

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO SEXO FEMININO

VIVIANE DE OLIVEIRA¹
LARISSA SILVEIRA CARVALHO VILLA²

RESUMO: A incontinência urinária (IU) é definida por qualquer perda involuntária de urina, atualmente vem se tornando um grande problema para a saúde pública, pois afeta mulheres de todas as idades, podem ser classificadas em três tipos principais: IU de esforço, IU de urgência e mista. O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica cujo objetivo é apresentar os benefícios do tratamento fisioterapêutico nas disfunções apresentadas pela IU. As pesquisas foram realizadas através de conteúdos já analisados e publicados em livros, artigos, teses e base de dados do *Scientific Electronic Library Online Scielo*. A preferência do período dos artigos pesquisados foram os publicados entre 2008 a 2020, totalizando 29 referências. Como critério de inclusão todos os artigos publicados que abordem a fisioterapia como tratamento nas disfunções da IU, já a exclusão relacionou-se aos artigos publicados fora do período pesquisado, através da leitura dos resumos. Os resultados obtidos por meio de vários estudos comprovam a grande eficácia dos recursos fisioterapêuticos no tratamento conservador da IU, tornando-se um instrumento indispensável para elaboração do protocolo de tratamento, por meio de suas condutas proporcionando maior controle urinário do paciente diminuição da perda de urina involuntária, alívio dos sinais, sintomas e complicação ocasionados pela patologia, facilitando a realização das atividades ocupacionais e melhorando a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Bexiga hiperativa; Qualidade de vida; Saúde da mulher; Assoalho pélvico; Diafragma pélvico.

THE IMPORTANCE OF PHYSIOTHERAPY IN TREATING OF FEMALE URINARY INCONTINENCE

ABSTRACT: Urinary incontinence (UI) is defined by any involuntary loss of urine, currently it is becoming a major problem for public health, as it affects women of all ages, can be classified into three main types: UI of effort, UI urgency and mixed. The present work is a bibliographic review whose objective is to present the benefits of physical therapy treatment in the dysfunctions presented by the UI. The researches were carried out through contents already analyzed and published in books, articles, theses and databases of the Scientific Electronic Library Online Scielo. The preference for the period of the researched articles was published between 2009 and 2020, totaling 28 references. As an inclusion criterion, all published articles that address physiotherapy as a treatment for UI dysfunctions, on the other hand, the exclusion was related to articles published outside the research period, by reading the abstracts. The results obtained through several studies prove the great efficacy of physiotherapeutic resources in the conservative treatment of UI, making it an indispensable instrument for the elaboration

¹ Acadêmica de Graduação, Curso de Fisioterapia, Faculdade de Sinop – Centro Universitário UNIFASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop - MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: viviarenharth@gmail.com

² Professora Mestranda em Promoção da Saúde, Curso de Fisioterapia, Faculdade de Sinop – Centro Universitário UNIFASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop - MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: larissascvilla@hotmail.com

of the treatment protocol, through its conducts providing greater urinary control of the patient, reduction of urine loss involuntary, relief of signs, symptoms and complications caused by the pathology, facilitating the performance of occupational activities and improving the quality of life.

KEYWORDS: Overactive bladder; Quality of life; Women's health; Pelvic floor; Pelvic diaphragm.

1. INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico localiza-se na região ente os genitais e o ânus, é formado por músculos, fâscias e ligamentos, tendo como função a sustentação dos órgãos internos. A fraqueza muscular do assoalho pélvico pode resultar em disfunções como: incontinência urinária e fecal, prolapso, lacerações perineais em casos de gestação, entre outros. Estudos apontam que pelo menos 40% das mulheres terá incontinência urinária em algum momento da sua vida (ALMEIDA e MARSAL, 2015).

O assoalho pélvico feminino é dividido em três partes, na parte posterior está presente o reto, na parte medial a vagina e na parte anterior a bexiga e uretra. Todas essas estruturas são sustentada pelo diafragma urogenital, diafragma pélvico e fâscias pélvicas, essas musculaturas são composta por maior parte de fibras tipo 1 (fibras vermelhas de contração lenta que usa oxigênio como fonte e energia) e menor parte de fibras tipo 2 (fibras brancas de contração rápida que usa glicose e fosfocreatina como fonte de energia). Todas as estruturas são de suma importância para manutenção e posição fisiológicas dos órgãos pélvicos (BERQUÓ; RIBEIRO; AMARAL, 2016).

Estudos realizados no Brasil apontam que 57.4% das mulheres acima dos 60 anos apresentam relatos de incontinência urinária, onde falaram conviver com a doença com uma média de três anos. Os fatores que aumentam a prevalência de incontinência urinária são: histórico familiar, aumento da idade, sobrepeso, parto vaginal, histórico de IU gestacional ou no pós-parto e alterações das musculaturas do assoalho pélvico (MAP) (CASTRO; MACHADO; TRINDADE, 2019).

