



CURSO DE FISIOTERAPIA

ANA CRICIA SOUSA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA PÉLVICA NO
TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS**

**Sinop/MT
2023**

CURSO DE FISIOTERAPIA

ANA CRICIA SOUSA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA PÉLVICA NO
TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do **Departamento de Fisioterapia**, do Centro Educacional Fasipe - UNIFASIPE, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª Ma. Larissa S. Carvalho Villa

**Sinop/MT
2023**

ANA CRICIA SOUSA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA PÉLVICA NO
TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do departamento de Fisioterapia, do Centro Educacional Fasipe - UNIFASIPE, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 27 / 06 /2023.

Ma. Larissa S. Carvalho Villa
Professora Orientadora
Departamento de Fisioterapia - UNIFASIPE

Ma. Jocemara P. S. Souza Parella
Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Fisioterapia - UNIFASIPE

Ma. Lilian Garlini V. Pinheiro
Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Fisioterapia - UNIFASIPE

Me. Fabiano Pedra Carvalho
Departamento de Fisioterapia - UNIFASIPE
Coordenador do Curso de Fisioterapia

**Sinop/MT
2023**

DEDICATÓRIA

Com gratidão, dedico este trabalho a Deus, devo a ele tudo o que sou. Aos meus pais, pela presença nesta jornada, tornando tudo mais fácil. Aos meus professores, por serem uma constante fonte de motivação e por me influenciarem em minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela minha vida, e por estar comigo nessa jornada de anos de estudos. Esteve em todos os momentos ao meu lado, dando-me saúde, força, coragem e determinação a fim de ultrapassar todos os obstáculos encontrados durante a graduação e por fim, alcançar o grande objetivo que é tornar-me fisioterapeuta.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a minha orientadora Larissa Villa, pela orientação e dedicação ao longo de todo o processo. Sua experiência e conhecimento foram fundamentais para moldar este trabalho e me incentivar a buscar sempre o melhor.

Não poderia deixar de mencionar minha família, que me deu suporte emocional e incentivo durante todo o período de realização deste trabalho. Seu apoio incondicional e encorajamento foram essenciais para minha motivação e perseverança.

SILVA, Ana Cricia Sousa. A Importância da Fisioterapia Pélvica no Tratamento da
Incontinência Urinária em Idosas.2023.48

Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Fasipe - UNIFASIPE

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é considerada um distúrbio e não uma patologia do assoalho pélvico. A prevalência da IU é maior em mulheres idosas, os fatores contribuintes para a incontinência urinária incontrolável são numerosos e multifatoriais, e o impacto na saúde vai além do físico. Assim, este estudo tendo como tema, A importância da Fisioterapia Pélvica no Tratamento da Incontinência Urinária em Idosas, teve como objetivo descrever, os mecanismos e procedimentos para o tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas, através da fisioterapia pélvica, a partir de uma revisão de literatura, usados como banco de dados livros, revistas e artigos. A fisioterapia pélvica tem se mostrado eficaz no tratamento da incontinência urinária e deve ser a primeira linha de tratamento conservador. Ressalta ainda que as principais medidas fisioterapêuticas devem ser utilizadas em prol do fortalecimento da musculatura pélvica. Através de recursos, como, os cones vaginais, o *biofeedback* e a eletroestimulação que podem ser aplicados para esse fim, porém, sempre associados à cinesioterapia e orientações que promovam a prevenção da perda de urina.

Palavras-chave: População Idosa; Qualidade de Vida; Técnicas Fisioterapêuticas.

SILVA, Ana Cricia Sousa. A Importância da Fisioterapia Pélvica no Tratamento da
Incontinência Urinária em Idosas.2023.48

Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Fasipe - UNIFASIPE

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is considered a disorder rather than a pathology of the pelvic floor. The prevalence of UI is higher in elderly women, and the contributing factors to uncontrollable urinary incontinence are numerous and multifactorial, which impact on health goes beyond the physical aspect. Therefore, this study, entitled "The Importance of Pelvic Physiotherapy in the Treatment of Urinary Incontinence in Elderly Women," aimed to describe, the mechanisms and procedures for treating urinary incontinence in elderly women using pelvic physiotherapy, through a literature review. Pelvic physiotherapy has proven to be effective in the treatment of urinary incontinence and should be the first-line conservative treatment. It further emphasizes that the main physiotherapeutic measures should be used to promote the strengthening of the pelvic muscles. Through resources such as vaginal cones, biofeedback, and electrical stimulation, which can be applied for this purpose, however, always in conjunction with kinesiotherapy and guidance aimed at preventing urine loss.

Keywords: Elderly Population; Quality of Life; Physiotherapeutic Techniques.

LISTA DE SIGLAS

COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
BH	Bexiga Hiperativa
UI	Incontinência Urinária
OMS	Organização Mundial da Saúde
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico
PUBMED	<i>National Center for Biotechnology Information</i>
LILACS	Literatura Latino-americana e do caribe em Ciências da saúde
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
ICS	Sociedade Internacional de continência
EUA	Estados Unidos da América
IUU	Incontinência Urinaria de Urgência
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
HD	Hiperatividade Detrusora
IUM	Incontinência Urinaria Mista
EUD	Estudo Urodinâmico
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Urinária não neurogênica
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
QV	Qualidade de Vida
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Incontinência Urinária de Esforço	21
Figura 2- Cones Vaginais	28
Figura 3- Exercícios da série de Kegel	32
Figura 4- Posições utilizadas nos exercícios de Kegel	32
Figura 5- Ilustração da parte anterior, média e posterior do assoalho pélvico	33
Figura 6- Relaxamento e contração do músculo do assoalho pélvico	34
Figura 7- Ilustração do posicionamento do paciente na prática de cinesioterapia	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Tipos de Incontinência Urinária, Clínica e Mecanismos	19
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	12
1.2 Problematização	13
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo Geral	13
1.3.2 Objetivos Específicos	13
1.4 Procedimentos metodológicos	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 Estruturas anatômicas e miccionais	15
2.2 Transformações que ocorrem no corpo da mulher progressivamente	17
2.3 Fatores de risco da IU na mulher idosa	18
2.4 Incontinência Urinária e seus malefícios à saúde da mulher	19
2.4.1 Incontinência Urinária de Esforço	20
2.4.2 Incontinência Urinária de Urgência	22
2.4.3 Incontinência Urinária Mista	22
2.5 Avaliação do paciente com Incontinência Urinária	23
2.5.1 Abordagem preventiva da IU na mulher	25
2.6 Técnicas da Fisioterapia Pélvica no tratamento da Incontinência Urinária	26
2.6.1 Métodos Terapêuticos associados a Cinesioterapia.....	29
2.6.2 Aplicação da Cinesioterapia em mulheres idosas.....	32
2.7 Importância do profissional fisioterapeuta na Incontinência Urinária	36
2.8 A importância da avaliação da Qualidade de vida de mulheres idosas com IU.....	38
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	42

1. INTRODUÇÃO

A Fisioterapia Pélvica é uma especialidade da Fisioterapia que foi reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO), através da resolução nº 401 de 18 de agosto de 2011 (COFFITO, 2014). Tendo como objetivo, o tratamento conservador da incontinência urinária em mulheres, visto que o fisioterapeuta é um profissional capacitado para atuar nesse distúrbio, desenvolvendo um tratamento personalizado através de recursos, técnicas e exercícios para restaurar a disfunção da musculatura do assoalho pélvico (OLIVEIRA; SILVA; PERES, 2021).

Nesta perspectiva, apresenta-se a Incontinência Urinária (IU) como uma alteração fisiológica não ligada ao processo de envelhecimento, todavia, tende a manifestar-se com maior prevalência com o avançar da idade. Dessa forma, o aumento gradativo do número integral e relativo de idosos resultante do aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional ocasiona o aumento da ocorrência de IU (KESSLER et al., 2018).

Este fato torna-se preocupante, visto que, frequentemente mulheres relatam que optam pela reclusão em razão de receio e sentimentos de vergonha em expor sua incontinência urinária aos profissionais de saúde ou aos seus familiares, tendo conhecimento, muitas vezes, de sua dificuldade no momento em que esta torna-se idosa e passa a ser auxiliada em seus cuidados pessoais, acarretando um declínio na qualidade de vida (TORREALBA; OLIVEIRA, 2012).

De acordo com Rosa et al. (2017), mulheres que sofrem de incontinência urinária (IU) frequentemente relatam limitações físicas ao carregar objetos, participar de atividades físicas e enfrentar mudanças nas esferas sociais, ocupacionais e domésticas. Essas limitações têm um impacto negativo tanto no estado emocional quanto na vida sexual das mulheres, causando aflição e uma sensação de incapacidade. Conseqüentemente, a IU pode levar a uma incidência significativa, uma vez que sentimentos de vergonha e o medo de rejeição são comuns. A perda

inesperada de urina representa uma ameaça à autoestima dessas mulheres, contribuindo para o surgimento desses sentimentos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) confirma as informações supracitadas, estabelecendo a IU como um problema de Saúde Pública, visto que afeta mais de 200 milhões de pessoas em todo mundo (STEIN et al., 2019). Além do mais, o seu predomínio médio em mulheres é de 27,6 e em homens de 10,5%, sendo maior no gênero feminino em razão das variações anatômicas. Apesar do crescimento de seu predomínio com o aumento da idade, este problema não deve ser tratado como uma condição normal ou mesmo restrita ao envelhecimento (KNORST et al., 2013).

1.1 Justificativa

A Fisioterapia Pélvica desempenha um papel abrangente no tratamento da incontinência urinária (IU), concentrando-se na prevenção e no manejo dessa condição. Essa abordagem terapêutica envolve educar os pacientes sobre a função miccional, fornecer informações sobre o correto uso da musculatura do assoalho pélvico e aplicar técnicas e exercícios para fortalecer essa musculatura. O principal objetivo da fisioterapia é reeducar e fortalecer os músculos do assoalho pélvico, uma vez que a fraqueza nessa região está frequentemente associada à maioria dos tipos de incontinência urinária (OLIVEIRA; GARCIA, 2012).

Com base nisso, justifica-se a escolha desse tema, em virtude de tal realidade, na qual requer um acareamento, expondo mecanismos de educação, prevenção e tratamento de forma conservadora pela fisioterapia pélvica, realizando exercícios para o MAP, seguindo uma ordem cronológica do aprendizado motor, proporcionando propriocepção, coordenação motora, reforço muscular e treinamento funcional (CASTRO et al., 2020).

Estes mecanismos justificam-se pelo fato de que o fortalecimento do Assoalho Pélvico traz diversos benefícios, como, o aumento da força e da função da musculatura pélvica, dando condições para a diminuição ou até mesmo a ausência das perdas urinárias tão costumeira na população idosa (COSTA; SANTOS, 2012). Nessa perspectiva, este estudo torna-se relevante, uma vez que, proporciona conhecimento, divulgando uma solução conservadora para um problema que afeta grande parte da população idosa, principalmente no gênero feminino, sem que se faça necessária uma intervenção cirúrgica.

1.2 Problematização

Equivocadamente por não entender, muitas mulheres acreditam que a perda de urina é uma parte natural do envelhecimento, tratando-a como uma consequência "normal". Esse reconhecimento da espontaneidade mascara a necessidade de buscar ajuda profissional e dificulta o tratamento adequado. Tem-se discutido bastante sobre o fato de inúmeras mulheres não aceitarem a IU como uma condição tratável. Contudo, uma das hipóteses aponta para a falta de conhecimento sobre a doença. Por vezes, quando descobrem, essas mulheres revestem-se de constrangimento, o que as ajustam a conviver com este problema por anos (SILVA et al., 2017).

Considerando os pontos mencionados, destaca-se que o foco deste estudo é abordar a problemática da incontinência urinária (IU) que afeta principalmente as mulheres idosas, impactando negativamente sua qualidade de vida. A ocorrência de IU durante as atividades diárias causa constrangimento social, disfunção sexual e compromete o desempenho profissional. Essas mudanças têm como resultado o isolamento social, o estresse, a depressão, sentimentos de vergonha, incapacidade e baixa autoestima, acarretando uma considerável morbidade (HIGA; LOPES; REIS, 2012). Diante do exposto, questiona-se: Como a Fisioterapia Pélvica pode contribuir para o tratamento da incontinência urinária em idosas?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Desenvolver um estudo sobre a importância da Fisioterapia Pélvica no tratamento da Incontinência Urinária em idosas.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as estruturas anatômicas e miccionais e as transformações que ocorrem no corpo da mulher progressivamente;
- Identificar os fatores de risco da IU na mulher idosa;
- Escrever sobre a Incontinência Urinária e seus malefícios à saúde da mulher;
- Apresentar as formas de avaliação do paciente com Incontinência Urinária;
- Descrever as técnicas da fisioterapia pélvica no tratamento da Incontinência Urinária;
- Destacar a importância do profissional fisioterapeuta na Incontinência Urinária;
- Discorrer sobre a importância da avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas com IU.

