E TARAZONA, 2005)

Nos antecedentes pessoais deve-se considerar cirurgias prévias e correção de prolapsos genitais, história de traumatismos do períneo; diabetes; cirurgias vaginais ou abdominais; tumores, radioterapia e medicação usada, bem como medicação com efeitos colaterais urinários (diuréticos; sedativos; psicotrópicos; entre outros). Durante o exame físico deve ser feito um exame abdominal, pélvico, retal e neurológico. É importante a avaliação da bexiga (se possível cheia) em repouso e durante o esforço, observando as perdas em várias posições. No exame neurológico avalia-se a sensibilidade (S2-S4) a tonicidade do esfíncter anal e a integridade do arco reflexo para se excluir causa neurológica (RICCETTO, PALMA E TARAZONA, 2005)

Dependendo do tipo e da severidade da IU. A cirurgia com uso de slings na uretra é considerada como terapia de primeira escolha em pacientes com IU de esforço por lesão do esfíncter intrínseco da uretra. Essa cirurgia consiste na inserção de uma fita abaixo da uretra da paciente, visando aumentar a resistência uretral e a sustentação do colo da bexiga. Os slings podem ser do próprio organismo, como os provenientes da aponeurose do músculo reto abdominal, ou sintéticos, como telas TVT (tension-free vaginal tape) (FORD *et al.*, 2015) (JOVANOVIĆ *et al.*, 2014).

Pacientes com hipermobilidade de uretra podem ser tratados com colpopfixação retropúbica, um procedimento cirúrgico que objetiva recolocar a uretra proximal e o colo vesical em posição retro púbica, alta e fixa. Para isso, a técnica de Burch é a mais comumente utilizada, mas pode apresentar complicações como instabilidade vesical, hipercorreção, fibrose periuteral e predisposição ao prolapso genital. Por esse motivo, o uso de slings superou a colpopfixação e, em 1990, passou a ser a técnica mais utilizada no tratamento da IU no mundo todo. A colpopfixação costuma ser reservada para pacientes que serão submetidos a cirurgias abdominais concomitantes ou estejam em locais que disponham de slings sintéticos. (FORD *et al.*, 2015) (JOVANOVIĆ *et al.*, 2014) (AMARO E GAMEIRO, 2001).

Cirurgia anti-incontinência do século XXI, A eficácia da prótese suburetral da uretra média desenvolvida por Ulf Ulmsten, com taxas de cura de 90%, tem no século XXI a sua consagração e leva praticamente ao abandono das outras cirurgias descritas (GRAÇA, 2012).

Com o avanço das pesquisas em fisiologia do trato urinário inferior e com o aprimoramento das técnicas de diagnóstico, a fisioterapia tem assumido um importante papel na reabilitação das pacientes. Seus objetivos incluem aumentar a resistência dos músculos do assoalho pélvico, reduzir a frequência ou gravidade dos sintomas urinários e prevenir ou retardar a necessidade de cirurgia (HAY-SMITH, BØK E BERGHMANS, 2001).

O tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária é muito importante devido ao fato de ser um método não invasivo e com resultados muito satisfatório sendo uma medida preventiva para evitar procedimento cirúrgico. (SALDANHA; DAVANZZO; DRIUSSO, 2007).

Segundo a regulamentação do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito), a Fisioterapia Uroginecofuncional pode atuar junto à população

feminina de idades variadas, desde mulheres adolescentes até idosas; e em situações específicas como: gestação, parto e pós-parto; problemas urinários, fecais, sexuais ou de prolapso genital; mulheres que tiveram câncer ginecológico ou de mama (RETT *et al*, 2007).

Vários investigadores, após estudos sobre a problemática da IU nas mulheres, consideram a fisioterapia uroginecológica, notadamente os exercícios dos músculos do pavimento pélvico, como eletiva no tratamento de qualquer tipo de manifestação de IU, sendo recomendada como primeira linha de tratamento (DUMOULIN E HAY-SMITH, 2014).