A incontinência urinária (IU) é definida por qualquer perda involuntária de urina, atualmente vem se tornando um grande problema para a saúde pública, pois afeta mulheres de todas as idades, aumentando sua prevalência de acordo com o envelhecimento, trazendo inúmeras consequências negativas para qualidade de vida das mulheres, afetando aspectos psicológicos, emocionais e sociais (ALENCAR e VENTURA, 2015).

Os tipos de incontinência urinária são: de urgência, está associada à vontade incontrolada de urinar e bexiga hiperativa; de esforço, onde ocorre perda de urina involuntária

mediante ao aumento de pressão; e a mista, quando ocorre uma combinação da incontinência urinária de esforço e de urgência. A IU de esforço é a que mais acomete mulheres em diversas idades, devido não ter como evitar os esforços físicos e fisiológicos diários do organismo (ALMEIDA e MARSAL, 2015).

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência é aconselhável que mulheres com IU realizem o tratamento conservador antes da intervenção farmacológica ou cirúrgica. O tratamento fisioterapêutico entra como um tratamento conservador, pois é um recurso eficiente, menos invasivo que aborda a conscientização corporal, exercícios para o assoalho pélvico, mudança no estilo de vida, treinamento vesical e normalização do tônus dos músculos pélvicos por meio de exercícios ativos orientados (CASTRO; MACHADO; TRINDADE, 2019).

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica cujo objetivo é apresentar a importância do tratamento fisioterapêutico nas disfunções apresentadas pela IU. As pesquisas serão realizadas através de conteúdos já analisados e publicados em livros, artigos, teses e base de dados do *Scientific Electronic Library Online* Scielo. A preferência do período dos artigos pesquisados serão os publicados entre 2008 a 2020. Os critérios de inclusão serão todos os artigos publicados que abordem a fisioterapia como tratamento nas disfunções da IU, e a exclusão serão relacionados aos artigos publicados fora do período pesquisado, através da leitura dos resumos.

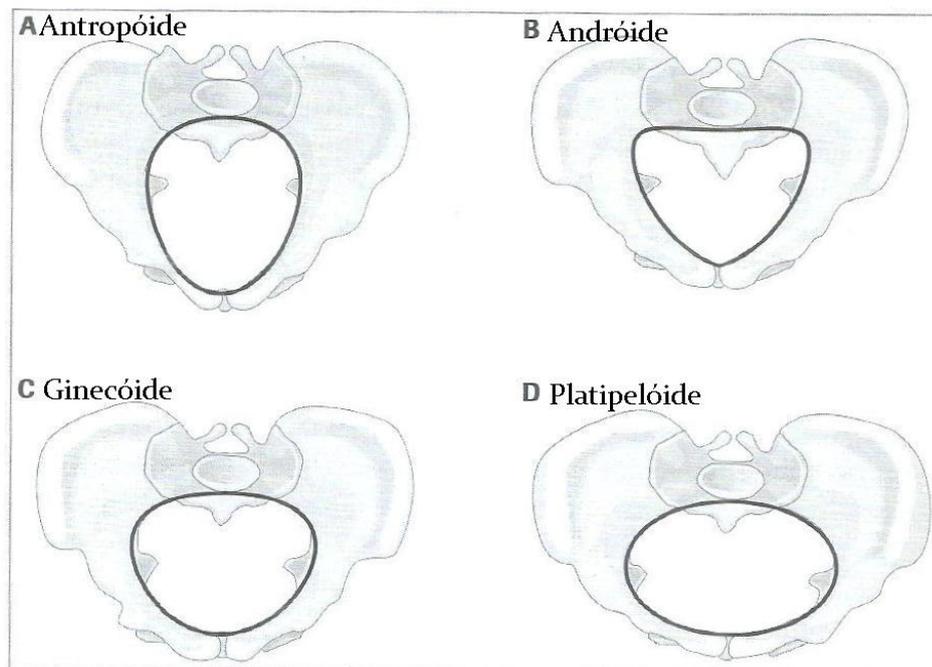
2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Anatomia da pelve

A pelve é uma região de grande importância funcional, pois protege os órgãos localizados na cavidade pélvica, atua como ponto de fixação dos músculos do períneo e membros inferiores. É constituída por dois ossos ilíacos, que se articulam posteriormente com o sacro e anteriormente entre si com a sínfise púbica (figura 1) (GILROY, 2015; DANGELO e FATTINI, 2011).

De acordo com a anatomia clínica a pelve é dividida em duas, sendo: a pelve maior ou pelve “falsa” que abriga os órgãos abdominais; e a pelve menor ou pelve “verdadeira” que contém a bexiga, parte dos ureteres e o sistema genital. A pelve feminina é mais curta e mais larga que a masculina (TORTORA e DERRICKSON, 2016).

Figura 1 – Tipos de pelve.