1.4 Procedimentos metodológicos

De acordo com Brizola e Fantin. (2016), Revisão da Literatura, nada mais é do que encontros, uma junção de ideias de diversos autores sobre um determinado tema, adquiridas através de leituras e pesquisas. Nesse sentido, uma revisão de literatura é um registro feito por um pesquisador do trabalho e da pesquisa que pretende realizar. Vale ressaltar que o trabalho não é totalmente original, pois uma revisão de literatura é uma compilação crítica de trabalhos que discutem um tema, ou seja, uma revisão de literatura é um trabalho de diálogo entre pesquisadores e escritores e os autores que ele escolhe para discutir o tema, e o resultado não é um texto inédito, mas um texto analítico e crítico que aborda as ideias pesquisadas sobre o tema escolhido para o trabalho.

Salienta-se que para a execução dos objetivos propostos no presente estudo, foi realizada uma Revisão de Literatura, de natureza teórica, ou seja, baseando-se em autores que permitem discutir e formular indagações sobre um determinado campo de estudo ou pesquisa. Foram utilizados como procedimentos de pesquisa as seguintes plataformas: Google Acadêmico, *Pubmed*, *Lilacs*, *Scielo*, além de pesquisas via *web* em sites do Ministério da Saúde. No qual constitui seleções de artigos e literaturas científicas para a síntese de informações relacionadas a Fisioterapia Pélvica no tratamento da Incontinência Urinária em idosas. O critério de inclusão são pesquisas que abordam o tema em português, inglês e espanhol, sendo em formatos de artigos e publicações no período de 2012 a 2021. Desta forma, utilizou-se pesquisas em cerca de 10 livros sobre o assunto, 28 revistas, 20 artigos e alguns sites sobre o tema. Neste sentido, utilizando as plataformas digitais citadas anteriormente e as palavras-chave: Fisioterapia Pélvica, Incontinência Urinária, População Idosa.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão apresentados embasamentos teóricos a respeito do tema, descrevendo as estruturas anatômicas e miccionais, bem como as transformações que ocorrem no corpo da mulher progressivamente. Na sequência, serão identificados os fatores de risco da IU na mulher idosa. Além disso, será realizado uma breve contextualização da Incontinência Urinária e seus malefícios à saúde da mulher. Serão apresentadas também, as formas de avaliação do paciente com Incontinência Urinária. Por fim, serão destacadas as técnicas da fisioterapia pélvica no tratamento da incontinência urinária, como também a importância do profissional fisioterapeuta na IU.

2.1 Estruturas anatômicas e miccionais

A pelve humana contém os órgãos e estruturas responsáveis pelas funções urinárias, fecais, sexuais e obstétricas (PALMA, 2014). Quanto à estrutura óssea da pelve foi comprovado que ela é formada pelo ílio, ísquio, osso púbico, sacro e cóccix. Possui também duas bases: uma "maior", superior, ocupada pelas vísceras abdominais, e uma mais estreita, denominada "menor" estreitando abaixo. A cavidade pélvica inferior é preenchida com o assoalho pélvico (SCIENCES, 2016).

Especificamente no assoalho pélvico, nota-se que é constituído por um conjunto de músculos que trabalham em sincronia para sustentar as vísceras e dar suporte quando há aumento da pressão intra-abdominal durante os esforços de intensidade. Esses músculos também têm importante ação sobre o esfíncter (uretra e reto) e ajuda a manter a pressão vaginal (PALMA, 2014).

Segundo Bezerra. (2012), a anatomia do assoalho pélvico é dividida em três partes: a anterior é a bexiga e a uretra; vagina medialmente e ânus posteriormente. Diante desse arranjo de proximidade anatômica do assoalho pélvico, vale ressaltar que, para seu bom funcionamento,

é necessário o trabalho conjunto dessas estruturas. Portanto, os déficits de força ou funcionais encontrados nessa região nem sempre são sinônimos de uma estrutura específica.

Além disso, o assoalho pélvico possui os seguintes componentes de suporte: a fáscia pélvica, o diafragma pélvico e o diafragma dos órgãos reprodutores (membrana perineal). O primeiro elemento mencionado visa fortalecer e sustentar os órgãos. O segundo componente, por sua vez, cobre a pelve inferiormente, estende-se do orifício púbico ao cóccix, é mais robusto e situa-se mais internamente. O terceiro, o mais externo, fino e restrito à região anterior do períneo, localizado superficialmente, é responsável pela ação da continência (SILVA, 2012).

Bezerra (2012), explica quais ligamentos são responsáveis pela sustentação dos órgãos pélvicos, a saber: pubocervical, cardinal, pubovesical, uterossacro e pubouretral. O suporte que os ligamentos proveem é resultado de suas estruturas contráteis. Os ligamentos uterossacro e cardinal são responsáveis por sustentar a vagina e o útero. A bexiga é sustentada pelo ligamento púbico. A uretra e o ânus são conectados pelos ligamentos puburetrais e anococcígeos.

Também é apropriado enfatizar que a uretra e a bexiga trabalham juntas. Na parede da bexiga há um espasmo do músculo liso. Quando ocorre o enchimento vesical, este músculo torna-se inativo, gerando pequenas alterações na pressão intravesical. As vias que estimulam a micção, neste momento, estão inativas, enquanto as vias inibitórias estão ativas. Assim, a uretra se fecha aumentando o tônus da musculatura lisa e do músculo esfíncter estriado externo (PEREIRA, 2021).

Do ponto de vista anatômico, a fase de continência depende da viscoelasticidade do detrusor (acomodação) e coaptação (resistência passiva) do acordo de saída. A fase de esvaziamento também depende da viscoelasticidade do detrusor e a condutividade do tratamento de saída (ausência de obstrução). Do ponto de vista funcional, a fase de continência requer ausência de contrações vesicais, acomodação adequada e de fechamento do esfíncter ativo, enquanto a fase de micção requer contração do detrusor e abertura do aparelho esfíncteriano. Este conjunto de função é obtida tanto através da inervação visceral (simpática e parassimpática) quanto somático, com vários níveis de integração medular espinal, mesencefálica e finalmente cortical (MIRANDA et al., 2013).

Entretanto, nem sempre o processo descrito ocorre normalmente. Isto porque, segundo Silva. (2012), existem propensões de patologias e desordens pélvicas, quando ocorrem lesões nas estruturas que constituem o assoalho pélvico, por exemplo, incontinência urinária e fecal, prolapso de distintos órgãos pélvicos e até disfunções sexuais.

2.2 Transformações que ocorrem no corpo da mulher progressivamente

O envelhecimento é um processo natural que vem com mudanças físicas, sociais e emocionais em uma pessoa. De acordo com a lei do Idoso, a população com 60 anos ou mais foi definida como idosos (BERNARDES et al., 2019). De acordo com Dantas. (2018), o envelhecimento da população não traz apenas repercussões sociais, mas também impactos emocionais nos idosos que sofrem a possibilidade de perder tanto a eficiência quanto a autonomia. O processo de envelhecimento reflete a interpretação e aceitação do declínio físico natural da idade sendo essencial que seja saudável e com qualidade de vida.

Observou-se que as mudanças físicas em mulheres idosas causam efeitos significantes como a flacidez do corpo, pele desidratada, cabelos brancos ou cabelos grisalhos. Além disso, outras alterações podem ser importantes para o seu bem-estar, como diminuição da lubrificação vaginal, poliúria noturna e perda de peso, entre muitas outras alterações. Tais mudanças afetam tanto a autoestima e a autoconfiança das mulheres à medida que envelhecem, quanto o processo de aceitação da velhice (BERNARDES et al., 2019). Dessa forma, as mulheres com IU optam pela auto-exclusão por possuir vergonha de contar sua IU aos profissionais de saúde ou familiares por inferir que é um problema normal da idade que não tem tratamento, são causas determinantes da baixa autoestima que levam ao isolamento social, estresse e depressão (ROSA et al., 2016).

Confiança, autonomia e senso de utilidade são essenciais para se adaptar ao envelhecimento físico dos idosos. No entanto, a inabilidade de reverter as mudanças fisiológicas naturais do envelhecimento associadas à noção de um corpo ideal socialmente imposto, causa insatisfação com a aparência e impacta negativamente na autoestima (DANTAS, 2018). Além disso, durante o processo de envelhecimento, o trato urinário inferior da mulher sofre algumas alterações, como atrofia muscular devido à falta de estrogênio, substituição de tecido muscular por tecido adiposo e, como resultado, a força de contração do assoalho pélvico diminui, o que pode causar perda involuntária de urina (VIRTUOSO; MAZO; MENESES, 2012).

A uretra feminina é composta por uma rica mucosa vascular, circundada por uma capa de músculo liso e de tecido fibroelástico, cujo mecanismo é uma das maneiras de fechamento da uretra. Porém, com o passar do tempo, devido às alterações hormonais, a falta de estrogênio leva à atrofia e à substituição do suprimento vascular por tecido fibroso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Frente a esses processos fisiológicos, a Fisioterapia Pélvica surge como uma nova ferramenta de tratamento de IU. Estudos têm demonstrado como as condutas

fisioterapêuticas contribuem no tratamento desse problema de saúde, melhorando a qualidade de vida e sexual da paciente (PEREIRA; ESCOBAR, 2012).

2.3 Fatores de risco da IU na mulher idosa

A obesidade está intimamente relacionada ao surgimento de IU, pois o elevado peso causa um aumento da pressão intra-abdominal, bem como da intravesical, fragilizando a musculatura do assoalho pélvico. Além disso, a diminuição do estrógeno, por exemplo, durante a menopausa causa atrofia da musculatura uretral de modo a desenvolver IU também (CANDIDO et al., 2017).

Outro fator relacionado ao desenvolvimento da IU prevalente nas mulheres idosas consiste nas lesões no assoalho pélvico em virtude às compressões contra o tecido materno durante o desenvolvimento fetal, o que tende a gerar após várias gestações, a secção e estiramento de músculos e nervos, desarranjo estrutural do tecido conjuntivo e das fâscias e alteração da estática pélvica, promovendo a perda urinária (SILVA et al., 2020).

No mais, a prevalência significativa da IU em mulheres durante a fase de envelhecimento em relação aos homens ocorre devido a diversos fatores, dentre eles a anatomia feminina associada com disfunções da musculatura pélvica e da transmissão de pressão abdominal para o colo vesical. Conforme, O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica, a uretra feminina é curta ocasionando menor capacidade de oclusão uretral, o que gera disfunção da musculatura de sustentação uretral, bem como intensificação da transmissão da pressão abdominal para uma parte da bexiga que é denominada de colo vesical causando a IU (PROTOCOLO, 2019).

No Brasil, somente 10,7% das mulheres procuram atendimento médico com queixa de perda urinária involuntária. Essa baixa procura por atendimento médico especializado reflete a negligência da IU pela sociedade, haja vista, para muitas mulheres idosas a perda urinária involuntária é uma condição normal do envelhecimento e não uma doença. Nesse sentido, nota-se a prevalência da IU nas mulheres resultando em piora dos sintomas durante um período de cinco a oito anos de acometimento pela doença, o que gera um comprometimento da autoestima, da sociabilidade, bem como da qualidade de vida delas (JESUS; BOAS, 2012).

A IU engloba não só problemas físicos, mas psicológicos também. A autoestima, principalmente em mulheres idosas, na maioria das vezes, encontra-se comprometida. O sentimento subjetivo que o indivíduo tem em relação a si mesmo está inserido no contexto de autoestima, sendo expressa em diversas ações (MELO et al., 2012).

2.4 Incontinência Urinária e seus malefícios à saúde da mulher

A *International Incontinence Society* (ICS) define incontinência urinária (IU) como a perda involuntária de urina. A incontinência está ligada a um conjunto de fatores como impacto social, regularidade, gravidade, consequências na higiene, qualidade de vida, procura de atendimento, além de medidas que quantificam a perda urinária (CANDIDO et al., 2017). A disfunção da incontinência urinária pode ser categorizada em três tipos principais: incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2012).

