



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

TATIANE SERRA RODRIGUES

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA EM IDOSAS**

ARIQUEMES – RO

2018

Tatiane Serra Rodrigues

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA EM IDOSAS**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharelado em Fisioterapia.

Profª Orientadora: Esp. Jéssica Castro dos Santos.

Ariquemes/RO

2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

R696a RODRIGUES , Tatiane Serra.

Atuação da fisioterapia na incontinência urinaria em idosas. / por Tatiane Serra Rodrigues . Ariquemes: FAEMA, 2018.

45 p.; il.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Fisioterapia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Esp. Jéssica Castro Dos Santos .

1. Fisioterapia. 2. Incontinência Urinária. 3. Qualidade de Vida. 4. Idosos. 5. Mulher. I Dos Santos , Jéssica Castro. II. Título. III. FAEMA.

CDD:615.82

Bibliotecário Responsável
EDSON RODRIGUES CAVALCANTE
CRB 677/11

Tatiane Serra Rodrigues

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA EM IDOSAS**

COMISSÃO EXAMINADORA

Monografia apresentada ao curso de graduação em Fisioterapia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

Prof^a. Orientadora Esp. Jéssica Castro dos Santos
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp. Cristielle Joner
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^o. Esp. Luiz Fernando Schneider
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 22 de novembro de 2018.

A minha família e meu noivo, que sempre me apresentaram a Deus em suas orações e estiveram presentes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer á Deus por até aqui ter me conduzido, agraciado com essa oportunidade, dado força para chegar até aqui. Os meus pais Jurandir dos Santos e Marli Serra que sempre me apoiaram, quero deixar aqui minha imensa gratidão ao apoio que me deram nessa jornada, meus irmãos que me passaram forças.

De maneira alguma poderia deixar de agradecer meu noivo Tiago Souza Fonseca, quando o desespero batia a angústia e o medo sempre tinha um abraço, uma palavra amiga um conselho, e fazia-me ver outro lado das dificuldades teve paciência, me suportou nos momentos de stress, quando eu pensava que não suportaria somente com um simples gesto de carinho e palavras me passava confiança ,força e vontade de vencer, muito obrigada meu amor.

As minhas Amigas e amigos, em especial Marialice Gyarakí, Maria Geralda de Andrade e Aline Lindner, vocês também foram uma conquista para mim, pois, não existe nada mais gratificante que saber que existe pessoas á qual torce por você, vocês são pessoas que tenho imenso carinho e amor, não a considero como amigas mais sim como irmãs, sou grata pelo privilégio de ter conhecido e ter amizade de pessoas como vocês.

Sabemos que não existem alunos se não houver professores, portanto, o meu muito obrigada a todos em especial minha orientadora Jéssica Castro por sua dedicação, paciência e carinho no decorrer dessa jornada. Só tenho agradecer por ter feito parte da minha vida, e tenha certeza de que tudo o que aprendi, irei levar por toda a á vida.

“Determinação, coragem e auto-confiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

RESUMO

As afecções do assoalho pélvico são situações que acometem mulheres em diferentes idades, porém, aquelas que se encontram no período do climatério, assim como mulheres que teve filhos em parto normal e com avança da idade, se tornam mais suscetíveis. A incontinência urinária (IU) é qualquer perda involuntária de urina, clinicamente comprovada responsável por causar problemas sociais e higiênicos podendo variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Contudo, sabemos que IU não faz parte do envelhecimento fisiológico, porém é notável o aumento da prevalência entre as idosas, que vem causando um impacto na qualidade de vida, com o passar dos anos ocorre à diminuição da capacidade vesical, diminuição do tônus muscular e devido à diminuição de estrogênio ocorre às contrações involuntárias. A fisioterapia atua na prevenção da IU, na interação das mesmas na sociedade, buscando melhorar a sua qualidade de vida. Trata-se de uma revisão bibliográfica, coerente e atual na qual buscou sobre a IU em idosas com critérios de inclusão trabalhos científicos na língua portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2000 a 2017 que abordasse sobre o tema, critérios de exclusão trabalhos publicados que não correspondiam com ano de publicação e o idioma supracitado, além de artigos que estivessem restritos sem livre acesso. Este estudo tem por objetivo de identificar atuação da fisioterapia na incontinência urinária em idosas através técnicas especifica comprovadas mediante a estudos científicos.

Palavras chave: Incontinência urinaria; qualidade de vida; fisioterapia.

ABSTRACT

Pelvic floor conditions are situations that affect women at different ages, but those who are in the climacteric period, as well as women who have children in normal labor and with advancing age, become more susceptible. Urinary incontinence (UI) is any clinically proven involuntary loss of urine responsible for causing social and hygienic problems. It can range from an occasional escape to a total inability to hold any amount of urine. However, we know that IU is not part of physiological aging, but it is remarkable the increase in the prevalence among the elderly, which has been causing an impact on the quality of life, with the passing of the years occurs to decrease the bladder capacity, decrease in muscle tone and due to to the decrease of estrogen occurs to the involuntary contractions. Physiotherapy works in the prevention of UI, their interaction in society, seeking to improve their quality of life. This is a coherent and current bibliographical review in which I searched for UI in the elderly with criteria for inclusion of scientific papers in the Portuguese and English languages published between the years 2000 and 2017 that dealt with the subject, exclusion criteria published works that did not correspond with year of publication and the aforementioned language, in addition to articles that were restricted without free access. This study aims to identify physiotherapy in urinary incontinence in the elderly through specific techniques proven through scientific studies.

Key words: Urinary incontinence; quality of life; physiotherapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Parte ósseas da pelve.....	15
Figura 2 - Tipos de pelve.....	16
Figura 3 - Ligamentos que garantem estabilidades durante os movimentos fisiológicos da pelve.....	17
Figura 4 - Músculos superficiais do assoalho pélvico.....	19
Figura 5 - Músculos componentes do assoalho pélvico.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS

IU – Incontinência urinária

IUE – Incontinência urinária de esforço

IUU – Incontinência urinária de urgência

IUM – Incontinência urinária mista

QV – Qualidade de vida

KHQ – King' Shealth Questionnaire

SNC – Sistema Nervoso Central

SUMÁRIO

RESUMO	6
INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA	14
4. REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1. PELVE FEMININA.....	15
4.1.2 LIGAMENTOS ARTICULARES DA PELVE	17
4.1.3 ASSOALHO PÉLVICO	18
4.4. MECANISMO DE MICÇÃO.....	21
4.4.1 MECANISMO DE CONTINÊNCIA E INCONTINÊNCIA.....	22
4.5. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	24
4.6. DIAGNÓSTICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E TRATAMENTOS CLÍNICO	26
4.7 QUALIDADE DE VIDA NAS IDOSAS PORTADORAS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO.....	30
4.8. ATUAÇÃO FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA UINÁRIA	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é determinada como uma situação que ocorre perda involuntária de urina, clinicamente atestada, ocasionando problemas sociais ou higiênicos, sendo capaz de variar de um escape ocasional até mesmo uma incapacidade total para a urina. (FRIGO et al, 2014; FREITAS et al, 2002).

Inúmeros são os fatores relacionados ao avanço da IU, exibindo-se a idade, raça, paridade, tipo de parto, índice de massa corpórea, estado hormonal, uso de medicações, de álcool e de cafeína, comorbidades como: associação com a hipertensão arterial e a situação socioeconômica. (CASTRO et al, 2008)

A IU agrava inteiramente a vida das pessoas, se torna uma condição que pode gerar sérias consequências de saúde, bem como, problemas sociais, psicológicas e econômicas, acometendo a qualidade de vida (QV). (VIEGAS K et al, 2009).

A incontinência urinária de esforço (IUE) é frequentemente encontrada no pós-parto vaginal, arremetendo cerca de, 15% a 30% das mulheres. Essa variação na prevalência quanto a IU se explica através de diferentes investigações realizadas no pós-parto. Em algumas mulheres, a IU no pós-parto é um problema que interrompe as suas atividades diárias e ocasionando um impacto negativo na qualidade de vida. (OLIVEIRA et al, 2011).

Algumas alterações podem ser decorrentes do processo de envelhecimento podem favorecer para o desenvolvimento de incontinência urinária na velhice. O processo de envelhecimento, como fenômeno isolado, não motiva, mas induz a mutações anatômicas e funcionais que contribui para problema. É importante ressaltar que a incontinência urinária não é um diagnóstico, porém, sim um sintoma. (BEREK et al, 1998).

Sinais e sintomas típicos da incontinência urinária são: aumento da constância miccional, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, perda de urina ao esforço, incontinência no intercurso sexual e infecções urinárias. (MELO et al, 2012).

