



RAQUEL REIS DA SILVA

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

RAQUEL REIS DA SILVA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNIC-
Universidade de Cuiabá, como requisito parcial para a
obtenção do título de graduado em Fisioterapia.

Orientador:

RAQUEL REIS DA SILVA

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNIC-Universidade de Cuiabá, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Fisioterapia.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Primavera do Leste, dia de mês de 2022.

Dedico este trabalho...

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso. Aos meus pais e minha família, especialmente ao meu pai mesmo não estando entre nós me deu força para se dedicar e me torna a mulher que sou hoje. A minha mãe querida que é minha maior referência na vida. Ao meu filho Cauê Reis que é minha força diária a realização mais linda da minha vida. A minha vó Maria Reis que eu amo tanto. Ao meu marido Rodrigo Lopes por me ajudar tanto e entender os meus dias de ausência e muitas vezes a minha falta de paciência. Agradeço a minha amiga Sabrina Oliveira que mesmo longe me ajudou na elaboração do TCC e que me aguentou com minhas dúvidas a todo momento. A Minha orientadora Giovanna Interdonato por ter me guiado até aqui. Aos meus colegas de curso que me acolheram de braços abertos.

SOBRENOME, REIS RAQUEL. Título do trabalho na língua estrangeira: ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES . Número total de folhas 36. Trabalho de Conclusão de Curso Fisioterapia – Unic Primavera do Leste , Primavera do leste, 2022.

RESUMO

Segundo a Sociedade Internacional de Continência a incontinência urinária (IU) é a queixa de perda involuntária de urina. A IU afeta não só aspectos biológicos e físicos, mas todo o âmbito psicossocial do indivíduo que dela sofre, prejudicando diretamente sua qualidade de vida e até higiene. Em média 69% das mulheres gestante apresentam IU, que pode acabar se entendendo após o parto, permanecendo um quadro de Incontinência Urinária por Esforço. O objetivo deste estudo foi identificar a ocorrência da IU em gestantes, bem como o conhecimento delas a informações a respeito do assunto, além do acesso ao tratamento e os efeitos do tratamento fisioterapêutico de IU a partir do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP). Evidências apontam que as mulheres incontinentes no período gestacional podem apresentar redução na função muscular do assoalho pélvico, favorecendo a ocorrência de incontinência urinária tardia, que pode ser prevenida com fisioterapia. O objetivo do trabalho foi usar a fisioterapia e seus benefícios para estabelecer uma melhor qualidade de vida em gestantes com incontinência urinarias tanto física como mental. Há um grande déficit de trabalhos científicos na (IU) no período gestacional que dificulta a identificação da população com o problema, assim reduzindo o número de trabalhos científicos para possíveis interferências dos fatores de risco. Objetivo: Verificar e avaliar condutas fisioterapêuticas no tratamento da incontinência urinaria em gestantes.

Palavras-chave: Incontinência urinaria; Gestação; Saúde da Mulher; Atuação da fisioterapia na incontinência urinaria em gestantes.

SOBRENOME, REIS RAQUEL. **Título do trabalho na língua estrangeira:** ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINENCIA URINARIA EM GESTANTES . Número total de folhas 36. Trabalho de Conclusão de Curso Fisioterapia – Unic Primavera do Leste , Primavera do leste, 2022.

ABSTRACT

According to the International Continence Society, urinary incontinence (UI) is the complaint of involuntary loss of urine. UI affects not only biological and physical aspects, but the entire psychosocial sphere of the individual who suffers from it, directly impairing her quality of life and even hygiene. On average, 69% of pregnant women present UI, which may end up being understood after delivery, remaining a picture of Stress Urinary Incontinence. The objective of this study was to identify the occurrence of UI in pregnant women, as well as their knowledge of information about the subject, besides the access to treatment and the effects of the physiotherapeutic treatment of UI through the strengthening of the pelvic floor musculature (PFM). Evidence indicates that incontinent women during pregnancy may present a reduction in the pelvic floor muscle function, favoring the occurrence of late urinary incontinence, which can be prevented with physiotherapy. The objective of the work was to use physical therapy and its benefits to establish a better quality of life in pregnant women with both physical and mental urinary incontinence. There is a great deficit of scientific work on UI in the gestational period, which makes it difficult to identification of the population with the problem, thus reducing the number of scientific works for possible interferences of the risk factors. Objective: To verify and evaluate physiotherapeutic conducts in the treatment of urinary incontinence in pregnant women.