A Tabela 1 apresenta as três categorizações de IU. Cada tipo tem suas próprias características. A incontinência urinária de esforço (IUE) caracteriza-se pela perda involuntária de urina durante a prática de algum esforço, como espirro, tosse ou esforço físico, que causa aumento da pressão intra-abdominal; A incontinência urinária de urgência (IUU) ou bexiga hiperativa (BH) é caracterizada pela perda involuntária de urina e uma elevada vontade de urinar; já a incontinência urinária mista (IUM) corresponde à perda involuntária de urina durante um esforço associada à urgência de urinar (VIANA; MICUSSI, 2021).

Tabela 1: Tipos de Incontinência urinária, Clínica e Mecanismos

TIPO	CLÍNICA	MECANISMO
Insuficiência urinária de esforço	Perda involuntária de urina causada por situações que levam ao aumento da pressão intra-abdominal, como tosse, espirro, levantamento de peso, caminhada, entre outros.	É causada pela diminuição da pressão na uretra e pela incapacidade de impedir a passagem da urina durante atividades que aumentam a pressão da bexiga, como tosse e espirro.
Insuficiência urinária de urgência	Uma necessidade repentina, intensa e irresistível de urinar. O paciente perde urina acidentalmente, porque não tem o tempo necessário para ir ao banheiro.	Ocorre como resultado de disfunção sensorial ou hiperatividade motora do músculo detrusor.
Insuficiência urinária mista	Sintomas associados à incontinência urinária de esforço e urgência.	Mecanismos fisiopatológicos mistos de incontinência urinária de esforço e de emergência.

Insuficiência urinária paradoxal	Paciente sente vontade de Urinar. Porém, consegue apenas eliminar gotas de urina.	A bexiga não pode ser esvaziada devido a problemas neurológicos ou obstrução intravesical. Quando está totalmente cheia, a urina transvaza acidentalmente.
Insuficiência urinária contínua	Perda de urinária constante.	É causada por lesão grave da musculatura esfinteriana e pode ser secundária a ressecção pélvica ou trauma genital. A pressão uretral não pode obstruir o fluxo de saída da urina.

Fonte: Cândido (2017).

A incontinência urinária é multifatorial e pode ser causada por vários fatores, incluindo sexo, idade avançada, obesidade, trauma do assoalho pélvico durante a gravidez ou parto, menopausa e condições associadas ao aumento da pressão intra-abdominal (FELDNER et al., 2012). Entre os malefícios da incontinência urinária está a noctúria, que causa distúrbios do sono e afeta o ciclo circadiano feminino. Assim, muitas mulheres experimentam estresse e não querem realizar suas atividades diárias (MOURÃO et al., 2017).

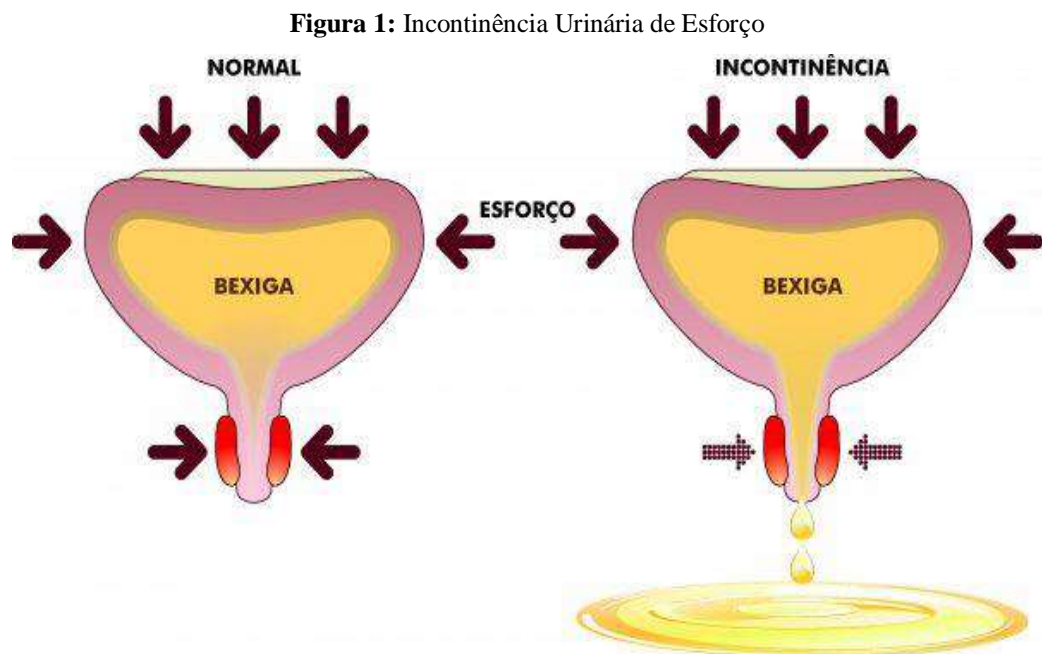
A IU pode influenciar negativamente a qualidade de vida devido a vários fatores, como limitação das atividades da vida diária, restrição das interações sociais devido ao pavor de episódios de perda de urina em público, afetando a higiene e a função sexual. Também gera gastos na compra e dependência de absorventes higiênicos, fraldas geriátricas e medicamentos, aumentando os custos no orçamento familiar (FARIA et al., 2015). Esses fatores tendem a causar problemas psicológicos, como ansiedade e estresse emocional, que desencadeiam a depressão. Além disso, a incontinência urinária pode interferir na vida sexual da mulher (ROSA et al., 2016).

2.4.1 Incontinência Urinária de Esforço

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) inclui qualquer perda incontrolável de urina durante atividade física, tosse e/ou espirro. Isso ocorre porque a pressão intra-abdominal aumenta dentro da bexiga, fazendo com que a uretra e o esfíncter (composto pelo delicado músculo liso que drena a uretra) se tornem incapazes de resistir à pressão levando a uma liberação involuntária de urina (SILVA et al., 2020).

A etiologia da IUE pode estar relacionada à perda de suporte do colo vesical, diminuição da pressão uretral e alteração da transmissão da pressão intra-abdominal para a uretra. Isso ocorre não só pelo suporte insuficiente da bexiga e da uretra, que é composta pelos músculos do assoalho pélvico, mas também pelo esfíncter uretral, que contribuem para o surgimento da IUE (MONTEIRO, 2012).

A incontinência urinária de esforço ocorre devido a uma alteração na pressão intra-abdominal e uretral durante a realização de atividades que exercem pressão sobre a bexiga. Nesse tipo de incontinência, a pressão na região intravesical, que é a pressão dentro da bexiga, torna-se maior do que a pressão na região uretral, sem a necessidade de contração do músculo detrusor. Essa perda de urina pode ocorrer durante uma variedade de atividades, desde movimentos mais intensos, como corrida e exercícios físicos, até atividades mais leves, como tossir, espirrar ou qualquer esforço realizado pelo indivíduo, como se pode observar na (Figura 1) (MELO et al., 2012).



Fonte: Cândido (2017).

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) atinge principalmente aquelas com incontinência urinária (IU), sendo responsável por 60% da incidência de incontinência urinária em mulheres (JESUS; BOAS, 2012). A prevalência de IUE em mulheres idosas pode estar relacionada ao número de gestações ao longo da vida dessa mulher. Isso porque a compressão dos tecidos maternos durante o desenvolvimento fetal pode levar a lesões do assoalho pélvico,

que facilmente podem causar falhas e estiramentos de músculos e nervos, distúrbios estruturais do tecido conjuntivo e da fáscia e alterações na estática pélvica, levando à incontinência urinária (SILVA et al., 2020).

A prevalência de IUE varia de 12% a 46% da população mundial, e esse percentual tende a aumentar devido às mudanças demográficas. Apesar de a IU ter sido subnotificada, subdiagnosticada e subtratada, segundo estudo realizado nos Estados Unidos, cerca de US\$ 82,6 bilhões foram gastos com IU em 2020 devido ao envelhecimento da população (PORTO et al., 2020).

2.4.2 Incontinência Urinária de Urgência

Segundo estudos brasileiros, os dados de prevalência de mulheres de meia-idade com queixa de incontinência urinária variam de cerca de 8% a 48%, e cerca de 22% são diagnosticadas com IUU (MONTEIRO, 2012).

De acordo com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), vários fatores podem desencadear a hiperatividade do detrusor, incluindo alterações teciduais na inervação da bexiga ou uma infecção urinária que irrita o revestimento da bexiga. Os sintomas clínicos mais comuns da IUU são: polaciúria, urgência e noctúria (PROTOCOLO, 2019).

A fisiopatologia da IUU deve-se a alterações teciduais nos elementos de sustentação da uretra, como os ligamentos e músculos do assoalho pélvico, que têm a função de abrir e fechar o colo vesical e a uretra (VIANA; MICUSSI, 2021). Quando essas estruturas não estão integradas, o reflexo miccional é acionado prematuramente, resultando em contrações involuntárias do músculo detrusor (MOURÃO et al., 2017). Assim, a contração da bexiga excede a capacidade do esfíncter de fechar a uretra, produzindo IUU.

2.4.3 Incontinência Urinária Mista

A Incontinência Urinária Mista (IUM), decorre quando involuntariamente há escape de urina durante atividades de elevada pressão intra-abdominal e a urgência em urinar (OLIVEIRA; GARCIA, 2012).

A IUM é a associação da IUU com a IUE, possui sintomatologia como a perda involuntária de urina associada a sensação de urgência em urinar devido a contração do músculo detrusor após um esforço, espirro ou tosse. Nesse sentido é notório que coexistem sintomas de perda de urina ao esforço, tosse, espirro ou execução de uma atividade que aumente

bruscamente a pressão dentro do abdômen, também há o aumento da vontade de urinar, aliada à hiperatividade do músculo detrusor da bexiga que causa a inesperada vontade de micção acompanhada de perda de urina (OLIVEIRA, 2016).

De modo geral, o diagnóstico de mulheres idosas com IU apresenta frequentemente sinais e sintomas como a perda urinária espontânea ou involuntária por esforço, com elevada micção, nictúria, urgência, surgimento de infecções urinárias e dores na região da bexiga (MELO et al., 2012).

2.5 Avaliação do paciente com Incontinência Urinária

A Incontinência Urinária pode ser resultado de disfunção do controle neural da bexiga, dano aos músculos do assoalho pélvico ou trauma mecânico no assoalho pélvico em virtude, por exemplo, de partos complicados e cirurgias pélvicas (BURTI et al., 2019). Essa incidência aumenta conforme o número de paridades e partos vaginais, ao longo da idade, obesidade e menopausa (OLIVEIRA; GARCIA, 2012).

É de extrema importância a presença de um fisioterapeuta e de uma equipe médica multidisciplinar nos casos de incontinência urinária. Devendo estar cientes da natureza permeável da IU, considerando-se os impactos físicos e psicológicos que podem causar na vida das mulheres idosas. Essas ações formam a base para o diagnóstico e classificação da IU, a qual é necessário para selecionar o método de tratamento apropriado (VIANA; MICUSSI, 2021).

O tratamento inclui meios físicos, comportamentais e psicológicos associados ou não, podendo também estar associado à cirurgia e/ou uso de medicamentos (BURTI et al., 2019). Os profissionais que atuam na área da saúde da mulher, a exemplo, os fisioterapeutas, devem ter conhecimentos específicos sobre a IU e ter competência para saber aplicá-los a fim de realizarem uma avaliação integral, descobrir a IU e classificá-la com base nos sintomas com o propósito de elaborar e realizar uma intervenção terapêutica satisfatória (VIANA; MICUSSI, 2021).

A grande maioria das mulheres não possuem conhecimento sobre a incontinência urinária como doença, além de apresentarem vergonha sobre essa temática. Desse modo, as perguntas sobre a funcionalidade do trato urinário inferior na anamnese são, portanto, uma abordagem eficaz utilizada nas consultas (VIANA; MICUSSI, 2021).

A priori é realizado a anamnese, ou seja, uma conversa sobre o histórico clínico do paciente como o tempo, trajetória de desenvolvimento, as circunstâncias do incidente e intensidade das perdas urinárias. É necessário saber se determinado tipo de proteção é utilizado

e como a IU afeta as atividades diárias para que, a partir da caracterização da IU, os profissionais da saúde possam classificar a IU e encontrar estratégias que visem minimizar o risco de impacto gerado nessa paciente (FELDNER JR et al., 2012).

A avaliação do sistema geniturinário inclui histórico clínico, exame físico, aplica-se questionários de qualidade de vida, diário miccional, teste do absorvente (*pad test*) e, possivelmente, avaliação diagnóstica a partir de um Estudo Urodinâmico (EUD) para determinar a origem e causa dos sintomas urinários e, portanto, executar o tratamento de maneira adequada (FELDNER JR et al., 2012).