A fisioterapia atua como tratamento conservado efetivo na IUE que por meio de diversas técnicas desde reeducação comportamental, á cinesioterapia e eletroterapia, que proporcionam motivação ao acometido, sendo uma importante

chave para o sucesso do tratamento da IUE, atuam desde a compreensão e consciência da região perineal, ao fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. (HONÓRIO, 2009).

Justifica-se a realização deste trabalho, devido o aumento do número de idosas de acordo com os dados (OMS), dentre estas idosas pesquisas revelaram que a IUE acomete principalmente as mulheres a partir do período do climatério correspondente ao processo fisiológico de envelhecimento e a diminuição da produção hormonal hipoestrogenismo, causando diminuição do tônus muscular do assoalho pélvico, tal acometimento gera alterações significativas na qualidade de vida destas mulheres, portanto, o tratamento terapêutico mostrou-se efetivo na redução das consequências causadas pela IUE em idosas.

Este trabalho tem como objetivos identificar a atuação da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a atuação da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre a anatomia do assoalho pélvico;
- Descrever o mecanismo da micção e mecanismo de continência e incontinência;
- Elucidar a incontinência urinária em idosas;
- Identificar a atuação da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária em idosas.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, coerente e atual na qual buscou sobre, pelve feminina, anatomia do assoalho pélvico, mecanismos de micção mecanismo de continência e incontinência e fortalecimento do assoalho pélvico com objetivo de identificar atuação da fisioterapia na incontinência urinária em idosas.

Os critérios de inclusão foram trabalhos científicos nos idiomas da língua Portuguesa e Ingleses publicados nos anos de 2000 á 2018, pertinentes ao tema e que fossem de livre acesso, porém ressalva-se que obras clássicas com anos anteriores foram consideradas devido a sua importância para o enriquecimento do estudo.

Foram realizadas buscas nas fontes bibliográficas nas plataformas indexadas digitais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); PubMed; Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico além de obras de acervos pessoais e da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, na cidade de Ariquemes – RO.

Os critérios de exclusão foram trabalhos publicados que não correspondiam com ano de publicação e o idioma supracitado, além de artigos que estivessem restritos sem livre acesso.

Palavras chaves: incontinência urinária, fisioterapia, qualidade de vida.

Keywords: Urinary incontinence; quality of life; Physical Therapy Specialty.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PELVE FEMININA

A Pelve é constituída por 4 estruturas ósseas (Figura1), formando a sustentação óssea do períneo, sendo composta por dois ossos íleos, o sacro e o cóccix, os dois se articulam entre si. Ainda com equiparação com o mesmo autor, o períneo é formado por mais dois triângulos sendo um anterior e outro posterior, que forma a uretra, vagina e espaço retal onde localiza o ânus. (CALAIS- GERMAN, 2005).

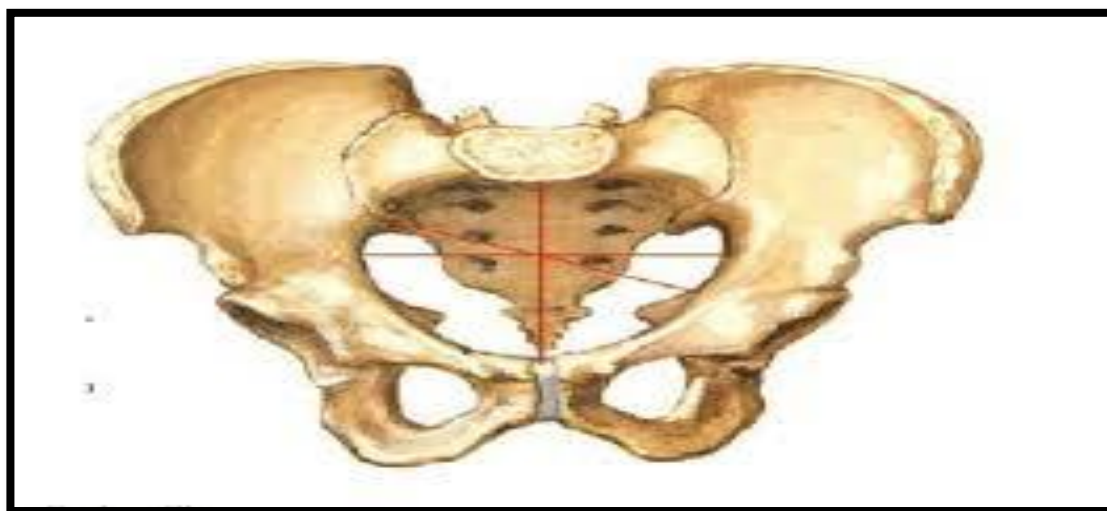


Figura1- Parte óssea da pelve
Fonte: adaptado de SOARES, (2013)

A pelve possui duas articulações: 1) sacros ilíacas sendo sinoviais, na parte sacral a superfície articular são recobertas de fibrocartilagem, e a parte ilíaca por cartilagem hialina; 2) articulação da sínfise púbica é composta por um disco Interpúbico de fibrocartilagem composta de uma articulação cartilaginosa. (STEPHENSON; CONNOR, 2004).

De acordo com Baracho (2007), a pelve é composta pela porção inferior do tronco e abrange uma posição intermediária entre o tronco e os membros inferiores.

Conforme preceitua Peloso Junior e Gaberlotti (2009), a constituição da pelve humana tem como principal função a proteção dos órgãos pélvicos, e também promover a transmissão de peso do tronco para membros inferiores quando o corpo encontra-se em posição ortostática.

Junior Osvaldo e Junior Silvio, (2009) relata que anatomicamente a pelve tem duas subdivisões: 1) pelve maior ou falsa, onde aloja as vísceras abdominais; 2) pelve menor ou verdadeira ou pelve obstétrica que abriga os órgãos internos do aparelho urogenital. No contexto clínico há uma classificação dos dois tipos de pelve que varia na forma e abertura superior, apresentando 4 tipos diferentes conforme apresenta a Figura 2

A - Pelve Antropoide: Possui uma forma oval, estreita e pontuda; encontrada em alguns homens e em 23,5% em mulheres de cor branca, 40,5% em mulheres de cor negra.

B - Pelve Ginecoide: Abertura superior apresenta uma forma ligeiramente oval, vista como o tipo de pelve mais comum com formato redondo e amplo ideal para partos normais; encontrada em 43% em mulheres de cor branca e negras.

C - Pelve Androide: formato relativamente pequeno, estreito em formato e cunha; 32,5% das mulheres de cor branca e 15,7% de mulheres negras apresentam.

D - Pelve Platipelóide: Apresentando formato raso, achatado e plano, é um tipo de pelve rara, portanto apresenta 2,6% em mulheres brancas e 1,7 em mulheres negras.

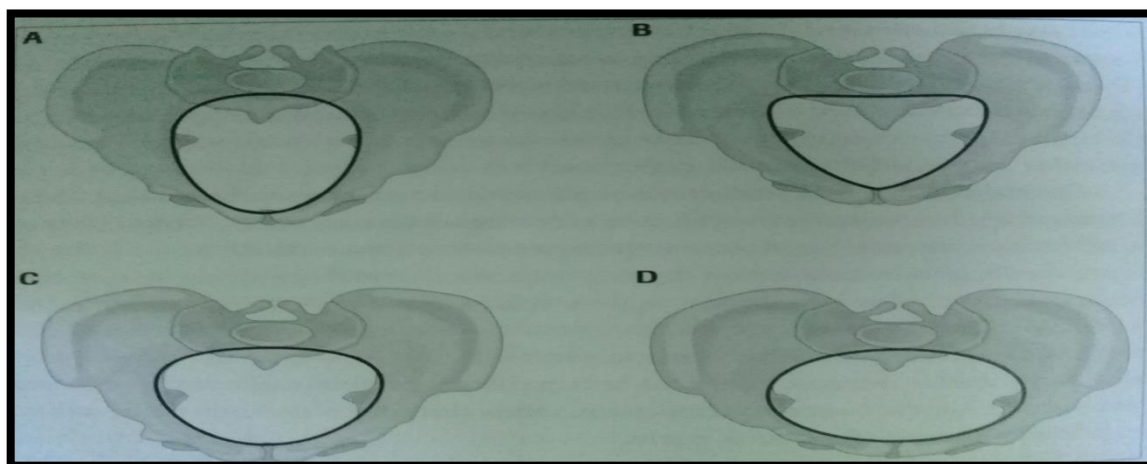


Figura 2 – Tipos de pelve: A. Pelve tipo Antropoide; B. Pelve tipo Andróide; C. Pelve tipo Ginecóide; D. Pelve tipo Platipelóide

Fonte: JUNIOR OSVALDO; JUNIOR SILVIO, (2009)

Na pelve são encontradas diferenças entre os tipos de sexos relacionados ao esqueleto, de forma notável e típica entre as características pelves feminina e masculina. Mesmo as duas apresentando o mesmo desenvolvimento e a mesma adaptação de locomoção, a pelve feminina possui acomodações especiais durante a gravidez e parto. (JUNIOR OSVALDO; JUNIOR SILVIO, 2009).