Keywords: Urinary incontinence; Gestation; Women's Health; The role of physiotherapy in urinary incontinence in pregnant women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fique na posição deitada, puxe o ar e solte contraindo.....	31
Figura 2 – Exercício da ponte:	32
Figura 3 – Em pé, segurando em uma cadeira ou mesa, faça o mesmo	32
Figura 4 – Sentada na cadeira ou na bola suíça, com a coluna reta	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IU	Incontinência urinária
CT	Cinesioterapia
DS	Disfunção sexual
SIC	Sociedade Internacional de Incontinência
AP	Assoalho pélvico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. FORMAS DE DIAGNÓSTICO E DISFUNÇÕES SEXUAIS ASSOCIADAS A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTE	15
3. FORMAS DE PREVENÇÃO E ORIENTAÇÃO FISIOTERAPEUTICA EM GESTANTES SOBRE A IU	21
3.1 IMPACTOS NA VIDA DE GESTANTES	25
4. MÉTODOS FISIOTERAPÊUTICOS	29
4.1 EXERCÍCIOS KEGEL	29
4.2 BOLA SUÍÇA	32
4.3 CINESIOTERAPIA	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	37

1. INTRODUÇÃO

A fisioterapia tem uma atenção voltada nas gestantes auxiliando nos cuidados e orientações, pois o corpo passa por diversas mudanças fisiológicas. De acordo com a sociedade brasileira de fisioterapia (ICS) cerca de 60% das gestantes sofrem de incontinência urinária em alguma fase da gravidez, a fisioterapia ajuda a mulher a ajustar as mudanças físicas do começo ao fim da gestação, diminuindo o estresse e acompanhando a gestante desde os problemas músculos esqueléticos até ao assoalho pélvico.

Portanto esse trabalho torna-se relevante uma vez que poderá proporcionar informações referentes a prevenção da incontinência urinaria na gestação junto a fisioterapia, cresce a importância desse conteúdo no intuito de promover a conscientização e qualidade de vida no período gestacional, assim trazendo mais conhecimento as gestantes sobre a importância dos cuidados na gestação. A Fisioterapia e os profissionais Fisioterapeutas também poderão beneficiar-se deste trabalho, pois através dos estudos que serão apresentados, poderão fundamentar ainda mais o atendimento dessas gestantes.

Um dos problemas mais comuns durante o período gestacional é a incontinência urinária, que se deve principalmente as alterações posturais e de peso neste período. A fisioterapia, por sua vez exerce um papel importante e fundamental no tratamento dessa disfunção e sendo assim, devido aos prejuízos e desinformações gerados acerca da incontinência urinaria, como a fisioterapia pode atuar em gestantes que sofrem constantemente com esse desconforto?

O objetivo deste trabalho foi analisar os fatores associados a prevenção e ao tratamento fisioterapêutico em gestantes em relação a incontinência urinaria durante a gestação. E os objetivos específicos foram: caracterizar as formas de diagnóstico e as disfunções associadas a incontinência urinária em gestantes; estudar a formas de prevenção e orientação fisioterapêutica em gestantes sobre a incontinência urinaria durante a gestação e; identificar tratamentos fisioterapêuticos para gestantes com incontinência urinaria em suas vantagens e desvantagens.

