

O USO DE EXERCÍCIOS FISIOTERAPEUTICOS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA

THE USE OF PHYSICAL THERAPY EXERCISES IN FEMALE URINARY INCONTINENCE

Jaqueline Pereira Lima¹
Fernando Duarte Cabral²
Ana Caroline de Siqueira Soares³

RESUMO: A incontinência urinária refere-se a perda de urina de modo involuntário em geral, boa parte nas mulheres nos partos e que praticam atividades físicas, por meio da presença da lesão dos músculos responsáveis. Os exercícios fisioterapêuticos auxiliam no controle da urina. A presente pesquisa possui como objetivo verificar como a incontinência urinária envolvendo os exercícios físicos são fundamentais para o controle da urina por meio de perda involuntária. Em geral, as mulheres atingidas são de pós-parto, sendo que os músculos são lesados. A incontinência urinária possui diversas formas de serem apontadas nas mulheres, no entanto, o pós-parto é a maior intensidade entre as mulheres. As atividades que exigem muito esforço podem contribuir para a incontinência urinária, por meio dos exercícios fisioterapêuticos é possível atribuir e buscar recursos para que a mulher venha sentir confortável e sanar seu problema de saúde. A metodologia desenvolvida é de cunho bibliográfica (autores de 2007 a 2019, que abordam a incontinência urinária e o uso dos exercícios fisioterapêuticos. A incontinência urinária é um desconforto para a mulher quanto ao que faz parte do seu cotidiano, assim, os exercícios fisioterapêuticos facilitam nesse desconforto com maior segurança e confiança para a mulher.

840

Palavras-chave: Incontinência urinária. Exercícios. Mulheres incontinência.

ABSTRACT: Urinary incontinence refers to the involuntary loss of urine in general, a large part of women in childbirths and who practice physical activities, through the presence of the lesion of the responsible muscles. Physical therapy exercises help control urine. This research aims to verify how urinary incontinence involving physical exercises are fundamental for the control of urine through involuntary loss. In general, the women affected are postpartum, and the muscles are injured. Urinary incontinence has several ways to be pointed out in women, however, postpartum is the highest intensity among women. Activities that require a lot of effort can contribute to urinary incontinence, through physical therapy exercises it is possible to allocate and seek resources so that the woman will feel comfortable and cure her health problem. The metodologic developed is of a bibliographic nature (authors from 2000 to 2020, who address urinary incontinence and the use of physical therapy exercises. Urinary incontinence is a discomfort for women regarding what is part of their daily lives, thus, the exercises physical therapists facilitate this discomfort with greater security and confidence for women.

Keywords: Urinary incontinence. Exercises. Women incontinence.

¹ Acadêmica do 10º Período do Curso de Fisioterapia da UNIBRAS – Faculdade de Rio Verde. E-mail: indiagoiana@hotmail.com

² Professor Mestre do curso de Fisioterapia da UNIBRAS – Faculdade de Rio Verde. E-mail: fernandofisio2@hotmail.com

³ Professora Especialista do curso de Fisioterapia da UNIBRAS – Faculdade de Rio Verde. E-mail: carolsoaresfisio32@gmail.com

I INTRODUÇÃO

O bem-estar da mulher em relação as suas atividades pressupõe novos olhares e práticas que facilita e direciona cada proponente em prol do que assegura e torna similar para o que acarreta a incontinência urinária. A Incontinência Urinária (IU) é uma patologia conhecida pelo impacto negativo que causa em diferentes domínios da vida da mulher (falta de controle da urina), os fatores físicos, psíquicos, emocionais, atingem a todos, uma vez que a saúde urológica é prejudicada (COSTA, et.al, 2012).

A limitação social é o que incomoda e não atribui o que consagra e facilita as diversas formas de compreender, estabelecer o que de fato é significativo e relevante em toda prática do desenvolvimento de atividades para o equilíbrio da IU (SPERANDIO, et. al, 2011).