A musculatura do assoalho pélvico é igual a qualquer outra musculatura do corpo e necessita de movimento para que sua função seja preservada e torna-se imperativo no programa de exercícios atribuídos para pacientes vindos sob forma preventiva ou até mesmo curativa da patologia, além de melhorar a função sexual. Porém, os melhores resultados do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária são obtidos nos casos leve ou moderado. (MORENO *et al.*, 2004).

Em 1948, foi iniciado o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) por Arnold Kegel. Como a patogênese das disfunções começa com a perda de suporte da musculatura do AP, o treinamento desses músculos vem se mostrando eficaz, sendo considerado como tratamento de primeira escolha para incontinência urinária e é definido como um programa de contrações voluntárias seletivas e repetitivas. (SLIEKER-TEN-HOVE, 2010).

Segundo CORREIA (2013) Quando há contração associada a grupos musculares abdominais, glúteos e adutores de coxa há uma mascaração da real força de contração dos músculos do assoalho pélvico. Isso faz com que a paciente acredite que está trabalhando esses músculos, enquanto na realidade está apenas fortalecendo outros grupos musculares.

A cinesioterapia do assoalho pélvico compreende basicamente na realização dos exercícios de Kegel que objetiva trabalhar a musculatura perineal para o tratamento da hipotonia do mesmo (DEIGADO, 2014).

Existe uma evidência de que esses exercícios melhoram a incontinência, exercendo influência direta na qualidade de vida, sendo os mesmos utilizados para

ganhar o controle sobre a musculatura do assoalho pélvico e visam o aumento da força, onde se observa uma variação entre 56% a 84% da taxa de cura e melhora dos sintomas. (BO K , 2004)

O fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico trás grandes benefícios para a paciente portadora de IU, evita a bexiga caída, prepara a musculatura para o parto, além de proporcionar uma melhora na satisfação sexual tanto de mulheres quanto de homens (LAZZARINI; CARVALHO, 2009).

O tratamento voltado para o trabalho dos músculos pélvicos nas incontinências de esforço, de urgência e mistas. (VIANA et al., 2012). Podendo ser utilizados exercícios ativos associados, ou não, ao uso de cones vaginais, biofeedback e eletroestimulação direta por corrente elétrica (BOTELHO, SILVA E CRUZ, 2007).

Mas, estudos mostram que 30% das mulheres não conseguem exercitar corretamente a musculatura do assoalho pélvico, então se preconizou que os músculos abdominais, glúteos e adutores, devem ficar em repouso ou em tensão constante na tentativa de evitar a contração conjunta (PRADO *et al.*, 2013).

Segundo Girão (2002) Os cones vaginais são uma forma simples, fácil e prática para fazer a identificação e o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico tendo como princípio o biofeedback.

Segundo Delgado (2014), a maioria das mulheres são incapazes de realizar uma contração somente pela simples instrução verbal, por isso é importante um controle palpatório intravaginal e a presença de um fisioterapeuta.

Os cones vaginais foram introduzidos por Plevinik em 1985, e apresentam-se como um método muito utilizado para promover o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Possuem vantagens como praticidade na questão do uso e melhora do estímulo sensorial local.

Cones vaginais são dispositivos com formato anatômico, de mesmo tamanho e de pesos diferentes que são colocados dentro da vagina para dar resistência aos músculos do assoalho pélvico, à medida que contraem. (SALDANHA; DAVANZZO; DRIUSSO, 2007).

Segundo Moreno (2004), a contração correta dos músculos do assoalho pélvico, principalmente os elevadores do ânus, tem sido muito eficaz no tratamento

de incontinência urinária, apresentando melhora no controle esfinteriano, no aumento do recrutamento das fibras musculares tipo I e II, no estímulo da funcionalidade inconsciente de contração simultânea do diafragma pélvico aumentando assim o suporte das estruturas pélvicas e abdominais prevenindo futuras distopias genitais. Existem várias formas de aplicação da cinesioterapia para o tratamento da incontinência urinária feminina.

Para que ocorra hipertrofia da musculatura do assoalho pélvico é necessário um período de tratamento de no mínimo 3 meses. (FELICISSIMO, 2007).