Fonte: Moreno (2009, p. 8)

De acordo com Tortora e Derrickson (2016), os tipos de pelve são: a ginecóide, que é a forma mais comum, considerada um padrão obstétrico; a androide, mais comum nos homens de forma achatada; a antropoide, com forma oval, estreita e longa, lembra a pelve dos macacos; e a platipelóide, que é rara tanto em homens quanto em mulheres, com forma extremamente achatada (MORENO, 2009).

A estabilização da pelve é realizada pelos fortes ligamentos, articulações e músculos. Os ligamentos têm como função a estabilização estática, são densos, dando estabilidade funcional para a região suportar as alterações de forças que estão sujeitas, principalmente durante a locomoção (MOORE; DALLEY, AGUR, 2014). Os ligamentos da pelve são: os vertebropélvicos limitam os movimentos exagerados da pelve; o iliolumbar, que une o osso ílio a vértebra L5 e limita a inclinação lateral de tronco; os sacroilíacos anteriores, limitam o movimento de contranatação e estabiliza a articulação sacroilíaca; o sacrotuberal, sacroespinhal e os sacroilíacos posteriores que limitam o movimento de nutação (GILROY, 2015).

Os ligamentos que possuem grande importância na fixação dos órgãos pélvicos são o pubocervical, o pubovesical, o cardinal, o uterossacral e o pubouretral. Dentre eles o pubovesical e o pubouretral tem como função a sustentação do colo vesical e da uretra proximal (ALVES, 2018).

Alguns autores citam a relação entre as alterações na posição da pelve e sua

predisposição à ocorrência de IU, as musculaturas abdominais, assoalho pélvico, os extensores vertebrais e do quadril auxiliam na manutenção do equilíbrio da pelve, quando fracas a pelve inclina anteriormente, e os conteúdos abdominais e pélvicos pressionam sobre a parede abdominal provocando um estiramento (IRBER e KORB, 2019; ALENCAR e VENTURA, 2015).

2.2 Anatomia feminina

De acordo com Gilroy (2015), a genitália externa feminina compreende do púbis até o períneo. É constituída pelo monte púbico ou de Vênus, grandes lábios, pequenos lábios, bulbo do vestíbulo, glândulas vestibulares e clitóris. Os órgãos internos são os que compõem o sistema reprodutor feminino sendo: a vagina, útero, ovários e trompas uterinas (DANGELO e FATTINI, 2011).

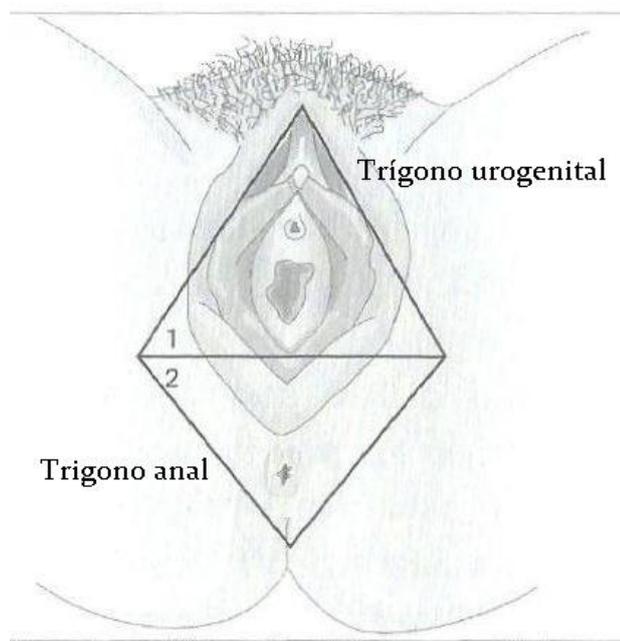
2.3 Assoalho pélvico

A função do assoalho pélvico é a sustentação dos órgãos internos, principalmente o útero, o reto e a bexiga. É composto pelo peritônio parietal, diafragma da pelve, fáschia visceral, fáschia superior e inferior do diafragma da pelve e os músculos isquiococcígeo e levantador do ânus que se divide em três, o pubococcígeo, puborretal e o iliococcígeo (ALVES, 2018; TORTORA e DERRICKSON, 2016).

O diafragma pélvico é formado pelos músculos levantador do ânus e o esquiococcígeo e pelas fâscias. Sua função é transmissão de pressão para bexiga e uretra (DANGELO e FATTINI, 2011). Os músculos da porção profunda são: pubococcígeo, puborretal, esquiococcígeo, transverso profundo do períneo e esfíncter da uretra. A porção superficial é composta por isquiocavernoso, transverso superficial do períneo, bulbocavernoso e esfíncter do ânus (ALMEIDA e MARSAL, 2015). A musculatura do assoalho pélvico (MAP) tem sua inserção nos ilíacos, sacro e cóccix, a disfunção sacroilíaca pode ocasionar a fraqueza da MAP, provocando um desequilíbrio pélvico, que pode ser um agravante da IU (IRBER e KORB, 2019).