O diário urinário serve para diagnosticar e acompanhar a evolução do tratamento. Nele, o paciente automonitora os dados da micção durante 24 horas de três dias, anotando os horários, a quantidade, a frequência das micções, a quantidade de vezes que consome determinados líquidos, se há perda involuntária de urina, o volume de perda de urina voluntária e o número de vezes que troca o absorvente (*pad test*), todas essas informações confirmam a categorização da IUE como forma moderada ou grave (CARVALHO, 2014).

Nesse sentido, é de grande importância promover um tratamento adequado para o controle urinário, tendo assim controle do paciente contra a perda involuntária do fluxo urinário, entendendo, dessa forma, que a IU está diretamente associada à fraqueza muscular na região pélvica. A promoção do tratamento deve visar a esses músculos e seu fortalecimento, métodos de tratamento praticáveis, uso de medicamentos, intervenções cirúrgicas e fisioterapia. Este método de fisioterapia é considerado o mais viável e adequado para fortalecer a musculatura pélvica, em comparação com os outros métodos mencionados. Ele não é invasivo, o que reduz os riscos de complicações, e não apresenta possíveis efeitos colaterais indesejados. Por esses motivos, recomenda-se que a abordagem fisioterapêutica seja a primeira escolha no tratamento da incontinência urinária (JUSTINA, 2013).

No contexto da fisioterapia, durante a avaliação clínica, o profissional deve realizar inicialmente uma avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico. Essa avaliação é realizada utilizando uma manobra bidigital, na qual o paciente é posicionado em decúbito dorsal, com os membros inferiores flexionados. O terapeuta solicita que a paciente contraia os músculos do assoalho pélvico e mantenha a contração pelo maior tempo possível. Essa avaliação pode ser guiada pelo uso da Escala de Ortiz, que é um instrumento utilizado para medir a força e a resistência muscular dos músculos do assoalho pélvico (KNORT et al., 2013).

Assim, a capacidade de contração é definida como um valor de 0 a 5, sendo 0 correspondente à ausência de contração e 5 ao valor para determinar uma contração efetiva,

com duração superior a 5 segundos consecutivos, com base nessa avaliação para determinar o enfraquecimento a musculatura avaliada e poder aplicar a intervenção fisioterapêutica (CANDIDO et al., 2017).

2.5.1 Abordagem preventiva da IU na mulher

O número de pessoas com IU aumenta exponencialmente com a longevidade da população, ou seja, com o envelhecimento da população. Outros fatores relevantes para o desenvolvimento de IU em mulheres são danos na musculatura pélvica durante o parto, diminuição da produção e disponibilidade dos hormônios da menopausa, obesidade, dentre outros (FARIA et al., 2015).

Enquanto a grande maioria dos músculos do corpo se movem devido à sua associação com um membro ou articulação, o movimento dos músculos pélvicos não é percebido e, portanto, não ocorre. A ausência de contração dos músculos pélvicos, não impede o desempenho de suas funções. A conscientização pública entre os profissionais de saúde sobre a importância das contrações da musculatura pélvica em mulheres idosas tende a prevenir a IU nessa população (OLIVEIRA; GARCIA, 2012).

A Fisioterapia Pélvica relacionada ao tratamento terapêutico visa prevenir e tratar a incontinência urinária por meio da atuação na educação sobre a função miccional, uso completo dos músculos do assoalho pélvico, bem como no aprendizado de técnicas e exercícios projetados para o fortalecimento dos músculos. Nesse sentido, a fisioterapia proporciona reeducação e o fortalecimento da musculatura pélvica que podem aliviar os sintomas dos diversos tipos de IU (SANTOS; VAZ, 2018).

A prática de exercícios para fortalecer o esfíncter externo da bexiga, bem como os músculos pélvicos e o músculo elevador do ânus. São medidas que visam prevenir a IU, controlar o peso corporal, ou seja, são práticas de exercícios voltados ao fortalecimento da musculatura pélvica, redução da transmissão de altas pressões para uretra devido a atividades de alta intensidade (PINCELI; MOCCELLIN, 2014).

Ademais, as abordagens fisioterapêuticas preventivas de IU podem ser a educação pélvica perineal e a prática dos exercícios de Kegel. O fortalecimento da musculatura pélvica é necessário não só no tratamento da incontinência urinária, mas também ao longo da vida, pois o fortalecimento dessa musculatura contribui e favorece para o desempenho de sua função, que consiste na sustentação de diversos órgãos como o útero, a bexiga e intestinos (MONTEIRO, 2012).

2.6 Técnicas da Fisioterapia Pélvica no tratamento da Incontinência Urinária

Existem diversas opções de tratamento para a incontinência urinária (IU), que incluem cirurgias, medicamentos e abordagens conservadoras, como a fisioterapia. Essas opções podem ser utilizadas tanto para corrigir quanto para prevenir o problema. De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS), devido à alta prevalência e às consequências econômicas, sociais e psicológicas da IU em mulheres idosas, é essencial determinar um tratamento efetivo para essa disfunção. Nesse contexto, o tratamento conservador é recomendado como a primeira opção de intervenção para mulheres com incontinência urinária, visando aumentar a força e promover a correta ativação da musculatura do assoalho pélvico (PEREIRA; ESCOBAR, 2012).

Além do tratamento, as técnicas fisioterapêuticas também têm uma função preventiva, pois servem para fortalecer e condicionar a musculatura, tratar problemas de comportamento dos pacientes, desenvolver o treinamento motor, conscientizá-los sobre problemas e orientá-los. Os recursos fisioterapêuticos aplicados no tratamento da incontinência urinária incluem a terapia cinesiológica, terapia manual, estimulação elétrica neuromuscular e *biofeedback* incluindo modificação de comportamento (OLIVEIRA; GARCIA, 2012).

A terapia manual tem como objetivo a exploração da região perineal, utilizando o toque para facilitar a propriocepção, a consciência corporal e a reeducação dos músculos da região pélvica perineal. Durante a terapia, são realizados movimentos nos músculos do assoalho pélvico, nos músculos isquiotibiais e tríceps sural, nos quadríceps com flexões nos joelhos, além de flexões triplas no tronco e movimentos nos abdutores do quadril. Essas abordagens visam promover o fortalecimento, a coordenação e o equilíbrio muscular na região pélvica (JESUS; BOAS, 2012).

Um dos recursos mais aplicados na fisioterapia é o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP), originalmente investigado por Kegel em 1948, com o objetivo de melhorar a força e/ou resistência. Com taxas de cura e melhora dos sintomas variando de 56 % a 84 %. Esses exercícios demonstram melhorar a incontinência e não eliminam completamente a condição, mas têm uma influência direta na qualidade de vida (KNORST *et al.*, 2013).

Restaurar a musculatura do assoalho pélvico torna-se essencial no programa de exercícios indicados para pacientes com patologia preventiva ou mesmo terapêutica, além de aumentar a função sexual. Porém, os maiores resultados do tratamento fisioterapêutico da Incontinência Urinária são alcançados em casos leves ou moderados, casos graves geralmente

são encaminhados para tratamento cirúrgico, onde a fisioterapia atua no pós-operatório e na prevenção para que não haja recidiva (PREVIATTO; MENDONÇA, 2013).

Já o *biofeedback* é um dispositivo que os fisioterapeutas utilizam como recurso que permite receber informações dos músculos pélvicos e convertê-las em sinais que podem ser visuais, táteis ou auditivos que servem de informação tanto para o paciente quanto para o fisioterapeuta (OLIVEIRA; GARCIA, 2012).

Silva et al., (2014), define como um aparelho que tem como utilidade mensurar os potenciais de ação dos músculos e sua contratilidade, realizando, após a mensuração, a tradução destes potenciais em sinais visuais, de modo que os mesmos se tornam maiores à medida que a contração dos músculos se tornam mais eficazes, assim, torna possível o conhecimento por parte do terapeuta sobre quais músculos estão sendo trabalhados, podendo, a partir disso, desenvolver os exercícios, utilizando, de forma isolada, os músculos do assoalho pélvico, tornando mais eficaz os exercícios fisioterápicos, por potencializar os efeitos das atividades na musculatura do assoalho pélvico, o que deixa mais forte o processo de contratilidade destes músculos.

De acordo com Kegel, o *biofeedback* é essencialmente qualquer abordagem que os fisioterapeutas usam para conscientizar os pacientes sobre seu corpo e como ele funciona, seja toque, visão, audição ou estimulação elétrica, melhorando as contrações voluntárias dessa musculatura, contribuindo também para o treino de relaxamento (PREVIATTO; MENDONÇA, 2013).

A vantagem deste método é a detecção de contrações musculares, embora os músculos sejam muito fracos e selecionar músculos específicos do assoalho pélvico separado dos músculos adicionais. O processo de aprendizado e treinamento proporcionado pelo *biofeedback* promove melhor controle e recrutamento das unidades motoras dos músculos do assoalho pélvico. A terapia utilizada é responsável pela manutenção dos resultados após 3 meses de cessação do exercício (SALDANHA; DAVANZZO; DRIUSSO, 2012).

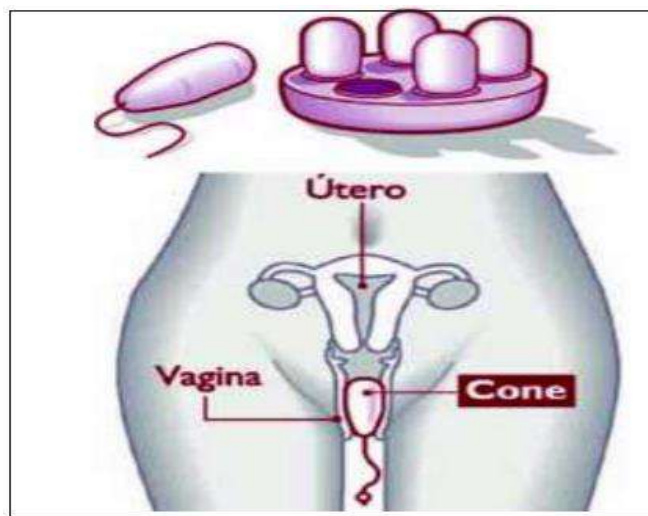
Outro método bem conhecido é usar um cone vaginal físico para fortalecer os músculos do assoalho pélvico, introduzindo o cone no canal vaginal, que funciona como um halter e faz com que os músculos se contraíam estimulando o peso com a força. Este método também pode ser aplicado com sucesso separadamente (BUZO; CRUZ; GARBIN, 2018).

Alguns estudos trazem resultados onde a correlação entre as duas técnicas (Kegel e cones) reduz o tempo mínimo para aperceber-se os primeiros resultados, além disso melhora a força de contração explosiva, que é o movimento de contração voluntária com a máxima força

possível, e assim, os pacientes têm uma resposta sensorial mais rápida e eficaz, melhorando a autoestima, a adesão e o acompanhamento do tratamento (LUCAS et al., 2012).

Os cones vaginais beneficiam os músculos do assoalho pélvico, mantendo os cones de material sintético introduzidos na cavidade vaginal. Isso porque, eles exercitam a musculatura do períneo, provocando resistência e força muscular, conforme demonstrado na (Figura 2). Esse método tem resultados positivos em mulheres e é frequentemente usado como tratamento para a Incontinência Urinária (CESTARI; SOUZA; SILVA, 2017).

Figura 2: Cones Vaginais



Fonte: Buzo (2018).

Os cones vaginais, são uma técnica intracavitária, composta por um conjunto de cinco pesos que variam de 20 a 70 gramas (BUZO; CRUZ; GARBIN, 2018). Ao contrário da eletroestimulação, exercícios de Kegel, *biofeedback* e cones vaginais, são técnicas completamente passivas. É um aparelho que possui um eletrodo interno que, ao ser acionado, produz impulsos elétricos, favorecendo uma contração perineal. Essa contração pode ser aumentada ou reduzida pelo aparelho, sendo indicada principalmente para pacientes com estados mais avançados de incontinência e hipotonia muscular, onde não há percepção, consciência corporal desse músculo. A duração da aplicação pode variar entre 20 e 30 minutos pois está associada a técnicas ativas e o resultado é mais veloz (PREVIATTO; MENDONÇA, 2013).