A fisioterapia no tratamento da IU devolve a percepção e funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, fazendo com que a mulher adquira novamente a continência urinária, para melhorar significativamente sua qualidade de vida (RETT *et al.*, 2007).

O sucesso do tratamento depende da conscientização da localização destes músculos e da compreensão dos comandos dados pelo fisioterapeuta. Devendo haver aceitação, motivação e incorporação dos exercícios de contração às atividades do dia a dia (FELICISSIMO, 2007).

Muitas vezes, entre os profissionais da saúde não é comum a indicação da prática do tratamento fisioterapêutico, mas com o tratamento adequado mulheres acometidas podem evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários (GUARISI *et al.*, 2001).

O acompanhamento fisioterapêutico proporciona melhores resultados subjetivos e objetivos no tratamento da IU com cinesioterapia do assoalho pélvico (ZANETTI *et al.*, 2007).

Os exercícios do assoalho pélvico são considerados um método efetivo, seguro além de ampliarem as possibilidades terapêuticas desta enfermidade (OLIVEIRA E GARCIA, 2011).

E Grosse E Sengler (2002), afirmam que a informação e a conscientização representam uma fase essencial na reeducação.

Protocolos de exercícios podem ser aplicados em grupos de mulheres de idades variadas, inclusive as idosas. A intervenção fisioterapêutica possui melhora significativa da força muscular e melhora na qualidade de vida (SOUSA *et al.*, 2011).

Uma vez que as mulheres passam a ter mais controle urinário e sentem-se menos preocupadas com eventuais episódios de incontinência, demonstram também

menos restrições nas realizações de suas atividades cotidianas, ocupacionais e físicas, especialmente aquelas que têm um estilo de vida mais ativo. Assim, quando a mulher passa a perder urina em menor quantidade, ela fica menos preocupada em relação à ingestão líquida, utiliza menos proteção, preocupa-se menos em exalar o odor de urina ou ficar molhada e conseqüentemente melhora toda a sua condição clínica (RETT *et al.*, 2007).

A diminuição da ingestão hídrica; suspensão por conta própria de fármacos que estimulem a eliminação urinária; uso de absorventes ou protetores para controle da perda urinária; são alguns dos mecanismos de modificações comportamentais das mulheres com IU para se adaptar às inconveniências da perda urinária. (BORBA, LELIS E BRÊTAS, 2008).

A perda urinária significa algo proibido, com sentimento de exposição semelhante à obscenidade, gerando temor quanto a opiniões negativas de quem está a sua volta, o que reduz a sua interação com outras pessoas (HIGA *et al.*, 2010).

A diminuição da função sexual causada pela incerteza de conseguir manter a continência durante o ato, é fator de grande impacto na vida das mulheres acometidas pela IU, levando-as a sentirem desgaste tanto físico quanto emocional, a abordagem fisioterapêutica também pode beneficiar a vida sexual de pessoas com acometimento do IU. A incapacidade de obter satisfação sexual leva à negação desta região do corpo, diminuindo o contato com o cônjuge ou parceiro. A diminuição do auto conceito feminino, leva ao isolamento social, níveis elevados de estresse e à depressão (FREIRE, 2012).

O incomodo para que mulheres não tenham relações sexuais são causadas por vários fatores como, por exemplo, a dor durante a relação e a perda da urina, por não sentirem vontade de praticar ou então, por não sentirem prazer durante o ato sexual e também pelo constrangimento de ter que interromper o ato por necessidade de ir ao banheiro (LOPES E HIGA, 2006).

O tratamento da IU é eficiente para a diminuição da perda urinária e contribui para que as mulheres se conscientizem em relação ao problema ao participar mais ativamente do processo de tratamento que resulta no seu bem-estar físico e psicológico (PEREIRA, ESCOBAR E DRIUSSO, 2012) (SOUSA *et al.*, 2011).