4.1.2 LIGAMENTOS ARTICULARES DA PELVE

A pelve é estabilizada através de ligamentos, articulações e músculos. Esses ligamentos agregam as partes ósseas de pelve fornecendo mobilidade e firmeza para região que suporta as forças as quais estão sujeitas no instante em que se locomove Figura 3. (MORENO, 2009).

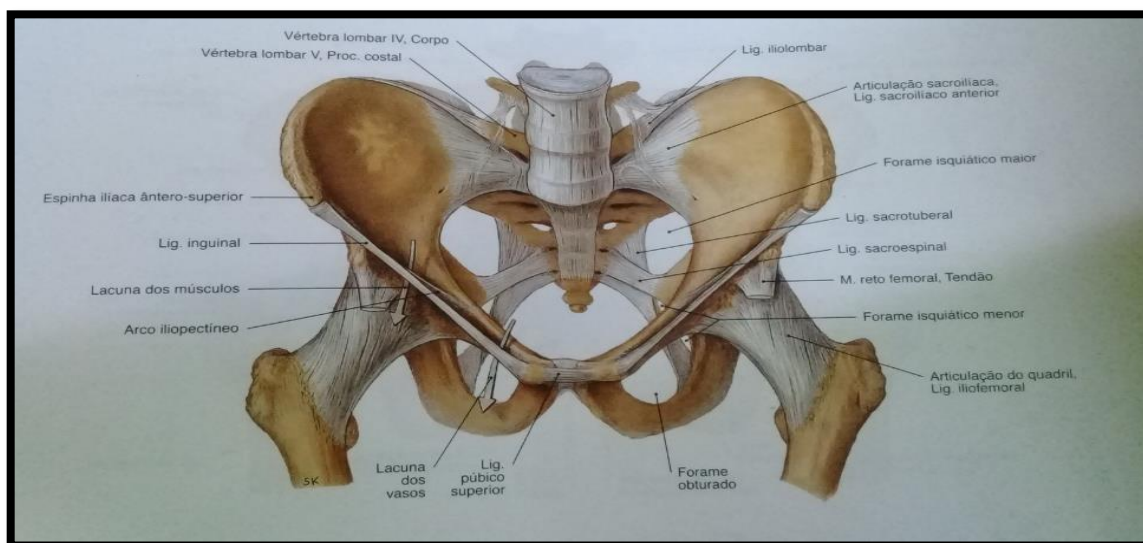


Figura - 3: Ligamentos que garantem a estabilidade durante os Movimentos fisiológicos da pelve
Fonte: MUNCHEN, (2006)

Segundo Baracho, (2007) os movimentos fisiológicos normais são motivados através da mecânica articular do quadril e região lombar. O mesmo autor afirma que, os ligamentos que garantem a estabilidade da pelve, conforme explica o quadro 2.

Ligamentos Ileolombares.	Junção do íleo e do ísquio limita principalmente a inclinação do tronco.
Ligamentos Sacroilíacos Anteriores.	Imobiliza a articulação sacroilíaca e limita o movimento de natação.
Ligamentos Sacroilíacos Posteriores.	Imobiliza a articulação sacroilíaca e limitam o movimento contra natação.
Ligamentos Sacrotuberal e Sacroespinhal	Inserem – se no sacro, na espinha isquiática e no ísquio.

Quadro 2: Ligamentos articulares da pelve

Fonte: adaptado de BARACHO, (2007)

Os ligamentos e os músculos do tronco e do quadril oportuniza a fixação da articulação sacroilíaca juntamente com os músculos eretores da coluna, multífidos lombar, oblíquo interno e externo, reto abdominal, transverso do abdome, glúteo máximo, bíceps femoral, grande dorsal. Vários desses músculos são ligados de forma diretamente a fáscia toracolombar assim como grande dorsal, glúteo máximo, eretores da coluna, oblíquo interno e transverso do abdome e fornecem a estabilidade dinâmica pélvica. (LEMOS, 2017).

4.1.3 ASSOALHO PÉLVICO OU PERÍNEO

O assoalho pélvico ou períneo tem como definição um conjunto de músculos, ligamentos e fáscias, que uni a pelve. Nele encontram-se as três aberturas a uretra, a vagina e o ânus. No entanto, o seu principal objetivo é dar sustentação as vísceras pélvicas e abdominais, conservar as funções fecais e urinarias, bem como, participar da função sexual e permitir a passagem do bebê no parto normal. (SOUZA, 2009).

O assoalho pélvico é composto basicamente pelo diafragma pélvico em forma de funil, constituído por quatro (4) músculos sendo dois músculos levantadores do ânus e dois músculos coccígeos. (MOURA, 2015).

Nesse sentido a parte inferior do assoalho pélvico denota duas aberturas, no plano mediano. A abertura posterior é uma comporta onde o reto passa através do

diafragma da pelve; a anterior é uma comporta de passagem para a uretra e vagina, através da pelve e logo mais, pelo diafragma urogenital. (HALBEN, 1995).

Conforme o entendimento de Galhardo e Katayama (2009) o períneo é composto por dois (2) diafragmas pélvico, diafragma urogenital e fáscia endopélvica, que favorece suporte as vísceras abdominais e pélvicas.

O diafragma pélvico salienta outras funções, como a transmissão de pressão para da bexiga para a uretra, o que faz com que a pressão uretral mantenha superior á pressão vesical, oportunizando o mecanismo de continência. (BARACHO, 2007).

Para Baracho (2007), o diafragma pélvico integra essencialmente por três (3) componentes que instituem a camada superior formado pelo músculo pubococcígeno e elevador do ânus participam da continência, os músculos longitudinais dos anus na camada intermediária, estabelecem as angulações do reto, vagina e corpo visceral, portanto, à camada inferior propicia a sustentação, ao diafragma urogenital.

As estruturas que se localizam entre o peritônio e a vulva (bexiga, uretra, e músculos do assoalho pélvico) constituem o assoalho pélvico, como mostra a Figura 4. (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2011).

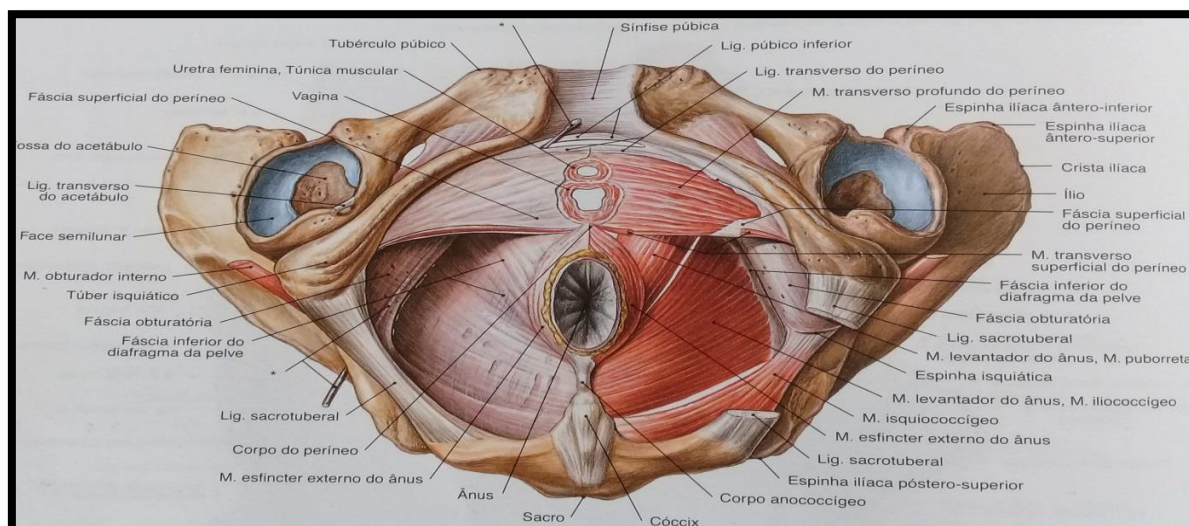


Figura 4 – Músculos superficiais do assoalho pélvico

Fonte: Putz (2006)

Segundo Baracho (2007), o levantador do ânus é um músculo vasto e delgado que concebe três músculos: pubococcígeo, puboretal e ileococcígeo, que medialmente tem como função de fecha a vagina, a uretra e reto. Caracteriza a musculatura profunda que oferece suporte aos órgãos pélvicos, colaborando para o processo de micção e defecação. No entanto fazem parte dessa porção profunda os consecutivos músculos: pubococcígeo, puborretal, ileociccígeo, transverso profundo do períneo e esfíncter da uretra. A parte superficial é integrada pelos músculos isquiocavernoso, transverso superficial do períneo, bulbocavernoso e esfíncter do ânus, como se observa na (Figura 6).