A eletroestimulação tem se mostrado eficaz para a diminuição da IU, tanto em mulheres como em homens porque é uma terapia fundamental na reeducação esfinteriana e dos músculos do assoalho pélvico por promover ganho muscular, se mostrando promissora no aumento da força e resistência esfinteriana, estimulando artificialmente o nervo pudendo e

seus ramos para provocar respostas diretas e reflexos dos músculos uretral e periuretral estriado, além disso, favorece o recrutamento predominante das unidades motoras maiores, fibras rápidas, por estarem localizadas em pontos mais superficiais, onde a corrente elétrica chega mais rápido e com mais eficiência, semelhante ao que aconteceria com a contração voluntária se o treinamento fosse entre 70% e 90% da carga máxima (CESTARI; SOUZA; SILVA, 2017).

Desta forma, a eletroestimulação favorece a normalização da função dos músculos do assoalho pélvico, pela contração efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal evitando as perdas involuntárias de urina. (OLIVEIRA; GARCIA, 2012). Assim, no que se refere à eletroterapia, é evidenciado, que seu uso para o tratamento da IU é eficaz, tendo uma grande taxa de cessação dos sintomas da perda involuntária ou melhora do quadro da incontinência, entretanto, é válido ressaltar que é identificada uma melhora ampla, quando há a associação da cinesioterapia com a eletroestimulação, destacando, também, que este método de tratamento apresenta poucos efeitos colaterais, tornando, assim, mais eficaz a reabilitação da paciente (PREVIATTO; MENDONÇA, 2013).

O treinamento comportamental, em particular, é um tratamento não invasivo, de baixo custo e baixo risco. Isso pode figurar uma estratégia terapêutica eficaz e conservadora para restaurar a função fisiológica, melhorando os músculos do assoalho pélvico. Ele consiste no suporte à modificação do comportamento e mudanças nos hábitos do cliente que podem contribuir para o agravamento da incontinência urinária ou ocorrer associando-a à sobrepressão vesical (SANTAROSA; KAPLAN, 2012).

As orientações necessárias, portanto, incluem mudanças nos hábitos alimentares, como minimizar a ingestão de cafeína, excesso de líquidos antes de dormir, frutas ácidas, chocolate e refrigerantes. Algumas dessas modificações são consideradas irritantes da bexiga e devem ser incentivadas, especialmente em situações de incontinência de urgência, pois podem exacerbar até certo ponto os episódios de vazamento (GROSSE; SENGLER, 2012).

Além disso, hábitos intestinais modificados também são considerados fundamentais para o tratamento conservador. Isso ocorre porque problemas que impedem os movimentos intestinais normais, como constipação, pode contribuir para o agravamento da incontinência devido ao aumento da pressão do reto na bexiga (RIGDBY, 2013).

O treinamento da bexiga e exercícios para fortalecer os músculos do assoalho pélvico podem estar envolvidos nisso. Existem muitos exercícios possíveis que foram realizados com sucesso por vários profissionais. Eles vão desde ensinar a simples contração e relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, até exercícios mudados, incluindo mudança de posições, em pé,

sentado e supino e usando instrumentos como bolas para facilitar seu desempenho (HONÓRIO, 2015).

Portanto, o tratamento comportamental é basicamente sobre como a paciente vai reagir longe do alcance dos olhos do fisioterapeuta, por isso a comunicação sobre as orientações é extremamente importante, pois consiste em desenvolver estratégias para minimizar a incontinência. Podendo realizar o treinamento vesical (para adquirir o reflexo do controle da urina e o intervalo dessas urinas é anotado no diário miccional). Assim, a paciente, por ter essa consciência de forma mais visual, será mais facilmente reeducada e aumentará os intervalos entre as idas ao banheiro progressivamente; orientações quanto a ingestão de alimentos e líquidos, também são técnicas úteis (CARVALHO; HOLANDA, 2012).

2.6.1 Métodos Terapêuticos associados a Cinesioterapia

Essa terapia mencionada tem sido a estratégia de maior sucesso ao longo dos anos devido a uma série de fatores, entre eles: por ser um procedimento de fácil acesso para as mulheres tornando a técnica menos invasiva em comparação com outros métodos, como a cirurgia, porém, o comprometimento e a eficácia da terapia depende do comprometimento e motivação não só do paciente, mas de toda a equipe interdisciplinar envolvida (CESTARI; SOUZA; SILVA, 2017).

Essas práticas, bem conhecidas na área da saúde, responsáveis pela prevenção, mas também pelo tratamento da incontinência urinária, fazem parte do método de tratamento há muito tempo, para ser mais exato, desde que foram descobertas por Arnold Kegel, por volta de década de 50 do século passado. Através de suas descobertas, percebeu que a cinesioterapia e as práticas que a compõem têm um impacto poderoso na musculatura pélvica, o que também contribui direta e positivamente para o processo de contração e continência urinária (SCHIMITH, 2017).

A integridade tanto da anatomia quanto dos centros nervosos e vias responsáveis pela coordenação dos músculos lisos e estriados do trato urinário e do assoalho pélvico promove o bom funcionamento do períneo e previne o desenvolvimento da IU. No entanto, uma vez que é afetada pela IU, algumas intervenções são necessárias, incluindo cirurgia, terapia farmacológica ou exercícios terapêuticos, que apresentam resultados satisfatórios (INHOT et al., 2018).

No tratamento da incontinência urinária, duas técnicas amplamente utilizadas são a cinesioterapia e o uso de objetos auxiliares. A cinesioterapia envolve a prática de ações destinadas a trabalhar e alongar grupos musculares específicos, resultando em músculos mais

fortes. No contexto da incontinência urinária, a fisioterapia consiste em realizar atividades que estimulam o uso dos músculos do assoalho pélvico. Isso pode ser feito utilizando objetos como faixa elástica e bola, além de envolver movimentos como abdução e adução do quadril e ponte pélvica. Durante o tratamento, a paciente é instruída a manter a contração muscular por 6 segundos, o que resulta em contrações isotônicas e isométricas. A repetição desses exercícios dependerá do estado dos músculos tratados, sendo adaptada de acordo com a necessidade individual da paciente (KNORST et al., 2013).

É importante enfatizar a abordagem evolutiva da terapia de movimento para tratar a incontinência, aumentando a consciência dos músculos do assoalho pélvico, trazendo melhor controle e desenvolvimento a partir desta atividade que promove o aumento da resistência muscular e como resultado aumentar a força de contração deste (PEREIRA; ESCOBAR, 2012). Além dos exercícios mencionados anteriormente, os exercícios de Kegel também desempenham um papel importante na reabilitação da musculatura do assoalho pélvico. Esses exercícios são direcionados especificamente para a região pélvica e são considerados uma forma eficaz de tratamento para a incontinência urinária. Uma das principais vantagens dos exercícios de Kegel é a possibilidade de realizá-los em casa, uma vez que o indivíduo tenha recebido orientações adequadas sobre a técnica correta. Isso permite que a pessoa obtenha melhores resultados ao praticar continuamente a cinesioterapia no conforto do seu lar (MELO et al., 2012).

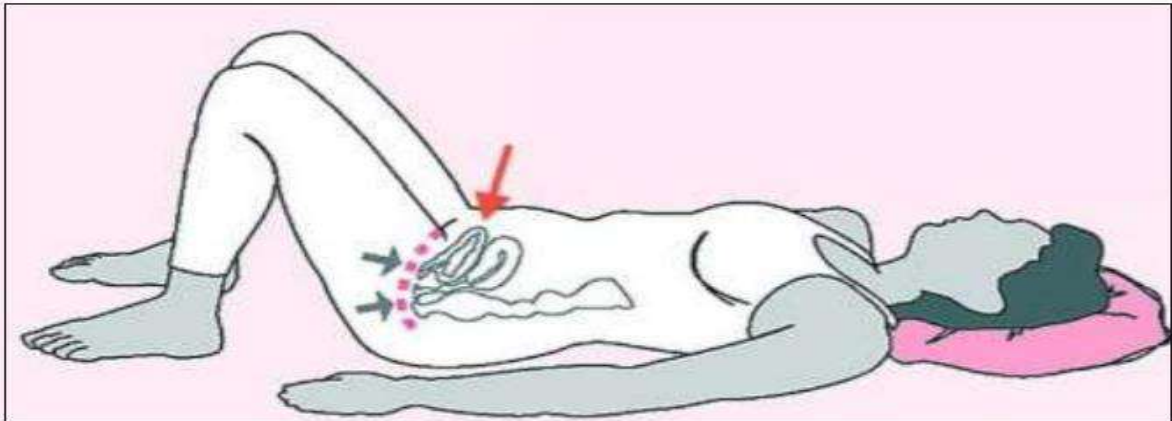
O tipo de tratamento não farmacológico, cinesioterapia, é realizado por fisioterapeutas a partir da execução de exercícios físicos utilizando a técnica de Kegel com objetivo de trabalhar toda musculatura perineal do assoalho pélvico visando alongar e fortalecer os músculos pélvicos. Esse processo reforça a resistência da uretra e dos elementos de sustentação pélvica. Esse tratamento de cinesioterapia melhora aspectos da perda urinária diária, alivia sinais e sintomas resultando numa melhor qualidade de vida das pessoas com IU (OLIVEIRA; GARCIA, 2012).

As técnicas abordadas nos exercícios de Kegel fortalecem os músculos do assoalho pélvico por meio da reeducação perineal, a qual trabalha a musculatura perineal a fim de promover o fortalecimento muscular permitindo a contração e percepção do assoalho pélvico. Essa base da terapêutica é classificada como conservadora e têm-se revelado apropriadas para as mulheres com IU (CESTARI; SOUZA; SILVA, 2017).

Os exercícios da série de Kegel são algumas técnicas inseridas na cinesioterapia e criadas em 1950 pelo ginecologista Arnold Kegel. Caracterizam-se pela contração voluntária

da musculatura pélvica, executadas em diversas posições com intercalações de contrações rápidas e lentas a fim de excitar as fibras musculares do assoalho da pelve. Uma das posições é a de decúbito dorsal durante a contração muscular do assoalho da pelve ilustrada na (Figura 3) (BUZO; CRUZ; GARBIN, 2018).

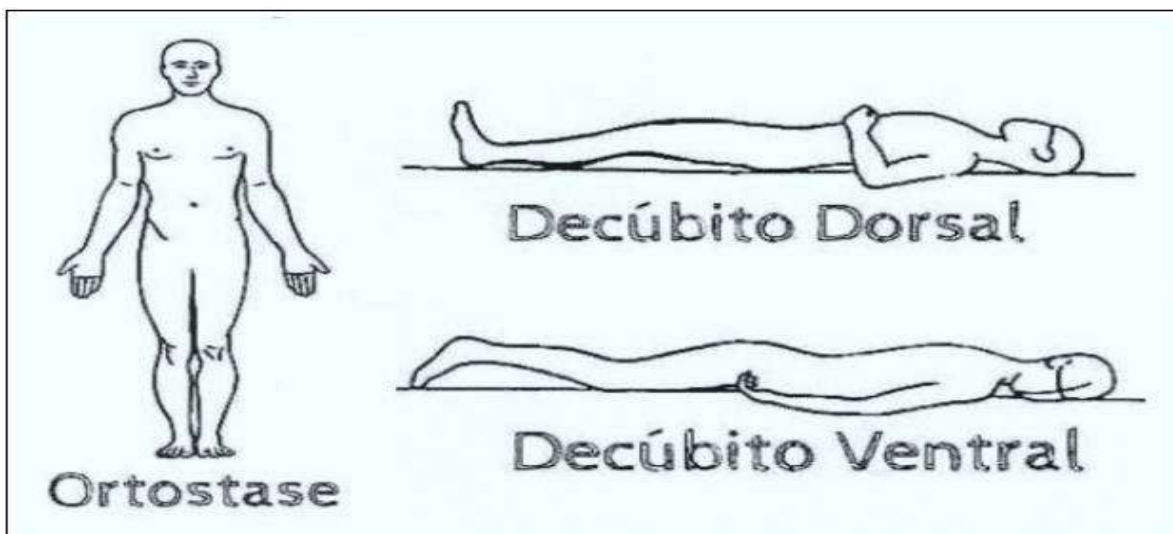
Figura 3: Exercícios da série de Kegel



Fonte: Buzo; Cruz; Garbin (2018).

Os exercícios de Kegel podem ser realizados ativamente pelo próprio paciente com orientações e auxílio do fisioterapeuta. Dentre as posições apresentadas há o decúbito dorsal e ventral que desencadeiam facilmente e eficientemente a contração do períneo. Na (Figura 4), há a ilustração da posição de ortostase, decúbito dorsal e ventral utilizadas frequentemente na prática da cinesioterapia (CESTARI; SOUZA; SILVA, 2017).

Figura 4: Posições utilizadas nos exercícios de Kegel



Fonte: Fitz (2017).