O tema foi escolhido devido à observância da grande quantidade de mulheres que relataram as características de incontinência urinária quanto ao aspecto patológico dado pós-parto (natural e cesariana) a cada dia. Estudos têm demonstrado maior incidência de IUE em mulheres com partos vaginais em relação àquelas com parto cesáreo, e maior incidência ainda em relação às nulíparas. É sabido que o trabalho de parto por si só pode provocar alterações na estática do assoalho pélvico, independentemente do tipo de parto, o que é visto como um dos principais fatores etiopatogênicos da IUE – Incontinência Urinária de Esforço (BORGES, et. al., 2010).

A consciência quanto a este número tem aumentado gradativamente graças a grande busca para a melhoria dos sintomas e assim como ocorrem muitos relatos informais (BARACHO, 2007).

Outro fator é a questão de artigos e literaturas que ampliam estudos sobre tal tema ou relacionados ao mesmo. Compreender, quais foram às razões que motivaram a busca das mulheres ao tratamento de incontinência urinária no pós-parto, bem como seria o mesmo e os procedimentos a serem tomados quanto a patologia. O público alvo da pesquisa é a comunidade científica e universitária, visando ampliar pesquisas sobre esse assunto, recorrente no país (ainda pouco procurado, por falta de conhecimento e pudor etc), além de entregar um novo olhar sobre uma possível problemática. O projeto utiliza como base artigos e literaturas encontrados em sites acadêmicos, revista, bem como livros que expliquem mais sobre a incontinência e os efeitos do pós parto na anatomia da mulher (SPERANDIO, et.al, 2011).

Os objetivos fundamentam em: averiguar o dos exercícios fisioterapêutico, para a melhoria da incontinência urinária na mulher pós parto. Expor como a fisioterapia é fundamental para o tratamento da incontinência pós-parto; Compreender a importância e relevância para o tratamento da incontinência urinária; Descrever a avaliação, com o uso fisioterapêutico para o tratamento de Incontinência Urinária pós-parto (PALMA, 2009).

A incontinência urinária nas mulheres além do desconforto associa a sua qualidade de vida, uma vez que associa as atividades sociais e físicas da mulher quanto ao seu emocional, vergonha, isolamento, depressão, vergonha, dentre outros.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

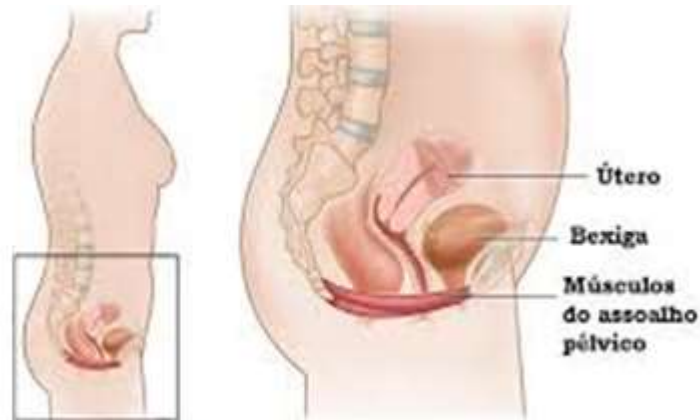
Este estudo trata-se de uma revisão de literatura sistemática, por meio de pesquisa nas bases de dados LILACS, SCIELO, livros, descritores utilizados foram: Baracho (2007), Fisioterapia aplicada à obstetrícia, AMARO, GAMEIRO, M.O. (2000), Tratamento clínico da incontinência urinária feminina: eletroestimulação endovaginal e exercícios perineais.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2000 a 2019, em ambas as línguas. Foram excluídos artigos que não estavam relacionados ao tema do trabalho, assim como os trabalhos que não apresentaram a versão completa nas bases de dados e na biblioteca pesquisada e/ou publicações que não abordavam a temática em questão ou que não atendessem ao recorte temporal estabelecido.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Anatomia

A incontinência urinária acarreta a disseminação e o que pressupõe a fundamentação do que torna preciso as diretrizes para o que se tem os dados e dinâmicas em prol das situações vivenciadas (BARACHO, 2007). De acordo com a definição da Sociedade Internacional de Continência (Internacional Continence Society), como perda involuntária de urina pela uretra, decorrente do aumento da pressão abdominal, na ausência de contração do detrusor, acarretando problemas sociais à paciente (SPERANDIO, et.al, 2011).