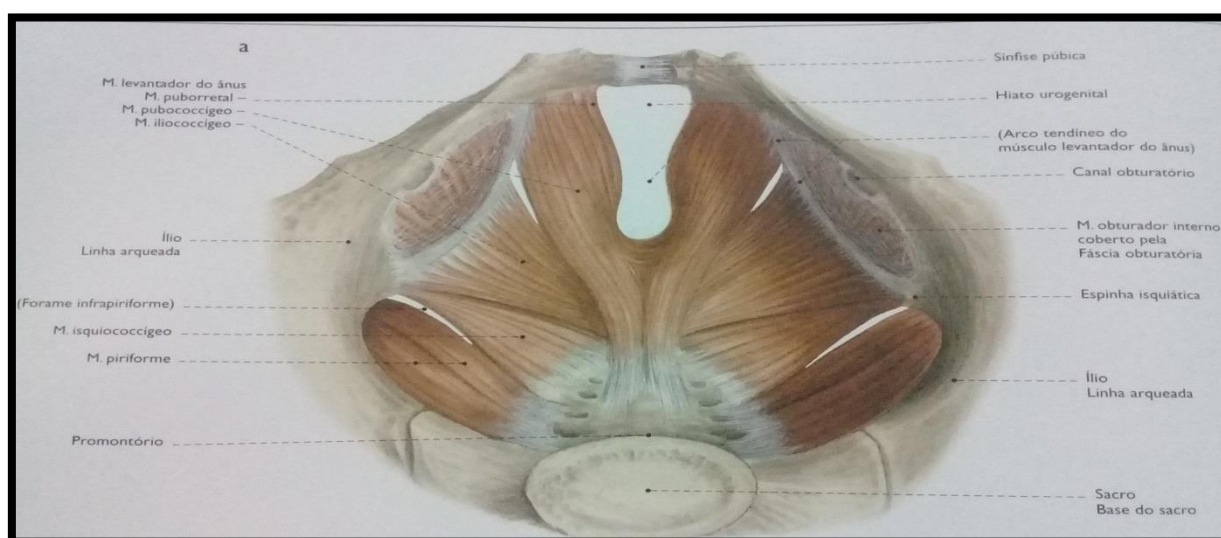


Figura 5 – Músculos componentes do assoalho pélvico
Fonte: MAIER, (2006)

Retzky et al., (2000), aponta que o sistema de fechamento uretral corresponde á três pequenos músculos esqueléticos que cingem a uretra. O músculo esfíntérico uretral (esfíncter da uretra) é mais próximo e, mas supremo desses músculos, que constitui de fibras musculares estriadas do tipo I (contração lenta) e inclui cerca porção superior da uretra. Este músculo gera pressão de fechamento na uretra e é relevante na preservação da continência. Sendo os outros dois músculos compressores da uretra e o uretrovaginal, que compreende a porção distal do esfíncter uretral externo.

Na constituição da musculatura do assoalho pélvico encontram-se dois tipos de fibras 70% do tipo I (fibras de contração lenta) e trinta por cento (30%) fibras tipo

II (fibras de contração rápida). Desse modo as fibras do tipo I são responsáveis por controlar as ações antigravitacionais dos músculos do assoalho pélvico, sustentando o tônus constante e a manutenção da continência no estado de repouso. As fibras do tipo II são recrutadas quando ocorre o aumento súbito da pressão abdominal proporcionando o aumento da pressão de fechamento uretral (POLDEN, 2002).

O desempenho da bexiga é coordenado através de sistemas complexos de nervos onde se aglomera no triângulo, que compreende: sistema nervoso central, sistema nervoso periférico e estruturas que compõem o trato urinário. Essas interações entre estas ordens constituem um equilíbrio dominado e harmônico propiciando a continência urinária. (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007).

4.4. MECANISMO DE MICÇÃO

A bexiga urinária é um órgão muscular liso, que tem como função de servir como um reservatório de urina, devido a sua contração e expelir toda urina que se encontra armazenada até a uretra (BARACHO, 2007).

De acordo com Polden et al., (2002), o sistema urinário compõe-se de dois rins que eliminam a urina, dois canais urinários que transportam a urina até a bexiga onde, no entanto é armazenada, através da uretra, ocorre o transporte da urina para fora do corpo.

Ao incidir o desejo do ato de micção, estímulos são enviados até ao córtex, ocorre assim a liberação da urina. Portanto, esse processo é regulado pelo sistema nervoso central (SNC), centros de micção são localizados na ponte e medula espinhal nos ramos T10 a L2 do sistema nervoso simpático, e S2 a S4 do sistema nervoso parassimpático. Aparentemente parece ser simples, porém, o ato de micção envolve toda uma influência de estruturas complexas, como por exemplo, o sistema nervoso central, sistema nervoso periférico e as estruturas contidas no trato urinário. (GALHARDO; KATAYAMA, 2009). A interação dessas estruturas promove um equilíbrio (concordância) harmônico, motivando a continência urinária. (SOUZA, 2002).

4.4.1 MECANISMO DE CONTINENCIA E INCONTINÊNCIA

A continência urinária é a resultância de uma complexa aproximação entre estes dois mecanismos. Os fatores associados à continência urinária compreendem tanto mecanismos de controle centrais quanto periféricos. (SILVA et al, 2003).

Ramos et al., (2006), assegura que o trato urinário inferior tem a função de armazenar a urina de forma adequada sob pressão intravesical sem haver a perda, eliminação urina de maneira adequada com períodos corretos ou apropriados. O mesmo assegura ainda que a função vesical distingue em enchimento, coordenado pelo sistema nervoso parassimpático.

Girão, Bortolini e Castro (2009), certifica que os principais níveis de controle miccionais baseiam-se em comandados como:

- Córtex cerebral e lobo frontal: denomina voluntariamente a micção e ação, coíbe os reflexos de contração do desustror da bexiga ao decorrer do enchimento vesical;
- Substância reticular ponto mesocefálica: constitui de impulsos aferentes e eferentes do trato urinário no tempo de enchimento vesical além de agir causando uma inibição do centro sacral da micção.
- Núcleos da base: Provoca inibição das contrações do músculo desustror, intervindo no esvaziamento vesical; sistema límbico age influenciando no desempenho do trato urinário;
- Cerebelo: comanda vários músculos durante o ato de micção; medula sacral envia estímulos sensoriais aferentes estabelecendo o arco reflexo entre o desustror e o sistema esfinteriano da uretra.

A continência basilar é formada por uma rede de sustentação complexa composta pelos ligamentos dos músculos elevador do ânus em companhia com a fáscia endopélvica que cerca a vagina a porção distal da uretra, traciona rumo ao púbis e achatando – o encontro à fáscia e a parede vaginal no decorrer da contração muscular, sustentando, à luz uretral ocluída. (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007). De acordo com os mesmo autores os danos ocasionados ao assoalho pélvico devido à gestação e o parto, dentre outros, provocam disfunção da musculatura como, por exemplo, a IU podendo a agravar após a menopausa.

De acordo com Scarpa et al., (2006), os distúrbios urinários são comuns principalmente em mulheres, o que gera restrições e constrangimentos em públicos, todos esses fatores contribuem negativamente na sua qualidade de vida.

A IU se classifica em Incontinência Urinária de Esforço, Incontinência Urinária de urgência e Incontinência Urinária mista, conforme explica o quadro 3: (MONTELLATTO; BARACAT; ARAP, 2000).

Incontinência urinária de esforço (IUE):	É a perda urinária involuntária, é situações que provoca aumento de pressão abdominal, na mediante a ausência de atividade contrátil do detrusor, pode ocorrer durante a pratica de exercício físico, tosse ou espirro.
Incontinência urinária de urgência (IUU):	Perda urinária é seguida por forte desejo de urinar, aumento da frequência e noctúria.
Incontinência urinária mista (IUM):	Quando apresenta incontinência de esforço e urgência, simultaneamente.

Quadro 3: Classificação dos tipos de incontinência urinaria
Fonte: adaptado de BARACHO (2007).

Os fatores de risco da IU são multifatoriais. O estudo epidemiológico permitiu identificar os fatores de risco que alguns autores sintetizam: fatores intrínsecos; fatores obstétricos e ginecológicos. Entre os fatores intrínsecos podemos destacar os seguintes: a raça, história familiar e anormalidades anatômicas e neurológicas. Os fatores obstétricos e ginecológicos expõem em especial à gravidez, parto, paridade, efeitos colaterais da cirurgia pélvica e radioterapia, como cirurgia de correção de prolapsos. (MASCARENHAS, 2011).