2.4 Períneo

Segundo Martinez e Kraievski (2017), o períneo é uma região restrita, compreende da área ente o óstio da vagina e o ânus. É dividido em dois triângulos, o triângulo urogenital que contém os órgãos genitais externos e o triângulo anal onde fica o ânus (Figura 2) (GILROY, 2015).

Figura 2 – Trígono urogenital e anal.

Fonte: Moreno (2009, p. 12).

O trígono urogenital é composto pela fáscia superior da região urogenital, corpo do períneo e fáscia inferior da região urogenital. O trígono anal é idêntico na mulher e no homem, é constituído pela fossa isquioanal, fáscia superficial do períneo e pele (TORTORA e DERRIKSON, 2016; MORENO, 2009).

De acordo com Martinez e Kraievski (2017), os músculos do períneo estão separados em duas camadas, a superficial e a profunda, a musculatura do períneo é innervada pelo nervo pudendo do plexo sacral, todos os músculos são innervados pelo ramo perineal do nervo pudendo, exceto o esfíncter externo do ânus, cuja innervação é realizada pelo nervo espinhal sacral (S4) e pelo ramo retal inferior do nervo pudendo (MOORE; DALLEY; AGUR, 2014).

Os músculos profundos do períneo auxiliam a micção e o fechamento da vagina, nas mulheres, já nos homens eles auxiliam na micção e a ejaculação (DANGELO e FATTINI, 2011). O músculo esfíncter externo do ânus adere à pele e mantém o canal anal e o ânus fechado, com exceção no momento da defecação (TORTORA e DERRICKSON, 2016).

2.5 Trato urinário inferior

O trato urinário inferior é composto pela bexiga, colo vesical e a uretra. A bexiga é uma esfera oca revestida pelo músculo detrusor, serve para armazenar a urina de forma temporária, quando está vazia ela situa-se na região inferior ao peritônio e posterior a sínfise

púbica, quando está cheia ela sobe para a cavidade abdominal. Ela tem duas entradas (ureteres) e uma saída (junção uretrovesical) (ALMEIDA e MARSAL, 2015; DANGELO e FATTINI, 2011).

O músculo esfíncter interno localiza-se na saída da bexiga, cuja contração é involuntária, prevenindo o esvaziamento. Abaixo dele temos o esfíncter externo que envolve a região superior da uretra, sua contração é voluntária, o que permite resistir à necessidade de urinar (MARTINEZ e KRAIEVSKI, 2017). A capacidade urinária média da bexiga é de 700 a 800 mL, sendo menor nas mulheres devido à localização do útero acima da bexiga (TORTORA e DERRICKSON, 2016).

A uretra é um tubo muscular que direciona a urina da bexiga para o óstio externo que se abre para o exterior. É composta pela combinação de musculatura lisa e estriada, revestida por mucosa que possuem glândulas secretoras de muco (MOORE; DALLEY; AGUR, 2014). Ela difere entre os sexos no seu trajeto, na mulher ela é curta, cerca de 3,8 cm, e é exclusiva do sistema urinário, o óstio externo situa-se na região anterior à vagina e entre os pequenos lábios (ALVES, 2018).

2.6 Incontinência Urinária

A incontinência urinária (IU) é a perda de urina de forma involuntária, é caracterizada de acordo com as ocorrências que levam a perda de urina, classificando-as em: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM) (tabela 1) (ALMEIDA e MARSAL, 2015; SILVA e OLIVA, 2011).

Tabela 1 – Tipos de IU, clínica e mecanismos.

Tipo	Clínica	Mecanismo
Incontinência urinária de esforço	Perda involuntária de urina ocasionada por situações que levam ao aumento da pressão intravesical, como tosses, espirros, levantamento de peso, caminhadas, dentre outros.	Causada pela redução da pressão uretral, que se torna incapaz de impedir a saída de urina durante a realização de atividades que aumentem a pressão intravesical, como tosses e espirros.
Incontinência urinária de urgência	Necessidade súbita, intensa e imperiosa de urinar. O paciente perde urina involuntariamente, pois não tem tempo suficiente para chegar ao banheiro.	Decorre de distúrbios neurológicos sensitivos ou hiperatividade motora do músculo detrusor.
Incontinência urinária mista	Características simultâneas de incontinência urinária de esforço e de urgência.	Mecanismos fisiopatológicos mistos da incontinência urinária de esforço e de urgência.

Fonte: Cândido et al (2017, p. 69).

A Incontinência Urinária (IU) é definida atualmente pela International Continence Society (ICS) como a "queixa de qualquer perda involuntária de urina, valorizando o relato do paciente". A caracterização da IU ocorre de acordo com os eventos que levam à perda de urina, sendo classificada como IU de esforço, IU de urgência ou mista (CÂNDIDO et al., 2017; ALVES, 2018).