O trato urinário é composto pela bexiga e uretra, sendo responsável pela continência urinária. O sistema urogenital é constituído pelos sistemas urinário e genital que estão intimamente associados. Ambos desenvolvem-se a partir do mesoderma intermediário, que se estende ao longo de toda a parede dorsal (RICCI, 2019).

A bexiga como fator que encontra interligado a incontinência urinária é um órgão muscular oco situado na cavidade pélvica, posteriormente à sínfise púbica. Na mulher, ela está na frente da vagina e abaixo do útero. A forma da bexiga depende de quanta urina ela contém. Quando vazia, ela parece um balão vazio, tornando-se esférica quando levemente distendida à medida que o volume urinário aumenta. A capacidade média de armazenamento da bexiga urinária é 350 a 500 ml de urina (POLDEN; MANTLE, 2002).

A bexiga comporta-se como uma esfera oca que se enche passivamente, sem apresentar grande aumento em sua pressão interna. Em contrapartida, a uretra permanece oclusa durante essa fase de enchimento (BARACHO, 2007).

3.2 Fisiologia urinária

O aparelho urinário consiste em um conjunto de órgãos responsáveis pela manutenção dos níveis adequados de água, excreção de substâncias inúteis, perigosas, ou até mesmo em excesso no organismo. Os resíduos provenientes da atividade celular também são excretados no organismo através da urina, do suor e até mesmo da respiração (que libera CO₂) (BARACHO, 2002).

A bexiga é o órgão responsável pelo armazenamento da urina produzida pelos rins, em um adulto a bexiga possui a capacidade média de 750 ml, ela possui três camadas distintas que são a camada mucosa, a camada muscular e a camada adventícia serosa, a

primeira reveste internamente o órgão, a segunda forma a estrutura muscular do órgão e a última reveste externamente o órgão permitindo que ela deslize entre os músculos quando cheia (CASTRO; SOBOTTKA; BARETTA; FREITAS, 2012).

A formação da urina ocorre na região dos rins chamadas de néfrons. Inicialmente, ocorre o processo de filtração no interior do corpúsculo renal. O sangue que chega aos glomérulos está em alta pressão e o glomérulo atua como uma membrana semipermeável, garantindo que parte do plasma passe para o interior da cápsula (filtração). O filtrado formado é semelhante ao plasma sanguíneo, porém não possui proteínas (BARACHO, 2007).

Para iniciar o processo da micção é necessário que o córtex reconheça a repleção vesical (desejo miccional) e decida a melhor hora e momento para desencadear o esvaziamento da bexiga (PALMA, 2009). O esvaziamento acontece com a estimulação da contração do detrusor associada ao relaxamento esfíncteriano e dos músculos elevadores do ânus, permitindo que a bexiga elimine seu conteúdo através de uma inversão desse gradiente de pressão, enquanto o córtex inibe o relaxamento simpático da bexiga (BARACHO, 2007).

A uretra se encurta o que diminui a resistência do fluxo. A bexiga libera seu conteúdo sob controle voluntário dependendo diretamente de uma atividade coordenada da uretra e do músculo detrusor (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

A ativação dos receptores colinérgicos parassimpático no músculo detrusor estimula a sua contração e a micção começa (COSTA, et. al., 2012).

O reflexo da micção é um reflexo completamente autonômico da medula espinhal, mas pode ser inibido ou facilitado por centros do cérebro.

A fase de esvaziamento é a fase voluntária da micção, na qual se processa relaxamento do assoalho pélvico. Por outro lado, a contração voluntária da referida musculatura durante a micção, permite interromper o fluxo urinário (BARACHO, 2007).

4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A sua prevalência aumenta conforme a idade e diversos fatores podem contribuir para agravar o quadro: obesidade, ascite, de privação estrogênica e cirurgias anteriores (MONTELLATO, et. al, 2000).