3 METODOLOGIA

Esse estudo é uma revisão bibliográfica, de cunho descritivo exploratório. Foram realizadas pesquisas de artigos em sites de publicação científica e nas bases de dados MEDLINE, PubMed, Up ToDate, Elsevier Masson, Guidelines da European Association of Urology, além de consulta as revistas Journal of Urology; Progrès en Urologie; Acta Urológica Portuguesa; Archivos Españoles de Urologia e Mundo Médico.

Nas bases, foram utilizados os descritores “incontinência urinária, prevenção e controle da UI, diagnóstico da UI, tratamento farmacológico da UI, tratamento fisioterapêutico da UI.

Foram lidos os resumos dos principais artigos considerados adequados, atuais e importantes para a temática. Após a leitura dos resumos os artigos com referência mais embasada foram considerados apropriados e 14 incluídos nessa revisão, onde foram pesquisados 60 artigos e destes foram selecionados 47. Excluiu-se artigos que não apresentavam objetivamente a temática abordada, nem os descritores procurados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao realizar um estudo sobre a importância da fisioterapia na equipe multidisciplinar do tratamento da IU, Glisoi e Gireli (2011) concluíram que a fisioterapia tem papel de extrema relevância na reabilitação do assoalho pélvico. Afirmaram, ainda, que o fisioterapeuta não deve se apreender apenas na parte reabilitativa, mas deve estar ligado ao processo de prevenção, conscientizando os grupos de risco sobre os perigos que a IU traz para a saúde e os benefícios que a fisioterapia pode proporcionar.

Oliveira, Rodrigues e Paula (2007) confirmam que a fisioterapia é um dos meios mais usados para prevenir a cirurgia corretiva. Sendo esse método terapêutico usado por 2 a cada 3 mulheres quando são informadas sobre a cirurgia. Comprovam ainda, que a fisioterapia deve estar dentro da comunidade atuando na conscientização da população, elaborando estratégias de ações individuais e coletivas.

Lima (2010) apresenta a fisioterapia como sendo a primeira escolha no que se refere à tratamento conservador, visto que essa terapêutica pode atuar em fatores que podem desencadear a IU. Sendo assim, o mesmo estudo aponta que a fisioterapia

pode atuar em todos os grupos de risco da patologia, mulheres, homem, crianças e idosos.

A fisioterapia por *biofeedback* denota ainda mais sua eficácia, segundo Lima (2010), essa modalidade mascara a parte maçante do tratamento, já que o uso de novas tecnologias incentiva o paciente de forma lúdica, evitando o estresse e o desconforto durante a terapêutica.

O biofeedback é uma técnica que auxilia no acompanhamento conservador em programa de reabilitação do assoalho pélvico. consiste na utilização de um dispositivo de monitoramento de eventos fisiológicos que, de outra forma, passariam despercebidos pelo paciente. No caso da IU, a contração muscular é monitorada através de eletromiografia, o que permite que o paciente diferencia a ação do músculo elevador do ânus e do reto abdominal, Utiliza-se de sensores intravaginal ou perianal capaz de captar a contração muscular perineal realizada, e transforma-la em estímulos visuais e auditivos (OLIVEIRA et al., 2007).

De acordo com Rodrigues (2001), os exercícios musculares são favoráveis de várias maneiras: pois realizam aumento na vascularização pélvica; realizam aumento do tônus muscular, e durante a execução dos exercícios causam um estado de excitação.

Herrmann (2003) confirma que o tratamento fisioterapêutico de fortalecimento perineal através da aplicação da cinesioterapia e da eletroestimulação pélvica, é um integrante que produz um grande poder na melhoria dos resultados, a médio e a longo prazo, levando a cura da perda urinária, atuando no pré e pós operatório conseguindo efeitos positivos, como a diminuição de prejuízos cirúrgicos, fazendo com que se torne efetiva a função e propriocepção da musculatura do períneo, proporcionando o progresso e/ou a cura da IUE.

Segundo Kobashi (2012) As drogas adrenérgicos também são sugeridas como potenciais fármacos para controlar os sintomas da IU. A princípio, eles agiriam estimulando a contração da musculatura uretral e aumentando a pressão de fechamento da uretra, o que impediria a perda involuntária de urina.