Na IUE a perda de urina é resultante de esforços sobre a região abdominal, afeta mais de 50% das mulheres, agravando os sintomas conforme o avanço da idade, o tecido pélvico e a musculatura ao redor da uretra estão fracos gerando a liberação da urina devido a algum esforço, como: espirrar, tossir, correr, rir, subir escadas, entre outros (GUERRA et al., 2014). Os fatores de risco para IUE são: gestação, partos mal assistidos, obesidade, menopausa, cirurgias ginecológicas, fumo e deficiências de estrógeno (OLIVEIRA e GARCIA, 2011).

A IUE é classificada em três tipos de acordo com as classificações de Blaivas e Olsson. A IUE tipo I ocorre perda de urina de forma discreta e ocasional, quando o indivíduo está de pé e faz bastante esforço (CORREA; MOREIRA; GARCEZ, 2015). A IUE tipo II é quando tem perda de urina moderada, a uretra e a bexiga estão caídas. Na IUE tipo III, há perda de urina severa devida lesão na uretra, a bexiga e a uretra perdem a capacidade de contração e perde urina em qualquer situação de esforço (OLIVEIRA et al., 2017).

A IUE é causada pela redução da pressão uretral, devido ao aumento da mobilidade, enfraquecendo a sustentação da uretra e/ou danificação e descida do colo vesical, além da dificuldade na vascularização na mucosa da uretra, pois não ocorrerá o fechamento uretral. Isso se dá devido o dano no esfíncter ou alterações estruturais da uretra (MARTINEZ e KRAIEVSKI, 2017). O diagnóstico baseia-se na história clínica, exames físicos, relatórios miccionais, questionários sobre a qualidade de vida, testes de esforço e aferição do resíduo pós-miccional (PEREIRA et al., 2014).

De acordo com Rosa et al. (2016), a IUE não acontece perda de urina ao dormir ou em repouso. Ela altera a rotina do paciente, modificando o comportamento dos mesmos, em questões de uso de medicamento, redução na ingestão de líquidos, perturbações no sono, interferência na vida sexual, evitam festas, reuniões, viagens longas, reduzindo o convívio social devido ao desconforto e timidez (TOMASI et al., 2017).

A incontinência causada pelo esforço possibilita quadros depressivos, diminuição da autoestima, isolamento, redução da qualidade de vida, prejudicando a interação pessoal, social e profissional (SILVA et al., 2017). O tratamento desta condição é de extrema

importância visando os benefícios a serem adquiridos por esses pacientes, principalmente a sua qualidade de vida (SENA et al., 2018).

De acordo com Alves (2018), a IUU é definida pela perda de urina imediatamente precedida por urgência. O armazenamento de urina está relacionado à hiperatividade da musculatura e acontece quando o detrusor da bexiga contrai de forma involuntária e imprevisível, pressionando mais a bexiga do que a uretra (MARTINEZ e KRAIEVSKI, 2017).

Segundo Sena et al. (2018) essa incontinência acontece devido à bexiga parar de realizar sua função normal, o músculo detrusor irá contrair de forma involuntária durante a fase de enchimento da bexiga. A hiperatividade do músculo detrusor e a sensibilidade vesical propicia a vontade intensa de urinar frequentemente, sendo mais de oito vezes por dia ou mais a noite (BERQUIÓ; RIBEIRO; AMARAL, 2016).

O diagnóstico da IU é clínico e se faz necessário conhecer as possíveis causas da hiperatividade da bexiga. A IUM é caracterizada pela existência simultânea da IUE e IUU, sendo uma hiperatividade do detrusor associado à insuficiência uretral (DABBOUS, 2019; PEREIRA, 2011).

2.7 Fisioterapia

O tratamento fisioterapêutico se mostra eficaz na reabilitação da IU, visando um trabalho de consciência corporal e normalização da musculatura pélvica, através da cinesioterapia, exercícios ativos para fortalecimento muscular, cones vaginais e biofeedback (OLIVEIRA e GARCIA, 2011; GUERRA et al., 2014).

Os métodos utilizados para avaliação fisioterapêutica da incontinência urinária são: diário urinário, teste do cotonete, teste de esforço e prova do absorvente. O teste de esforço é realizado com a bexiga parcialmente cheia, solicitará ao paciente ficar em pé, tossir, forçar o abdômen, ou atividades que causem esforço ao paciente para se ocorre perda urinária e qual a intensidade (OLIVEIRA e GARCIA, 2011).

De acordo com Moreno (2009), o diário miccional é um teste importante, pois permite informações imparciais sobre o ritmo miccional do paciente. O paciente irá auto monitorar os dados miccionais por 24h durante três dias, marcando os horários, o volume da urina, a frequência da micção, uso de absorvente, episódios de perda de urina e ingestão de líquidos, o que irá promover uma reeducação aos hábitos urinários (CÂNDIDO et al., 2017).