A avaliação é um método realizado pele fisioterapeutas entre outros profissionais da saúde, a fim de obter conhecimentos sobre historia clínica do paciente. Onde, é necessário conter informações sobre as gestações, tipo de parto, sintomas, quanto tempo dura, frequência das perdas, gravidade, hábitos intestinais e sintomas associados como por exemplos: (urgência, frequência urinária, noctúria, disúria e esvaziamento incompleto). Deve-se atentar para presença de obesidade,

condição hormonal, relato de tabagismo, ingestão hídrica diária, atividade física e atividade sexual, emprego de medicamentos especialmente aqueles que exercem ação no SNC e trato urinário inferior, além de histórico de cirurgias prévias. (LEMOS, 2017).

4.5. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E INCONTINÊNCIA E URINÁRIA

O envelhecimento humano procede com acompanhado de um esgotamento físico funcional do corpo e mente, assim como a diminuição das respostas fisiológicas. Isto contribui para alterar a qualidade de vida das pessoas com evolução do progresso de envelhecimento, especialmente, a independência e autonomia. Diante das alterações do processo de envelhecimento podemos citar a incontinência urinária, a mesma possuir múltiplas etiologias de grande complicação terapêutica, propiciando um impacto na qualidade de vida dessas pessoas. (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

O envelhecimento é um processo multifatorial direcionado pelo declínio fisiológico, biofísico e funcional dos órgãos, possibilitando a suscetibilidade às doenças crônicas e degenerativas, exibindo características próprias em diferentes indivíduos. (FREITAS et al, 2006).

De acordo Papaléo Netto e Ponte Jr (2005), as doenças conseguem incentivar com maior exuberância as modificações do envelhecimento que conseqüentemente se apresentam clinicamente, exprimindo a sua caracterização.

Segundo Silva et al., (2003), a incontinência urinária (IU) trata-se de uma circunstância que pode caucionar impactos na qualidade de vida das pessoas cometidas.

Incontinência urinária (IU) apresenta uma relação de preponderância maior em mulheres fisicamente atuantes como as atletas de alto rendimento, sendo a mais predisposta ao desenvolvimento devido ao grande esforço exercido durante as práticas das suas modalidades, e durante os treinamentos físicos. (CAETANO; TAVARES; LOPES, 2007),

Entretanto Géó 2002 cita que embora a incontinência urinária não seja uma decorrência normal do processo de envelhecimento, alterações do trato urinário

associado à idade induzem as pessoas idosas à incontinência. Com aumentar da idade, a eficiência vesical diminui, crescendo assim as contrações involuntárias e, em especial para as mulheres, a redução fisiológica do estrogênio contribui significativamente para a diminuição do tônus muscular. Essas alterações fisiológicas acarretam alguns distúrbios urinários, incluindo a incontinência e a infecção.

Algumas literaturas apontam vários fatores de risco que podem ser levados em consideração para o desenvolvimento da IU. Sendo os principais: idade, paridade, obesidade, tipos de parto, uso de anestesia durante o parto, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, fatores hereditários, consumo de drogas, consumo de cafeína e tabagismo. (HIGA, 2005).

Ainda que a IUE não participe do processo de envelhecimento fisiológico, observa-se uma ampliação da prevalência está entre pessoas idosas. É um problema de saúde considerável na sociedade, impactante no mundo, mais de 50 milhões de pessoas, maiormente nas mulheres, numa relação de ocorrência de (2%) para as mulheres (1%) para os homens. (DEDICAÇÃO et al, 2005).

Segundo Oliveira et al, (2009) existem diferentes causas possíveis de desenvolvimento da incontinência urinária de esforços (IUE), dentre esses os efeitos colaterais de medicamentos como por exemplo; distúrbios que afeta a mobilidade ou provoca confusão mental; a ingestão excessiva de bebidas que apresenta na sua composição cafeína e/ou álcool e, as condições que leva ao stresses da bexiga ou a uretra como a vaginite e/ou constipação grave.

A IUE é frequentemente encontrada no pós-parto vaginal, arremetendo cerca de 15% a 30% das mulheres. Essa alternância na predominância quanto a IU se explica por meio de diferentes investigações realizadas no pós-parto. Em algumas mulheres, a IU no pós-parto é um problema que interrompe as suas atividades diárias e ocasionando um impacto negativo na qualidade de vida. (OLIVEIRA et al, 2009).

A IUE é considerada a queixa mais comum entre as mulheres idosas, acompanhada pela urge-incontinência quando ocorrem contrações vesicais involuntárias, especialmente no período Peri menopausa (BORTOLOTTI et al, 2000).

A IUE é uma reivindicação comum no meio da população do sexo feminino, com uma taxa estimada entre 4% e 35%. Estar entre as mulheres jovens nulíparas de (15 a 20 anos). Apresenta uma fisiopatologia é multifatorial. Em mulheres com 70

anos ou mais, ocorrem alterações na composição corporal e na força dos músculos do assoalho pélvico estão associados à presença de IUE. (LEMOS, 2017).

Reis et al (2003), relata que a motivação mais constante de incontinência urinária de esforço é a hipermotilidade uretral resultante da fraqueza do assoalho pélvico ou, consequência, de procedimentos cirúrgicos. A deficiência esfinteriana intrínseca é mais regularmente observada, e está habitualmente associada à deservação do assoalho pélvico.

Oliveira et al, 2009 relataram que as mulheres não procura o serviço de saúde para um tratamento especializado, por acreditarem ser um fato comum ou esperado com o avanço da idade. Portanto, deixam para procura quando a qualidade de vida está altamente afetada pela IUE, elas buscam pelo atendimento médico.

O sintoma mais comum da hiperatividade detrusora ocorrer quando os pacientes evidenciam com contrações involuntárias porem não denota doenças neurológicas associadas são: urgência miccional e aumento da frequência urinária, A hiperatividade detrusora ocorre no momento que a força de contração da musculatura vesical está preservada ou quando a mesma está diminuída. (REIS, 2003).

Estudos revelaram que as evidencia da incontinência urinária em idoso pode variar de 8 a 34%². Essa prevalência pode ser relativamente explicada por meio dos diferentes tipos de questionários, pelas amostras populacionais distintas, pela falta de uniformização nas definições, pelo desconhecimento da história natural da incontinência urinária. (REIS, 2003).

Feldner et al (2002) destaca que a avaliação e o diagnóstico incerto da etiologia da incontinência urinária têm múltiplas relevâncias, como a indicação de cirurgias inapropriadas até mesmo desnecessárias.

4.6. DIAGNOSTICO DA INCONTINENCIA URINARIA E TRATAMENTO CLÍNICO

O diagnóstico da IU se constitui principalmente de exame clínico, portanto são realizados alguns métodos para esta finalidade, como o estudo urodinâmico, que possibilita a avaliação direta da funcionalidade do trato urinário inferior. Compõe-se varias etapas, abrangendo a fluxometria, cistometria e estudo miccional, para

realizar a avaliação dos períodos de enchimento e esvaziamento vesical. A ação dos músculos do assoalho pélvico pode ser analisada por meio da eletroneuromiografia ou vídeo-urodinâmico. São realizados de forma invasiva, por meio da implantação de cateteres, transdutores, sondas ou agulhas para analisar a atividade elétrica na bexiga. (LEMOS, 2017).

O diagnóstico da IU é realizado por meios de exames de imagem, como por exemplos o ultrassom, onde o mesmo permitir quantificar o volume urinário e o resíduo pós-miccional, avalia também a presença de tumores vesicais e distorções na parede vesical por massas pélvicas. (GIRÃO; SARTORI, 2009).

Segundo Girão e Sartori (2009), a anamnese da IUE deve conter o início do quadro clínico, duração e intensidade relatadas pelo paciente, observa condições relacionadas que antecipam o quadro clínico. Alguns sintomas podem ser definidos como:

Urgência miccional: Surge uma forte vontade miccional, acompanhado pelo medo da perda de urina e odor.

Aumento da frequência miccional (polaciúria): Quando acontece oito ou mais micção durante o dia ou com durante intervalos menores que duas horas.

Noctúria: Quando acorda duas ou mais vezes pra ir ao banheiro urinar.

Enurese noturna: quando ocorre perda de urina no período da noite.

A aplicação do diário miccional, que tem como finalidade de avalia a rotina urinária e as perdas, é um método simples e muito importante na realização da avaliação inicial. O diário miccional possibilita avaliação do número de micções, e quantidades de episódios da IU e o volume de líquido tragado e eliminado durante 24 horas. (ALMEIDA, 2006).

O Pad Test é realizado com um absorvente para mensurar a perda de urina através de medição das gramas de urina no absorvente após a aplicação de algumas atividades. O Pad Test de 1 hora foi sancionado pelo *Standardization Committee of the International Continence Society*, em 1988 e é estabelecido para investigação científica por se tratar de um método não invasivo e eficiente. (LEMOS, 2017).