Dentre os medicamentos, em mulheres na pós-menopausa, a terapia de reposição hormonal com estrógenos tem sido representado como uma terapêutica efetiva no controle da IU. A reposição desse hormônio agiria sobre a uretra, aumentando sua pressão de fechamento e facilitando a reposta a agonistas dos

receptores α -adrenérgicos. Ainda que diversos estudos tenham demonstrado melhora clínica dos sintomas com esse tratamento, é possível que isso se deva ao fato de que o estrógeno aumenta a sensação de bem-estar geral do usuário (KOBASHI 2012).

Reforçando as teorias acima, Patrizzi *et al.* (2014) descreve em seu estudo que a equipe profissional responsável pelo tratamento da IU, deve se atentar ainda mais para a conscientização sobre a patologia, visto que com o crescimento da procura aos exercícios físico, houve também um notável crescimento no número de mulheres com sintomas da IU. O estudo propõe que os profissionais elaborem melhores estratégias para combater a patologia.

Mourão *et al.* (2008) alerta para as causas comuns da IU, e ressalta que a comunidade deve ser melhor conscientizada, propõe ainda que os governantes instituem políticas públicas de prevenção da IU.

5 CONCLUSÃO

Visto isso, a IU pode ocasionar momento constrangedores acarretando graves consequências para a qualidade de vida das pacientes acometidas, como isolamento do convívio social, depressão e baixa autoestima. Apesar disso, a doença é muitas vezes considerada como uma etapa normal do processo de envelhecimento, o que faz com que as queixas dessa desordem sejam negligenciadas pela população em geral e subdiagnosticada pelos profissionais de saúde. Sendo assim, é evidente que a fisioterapia tem um papel relevante no tratamento da IU, visto que possibilita ao paciente uma melhora significativa, quando não a exclusão de sinais e sintomas dessa patologia.

É necessário que haja maior conscientização sobre a importância da fisioterapia na resolução da IU, gerando assim uma maior possibilidade de prevenção e aumentando a possibilidade de terapêuticas.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (AHCPR). **Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update.** [online] Rockville, MD. March 2003. Available from: Disponível em <<http://www.ahcpr.gov/clinic/uioverview.htm>> acesso 04.06.2019

AMARO JL, GAMEIRO MOO. **Tratamento não cirúrgico: CT.** In: Rubinstein I. **Incontinência urinária na mulher.** São Paulo: Atheneu; 2001. v.1, p.163.

BORBA, A. M. C.; LELIS, M. A. S.; BRÊTAS, A. C. P. **Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres.** Texto Contexto Enfermagem, Santa Catarina, v. 17, n. 3, p. 527-535, 2008.

Bo K. **Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?** Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2004;15(2):76-84.

BOTELHO F, SILVA C, CRUZ F. **Incontinência urinária feminina.** Ver Acta Urológica 2007;24(1):79 82. Disponível em: <<https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/11/inc-urin-fem>> Acesso em 05.04.2019

BUMP R, NORTON P. **Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction.** Obstet Gynecol Clin North Am. 1998; 25:723-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000089&pid=S1517-8692200700040001200023&lng=en> acesso 01.09.2019 CORREIA, Grasiéla Nascimento et al. **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico diminui o pico de torque isométrico de adutores de quadril em mulheres incontinentes: estudo exploratório.** Fisioter. mov. [online]. 2013, vol.26, n.1, pp.183-190. ISSN 0103-5150. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010351502013000100021&script=sci_abstract&lng=pt> acesso: 16.08.2019

DA SILVA, A. P. M., & DE GOUVEIA SANTOS, V. L. C. (2005). **Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39(1), 36-45.

DE MORAES LOPES, M. H. B., & HIGA, R. (2006). **Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 40(1), 34-41.

DE OLIVEIRA, J. R., & GARCIA, R. R. (2011). **Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas.** Rev Bras Geriatr Gerontol, 14, 343-51.

DE LIMA, S. V. S. (2010). **Fisioterapia: A relevância no tratamento da incontinência urinária.** Revista eletrônica novo enfoque, 10(10), 144-160.