O teste do cotonete é usado para avaliação da mobilidade uretral, introduz um cotonete estéril com gel anestésico na uretra, a paciente realizará a manobra de valsalva e tossir, aferir a medida do ângulo formado pelo cotonete e o eixo horizontal, se as alterações forem

superiores a 30° indica aumento da mobilidade do colo vesical (MORANO, 2009). O teste do absorvente permite a quantificação da perda de urina e é usado para monitorar o efeito do tratamento realizado, baseia-se na mensuração do peso de um absorvente uma hora após a ingestão de líquidos e realização de suas atividades (ALVES, 2018).

A avaliação da força muscular do assoalho pélvico pode ser realizada de forma visual / palpação, uso de cones vaginas e biofeedback. A avaliação visual é realizada através da visualização da genitália externa, observando a ausência ou presença da contração voluntária visível do MAP após o comando verbal (ALENCAR e VENTURA, 2015). Na palpação vaginal a paciente estará em posição ginecológica desnuda abaixo da cintura, o examinador introduzirá o dedo indicador e médio no introito vaginal e solicitar a contração voluntária do MAP, classificado em graduações de 0 a 5. A paciente classificada em graus 0, 1 e 2 não realiza a contração do MAP de forma voluntária, nesses casos é recomendado o tratamento com biofeedback e cones vaginais, já com graus acima de 3 é indicado exercícios para a musculatura pélvica (MARTINEZ e KRIEVSKI, 2017).

A avaliação com os cones vaginais proporciona um biofeedback tátil e cinestésico, também é utilizado no tratamento da IU. A avaliação é iniciada com a introdução do cone mais leve no canal vaginal em decúbito dorsal, será pedido uma sequência de esforços (caminhar, tossir, entre outros), se o dispositivo permanecer no canal vaginal ele é substituído por outro com peso maior, até que o mesmo seja exteriorizado aos movimentos, a graduação de força é dada de acordo com o peso do cone sustentado durante a avaliação (TOMASI et al., 2017; HENKES et al., 2015).

Segundo Guerra et al. (2014), os cones vaginais são utilizados para trabalhar a resistência muscular e informação sensorio motora, variam de tamanhos, cores e pesos (20g a 100g), possuem um fio de nylon para facilitar a remoção, os exercícios iniciam com o mais leve e o auxílio da gravidade e progride com a o aumento do peso e as posições contra a gravidade (MARTINEZ e KRAIEVSKI, 2017).

Os cones vaginais tem como princípio aprimorar os processos fisiológicos através da conscientização corporal e fortalecimento da musculatura perineal. Para utilizar os cones vaginais é necessário identificar qual cone a paciente conseguirá manter na vagina por um minuto, com ou sem contração muscular pélvica (cone ativo ou passivo), os exercícios iniciam com o peso mais leve e auxílio da gravidade, evoluindo para posição contra a gravidade e aumento dos pesos (CÂNDIDO et al., 2017; SILVA e OLIVA, 2011).

O cone passivo retrata a musculatura pélvica em repouso, nesse tipo as fibras musculares de contração lenta são recrutadas, gerando uma contração reflexa da musculatura

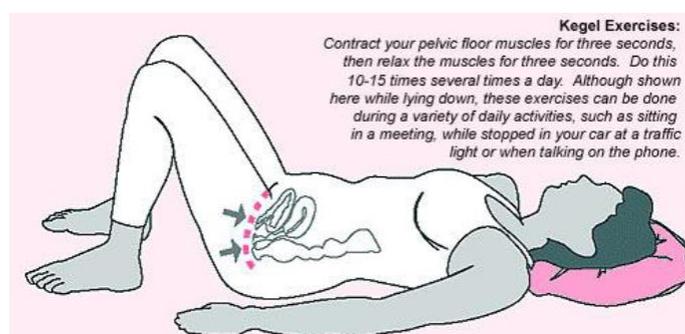
pélvica para manter o cone na posição inicial impedindo a saída (SENA et al., 2018). No cone ativo a paciente irá realizar a contração muscular do períneo, permitindo a conscientização corporal e diferenciando a contração pélvica da abdominal (DABBOUS, 2019).

O biofeedback é utilizado na reeducação do AP, é um instrumento que proporciona respostas por sinais visuais e sonoros, permite a autoavaliação do MAP sobre os movimentos medidos, bastante utilizados na avaliação e no tratamento da IU, podendo ser usado em gestantes de forma segura (OLIVEIRA e GARCIA, 2011). É um aparelho com sensores intravaginal ou perianal, capta a contração muscular do períneo, facilita a consciência da musculatura a ser trabalhada por meio de sinais sonoros e visuais, permitindo ao paciente o controle voluntário de cada estrutura, melhora a propriocepção e força muscular (ALVES, 2018).

No biofeedback podem ser utilizados dispositivos que captam informações para repassar aos pacientes, como os balões vaginais e probes, eles mostram a pressão feita pela contração da musculatura perineal. O biofeedback tem como objetivo utilizar equipamentos que permite uma resposta sonora e/ou visual durante o exercício, estimulando a consciência corporal (BRUINSMA e GERHARDT, 2011; ROSA et al., 2016). O biofeedback é indicado para paciente com pouca consciência corporal e dificuldade em controlar a musculatura pélvica, facilitando a percepção da musculatura a ser trabalhada por meio de sinais visuais e sonoros (TOMASI et al., 2017).