A IU é comum em mulheres, podendo acometer até 50% delas em alguma fase da vida. IUE é a forma mais frequente de perda urinária, é descrita como a perda involuntária de urina quando a pressão intravesical ultrapassa a pressão uretral máxima na ausência de contração do músculo detrusor. É classificada em: IUE Tipo I ou Tipo anatômico ocorre uma hiper mobilidade do colo vesical; IUE Tipo II decorrente de uma deficiência esfinteriana da uretra; IUE Tipo III - ocorre com a associação dos dois tipos descritos acima (COSTA, et. al, 2012; SPERANDIO, et. al, 2011).

Os sintomas mais comuns da IUE são perder urina ao tossir, rir, espirrar e aos esforços (SPERANDIO, et al, 2011 e MONTELLATO, et. al, 2000).

Tanto para o tratamento quanto para a prevenção da incontinência, o ideal é tonificar o tal do assoalho pélvico com gestos específicos.

A incontinência urinária (IU) refere-se a uma doença que pode levar a um grande impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas, pois consiste na perda involuntária de urina. A incontinência urinária provoca alterações nas várias dimensões da vida de uma mulher, quer pelas limitações fisiológicas impostas pela doença, quer pelo confronto psicológico face à inibição social e familiar, que são associados a Qualidade de vida (QV) da mulher e sua relação com a sociedade em diversos meios e fatores que são aplicados para o reconhecimento de melhoria das ações da paciente (BARACHO, 2007).

Para Lasserre, et.al., (2009); Basak, Kok, & Guvenc (2013) a incontinência como problema orgânico apresenta nefastas a nível físico e de higiene (mau odor, vestuário molhado), psicológico (diminuição da autoestima e autoconceito com reação para o estresse, o sujeito apresenta isolamento social, profissional, possui gastos econômicos, a qualidade de vida da mulher diminui em relação ao que é vivenciado e apontado nas atividades exercidas.

A qualidade de vida das mulheres constitui no principal embate do que se tem como a incontinência urinária, estima-se que com a aplicação de atividades adequadas torna a qualidade de vida melhor destas mulheres assegurando o seu bem-estar e prática para o exercício das atividades que o envolve (perturbação cerebral, a própria infecção, as alterações das vias do sistema nervoso central, as alterações do reflexo uretrovesical e as lesões nos tecidos), as reações são adversas mediante cada situação apontada e exige a vigência de cada relevância para a sua inserção em prol dos benefícios que auxilia a mulher (WEIGEL & POTTER, 2010).

Uma das teorias mais divulgadas a respeito da incontinência urinária, é conhecida como Teoria Integral da Continência, que considera a elasticidade, posição da vagina, ligamentos, faciais e músculos como pontos centrais para explicar integralmente o mecanismo da continência urinária. Segundo esta teoria, os vários tipos de incontinência urinária são decorrentes da frouxidão da parede pélvica e de seus ligamentos (MORENO, 2004), assim, o pós parto torna com maior prevalência a caracterização de tal situação vivenciada.

A bexiga “estável” normal aumenta o seu volume para conter e armazenar o líquido que chega. A pressão atual na bexiga é uma mistura de pressão intra-abdominal na bexiga vinda de fora e a pressão exercida pela elasticidade do músculo detrusor, Na incontinência urinária, ocorre à perda do controle no processo de liberação da urina. Na mulher, este sintoma é relacionado às alterações funcionais da bexiga e/ou uretra (POLDEN E MANTLE, 2002).

Os fatores fisiológicos envolvidos na continência urinária envolvem tanto mecanismos de controle centrais quanto periféricos. Os mecanismos centrais incluem informações processadas no córtex cerebral, tronco, ponte e segmentos torácicos e sacrais da medula espinhal e exercem sensações por meio da inervação somática e autonômica para o trato urinário inferior. Os mecanismos periféricos que interferem e colaboram na continência urinária são as estruturas que compõem o trato urinário inferior (bexiga e uretra), bem como a musculatura, fâscias e ligamentos do assoalho pélvico. A continência urinária é o resultado de uma complexa interrelação entre estes dois mecanismos (PALMA, 2009).