DELGADO, A. M., FERREIRA, I. S. V., & DE SOUSA, M. A. (2014). **Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas.** CATUSSABA-ISSN 2237-3608, 4(1), 47-56.

DUMOULIN, C., HAY-SMITH, EJC E MAC HABÉE-SÉGUIN, G. (2014). **Treinamento muscular do assoalho pélvico versus nenhum tratamento, ou tratamentos de controle inativo, para incontinência urinária em mulheres.** Base de dados Cochrane de revisões sistemáticas , (5).

FELICÍSSIMO MF, CARNEIRO MM, SOUZA ELBL, ET AL. **Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço.** Acta Fisiátrica 2007;14(4):233-6.

FORD, A.A.; ROGERSON, L.; CODY, J.D.; OGAH, J. **Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women.** Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 1;(7):CD006375. doi: 10.1002/14651858.CD006375.pub3.

FREIRE, S. F. R. **Percepção do bem-estar sexual e qualidade de vida da mulher com incontinência urinária.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.61.02.178>> Acesso em 08.04.2019

GRAÇA, B. (2012). **Incontinência urinária de esforço no Século XX: teorias e cirurgias revisitadas.** Acta Urológica: Revista da Associação Portuguesa de Urologia, 29, 28-36.

GROSSE D, SENGLER J. **Reeducação perineal.** São Paulo: Manole; 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000300019> Acesso 08.04.2019

GUARISI T, PINTO NETO AM, OSIS MJ, ET.AL. **Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária.** Rev Bras Ginecol Obstet 2001;23(7):439-43. Disponível em: <www.scielo.br/rbgo> Acesso em 23.09.2019

HAY-SMITH EJ, BO 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; (1):CD001407. Review

HIGA R, LOPES MHB, REIS MJ. **Fatores de risco para incontinência urinária na mulher.** Rev Esc Enferm USP 2008;42(1):187-92. Disponível em : <www.scielo.br/reeusp> Acesso em 23.09.2019

JOVANOVIĆ, M., DŠAMIĆ, Z., AĆIMOVIĆ, M., KAJMAKOVIĆ, B., & PEJČIĆ, T. (2014). **Trans-Obturator-Tape (TOT)" outside-in approach in surgical treatment of female stress urinary incontinence.** Acta Chirurgica Iugoslavica, 61(1).

KOBASHI, K.C. **Evaluation of patients with urinary incontinence and pelvic prolapse.** In: KAVOUSSI, L.R.; PARTIN, A.W.; NOVICK, A.C., et al. Campbell-Walsh Urology. New York, 11^a ed., 2012, p.1896-1908.

LAZZARINI, K. C.; CARVALHO, F. Intervenção fisioterapêutica na disfunção sexual feminina: um estudo de caso. 3º Seminário de Fisioterapia da Uniamérica, [?], 2009.

MELO, B. E. S.; FREITAS, B. C. R.; OLIVEIRA, V. R. C.; MENEZES, R. L. **Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em mulheres.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 4150, 2012.

MOREIRA, S. F. S.; GIRÃO, M. J. B. C.; SATORI, M. G. F.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. **Mobilidade do colo vesical e avaliação funcional do assoalho pélvico em mulheres continentais e com incontinência urinária de esforço, consoante o estado hormonal.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 365-370, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000600002> acesso : 04.09.2019.

MORENO, ADRIANA L. **Fisioterapia em Uroginecologia.** São Paulo: Manole, 2004. 187p

MOURÃO, F. A. G., LOPES, L. N., VASCONCELLOS, N. D. P. C., & ALVARENGA, M. B. (2008). **Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física** Prevalence of urinary complaints and their impact on the quality of life of women that participate in physical activity groups. Cep, 30455, 610.

OLIVEIRA, K.A.C.; RODRIGUES, A.B.C.; PAULA, A.B. **Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher.** Revista Eletrônica F@pciência, Apucarana-PR, v.1, n.1, 31-40, 2007.