A cinesioterapia é de extrema importância, seu objetivo é aprimorar o tecido musculoesquelético, podem ser utilizados os exercícios de Kegel, visando o trabalho da musculatura perineal (figura 3) (SILVA e OLIVA, 2011). O treinamento muscular do assoalho pélvico é prescrito de forma individual, baseado na avaliação funcional de cada paciente, de acordo com a sua graduação de força, propriocepção e tolerância (ALVES, 2018).

Figura 3 – Exemplo de exercício de Kegel.



Fonte: Alves (2018, p. 33).

Os exercícios mais utilizados para tratamento da IU foram criados e introduzidos

em meados da década de 40 pelo Doutor Arnold Kegel, os exercícios têm como intuito promover a contração controlada e sistêmica dos músculos que formam o assoalho pélvico, melhoram a capacidade de contração reflexa voluntária desses grupos musculares (IRBER; MORAES; FRIGO, 2016). São utilizados principalmente para ganho de força e resistência da musculatura pélvica, podendo também ter a junção de atividades físicas e proprioceptivas específicas para musculatura do assoalho pélvico (CÂNDIDO et al., 2017).

A cinesioterapia é realizada através de contrações voluntárias visando o aumento da força e resistência da musculatura, melhorando a atividade muscular e proporcionando maior sustentação do períneo. Esses exercícios tem ação nas fibras de contrações rápidas, e irá contribuir para uma contração eficiente e consciente durante o reflexo involuntário (OLIVEIRA e GARCIA, 2011; PEREIRA et al., 2014).

Segundo Rosa et al. (2016), é importante verificar se está sendo realizada a contração do períneo corretamente sempre antes do início das atividades. Para tal finalidade é necessário praticar a simulação de interromper o fluxo de urina, o paciente ficará na posição deitado ou sentado sobre o vaso sanitário, irá introduzir o dedo no canal vaginal e fazer uma contração muscular para impedir a saída de urina, a contração está correta se sentir uma força apertando o dedo (TOMASI et al., 2017).

Os benefícios apresentados pelos exercícios são a melhora na contração muscular do períneo deixando-o mais rápido e forte, auxilia na compressão da uretra, aumento da pressão intra-uretral no momento da elevação da pressão intra-abdominal, aumento do trofismo e volume da musculatura pélvica (HENKES et al., 2015; PEREIRA, 2011).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, podemos concluir que a incontinência urinária é uma patologia muito frequente na sociedade, acometendo milhares de pessoas com incidência maior no sexo feminino em qualquer momento de sua vida, existem diversos fatores que ocasionam um estresse e enfraquecimento muscular perineal desenvolvendo a disfunção. Mesmo que a IU não traga risco de vida ao paciente, ela proporciona um impacto negativo na qualidade de vida causando frustrações, restrição de atividades ocupacionais, domésticas, sociais, sexuais, complicações médicas, psicológicas e de caráter social.

Com passar dos anos e por meio de estudos foram desenvolvidas diversas técnicas para o tratamento de IU com exercício para estimular o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, dentre dessas técnicas estão: exercícios de Kegel, cinesioterapia, biofeedback

e cones vaginais.

Os resultados obtidos por meio de vários estudos comprovam a grande eficácia dos recursos fisioterapêuticos no tratamento conservador da IU, tornando-se um instrumento indispensável para elaboração do protocolo de tratamento, por meio de suas condutas, proporcionando maior controle urinário do paciente, diminuição da perda de urina involuntária, alívio dos sinais, sintomas e complicação ocasionados pela patologia, facilitando a realização das atividades ocupacionais e melhorando a qualidade de vida. No entanto é de suma importância a realização de mais estudos com esse tema, com intuito de comprovar e divulgar ainda mais a eficácia da fisioterapia no tratamento da IU para demais profissionais da saúde e população.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, P; VENTURA,P. Benefícios do treinamento da musculatura do assoalho pélvico no tratamento de mulheres com incontinência urinária de esforço: revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar Ciência e Saúde**, ago – out 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rics/article/view/3011/2319>. Acesso em: 10 março 2020.

ALMEIDA, A; MARSAL, A. A influência da fisioterapia aplicada no tratamento da incontinência urinária de esforço em mulheres: estudo da eficácia da cinesioterapia. **Visão Universitária**, Cassilândia, v. 3, 2015. Disponível em: <http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/59/51>. Acesso em: 10 março 2020.

ALVES, R. **Atuação da fisioterapia na incontinência urinária em gestantes: prevenção e tratamento**. 2018. 41 folhas. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharel em Fisioterapia), Universidade de Cuiabá, Cuiabá, 2018.