(A) O teste é iniciado sem a micção do participante.
(B) Coloca-se um absorvente previamente pesado e começa o primeiro período do

teste de 1 hora.
(C) A participante deve beber 500 ml de líquido isento de sódio num curto período (máximo 15 min), em seguida, senta-se ou repousa, totalizando 30 minutos.
(D) Ao longo do período restante (30 minutos), o sujeito executa as seguintes atividades: Subir e descer escada levantando-se do assento, 10 vezes; Tosse vigorosa, 10 vezes; correndo no local por 1 minuto; Agachar para apanhar objetos pequenos do chão, 5 vezes; Lavar as mãos em água corrente em um período de 1 minuto;
(E) Ao final do teste de 1 hora o absorvente é retirado e pesado.
(F) Quando o ensaio é considerado representativo, o volume é deve ser registado.
(G) Caso contrário deve se repetido o teste, preferencialmente sem micção.

Fonte: Lemos, 2017

Quadro 4 – Protocolo do Pad Test de uma hora recomendando pela ICS

De acordo com Fonseca et al, (2005), questionário King's Health Questionnaire (KHQ) analisa a qualidade de vida na IU, sendo executado por meio de uma entrevista. O KHQ é um método específico da avaliação da QV de pessoas com IU, enfatizando seu impacto nas diversas atribuições da QV, como sinais e sintomas por elas compreendidos.

Exames neurológicos são indicados devidos algumas doenças neurológicas apresentar inicialmente através da perda vesical. Girão e Sartori descrevem que 20% a 30% de pacientes portadoras de esclerose múltipla ou doença de Parkinson apresentar como queixas iniciais a perca de urinaria.

O proposito do tratamento clínico na IUE é restabelecer a função dos músculos e nervos que formam o assoalho pélvico. O tratamento medicamentoso é indicado nas incontinências de esforço de intensidade leve, especialmente quando iniciam os sintomas com hipoestrogenismo do climatério, e não apresenta distopia genital, e em casos de instabilidade do destrusor. Os medicamentos têm como objetivos de reduzir atividade do destrusor, e acrescentar o tônus muscular do sistema esfinteriano uretral ou do assoalho pélvico. (GIRÃO; SARTORI; BRACAT, 2009).

Quanto aos métodos de tratamento conservador ou farmacológico, quando os mesmos não são efetivos no alívio sintomático, o processo cirúrgico é eventualmente a única opção acessível para favorecer a qualidade de vida dos doentes. (REGO, 2015).

Dentre os procedimentos cirúrgicos o sling coincide com a criação de uma obstrução uretral com fins de evitar a perda de urina constante. A técnica compreende o uso de uma faixa biológica ou artificial, que se posiciona junto da uretra ou do colo vesical, ancorada em derivados locais, sendo muitas das vezes na parede abdominal. A fita impede a descida do colo vesical quando ocorrer o aumento da pressão intra-abdominal, dificultando a perda urinária. Esta fita reforça o suporte vaginal suburetral. São intervenções cirúrgicas minimamente invasivas, e são realizadas tanto em homens como mulheres. (REGO, 2015).

A implantação cirúrgica de um esfíncter urinário artificial é uma abordagem cirúrgica no tratamento de IU de esforço em homens e mulheres. Portanto são poucas as mulheres que fazem uso destes dispositivos implantados. A finalidade do esfíncter artificial é restituir a insuficiência uretral, aprimorando o esfíncter normal, é utilizado nos casos de IU de esforço grave por insuficiência esfíncteriana que não obtiveram resultados com outras terapêuticas conservadoras e cirúrgicas. (REGO, 2015).

Terapia acompanhada com injeções de agentes expansores da uretra é uma técnica que atua na expansão focal dos tecidos periuretrais sendo capaz de ser realizado com múltiplos agentes injetáveis, tipo o colagénio, silicone e polímeros manufacturados. Esse procedimento estreitamente invasivo é executado em ambulatório, com reduzidas comorbilidades. É feito por via transuretral por meio da cistoscopia, ou por via periuretral têm sido frequentemente indicadas para doentes com insuficiência esfíncteriana intrínseca comprovada. (REGO, 2015).

Souza et al., (2009) afirma que no Brasil o tratamento é tradicionalmente cirúrgico, mas toda via os altos custos e o procedimento por ser invasivo pode levar a complicações, devido a isso o interesse em tratar essa alteração no sistema urinário através da fisioterapia está crescendo, a fisioterapia é indicada dependendo do risco e da severidade dos sintomas.

4.7. QUALIDADE DE VIDA NAS IDOSAS PORTADORAS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a qualidade de vida (QV) como uma forma de percepção individual em vinculação à própria posição na vida não estabelecido no contexto cultural e sistema de valores na qual o indivíduo vive, e em correlação aos seus intuítos, perspectivas, metas e preocupações/ interesses. Esta idealização positiva de saúde enfatiza os recursos humanos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas do indivíduo. (PAIS-RIBEIRO, 2009). Diante dos problemas físicos, diversas pesquisas comprovam que a IU atinge a autoestima das mulheres, assim como suas atividades sociais e as habilidades em conservar um estilo de vida autônomo. (MORENO, 2009).

De acordo com Papaléo, Ponte et al., (2005) a desconforto social e higiênico dá-se basicamente pelo medo da perda urinária, o odor de urina, a obrigação de utilizar protetores (absorventes) e as trocas de roupas com mais frequentes que o normal.

Essas mulheres, além de ficarem acanhadas com o sintoma e preocupar-se com a percepção do odor da urina, não sabe se há de encontrar um local propício para realizar a micção e sua higiene pessoal, se houver perda de urinária. (BORGES et al., 2009).

A IU desempenha vários efeitos com relação às atividades diárias, interações sociais e concepção própria de saúde. Na maioria das vezes o problema está ligado /relacionada ao bem estar sociais e mentais inclusive problemas sexuais, isolamento social, baixa autoestima e depressão comprometendo de maneira considerável a qualidade de vida, com implicações psicológicas, físicas, profissionais, sexuais e sociais. (DEDICAÇÃO et al, 2009).

4.8. ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.

A fisioterapia atua de maneira significativa e fundamental no tratamento e prevenção da IUE, ela coopera para a reiteração do paciente portador de

incontinência sociedade, por diversas técnicas como, cinesioterapia, biofeedback, eletroestimulação, reeducação comportamental e exercícios de Kegel. (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007).

Biofeedback é um instrumento muito utilizado para avaliar os efeitos fisiológicos e as condições físicas onde o paciente não apresenta conhecimento, fornecendo uma informação imediata. Após essa informação leva a um controle voluntário das funções, muitas mulheres não apresentam propriocepção em região urogenital, sendo incapaz de contrair de forma correta os músculos do assoalho pélvico, biofeedback é um método eficaz ajuda na reeducação da região proporcionando fortalecimento do assoalho. O mesmo ajuda o paciente se autoconhecer e obter controle das contrações involuntárias do assoalho pélvico. (GUEDES, 2006).

As técnicas de cinesioterapia aplicada a musculatura do assoalho pélvico têm como finalidade aperfeiçoar a força de contração das fibras musculares através da execução de exercícios. No entanto em um estudo observa que 30% das mulheres não são capazes contrair e exercitar corretamente os músculos do assoalho pélvico, portanto se preconiza o fortalecimento dos músculos abdominais, glúteos, e os abdutores, precisam permanecer em repouso ou em contração contínua para de evitar contração conjunta do assoalho pélvico, sendo assim é importante que o fisioterapeuta ao iniciar o tratamento utilizar o comando verbal correto para que a paciente adquira conscientização da região. (PRADO et al, 2003),

Para Kisner e Colby (2005), os exercícios cinesioterapêuticos são uma chave fundamental que um fisioterapeuta pode se utilizar para restaurar e melhorar o bem estar musculoesquelético ou cardiopulmonar do paciente. Um objetivo importante que pode ser alcançada por meios de práticas de exercício terapêutico, melhora ou a sustentação da força, sendo habilidade que um músculo ou um grupo muscular possui para melhorar a tensão e força resultantes do esforço máximo, tanto dinâmico quanto estático.

A eletroestimulação é um método utilizado com finalidade de propiciar a contração da musculatura perineal de forma passiva. É realizada por meio de eletrodos introduzidos endovaginais ou retais ligados a um gerador onde transmite impulsos elétricos, e proporcionam a contração perineal. (GUEDES, 2006).

Os cones vaginais são utilizados para oferecer resistência aos músculos que formam o assoalho pélvico, podem ser utilizados durante a execução de exercícios

cinesioterapêuticos e caminhadas. Estimula as contrações voluntárias e involuntárias dos músculos elevadores do ânus. O cone é introduzido no canal da vagina, que tende ocasionar a sensação de deslizamento, sensação de perda essa sensação estabelece um vigoroso biofeedback tátil, fazendo com que o assoalho pélvico a se contrair de forma reflexa na tentativa de evitar o deslizamento. (BARACHO, 2002).