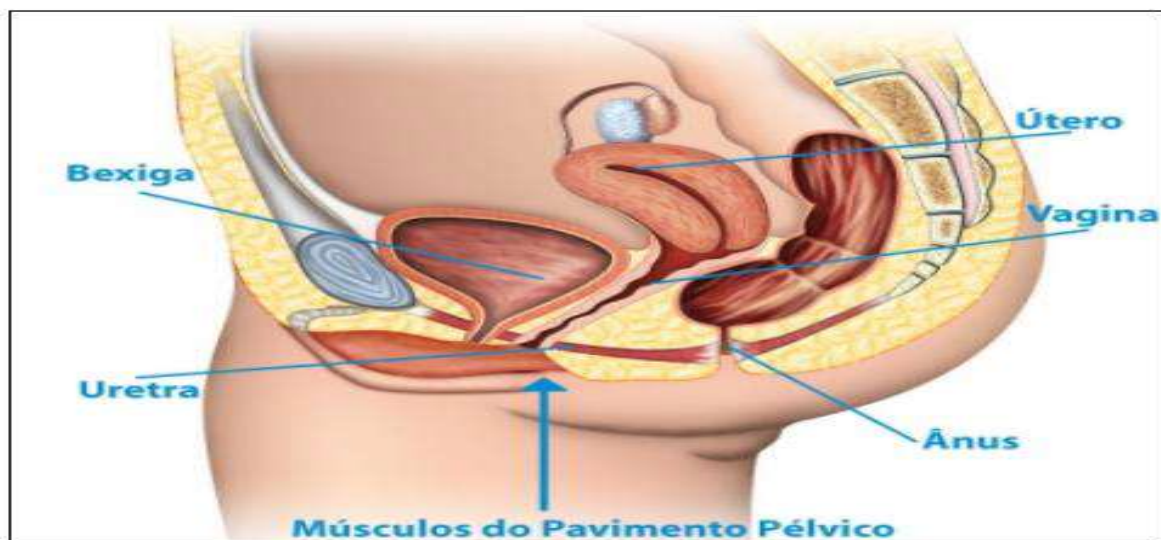
O tratamento da IU baseado na cinesioterapia é aplicado por fisioterapeutas e tem ganhado destaque devido à sua relevância na prevenção e tratamento da incontinência urinária em idosos. De fato, a cirurgia, além de ser um procedimento caro, traz riscos durante o método. Além disso, os tratamentos medicamentosos são permanentes e podem ter efeitos colaterais. Assim, em 2005, a ICS recomendou a cinesioterapia como primeira opção para o tratamento da IU, visto que esta terapia possui técnicas e meios de baixo risco e baixo custo, bem como evidências de sua eficácia (SOUSA et al., 2012).

2.6.2 Aplicação da cinesioterapia em mulheres idosas

Uma das intervenções que os fisioterapeutas aplicam é a cinesioterapia, que consiste em exercícios físicos que fortalecem essa musculatura, visto que a disfunção dessa musculatura é a principal responsável pelas perdas urinárias involuntárias (JESUS; BOAS, 2012).

O assoalho pélvico feminino possui três partes: a parte anterior que corresponde a bexiga e a uretra, a parte média que se refere a vagina e a parte posterior que é a do reto. Tal ilustração pode ser evidenciada na (Figura 5). Além disso, o diafragma pélvico e urogenital possui como componentes as fâscias pélvicas que são estruturas de sustentação. Possui também fibras do tipo I e do tipo II, sendo as do tipo I predominante do trato urinário inferior e responsáveis pelas contrações lentas, já as do tipo II correspondentes da contração rápida. Tais estruturas são imprescindíveis, pois dão suporte aos órgãos pélvicos (GLISOI; GIRELLI, 2012).

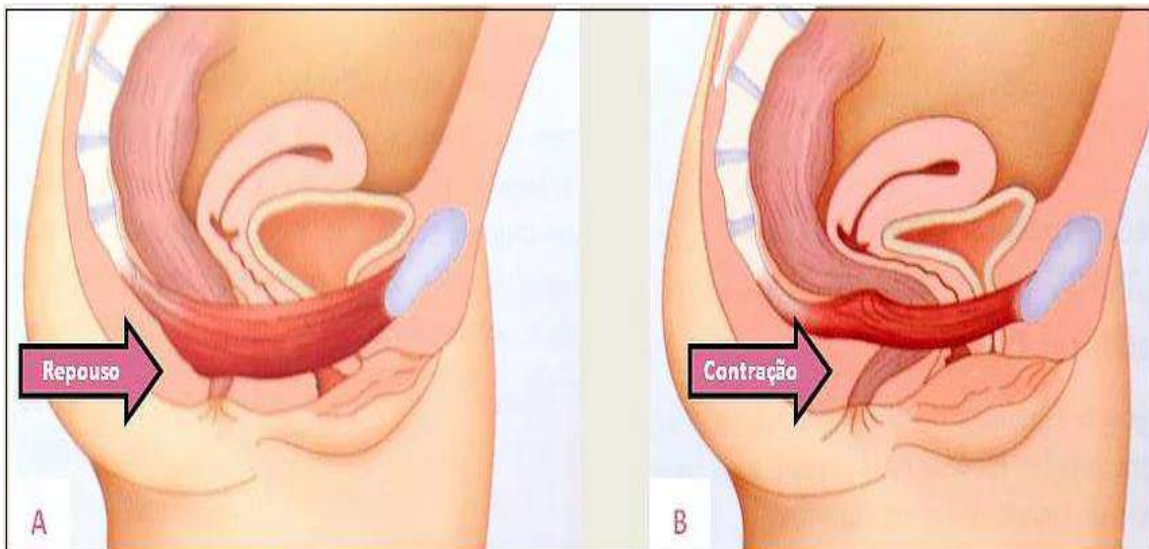
Figura 5: Parte anterior, média e posterior do assoalho pélvico



Fonte: Granato (2015).

Um exemplo da prática de exercícios de cinesioterapia durante um tratamento para IU realizado em um dos artigos analisados com resultados satisfatórios foi a prática de três séries de dez repetições por dia de contrações, segurando a contração por segundos e contraindo rapidamente, ou seja, foram realizadas dez repetições de cada modalidade (contração segura e contração rápida). A duração inicial de segurar a contração a princípio seria 6 segundos aumentando para 12 segundos. A (Figura 6) Ilustra o relaxamento e a contração muscular do assoalho da pelve executadas durante a cinesioterapia (FITZ et al., 2012).

Figura 6: Relaxamento e contração do músculo do assoalho pélvico



Fonte: Fitz (2017).

A prática da contração dos músculos do assoalho pélvico fortalece o fechamento da uretra, reunindo as fibras tipo I e tipo II e estimulando a contração do diafragma pélvico, evitando a perda involuntária de urina. No entanto, o tratamento depende de entender as orientações do fisioterapeuta e conhecer a localização dos músculos, o que deve ser feito de forma correta. Além disso, aceitar a necessidade de tratamento, motivação e realizar exercícios diariamente pode levar ao sucesso do tratamento. Se a contração do assoalho pélvico for difícil de realizar, outras manobras como adução e contração simultânea dos músculos glúteo, abdominal e adutor do quadril podem ser realizadas sob a orientação e supervisão de um fisioterapeuta (GLISOI; GIRELLI, 2012).

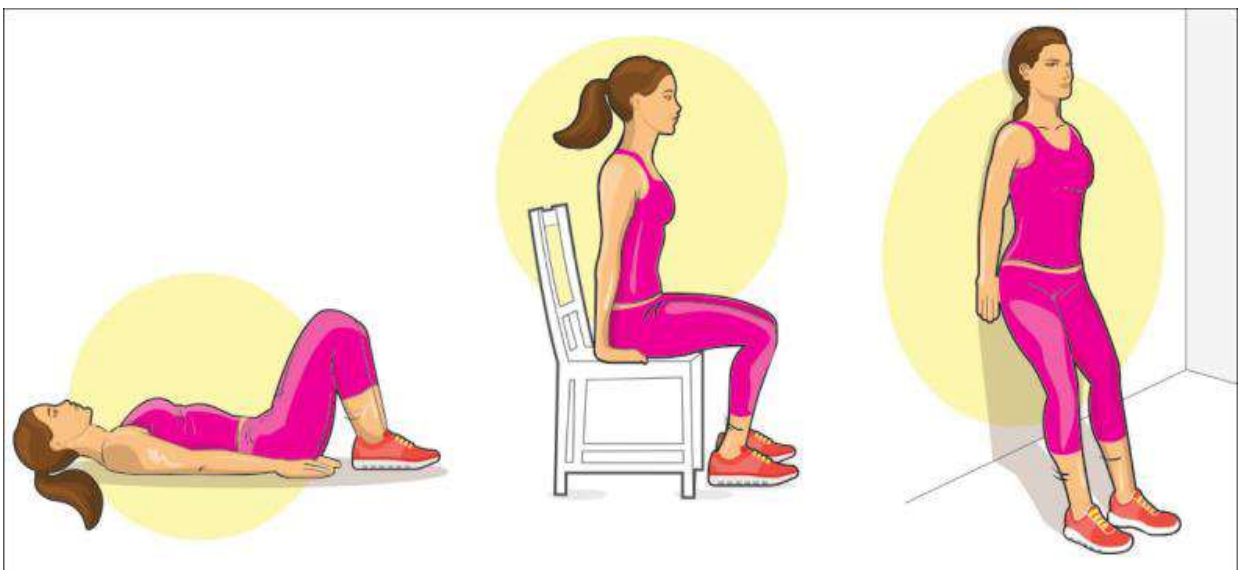
Os exercícios perineais voluntários e repetitivos aumentam o tônus muscular dos componentes esfinterianos, resultando em aumento do tônus muscular e transferência das pressões intra-abdominais, fortalecendo a sustentação dos órgãos pélvicos e restaurando o processo de fechamento uretral. Isso porque a atividade muscular não só melhora o

condicionamento físico, mas também proporciona flexibilidade, mobilidade e coordenação muscular para absorver os impactos e devolver a energia transferida (JESUS; BOAS,2012).

Outra ação do fisioterapeuta durante o tratamento da IU é a avaliação inicial do assoalho pélvico, que visa verificar o funcionamento do assoalho pélvico de acordo com a graduação subjetiva da intensidade da força muscular. Para isso utiliza-se a palpação bidigital, ou seja, o dedo médio e o indicador nos dois terços distais da cavidade vaginal durante as contrações realizadas pela paciente (GLISOI; GIRELLI,2012).

Segundo estudo da clínica de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2010 foi demonstrado que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico traz melhorias significantes na qualidade de vida de mulheres com IUE. A cinesioterapia para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico foi aplicada por um fisioterapeuta especialista em uroginecologia, três vezes por semana por um período de três meses. A atividade é baseada em 10 contrações lentas (fibras tônicas), que são contraídas por seis a oito segundos a cada contração, com tempos de descanso que se aproximam do tempo de contração contínua. Isso é seguido por três ou quatro contrações rápidas (fibras fásicas) nas posições de decúbito dorsal, sentada e ortostática (FITZ et al., 2012). Algumas das posições praticadas durante os exercícios de cinesioterapia são o decúbito dorsal ou supina, sentada e ortostática, ilustradas respectivamente na (Figura 7).

Figura 7: Ilustração do posicionamento do paciente na prática de cinesioterapia



Fonte: Fitz (2017).

Em um estudo experimental envolvendo 22 mulheres pós-menopausa foi avaliada a força da musculatura do assoalho pélvico, assim como a qualidade de vida de mulheres com IU após o tratamento da cinesioterapia. Neste estudo 63,64% das 22 mulheres apresentaram sintomas compatíveis com a IUE e 36,36% de IUM. Como resultado, após seis semanas de tratamento houve aumento da força muscular pélvica, bem como um aumento do tempo de contração. Esta conclusão foi derivada da comparação dos resultados da avaliação inicial do assoalho pélvico e da quantificação da intensidade contrátil a partir da palpação bidigital ou do uso do perineômetro, os quais se mostraram estaticamente valores maiores após a prática de exercícios da cinesioterapia (SOUSA et al., 2012).

As técnicas terapêuticas utilizadas na cinesioterapia são direcionadas tanto para prevenir o aparecimento da IU quanto para desenvolver a força da musculatura pélvica e assim gerar efeitos benéficos para a vida do paciente com IU. Esse tratamento não farmacológico, cinesioterapia, realizado por um profissional fisioterapeuta é eficaz e indicado a mulheres idosas com IU, pois melhora o controle da micção. Além disso, durante o tratamento, a resolução mesmo que parcial desse problema promove a superação de questões psicossociais relacionadas a essa doença como baixa autoestima e autoconfiança. Nesse sentido, a cinesioterapia contribui tanto para a saúde física quanto mental da mulher idosa (MELO et al., 2012).