BERQUIÓ, M; RIBEIRO, M; AMARAL, R. Qualidade de vida de mulheres portadorasde incontinência urinária antes e após a fisioterapia realizada no hospital materno infantil de Goiânia Goiás. **Rev. Cien. Escol. Estad. Saud. Publ. Candido Santiago-RESAP**, Goiânia, v. 2, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/33/48>. Acesso em: 12 março 2020.

BRUINSMA, F.; GERHARDT, C. **Reeducação do mecanismo da continência urinária através da terapêutica com cones vaginais: uma tecnologia de autocuidado**. Orientadora: Evelise Moraes Berlezi. 2011. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, 2011. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/514/Catieli%20Costa%20Gerhardt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 outubro 2020.

CÂNDIDO, F. J. et al. Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 18, n. 3, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/54506/33509>. Acesso em: 05 novembro 2020.

CASTRO, L; MACHADO, G; TRINDADE, A. Fisioterapia em mulheres com incontinência urinária – relatos de caso. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S4, 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2312/1944>. Acesso em: 12 março 2020.

CORREA, J.; MOREIRA, B.; GARCEZ, V. Ganho de força muscular do diafragma pélvico após utilização dos métodos Pilates ou kegel em pacientes com incontinência urinária de esforço. **Revista Uningá**, Maringá, v. 23, n. 2, 2015. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1644/1256>. Acesso em: 05 novembro 2020.

DABBOUS, G. **Tratamento para incontinência urinária em mulheres adultas através da fisioterapia uroginecológica**. Orientador: Irineu Jorge Santor. 2019. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário UNIFACVEST, Lages, 2019. Disponível em: https://www.unifacvest.edu.br/assets/uploads/files/arquivos/94395-dabbous,-gabriele-karine.-tratamento-para-a-incontinencia-urinaria-em-mulheres-adultas-atraves-da-fisioterapia-uroginecologica.-fisioterapia.-lages_-unifacvest,-2019-02_.pdf. Acesso em: 20 outubro 2020.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2011. 763 p.

GILROY, A. **Anatomia**: texto e atlas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 499 p.

GUERRA, T. E., et al. Atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinaria de esforço. **Femina**, Curitiba, v. 42, n. 6, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4823.pdf>. Acesso em: 02 julho 2020.

HENKES, D. et al. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/21746/17952>. Acesso em: 12 março 2020.

IRBER, P.; KORB, A. Postura pélvica no desenvolvimento da incontinência urinária: uma revisão de literatura. **Revista Uningá**, Maringá, v. 56, n. S4, 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1033/1942>. Acesso em: 18 maio 2020.

IRBER; P.; MORAES, M.; FRIGO, L. Incontinência urinária e qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Fisioterapia Brasil**, Santa Maria, v. 17, n. 5, 2016. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/684/1502>. Acesso em: 03 novembro 2020.

MARTINEZ, M; KRAIEVSKI, E. O advento da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço. **Revista Conexão Eletrônica**, Três Lagoas, v. 14, n. 1,

2017. Disponível em: <http://revistaconexao.aems.edu.br/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=78>. Acesso em: 22 março 2020.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. **Anatomia orientada para clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014. 1114 p.

MORENO, A. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009. 1 – 20 p.

OLIVEIRA, A. H. et al. Contribuições da fisioterapia na incontinência urinária no climatério. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 26, n. 3, 2017.

OLIVEIRA, J.; GARCIA, R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a14.pdf>. Acesso em: 02 julho 2020.

PEREIRA, A. R. et al. Proposta de tratamento fisioterapêutico para melhoria da incontinência urinária de esforço pós-trauma: relato de caso. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Cáceres, n. 2, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/353/339>. Acesso em: 19 setembro 2020.

PEREIRA, V. **Efeitos a curto e longo prazo do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico com uso de cones vaginais para mulheres no período pré-menopausal com incontinência urinária de esforço: estudo randomizado controlado**. Orientadora: Dr^a Patricia Driusso. 2011. 121 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, São Carlos, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/5275/3467.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 novembro 2020.

ROSA, P. V. et al. Prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. **Fisioterapia Brasil**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fm/v25n1/a06v25n1.pdf>. Acesso em: 28 outubro 2020.

SENA, T. D. et al. O papel do fisioterapeuta na incontinência urinária. **Facema**, Teresina, v. 4, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/301/235>. Acesso em 28 outubro 2020.

SILVA, A.; OLIVA, L. Exercícios de Kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/8982/7238>. Acesso em: 02 julho 2020.

SILVA, L. W. et al. Fisioterapia na incontinência urinária: olhares sobre a qualidade de vida de mulheres idosas. **Revista Kairós – Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p221-238/23080>. Acesso em 28 outubro 2020.

TOMASI, A. V. et al. Incontinência urinária em idosas: práticas assistenciais e proposta de cuidado âmbito da atenção primária de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e6800015.pdf. Acesso em 27 outubro 2020.

TORTORA, G; DERRICKSON, B. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1201 p.