Na reeducação comportamental ocorre o restabelecimento de um ritmo miccional, onde começa inicialmente de hora em hora aumento gradativamente os intervalos. Sendo importante que o instruir paciente como e onde contrair, fornecendo conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia urinária. Pacientes que tem consciência sobre esses aspectos apresentam resultados positivo quando sujeitos a terapêuticas de reforço da musculatura do assoalho pélvico. (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007).

De acordo com Souza (2002), a atuação fisioterapêutica no fortalecimento do assoalho pélvico, tem como proposito quantificar a força de contração das fibras musculares, oportunizar a redução da pressão abdominal e um rearranjo estático lombo pélvica por meio de exercícios, aparelhos e técnicas. Assim esses ajudaram a fortalecer os músculos necessários para manter a continência urinaria.

O fortalecimento do assoalho pélvico, por meio do uso dos cones vaginais e eletroestimulação apresentam resultados consideráveis na diminuição dos sintomas advindos da incontinência urinaria de esforço. Sendo que a importante finalidade do tratamento fisioterapêutico é o fortalecimento muscular dos músculos do assoalho pélvico. O aumento da força e da funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico possibilita assim uma contração muscular eficiente nos momentos que ocorre o aumento da pressão intra- abdominal impendido de certa forma as perdas urinarias. (BALMFORTH et al., 2006).

O fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico em termos gerais está relacionado basicamente na realização dos exercícios de Kegel que tem como escopo exercitar a musculatura do mesmo no que se alega o tratamento de hipotonia do assoalho pélvico através de formas de contrair, manter e relaxar os músculos do assoalho pélvico. (NOLASCO; MARTINS; BERQUO, 2008).

Ramos e Oliveira, (2010) realizaram um estudo na dependência da Clínica de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos, com 8 voluntarias do sexo feminino na faixa etária de 45 a 60 que ainda estivesse no período do climatério e apresentasse sintomas da incontinência urinaria. Realizaram Exercícios de Kegel,

em diversas posições, inicialmente realizou exercícios que preconizou a conscientização da região do períneo, seguido de treinamento de proprioceptivos, exercícios de contração isolada do períneo de forma sentada em pé posição de gatas etc., exercícios de contração de períneo associada à contração de musculatura glútea, abdominal e adutora de membros inferiores. Foram realizados em três séries de dez repetições de contrações não sustentadas com intervalos de 20 segundos, em seguida foi realizado com contrações sustentadas, por dez segundos em três series com intervalo de 20 segundos.

Após as dez sessões realizadas, observou-se o ganho de tônus muscular suficiente para interromper o fluxo da perda. Deixando então comprovado, a necessidade de intervenção com tempo maior para alcançar tal resultado.

Matheus e colaboradores, (2006) realizaram um estudo onde foram avaliadas 12 mulheres entre 52 a 59 anos apresentando índice de massa corpórea de 23,7, com diagnóstico de IUE e IUM. Onde foram realizadas as avaliações fisioterapêuticas com dados clínicos e exame físico-postural. Com seguinte protocolo de tratamento 10 sessões fisioterapêuticas, sendo realizadas duas vezes na semana, com as voluntárias divididas em dois grupos. Grupo A: contendo 6 participante, realizou exercícios de contrações voluntárias dos músculos do assoalho pélvico e Grupo B: com 6 participantes, utilizou de cones vaginais, para sustentação e fortalecimento da mesma musculatura. Ambos realizaram exercícios específicos para correção do equilíbrio estático pélvico e da postura, conforme diagnóstico de cada participante. Após aplicação do tratamento foi possível observar que houve uma melhora significativa de ($p \leq 0,05$), com a diminuição da perda urinária entre os grupos ao final da intervenção. A comparação entre os dois grupos, ao final do tratamento, não indicou diferença estatística. Onde foi possível observar a correção estática da pelve, por meio dos exercícios posturais, tornando uma modalidade eficaz de intervenção na IU feminina, quando associada à reeducação perineal.

Amaro e Gameiro (2001) evidenciaram que uma supervisão adequada com o fisioterapeuta pode qualificar os resultados obtidos pelos exercícios perineais; já que existe, uma relação de dependência entre os exercícios perineais e a continência urinária, já que os insucessos são maiores nos pacientes que não seguem adequadamente o protocolo dos exercícios.

A literatura científica apresenta uma grande variedade nos modos para realizar avaliação do assoalho pélvico e de método de exercícios para reeducação

perineal, porém torna-se necessária uma melhor padronização, com estudos que demonstrem efetividade e associações dessas modalidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento fisioterápico é um método favorável nas disfunções causadas pela incontinência urinaria contribuindo para resultados positivos da reabilitação do assoalho pélvico. Portanto sabemos que a fisioterapia tem uma grande importância no tratamento conservadores relacionados á (IU).

As principais disfunções do assoalho pélvico esta relacionada com enfraquecimento dos músculos como a incontinência urinaria, o prolapsos dos órgãos pélvicos, incontinência anal, anomalias sensitivas do trato inferior e as disfunções sexuais. Com passar dos anos o ser humano se torna suscetível ao envelhecimento que é um processo natural e fisiológico, conforme a evolução desse processo as capacidades vão diminuindo, por exemplo; diminuição da capacidade vesical, contribuindo pra contrações involuntárias, diminuição do nível de estrogênio contribui pra a redução do tônus muscular do assoalho pélvico essas, portanto, essas alterações fisiológicas levam alguns distúrbios urinários, como incontinência urinaria e infecções sendo que essas patologias são responsáveis por gerar transtornos na qualidade vida no idoso.

Este estudo permitiu concluir que a fisioterapia no tratamento musculatura do assoalho pélvico contribui para a reiteração da paciente na sociedade e melhora da qualidade de vida em mulheres que apresentam queixa clínica de incontinência urinária de esforço, portanto se faz necessário aprimorização de novos estudos para aprimorar as relevâncias apresentadas durante a realização do presente estudo.

REFERÊNCIAS

AMARO, J. L., GAMEIRO, M. O. Tratamento não-cirúrgico: Cinesioterapia. In: RUBINSTEIN, I. Clínicas Brasileiras de Urologia - **Incontinência Urinária na Mulher**. v I1. Belo Horizonte: Atheneu, 2001.

ALMEIDA, Fernando G. et al. Incontinência urinária. **Ver Bras Med**, v. 63, p. 307-16, 2006.

ARRUDA, R.M.; SOUSA, G.O.; CASTRO, R.A.; SARTORI, M.G.F.; BARCAT, E.C.H.; GIRÃO, M.J.B.C. **Hiperatividade do detrusor**: comparação entre oxibutinina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais: Estudo randomizado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.29, n.9, pp.452-8, 2009.

BARACHO E, **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**, 4º edição, Editora Guanabara Koogan, 2007.

BARRACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3. ed. São Paulo: Medsi, 2002. 547 p.

BEREK, J; ADASHI, E. Y; HILLARD, E. A. **Tratado de Ginecologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BERTOLD, J. T; I; GHISLERI, A.Q; PICCININI B. M. **Fisioterapia na incontinência urinária de esforço: revisão de literatura**. *Cinergis* 2014;15(4):224-229.

BERTUO.L G, G; SEBEN.V. A influência da cinesioterapia associada à correção pélvica no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *EFDeportes.com*, **Revista Digital. Buenos Aires**, Año 18, Nº 189, Febrero de 2014.

BORGES J.B.R; NERI, SIGRIST L; R.M. S; MARTINS L. O; GUARISI T; MARCHESINI A.C. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire.** Einstein. 2009; 7(3 Pt 1):308-13

BALMFORTH et al. **A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female urinary incontinence.** Journal compitlations, n 98, p. 811 – 817, 2006.

BORTOLOTTI A et al. **Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy.** Eur Urol; 37: 30-5, 2000.

CALAIS- GERMAIN B. **O períneo feminino e o parto:** Elementos de Anatomia exercícios praticas. Barueri: Manoele, 2005.

CAETANO, A. S. **Proposta De Investigação Da Adesão E Influência Da Atividade Física Adaptada Na Vida De Mulheres Com Incontinência Urinária De Esforço.** CAMPINAS -2005.

CAETANO, A. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte.** Niterói, v. 13, n. 4, p. 270-274, jul./aug. 2007.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatrics - fundamentos, clínica e terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 2000.

CASTRO, A.R; ARRUDA, R.M; OLIVEIRA, E; ZANETTI M. R.D; BORTOLINI M.A. SARTORM. G. F; GIRÃO M J. B. C. **Fisioterapia e incontinência urinária de esforço: revisão e análise crítica** .FEMINA | Dezembro 2008 | vol. 36 | nº 12

COSTA, A. P.; SANTOS, F. D. R. P. (2012). Abordagem da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço: revisão da literatura. **Revista Feminina**, 40(2):105-8.