OLIVEIRA, JAQUELINE RAMOS DE AND GARCIA, ROSAMARIA RODRIGUES. **Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas.** Rev. bras. geriatr. gerontol. 2011, vol.14, n.2, pp.343-351. ISSN 1809-9823. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000200014&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em 28.09.2019

PEREIRA, V. S.; ESCOBAR, A. C.; DRIUSSO, P. **Efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 16, n. 6, p. 463-468, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbfis/pt_aop047_12-sci1219> Acesso em 25.09.2019

PALMA, P. C. R., RICCETTO, C. L. Z. **Incontinência urinária na mulher.** In: BARATA, H. S.; CARVALHAL, G. F. Urologia princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 1999. disponível em: <<https://periodicos.ufac.br/index.php/ahs/article/view/80>> acesso 03.09.2019

PATRIZZI, L. J., VIANA, D. A., SILVA, L. M. A., & PEGORARI, M. S. (2014). **Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico.** Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 22(3), 105-110.

PRADO, D. S., LIMA, T. I. A., & MOTA, V. P. L. P. (2013). **Conhecimento sobre incontinência urinária em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos.** Rev. Bras. Cien. Med. Saúde, 2(2), 12-7.

PLEVNIK, S. **New method for testing and strengthening of pelvic floor muscles.** Pgs of the 15th Annual Meeting of the International Continence Society (Londres), 267, 1985.

RETT, M. T.; SIMÕES, A. J.; HERRMANN, V.; GURGEL, M. S. C.; MORAIS, S. S. **Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 134-140, 2007.

RICCETTO, C., PALMA, P., & TARAZONA, A. (2005). **Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia.** Actas urológicas españolas, 29(1), 31-40.

SALDANHA, M. E.; DAVANZZO, R. C.; DRIUSSO, P. **Incontinência Urinária no Idoso: Abordagem Fisioterapêutica.** In: DRIUSSO, P.; CHIARELLO, B. Fisioterapia e Gerontologia. São Paulo: Manole, 2007. Cap. 9, p.181-214.

SAMUELSON A, VICTOR A, TIBBLIN G. **A population study of urinary incontinence andnocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish fortreatment. Act Obstet Gynecol Scand.** 1999;76:74-80.Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000085&pid=S1517-8692200700040001200019&lng=en> acesso 11.10.2019

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. **Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 72-78, 2009.Disponível em:<www.scielo.br/scielo> Acesso em 25.09.2019

SILVA APM, SANTOS VLCG. **Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados.** Rev Esc Enferm USP. 2005;39(1):36-45 disponível em :<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2743836&pid=S1806-6976201100020000300011&lng=pt> acesso em 02.08.2019

SLIEKER-TEN HOVE MC, POOL-GOUDZWAARD AL, EIJKEMANS MJ, STEEGERS-THEUNISSEN RP, BURGER CW, VIERHOUT ME. **Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population.** Neurourol Urodyn. 2009;29:545-50. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000163&pid=S0104-4230201000060001100042&lng=en> acesso em 02.08.2019

SOUSA, J. G.; FERREIRA, V. R.; OLIVEIRA, R. J.; CESTARI, C. E. **Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária.** Revista Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 39-46, 2011.

VIANA, S. B. P.; VOLKMER, C.; KLEIN, J. A.; PINCEGHER, D. **Incontinência urinária e sexualidade no cotidiano de mulheres em tratamento fisioterápico: uma abordagem qualitativa.** Saúde e Transformação Social, Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 62-70, 2012.Disponível em:<incubadora.periodicos.ufsc.br/saudeetransformacao/article/view> Acesso em 25.09.2019

WALTERS, M. D., & KARRAM, M. M. (2016). **Uroginecologia e Cirurgia Reconstrutiva Pélvica.** Elsevier Brasil.

ZANETTI, M. R. D.; CASTRO, R. A.; ROTTA, A. L.; SANTOS, P. D.; SARTORI, M.; GIRÃO, M. J. B. C. **Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor**

exercises for treating female stress urinary incontinence. Sao Paulo Medical Journal, São Paulo, v. 125, n. 5, p. 265-269, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo> Acesso em 25.09.2019