4.1 Tratamento Fisioterapêutico

A aplicação dos protocolos de tratamento difere consideravelmente, mas a magnitude das resistências aplicadas, as durações do tempo de contração e de repouso dependem, também, de uma posição correta da bacia e de uma respiração normal (OLIVEIRA, GARACIA, 2011).

A reeducação dos músculos do pavimento pélvico (MPP), por meio dos programas de treino de fortalecimento, é considerada a primeira escolha no tratamento das mulheres com IUE, com capacidade de contrair voluntária e corretamente os MPP₁₄. Os exercícios de fortalecimento dos MPP constam de contrações voluntárias repetidas e

específicas destes músculos. Os melhores resultados foram evidenciados na IUE ligeira e moderada (MORENO, 2004).

Em relação à respiração, apesar da técnica descrita por Caufriez sobre o trabalho do assoalho pélvico na aspiração diafragmática, há variações interindividuais importantes, pois algumas mulheres contraem melhor o assoalho pélvico na expiração e outras na inspiração. O fortalecimento da musculatura pélvica está fundamentado no preceito de que movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular (RETT, 2007).

Dessa forma, os exercícios perineais são benéficos por acarretar o fortalecimento dos elementos de sustentação e por melhorar a resistência uretral. Os cones vaginais buscam efetividade por propiciar um ganho de força e resistência muscular por meio do estímulo para recrutamento das musculaturas pubiococcígea e auxiliar periférica, que devem reter os cones cada vez mais pesados.

O tratamento da IU é constituído por duas modalidades: conservador e cirúrgico. O tratamento cirúrgico não é efetivo em todos os casos, além do que ocorre recidiva dos sintomas antes de cinco anos (BERNARDES, 2000).

O tratamento conservador mais eficaz é a fisioterapia do assoalho pélvico, que através de várias técnicas desde terapia comportamental, cinesioterapia a eletroterapia, dão motivação ao paciente como sendo uma importante parte para o sucesso do tratamento. O tratamento da IUE pode ser conscientização e conhecimento da região perineal, fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (cinesioterapia), cones vaginais, *biofeedback* e a eletroestimulação (SANTOS, 2009).

De acordo com Santos (2004), os exercícios de contração voluntária do assoalho pélvico proporcionam:

- Ampliação da vascularização na região pélvica;
- Aumento da tonicidade e força da musculatura do assoalho pélvico, fazendo com que a mulher possa, pelo meio do seu comando, associado a este vigor, contrair a musculatura vaginal de forma muito significativa.
- Desenvolve a percepção e consciência corporal da região pélvica;
- Ajuda no trabalho de parto, sobretudo no momento da expulsão do bebê sem que haja uma dilaceração desta musculatura;

- Conservando este grupo muscular fortalecimento evita-se uma variedade de problemas físicos que acontecem nos períodos mais avançados da vida, devido ao enfraquecimento do músculo pubococcígeo.

Para Souza (2002), a cinesioterapia para assoalho pélvico é isenta de efeitos colaterais e morbidade, ao contrário das cirurgias. Assim, o tratamento fisioterapêutico está sendo cada vez mais utilizado devido ao seu resultado positivo no tratamento da incontinência urinária feminina.

Em 1948, Arnold Kegel criou uma série de exercícios direcionados para a musculatura do assoalho pélvico, realizados com contração voluntária que ocasiona o fechamento uretral, favorecendo a continência através do fortalecimento da musculatura perineal (RETT, 2007).



Higa, Reis, Lopes, (2013) exemplificam os exercícios que compõem o programa de Kegel para fortalecimento dos músculos perineal. No início é importante que a bexiga esteja vazia, realizar dez contrações e relaxamento com série de três, conforme paciente apresentar melhora ir aumentando sucessivamente o número de repetições e contração e relaxamento.