2.7 Importância do profissional fisioterapeuta na Incontinência Urinária

Dadas as limitações que o processo natural de envelhecimento impõe aos indivíduos, a saúde dos idosos merece atenção. Segundo dados do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica (PCDT), cerca de 11,8% dos homens e 26,2% das mulheres na população idosa do Brasil sofre de IU. Com base nesses dados, vale ressaltar que as mulheres mais velhas são mais propensas à incontinência urinária, em razão a uma diversidade de fatores, englobando genética, anatomia feminina, gestações múltiplas, alterações hormonais da menopausa e do tecido do trato urinário inferior, bem como do assoalho pélvico (CONITEC, 2019).

Apesar desta pesquisa, o equívoco de que a IU não é uma doença, mas uma causa intrínseca do envelhecimento, leva muitas mulheres idosas a não procurar atendimento médico e a não relatar incidentes de perda de urinas. Tanto mulheres idosas quanto mulheres de meia-idade sofrem de IU devido à falta de informações sobre a fisioterapia disponível na rede pública de saúde para o tratamento da IU (VIANA; MICUSSI, 2021).

Nesse sentido, fica evidente a importância do profissional fisioterapeuta em programas de saúde voltados à educação e divulgação de informações, quanto a prevenção e tratamento da IU na população em geral, principalmente nas mulheres idosas. O profissional fisioterapeuta, principal agente no tratamento de IU, é imperioso dentro da unidade de saúde básica, na clínica ou no hospital, seja atuando na prevenção ou no tratamento terapêutico. Ele deve mostrar formas de como responder a perguntas sobre a anatomia funcional do indivíduo, patologia, bem como terapias curativas e preventivas. Sendo necessário o profissional ter conhecimentos específicos e diferentes perspectivas sobre a população acometida com o intuito de prestar uma assistência eficiente (CESTARI; SOUZA; SILVA, 2017).

O fisioterapeuta não se limita apenas a processos informatizados, mas também a processos de aceitação, motivação e aplicação das técnicas terapêuticas específicas. Dentro dessa perspectiva, é essencial a atuação do fisioterapeuta na conscientização do uso correto dos músculos do assoalho pélvico, controle da contração e relaxamento voluntário, treinamento da função miccional, implementação de prática dos exercícios da cinesioterapia, e outras técnicas de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (VIANA; MICUSSI, 2021).

Assim, reduz-se ou elimina-se a perda involuntária de urina, resultando no alívio dos sinais e sintomas da IU, beneficiando a qualidade de vida das mulheres idosas, que conseguem realizar as atividades diárias com segurança e confiança (GLISOI; GIRELLI, 2012). Recuperar o bem-estar psíquico neste momento da vida é imprescindível, seja por meio de intervenções que visam minimizar doenças causadas pelas alterações do envelhecimento, que de alguma forma contribuem para a melhora dos problemas de saúde mental, ou pelo afloramento do sentimento de aceitação associado às alterações pertinentes da idade (DANTAS, 2018).

Segundo Fonseca et al. (2014), a imagem corporal faz parte do contexto de satisfação ou insatisfação física, e a experiência da aparência de um indivíduo desempenha um papel importante em questões emocionais, culturais e comportamentais. Pesquisadores observaram que a satisfação corporal também contribui para a autoestima, mas ambas tendem a diminuir ao longo da vida devido às mudanças físicas e psicossociais relacionadas à idade.

Segundo Melo et al. (2012), a autoestima e a imagem corporal são interdependentes e podem ser afetadas pelo exercício. Por exemplo, exercícios corporais feito em grupos, tendem a promover a independência, autonomia, equilíbrio e interação social entre os indivíduos, especialmente os idosos, e tende a reduzir o risco de doenças crônicas e degenerativas.

Além disso, é de suma importância que as ações de saúde do profissional fisioterapeuta da rede Pública de Saúde ajudem as mulheres idosas ou não, a prevenir e tratar a Incontinência

Urinária de forma humanizada. Consequentemente, há a necessidade de aprimoramento dos profissionais, bem como a divulgação de informações sobre o assunto. Só assim, desaparecerá o equívoco de que a IU é um processo do envelhecimento (SANTOS; VAZ, 2018).

Outrossim, a informatização contribui para pesquisas relacionadas ao tratamento ou prevenção da IU em mulheres idosas. A necessidade de compreensão por parte do paciente com IU repercute na conscientização precoce da necessidade de atendimento clínico para estabelecer um diagnóstico preciso e iniciar o tratamento adequado. Consequentemente, serão notórias as melhorias na qualidade de vida e bem-estar dessa população (VARELLA, 2018).

2.8 A importância da avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas com IU

A qualidade de vida pode ser entendida como uma construção social relativizada por fontes culturais, com características subjetivas, bidirecionais, multidimensionais e mutáveis (ABREU et al., 2012). O termo e conceito QV surgiu com o crescimento e desenvolvimento econômico ocorrido após a Segunda Guerra Mundial, para descrever o efeito da aquisição de diversos bens vitais pelas pessoas. O desenvolvimento tecnológico e os conceitos de economia da saúde tornaram necessário avaliar não apenas a eficácia e a toxicidade das intervenções, mas também seu efeito na qualidade de vida dos indivíduos (WYMAN, 2012).

Embora a IU não ameace diretamente a vida das pessoas, é uma condição que impacta de forma negativa a qualidade de vida (QV) e pode trazer sérias consequências médicas, sociais, psicológicas e econômicas. A qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui aspectos sociais, físicos e mentais, logo, está associada à percepção subjetiva da condição ou doença de uma pessoa e ulterior tratamento (HIGA; LOPES; REIS, 2012).

Estudos europeus, norte-americanos e brasileiros mostram uma deterioração significativa na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária de urgência, incontinência mista e IUE, em faixas etárias diferentes. Alguns autores afirmam que a urgência e a incontinência mista causam mais comprometimento do que a IUE, principalmente em mulheres na pós-menopausa com sintomas irritantes e/ou mistos frequentes (RETT et al., 2012).

Geralmente, as mulheres com IU alegam limitações físicas (praticar esportes, carregar objetos), alterações nas atividades sociais, ocupacionais e domésticas, que afetam negativamente seu estado emocional e vida sexual. Também pode causar mal-estar social e higiênico, devido ao pavor de vazamento de urina, cheiro de urina, necessidade de usar absorventes e trocas de roupas mais frequentes. Presença de sintomas incômodos, como distúrbios do sono noturno, urgência e incontinência urinária de urgência, muitas vezes interfere

no sono e nas relações sociais. Isso leva à fadiga, depressão e solidão. Nos últimos anos há um interesse crescente em mensurar a qualidade de vida relacionada aos cuidados de saúde (CARVALHO, 2014).

A Organização Mundial da saúde (OMS) recomenda avaliações de qualidade de vida, levando em conta decisões de tratamento, novas aprovações de medicamentos e políticas de pesquisa. Consequentemente, tendo em vista que a IU tem grande impacto na qualidade de vida das pacientes, sua aferição é um dos parâmetros fundamentais para analisar a resultância do tratamento escolhido e facilitar a comparação de estudos executados em diferentes locais, com diferentes tratamentos, em populações semelhantes. Além disso, a necessidade de uma avaliação abrangente pelos profissionais de saúde, o envolvimento do paciente no tratamento e como e em que medida uma determinada doença ou intervenção pode afetar a QV é fundamental para todos os cuidados de saúde (KNORST et al., 2013).

Diante das diversas mudanças sociais, pessoais e emocionais vivenciadas pelas mulheres diante da perda urinária, é importante avaliar a qualidade de vida destas, avaliando assim a opinião da paciente sobre seu estado de saúde. Desde 1997, a ICS solicita que as medidas de avaliação da qualidade de vida sejam colocadas durante a pesquisa clínica em IU como complemento às medidas clínicas tradicionais. Em consequência de que muitos mecanismos como o exame urodinâmico, o teste de absorvente e o teste de esforço são aplicados como métodos diretos na avaliação do tratamento da IU, porém não levam em consideração o impacto dessa condição na qualidade de vida e no cotidiano dessas mulheres (ROSA et al., 2016).

Existem muitos questionários na literatura sobre a qualidade de vida de mulheres com IU, sendo estes instrumentos gerais ou específicos que podem ser aplicados para tratamentos cirúrgicos ou conservadores. No Brasil, um questionário específico, o *King 's Health Questionnaire* (KHQ), foi recentemente traduzido e validado para avaliar a presença e o impacto dos sintomas de IU (FONSECA et al., 2015).

O KHQ consiste em 30 questões que incluem medidas de saúde percebida, os efeitos da incontinência urinária, limitações de desempenho no trabalho, limitações físicas e sociais, relações interpessoais, emoções, sono, energia e gravidade. Há também um grau de sintomas, incluindo a lista: polaciúria, noctúria, urgência, hiperflexia da bexiga, incontinência urinária, incontinência urinária durante a relação sexual, infecção do trato urinário, dor abdominal. Quaisquer outros problemas relacionados à bexiga podem ser relatados. Todas as respostas recebem um valor numérico e são agregadas e consideradas pelo campo. O score de qualidade

de vida varia de 0 a 100 de modo que quanto maior o número, pior a qualidade de vida (TAMANINI et al., 2013).

Devido ao grande impacto da IU na vida das pacientes, os profissionais de saúde devem apostar na avaliação da qualidade de vida na prática clínica diária, pois será crescentemente uma medida necessária para orientar e justificar intervenções em consultas individuais, sobretudo, pelo sistema de saúde. Consequentemente, os profissionais devem estar atentos em melhorar a autoconfiança, relações pessoais, físicas e sociais; orientar e intervir na recuperação do paciente (RETT et al., 2012).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, por se tratar de uma pesquisa de revisão em que estudos específicos foram selecionados com base na intenção de investigar, parece necessário ressaltar que ainda não foram esgotadas todas as opções para se discutir a fisioterapia pélvica como tratamento para IU em mulheres idosas. Nessa perspectiva, pelos resultados positivos observados no tópico anterior, destaca-se a relevância científica da continuidade de pesquisas nessa área, principalmente pelo impacto na qualidade de vida das mulheres.

Assim, na tentativa de concluir o presente trabalho, é oportuno retomar o percurso traçado até o momento. Sendo assim, conforme descrito anteriormente, o estudo investigou a importância da fisioterapia pélvica para o tratamento da IU em idosas. A delimitação desse tema foi justificada pela alta ocorrência dessa disfunção, bem como pelo impacto negativo que esse problema causa na qualidade de vida das mulheres, principalmente durante a fase senil. A prevalência desse distúrbio nessa fase decorre das transformações físicas, motoras, psicossociais e fisiológicas do corpo humano, naturais no processo de envelhecimento. Portanto, constatou-se que a fisioterapia pélvica se caracteriza como um tratamento conservador de primeira linha para ser utilizado nos quadros de IU.

Quanto ao sucesso do tratamento, constatou-se que era necessário partir de uma abordagem global, incluindo uma avaliação completa, acolhimento, educação e condutas técnicas adaptada a condição de cada paciente. Destacou-se a importância de apresentar às pacientes as alterações fisiológicas que ocorrem no corpo, desde a gestação até o envelhecimento, bem como, o plano de tratamento, para que haja uma boa adesão ao tratamento por parte destas.