DEDICAÇÃO AC, HADDAD M, SALDANHA MES, DRIUSSO P. **Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina**. Rev Bras Fisioter 2009; 13(2): 116-22.

DE OLIVEIRA, Talita Monteiro; VALÉRIO, Silva; DE CARVALHO, Jair Antonio. **CINESIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NA MULHER**.

DE LIMA MOURA, Jéssica Francielle Aparecida. CINESIOTERAPIA PARA O FORTALECIMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO NO PERÍODO GESTACIONAL. **Revista Visão Universitária**, v. 3, n. 1, 2015.

DOS REIS, Rodolfo Borges et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir Bras**, v. 18, n. Supl 5, p. 47-51, 2003.

FELDNER, P. C. J et al. Correlação entre a pressão de perda à manobra de Valsalva e a pressão máxima de fechamento uretral com a história clínica em mulheres com incontinência urinária de esforço. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 24, n.7, p. 433-8, 2002.

FÉLIX, I. L. **Avaliação Da Qualidade De Vida De Mulheres Portadoras De Incontinência Urinária De Esforço**. 2005.118 f. Tese (mestrado em Educação em Saúde- Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – Ceará. 2005.

FONSECA ES ET AL. **Validação do questionário de qualidade de vida (King's Healt Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária**. Rev. bras. ginecol. obstet. 2005; 27(5).

FRANCESCHET, J.; SACOMORI C; CARDOSO F. L. Força do assoalho pélvico e função sexual em gestante. **Rev Bras Fisioter.** 2009;13(5):383-9.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M.R. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global.** In Freitas , E.V.; Py, L.; Neri, A.L.; Cançado, F.A.X.; Gorzoni, M.L.; Rocha, S.M. (editores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. pp.609-17.

FRIGO, LF; BITENCOURT, TF; PIVETTA, HMF. A Influência Da Incontinência Urinária Na Satisfação Sexual E Na Qualidade De Vida Em Mulheres Climatéricas. **Rev Epidemiol Control Infect.** 2014;4(4):233-237.

GLISOI SFN E 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, 2011 nov-dez;9(6):408-13.

GALHARDO, C.; KATAYAMA, M. Anatomia e fisiologia do trato urinário inferior feminino. In: CHIARAPA, T.R.; CACHO, D.P.; ALVES, A.F.D. **Incontinência Urinária Feminina: Assistência Fisioterapêutica e Multidisciplinar.** São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2007. P 03-25.

GÉO, M. S, et al. **Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida.** Jornal da Incontinência Urinária Feminina, vol. 6, ago/dez 2002.

GIRÃO, Manoel João de Castelo; SARTORIO, M.G.F. **Diagnostico clinico e subdisario da incontinência urinaria.** In: MORENO, a.l. **Fisioterapia em uroginecologia.** 2 .ed. ver. E ampl. Barueri, SP: Manoele; 2009. P. 39-49.

GOMES PRL *ET AL.* **Efeito da cinesioterapia e eletroestimulação transvaginal na incontinência urinária feminina: estudo de caso.** *Arq Ciênc Saúde.* 2009;16(2):83-8.

GUEDES, Janesca Mansur; SEBBEN, Vanessa. Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. **Revista brasileira de ciências do envelhecimento humano**, v. 3, n. 1, 2006.

HALBEN, H. W. **Tratado de Ginecologia** - vol I. 2 ed. São Paulo: Rocca, 1995.

HIGA, R; LOPES, M.H.B.M; REIS, M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enfe Usp.** 2008, mar.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas.** 4ª ed. São Paulo: Manole, 2005.

LIMA, S.V. S. Fisioterapia: A Relevância No Tratamento Da Incontinência Urinária. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, ano 2010, v. 10, n. 10, p. 144 – 16.

LEMOS, Amanda Queiroz. **Parâmetros angulares da pelve e a função muscular do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária.** 2017.

LM, MATHEUS et al. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 4, p. 387-392, 2006.

MAIER, Kopf Petra. **Woft-Heidegger: Atlas de anatomia humana.** 6 ed. Rio de Janeiro, Guanabara: Koogan, 2006.

MACHADO, A. **Análise da força muscular em mulheres praticantes de musculação na fase menstrual e pós-menstrual.** Disponível em: <http://www.ucb.br>. Acesso em: 30/04/ 2008.

MASCARENHAS, Teresa. Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. **Manual de Ginecologia**, v. 2, p. 97-130, 2011.

MELO, B. E. S. et al. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** vol.15 no.1 Rio de Janeiro 2012.

MORENO AL. **Fisioterapia em Uroginecologia.** 2.ed. São Paulo: Manole; 2009.

NOLASCO J, MARTINS, L, BERQUO, M, SANDOVAL, RA. Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: Revisão bibliográfica. **Revista Digital Buenos Aires.** 2008;12(117):1-10.

NOLASCO, J.; MARTINS, L.; BERQUO, M. & SANDOVAL, R. A. (2007). **Cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino.** Artigo Original. ed. 56.

OLIVEIRA, G.S. M; BOTARO, N A. A. B; BOTARO C. A; ROCHA, C.A. Q. C. Análise Da Incontinência Urinária Na Qualidade De Vida De Idosas Frequentadoras De Um Grupo De Convivência Social Em Muriaé-Mg. **Revista Pesquisa em Fisioterapia.** 2014 Abr;4(1):7-15.

ORLANDI HONÓRIO, Melissa; AZEVEDO DOS SANTOS, Silvia Maria. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, 2009.

OLIVEIRA, R, G E, GARCIA, R.R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.** RIO DE JANEIRO, 2011; 14(2):343-351.

OLIVEIRA, Kátia Adriana Cardoso; RODRIGUES, Ana Beatriz Cezar; PAULA, AB de. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. **Revista Eletrônica F@ paciência**, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2007.

PAIS-RIBEIRO, J. (2009). **A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde.** In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), Bem-estar e qualidade de vida (pp.31-49). Alcochete, Portugal: Textiverso.

PAPALÉO NETTO M, PONTE JR. **Envelhecimento: desafio da transição do século.** In: Papaléo Netto M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-12.

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

PELOSO JUNÍOR, Osvaldo; GARBELLOTTI JÚNIOR, Sílvio A; MORENO, Adriana L. **Anatomia Funcional da Pelve e do Períneo.** Fisioterapia em Uroginecologia. 2. Ed. Barueri SP: Manole, 2009.

PUTZ, Reinhard; PABST, Pabst. **Sobotta atlas de anatomia:** tronco, vísceras e extremidade inferior. 22 ed. Rio de janeiro, Guanabara: Koogan, 2006.

PRADO, F. C; RAMOS, J; VALLE, J. R. **Atualização Terapêutica.** 21 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.

RAMOS, J.G.L. et al. Avaliação da incontinência urinária. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RAMOS, Aline Leite; OLIVEIRA, Alessandra Andréa de Castro. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. **HÓRUS**, v. 5, n. 2, p. 264-275, 2017.

REIS, R B et al. Incontinência Urinária no Idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**. v. 18, 2003.

REGO, Ana Isabel Costa Medeiros Sá. **Incontinência urinária no idoso: tratamento**. 2015. Dissertação de Mestrado.

RETZKY, F., ROGERS, R. M. Jr. **Incontinência Urinária na Mulher**. Clinical Symposia, 2000.

RODRIGUES, B.P. **Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço na mulher idosa**. Universidade Veiga de Almeida. 2008.

SANTOS, Patrícia Fernandes Diniz et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2009.

SILVA, A. P. S; SILVA, J. S. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. **Fisioterapia Brasil**. v. 4, n. 3, maio/junho, 2003.

SILVA et al. Tratamento Fisioterapêutico Da Incontinência Urinária De Esforço – Relato De Caso. **Revista UNILUS Ensino E Pesquisa**. Vol. 11 Nº. 25, p. 19, 2014.

SOUZA, C. E. C. **Incontinência Urinária**. Rio de Janeiro, maio 2003.

SOARES, ERICLÉIA RODRIGUES. **DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DISPAREUNIA.** 2013.

SOUZA, E. L. B. L., **A reeducação da musculatura do assoalho Pélvico como método de tratamento Conservador da Incontinência Urinária. In.**

SOUZA, E. L. B. L., **Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia:** aspectos de ginecologia e neonatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

SOUZA, C.E.C. et al. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentemente e incontinentemente após a menopausa. **Ver. Bras. Fisioterapia.** 2009.

DE SOUSA, Juliana Gonçalves et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 1, 2017.

SCARPA, Katia Pary et al. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2006.

VIEGAS, K; WELFER, M; LUCHO, GD; SOUZA, CC; SANTOS, BRR; MELO, DAS; KNORST, MR; RESENDE, TL; CREUTZBERG, M. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre**, v. 2, n. 2, p. 50-57, jul./dez. 2009.