Para realizar os exercícios de Kegel primeiro é identificado os músculos do assoalho pélvico, segurar o xixi enquanto estiver urinando, se conseguir diminuir o jato de urina, está contraindo os músculos certos (MORENO, 2004).

Para realizar estes exercícios deve esvaziar a bexiga, fazendo xixi, e depois deverá deitar de barriga para cima e fazer essa contração 10 vezes seguidas, e depois deve

descansar por 5 segundos. Depois deve-se fazer mais 9 repetições dessa série, totalizando 100 contrações (ZACCHI; BRUSE; SOUZA, 2008).

Depois de alguns dias pode-se adicionar uma bola entre as pernas ou faixas elásticas para ajudar a manter a concentração e facilitar a realização da série completa corretamente (BARACHO, 2007).

Os cones vaginais são usados após conseguir realizar o exercícios de Kegel corretamente, o fisioterapeuta poderá indicar a introdução de pequenos cones dentro da vagina, para fortalecer ainda mais os músculos do assoalho pélvico. Os cones possuem pesos diferentes, e primeiro deve iniciar com o mais leve. Para melhores resultados o fisioterapeuta pode indicar que o exercício seja realizado em posições diferentes, sentado, deitado ou de pé, com o objetivo de não deixar o cone cair da vagina (RETT; SIMÕES; HERMANN; GURGEL; MORAIS; 2007).

Os primeiros exercícios devem ser realizados com a mulher deitada e depois a intensidade dos exercícios deve ir aumentando até que a mulher consiga manter o cone dentro da vagina por pelo menos 5 segundos na posição de pé, e depois ao realizar um agachamento, por exemplo. Um outro exercício é inserir o cone na vagina e não deixar cair enquanto caminha por 15 a 20 minutos (RICCI, 2019).

A cinesioterapia consiste no fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico através da reeducação perineal tem-se revelado apropriada numa série de mulheres com incontinência urinária, constituindo a base da terapêutica conservadora (OLIVEIRA, 2010).

Os exercícios hipopressivos exige que a mulher ao realizar esses exercícios deverá ficar sentado ou de pé, e encolher ao máximo a barriga, enquanto suga também os músculos do assoalho pélvico. Durante a realização desse exercício deverá respirar normalmente, mas para garantir que os músculos do interior da vagina estão sendo contraídos corretamente, pode-se associar ao uso da eletroestimulação (ZACCHI; BRUSE; SOUZA, 2008).

Decúbito dorsal pernas semifletidas pés no chão, expirar, colocar a pelve em retroversão e em seguida elevar as nádegas mantendo a retroversão. Repousar lentamente inspirando, desenrolando lentamente a região lombar até o solo (MORENO, 2004).

Decúbito dorsal nádegas ligeiramente elevadas com uma almofada, pernas flexionadas e cruzadas, pés no chão; sustentar entre as faces internas do joelho, elevar

assento o mais alto possível expirando, voltar à posição de partida inspirando. Decúbito dorsal, nádegas apoiadas no chão, colocar entre as pernas um medicine-balle elevar as duas pernas semi-estendidas (SPERANDIO, et. al, 2011).

Decúbito dorsal, nádegas ligeiramente elevadas, perna de apoio flexionada e que fará a elevação estendida. Realizar o exercício com as duas pernas.

Em pé, como uma bola entre as faces internas da coxa, ficar na ponta dos pés, contraindo o períneo e relaxando-o ao voltar com as plantas dos pés no chão (PALMA, 2009). Sentada com as duas pernas estendidas realizar contrações na musculatura perineal. Em pé, encostada em uma parede realizar retroversão da pelve com a musculatura pélvica contraída.

Conforme esclareceram Oliveira & Garcia (2011) o músculo é capaz de se contrair repetidamente, gerar tensão, e sustentação muscular por um período prolongado de tempo.

O *Biofeedback* é um aparelho que tem como objetivo mensurar os potenciais de ação das contrações musculares do assoalho pélvico traduzindo sua intensidade através de sinais visuais, esses sinais aumentam à medida que as contrações se tornam mais eficazes. O aparelho proporciona a conscientização e controle seletivo dos músculos do assoalho pélvico, informa a paciente por meio de sinais visuais ou sonoros (comando de voz do terapeuta) qual grupo muscular deve ser trabalhado e, portanto, potencializam os efeitos dos exercícios perineais (COSTA 2012; RETT 2007).