Por fim, observou-se o efeito da cinesioterapia para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Outros auxílios, como cones vaginais, *biofeedback*, eletroestimulação, também corroboram ser importantes técnicas de fortalecimento, quando associadas à cinesioterapia.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N.S; et al. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.11. n.6. 429-436 -Nov/dez -2012
- BERNARDES, M. F. V. G., et al. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de indivíduos submetidos à prostatectomia radical. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3131, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100322 & lng=en\ nrm=iso>. Acesso em: 11 de nov. 2022.
- BEZERRA, M. **Identificação das estruturas musculoligamentares do assoalho pélvico na ressonância magnética**. Radiol Bras, 2012, v.34, P 1-4.
- BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Incontinência urinária feminina. **Acta Urológica**, v. 24, n. 1, p. 79-82, 2012.
- BURTI, J. S.; MARINO, S.; CRUZ, J. P. S.; SPINK, M. J. P. **Efeitos de Exercícios para Assoalho Pélvico em Mulheres Idosas de Diferentes Níveis Socioeconômicos**. Saúde e Pesquisa, Maringá (PR), [S. l.], p. 1-11, 12 abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6806/3377>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- BUZO, D. F. C.; CRUZ, N. C.; GARBIN, R. F. **A Importância do Fortalecimento do Assoalho Pélvico na Satisfação Sexual Feminina**. [S. l.], p. 1-14, 5 jul. 2018. Disponível em: http://www.fef.br/upload_arquivos/geral/arq_5950f2933dbcf.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Incontinência Urinária não Neurogênica**.
- BRIZOLA, J.; FANTIN, N. REVISÃO DA LITERATURA E REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. **Revista de Educação do Vale do Arinos - RELVA**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2017. DOI: 10.30681/relva.v3i2.1738. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/relva/article/view/1738>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- CARVALHO, M. F.; HOLANDA, P. J. **Atuação fisioterapêutica na incontinência urinária em mulheres na terceira idade** [monografia] Belém: Universidade da Amazônia;2012.
- CARVALHO, M. P. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.]. 2014; 17(4):721-730. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400721> & script=sci_abstract & tlng=es>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- CÂNDIDO, F. J.; LEOPOLDINO F., et. al. **Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento**. Visão Acadêmica, [S.l.], v. 18, n. 3, sep. 2017. ISSN 1518-8361. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/54506/33509>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

CESTARI, C. E.; SOUZA, T. H. C.; SILVA, A. S. **Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosos.** Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). 2017 jan. - jul. (p.27-37). Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1773>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

COFFITO. **Conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional.** Resolução nº. 401, de 18 de agosto de 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3164>. Acessado em: <20/08/2022>.

CONITEC, comissão nacional de incorporação de tecnologias no Sus. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica.** Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatrio_-Incontincia_Urinria_no_Neurognica_CP_47_2019.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

COSTA, A. P.; SANTOS, F. D. R. P. Abordagem da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço: revisão da literatura. **Femina**, 2012.

DANTAS, T. H. M. **Avaliação da funcionalidade em mulheres com incontinência urinária.** 2018. 69f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação/FACISA) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25213>>. Acesso em: 11 de nov. 2022.

DA SILVA, L. W. S., et al. Fisioterapia na incontinência urinária: olhares sobre a qualidade de vida de mulheres idosas. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 221-238, 2017.

DE CASTRO, A. P. F. .; VEIGA, L. P. P.; OLIVEIRA, S. D. D. .; ARAÚJO, C. D. B. .; SILVA D. G. A.; CARNEIRO, N. F. É. Treinamento Dos Músculos Do Assoalho Pélvico Associado À Gameterapia Para Tratamento Da Incontinência Urinária De Esforço: Training Of Pelvic Floor Muscles And Game Therapy For Treatment Of Effort-Related Urinary Incontinence . **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 24, n. 4, 2020. DOI: 10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n4.52420. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/52420>. Acesso em: 8 set. 2022.

FARIA, C. A.; MORAES, J. R.; MONNERAT, B. R. D.; VEREDIANO, K. A.; HAWERROTH, P. A. M. M.; FONSECA, S. C. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do Sistema Único de Saúde no Sudeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2015;37(8):374-80. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n8/0100-7203-rbgo-37-08-00374.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FELDNER, J. R. P. C, et al. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 54-62, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FITZ, F. F. et. al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2,

p. 155-159, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000200010 & script= sci_arttext & tlng=pt>. Acesso em: 30 maio 2023.

FONSECA, C. C., et. al. Autoestima e satisfação corporal em idosas praticantes e não praticantes de atividades corporais. **Rev. educ. fis.** UEM, Maringá, v. 25, n. 3, p. 429-439, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832014000300429&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FONSECA, E.S.M., et al. Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2015; 27(5):235-42.

GLISOI, S. F. N.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, [S. l.], p. 1-6, 9 nov. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n6/a2557>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GRANATO, A. **ASSOALHO PÉLVICO FEMININO – Incontinência Urinária e Sexualidade.** [S. l.], 1 maio 2015. Disponível em: <http://www.motiro.org/artemisa/oficinas/assoalho-pelvico-incontinencia-urinariasexualidade-e-bons-habitos.html>. Acesso em: 30 maio 2023.

GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação perineal.** São Paulo: Manole, 2012.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online].** 2012, v. 42, n. 1 [Acessado 8 Setembro 2022] , pp. 187-192. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100025>>. Epub 27 Mar 2012. ISSN 1980-220X.

HONÓRIO, G.S. **Protocolo conservador fisioterapêutico: uma alternativa de tratamento ao homem incontinente após prostatectomia** [monografia]. Florianópolis: Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos; 2015.

JESUS, E. S.; BOAS, E. C. C. V. **A fisioterapia na incontinência urinária da mulher idosa.** *Fisioterapia Brasil*, [S. l.], p. 1-6, 4 jul. 2012. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1411>. Acesso em: 11 nov. 2022.

JUSTINA, L.B.D. Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. INSPIRAR, movimento e saúde.** v.5, n.2, 2013.

KESSLER, M. et al. *Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators.* **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online].** 2018, v. 21, n. 04 [Acessado 8 Setembro 2022] , pp. 397-407. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015>.

KNORST, M. R. et al. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, p. 204-209, 2013.

LUCAS, M. G. et al.. **Diretrizes Para Incontinência Urinária**, 2012. Tradução da European Association of Urology - EAU, do “Guidelines Office”. <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Urinary-Incontinence-2012-pocket-1.pdf>

MELO, B. E. S., et al. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 41-50, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgb/v15n1/05.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

MIRANDA, C. H., et al. Incontinencia urinaria. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 24, n. 2, p. 219-227, 2013.

MONTEIRO, M. V. C, SILVA, F. A. G. Incontinência Urinária. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012; 275-281.

MOURÃO, L. F.; ARAÚJO LUZ, M. H. B.; MARQUES, A. D. B.; VASCONCELOS BENÍCIO, C. D. A.; TEIXEIRA, N. B. M. V.; PEREIRA, A. F. M. Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, [S. l.], v. 15, n. 2, 2017. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700020004. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/352>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

INHOT, P. A.; SILVA, E. S.; OLIVEIRA, V.; BERTOLINI, M. M. G.. Cinesioterapia Uroginecológica na Incontinência Urinária de Mulheres Idosas Fisicamente Ativas. **Revista Inspirar**, [S. l.], ano 2, v.16, n. 46, p. 1-10, 1 jan. 2018. Disponível em: <https://www.inspirar.com.br/wpcontent/uploads/2018/04/revista-inspirar-ms-46-602-2018.pdf>. Acesso em: 30 maio 2023.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, p. 343-351, 2012.

OLIVEIRA, J. M. P. **Efeitos da Crioterapia na Contração dos Músculos do Assoalho Pélvico em Mulheres com Incontinência Urinária de Urgência**. 2016. 25f. Artigo Científico (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Santa Cruz, 2016. Disponível em: <<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/3211>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PALMA, P. C. R., et al. **Guia de Prática Clínica da Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica**. In: Urofisioterapia: aplicações clínicas e técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 2a ed. São Paulo: AB Editora; 2014.

PEREIRA, E., et al. A influência da cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres: revisão. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.1, p.9734-9748 jan. 2021.

PEREIRA, V.; ESCOBAR, P. D. Efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática. **Rev Bras Fisioterapia**, São Carlos, v. 16, n. 6, p. 463-8, nov./dez. 2012.

PINCELI, M. G.; MOCCELLIN, A. S. Protocolos de prevenção da incontinência urinária em idosas: revisão crítica da literatura. **Revista Geriatria & Gerontologia**, [S. l.], p. 1-5, 8 maio 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v8n2a07.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PORTO, M. G.; PIMENTA, F.; ALBERGARIA, R.; LEAL, A.; MARÔCO, J.; MASCARENHAS, T.; LEAL, I. **Fatores de risco da incontinência urinária de esforço feminino**. Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, [S.l.], p. 1-11, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/340038262>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PREVIATTO, A. B.; MENDONÇA, C S L. Atuação da fisioterapia na incontinência urinária em mulheres idosas. **Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium-Araçatuba–Sp**, 2013.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO NEUROGÊNICA. **Relatório de recomendação**, [S. l.], p. 1-119, 1 ago. 2019. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_-Incontincia_Urinria_no_Neurognica_CP_47_2019.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

RETT, M.T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 29, p. 134-140, 2012.

RIGDBY, M. D. *Regaining continence after radical prostatectomy*. Nurs Stand 2013. 18(8): 39-43.

ROSA, L.; ZANINI, M. T. B.; ZIMERMAM, K. C. G.; GHISI, M. G.; POLICARPO, C. M.; DAGOSTIN, V. S.; SALVADOR, M. B. Impacto no cotidiano de mulheres com incontinência urinária. **Rev.Estima**, [S. l.], p. 1-7, 23 jul. 2016. DOI 10.5327/Z1806-3144201700030003. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/download/542/pdf/871>. Acesso em: 10 nov.2022

SALDANHA, M.E.S.; DAVANZZO, R.C; DRIUSSO P. Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. In: DRIUSSO, Patrícia; CHIARELLO, Berenice. **Fisioterapia gerontológica**. Barueri, São Paulo: Manole, 2012.

SANTAROSA, R.P.; KAPLAN, S.A. **Incontinência urinária de esforço em mulheres**. J. Bras Urol 2012. 23(2): 61-8

SANTOS, R. E. R.; VAZ, C. T. Conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde sobre a abordagem terapêutica na incontinência urinária feminina. **HU Revista**, [S. l.], p. 1-7, 31 jul. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947368/2837-18238-5-pb.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SILVA, A. R. **Estudo Biomecânico da cavidade pélvica da Mulher**. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2012.

SILVA, A. G.; CARVALHO, R. R. C.; FERREIRA, S. A.; VALENÇA, M. P.; SILVA, FILHO, J. C.; SANTOS, I. C. R. V. Incontinência urinária em mulheres: fatores de risco segundo tipo e gravidade. **Cogitare enferm. [Internet]**. 2020 [acesso em 10 nov. 2022]; 25. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/68514/pdf>>. Acesso em: 13 nov.2022.

SILVA, DE M. E M.; R. DE OLIVEIRA, A.; P. PERES, M. Os Benefícios Da Fisioterapia Pélvica Para Mulheres Com Incontinência Urinária. **Revista Cathedral**, v. 3, n. 2, p. 48-55, 5 jun. 2021.

SILVA G.C; FREITAS A.O; SCARPELINI P; HADDAD A.C.S. Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço: relato de caso. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**. v. 11 nº.25, 2014. ISSN 2318-2083 (eletrônico).

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**, [S. l.], p. 1-8, 24 mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/v5hjhktYph3SLGyv3XJ3pJJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2023.

SCIENCES, H. **Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. Organizador Paulo César Rodrigues Palma. - Campinas, SP Personal Link Comunicações, 2009. 2016.

SCHIMITH, F.M. **Abordagem fisioterapêutica no tratamento de mulheres com incontinência urinária de esforço**. 2017. 36 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes – RO, 2017.

STEIN, S. R., et al. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. **Revista de ciências médicas**, v. 27, n. 2, p. 65-72, 2019.

TAMANINI, et al, Validação do *King's Health Questionnaire* para a população portuguesa em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Ver. Saúde Pública**; 37 (2): 203-11 – 2013.

TORREALBA, F. C. M.; OLIVEIRA, L. D. R. Incontinência urinária na população feminina de idosas. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 159-175, 2012.

VARELLA, D. **Incontinência urinária**. [S. l.]: Hospital Sírio Libanês, 2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/incontinencia-urinaria/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

VIANA, E. S. R.; MICUSSI, M. T. A. B. C. Incontinência urinária feminina: da avaliação à reabilitação. In: SOUSA, Vanessa Patrícia Soares de; MELO, Amanda Celly de Andrade Moura. **Anatomo-fisiologia e fisiopatologia da incontinência urinária feminina**. [S. l.: s. n.], 2021. cap. 2, p. 39-57. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/32658/1/IncontinenciaUrinariaFeminina_Viana_Micussi_2021.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C. *Urinary incontinence and perineal muscle function in physically active and sedentary elderly women*. **Brazilian Journal of Physical T**

herapy [online].2012, v. 15, n. 4 [Accessed 8 November 2022], pp. 310-317. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1413-35552011005000014>>. Epub 19 Aug 2012. ISSN 1809-9246.

WYMAN, J.F. Incontinence and related problems. In: CHENITE, W.C; STONE, J.T; SALISBURG, S.A. **Clinical gerontolocial nursing**. Philadelphia, W. 13 – Saunders, cap.8, p. 181-201. 2012.