O uso dos exercícios pélvico pós parto para o bem-estar da mulher estímulo do recrutamento da musculatura pubo-coccigea e auxiliar periférica, que devem reter os cones progressivamente mais pesados (OLIVEIRA, GARCIA, 2011).

O método Pilates é a forma mais indicada de exercícios para trazer mais conforto durante a gravidez e ao parto, dando ênfase na estabilidade da musculatura postural e do assoalho pélvico e no fortalecimento e alongamento suave dos músculos. Ele melhora a concentração e permite desenvolver um excelente relacionamento com o corpo ao exercitar-se, o que é necessário durante a gestação (EDACOTT, 2007).

O método proporciona equilíbrio, coordenação e qualidade dos movimentos, sem sobrecarregar as articulações. Tal recurso permite a ativação dos músculos transverso do abdome, grande dorsal e assoalho pélvico. Ao ser aplicado nos músculos essenciais para a postura, melhorará a estabilidade da musculatura postural e a resistência dos músculos do assoalho pélvico (OLIVEIRA, GARCIA, 2011).

A estimulação por meio de fibras, consiste em inserir fibras aferentes desse nervo promoveria uma neuromodulação na região, inibindo as fibras aferentes do músculo detrusor, reduzindo assim a sensação de urgência miccional.

Outra forma de tratamento não invasivo é a estimulação magnética extracorpórea, baseada nos princípios de que a mudança do campo magnético pode induzir um fluxo de elétrons, o que permitiria a despolarização e a contração dos músculos do assoalho pélvico (OLIVEIRA, 2011).

A eletroestimulação é um outro recurso em que o aparelho é colocado dentro da vagina ou em volta do pênis e este emite uma leve corrente elétrica, totalmente suportável, que realiza a contração do períneo involuntariamente. Estudos têm comprovado que este não traz um grande benefício no tratamento, mas pode ser de grande ajuda para as mulheres que não sabem exatamente que músculo devem contrair, sendo uma boa opção para as primeiras sessões (RICCI, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero o presente estudo que o exercício fisioterápico orientado reduz a incontinência urinária, por meio de melhoria da qualidade de vida da mulher por meio do controle de retenção e micção.

O exercício fisioterápico auxiliam no controle da incontinência urinária. Portanto, é essencial para a melhoria de sua qualidade de vida.

Com a utilização dos exercícios fisioterapêuticos a incontinência urinária tende a manter o equilíbrio e favorecer bem como estabelecer novos olhares quanto ao que é vivenciado pela mulher, oferecendo-lhe maior conforto. Sendo assim, os resultados são de satisfação para a qualidade de vida da mulher.

Portanto, a incontinência urinária é controlada com o uso dos exercícios fisioterapêuticos, os quais beneficiam e auxiliam na qualidade de vida da mulher, evita constrangimentos e assim, o seu bem-estar na sociedade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. T., MICUSSI, B. C., SOARES, E. M. M., LEMOS, T. M. A. M., BRITO, T. N. S., SILVA, J. B., & MARANHÃO, T. M. O. (2011). Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-

menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, 33(2), 70-74, 2011. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n2/v33n2a03>

AMARO, J.L, GAMEIRO, M.O. **Tratamento clínico da incontinência urinária feminina: eletroestimulação endovaginal e exercícios perineais**. Botucatu: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina; 2000.

AREND, M.G.P, FERNANDES, W.V.B, AREND, G. Uso do biofeedback na incontinência fecal e dissinergia do assoalho pélvico. **Relato de Caso**, 2009.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia: Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**, 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4. ed. revisada e ampliada, 2006.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

852

BASAK, T., KOK, G., & GUVENC, G. (2013). **Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: A synthesis of the literature**. *International Nursing Review*, 2009.

BERNARDES, N.O, PÉRES, F.R, SOUZA,E.L.B.L, SOUZA, O.L. **Métodos de Tratamento Utilizados na Incontinência Urinária de Esforço Genuína: um Estudo Comparativo entre Cinesioterapia e Eletroestimulação Endovaginal**.*Revista BGO* ,v. 22, nº 1, 2000.

BOTELHO, F., SILVA, C., & CRUZ, F. (2007). **Incontinência urinária feminina**. *Acta Urológica*, 2, 79-82.

BORGES, J. B. R. **Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo**. Jundiaí: FMJ, 2010. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0192.pdf>. Acesso em 10 de dez. 2020.

CASTRO, L.A.; SOBOTTKA, W.; BARETTA, G.; FREITAS, A.C.T. Efeitos da cirurgia bariátrica na função do assoalho pélvico. **ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.** v.25 n.4 São Paulo out./dez. 2012.

COSTA, A.P, SANTOS F.D.R.P. Abordagem da fisioterapia no tratamento da incontinência urinaria de esforço: revisão da literatura, **Revista FEMINA** Março/Abril, vol, 40, nº 2, 2012.

EDACOTT, J. **Pilates para grávidas**. São Paulo: Grã-Bretanha, 2007.

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes, REIS, Maria José dos. **Fatores de risco para incontinência urinária na mulher**, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41723/o>. Acesso em: out. 2020.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. de M.; REIS, M. J. dos.. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm USP**, 2008; 42(1):187-92.

LASSERRE, A., PELAT, C., GUÉROULT, V., HANSLIK, T., CHARTIER-KASTLER, E., BLANCHON, T., & BLOCH, J. **Urinary incontinence in French women: Prevalence, risk factors and impact on quality of life**. *European Urology*, 2009.

MESQUITA L.A, CÉSAR P.M, MONTEIRO, M.V.C, SILVA FILHO A.L. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor, **Revista FEMINA**, volume 38, nº 1, Janeiro, 2010.

MONTELLATO, N; BARACAT, F.; ARAP S. **Uroginecologia**. São Paulo: Roca, 2000.

MORENO, A.L. **Fisioterapia em uroginecologia**. Manole: São Paulo; 2004.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 343-351, jun. 2011;

OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.56, n.6, p.688-690, 2010;

OLIVEIRA, J.R, GARCIA, R.R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro,14(2):343-351, 2011.

PALMA, P. Urofisioterapia. **Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. Editor Paulo Palma, 2009.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2002.

854

RETT, M.T, SIMÕES, J.A, HERRMANN; V., GURGEL, M.S.C, MORAIS, S.S. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev Bras Ginecol Obstetr**, 2007.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno neo-natal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2019.

SPERANDIO, F.F. et. al. Qualidade de vida em mulheres climatéricas com e sem perdas urinárias atendidas nas redes pública e privada de saúde. **Fisioterapia Brasil**, v.12, p. 9-13, 2011.

SOUZA, E.L.B.L. **A reeducação da musculatura do assoalho pélvico como método de tratamento conservador da Incontinência Urinária**. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.

SANTOS, E. S. et al. Incontinência urinária entre estudantes de educação física. **Rev. EscEnferm USP**, v. 43, n.2, p. 307-312, 2009.

SANTOS, P.F. D, et. al.. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2004.

SILVA, L; LOPES, MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 72-78, mar. 2009.

SILVA, L. H. et al. Relação da incontinência urinária de esforço com a prática de atividade física em mulheres nulíparas. **Salusvita**, v.25, n.2, p.195-218, 2005.

VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. **FisioterMov**, v. 25, n. 3, p. 571- 582, 2010.

855

ZACCHI; A.S, BRUSE; C.F, SOUZA; R.M.N. Utilização da cinesioterapia na incontinência urinária de esforço. **Fisio Terapia**, 2008 set/out.

WEIGEL, K. A., & POTTER, C. K.. Avaliação do sistema renal. In F. D. Monahan, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. J. Green (Eds.), **Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença**. 8. Ed. Vol. 2, 2010.