Esse estudo definiu-se como uma revisão sistemática da literatura com análise exploratória quantitativa, com base na pesquisa de artigos que discutissem sobre a fisioterapia na incontinência urinaria em gestantes, a sondagem e levantamento dos

acervos científicos foi efetuado no período de agosto de agosto de 2020 a junho de 2021. Os artigos foram pesquisados em plataformas virtuais nas seguintes bases de dados: PEDro (Physiotherapy Evidence Database), PubMed (National Library of Medicine), Cochrane Library e Scielo (Scientific Electronic Library Online). Os descritores utilizados em português foram: modalidades de fisioterapia; incontinência urinária; gestantes e seus similares em inglês foram: physiotherapy modalities; urinary incontinence; pregnant women (DECS, 2020). Outras fontes de dados como: Ministério da saúde, diretriz da incontinência urinária, CREFFITO e manual da urologia também foram consultados. Eles foram ligados por descritores booleanos AND e OR com o intuito de determinar ideias convergentes e divergentes entre si. As Ligações empregadas foram: incontinência urinária e gestação/ urinary incontinence AND pregnancy/ incontinência urinária e modalidades de fisioterapia/ urinary incontinence AND physiotherapy modalitie/ incontinência urinária modalidades de fisioterapia e gestação/urinary incontinence physiotherapy AND pregnancy modalities/ incontinência urinária modalidades de fisioterapia ou gestação/ urinary incontinence physiotherapy OR pregnancy modalities/incontinência urinária ou gestação/ urinary incontinence OR pregnancy. Foram destacados como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos seis anos de 2015 a 2021 que discorressem sobre o tema em concordância com os descritores mencionados; estudos gratuitos e na íntegra publicados nas bases de dados propostas que estivessem na língua portuguesa e/ou inglesa.

2. FORMAS DE DIAGNÓSTICO E DISFUNÇÕES SEXUAIS ASSOCIADAS A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTE

Mulheres que sofrem com incontinência urinária apresenta repercussões psicológicas como aflição, incapacidade, perda de auto estima vergonha de episódios de perda de urina em locais públicos, medo que as pessoas sintam o odor da urina e de perde o emprego, por isso muitas delas mudam seus hábitos diários para remediar sua incontinência o que dificulta o diagnóstico da doença pois sente vergonha em relatar o fato aos profissionais de saúde, tudo isso justifica a demora em procurar um serviço de saúde, por causa do constrangimento atrelado a falta de conhecimento sobre a doenças e os tipos de tratamento assim como a influência dos fatores culturais por acreditarem que a IU seja uma condição normal do processo de envelhecimento e muitos profissionais de saúde não percebem nem aborda essa doença durante as consultas.

A fisioterapia tem uma atenção voltada nas gestantes auxiliando nos cuidados e orientações, pois o corpo passa por diversas mudanças fisiológicas. De acordo com a sociedade brasileira de fisioterapia (ICS) cerca de 60% das gestantes sofrem de incontinência urinária em alguma fase da gravidez, a fisioterapia ajuda a mulher a ajustar as mudanças físicas do começo ao fim da gestação, diminuindo o estresse e acompanhando a gestante desde os problemas músculos esqueléticos até ao assoalho pélvico.

A Incontinência urinária apresenta uma taxa de prevalência no sexo feminino de 26,6% na gestação valores que pode variar entre 20% e 67% (MAGAJEWSKI; BECKHAUSER; GROTT, 2013) e valido destacar que a etiologia da IU e multifatorial, porem a gravidez devido as modificações mecânicas que ocorre no assoalho pélvico e as mudanças hormonais e considerado fator de risco ou um agravante importante. (BELEZA, 2013)

Além dos problemas higiênicos e sociais, os sintomas urinários característicos do período gestacional podem ter influência na função sexual das gestantes, pois muitas mulheres relatam sentir-se incomodadas com perda urinária, o que deixam constrangidas durante a relação sexual podendo desse modo causar algum tipo de disfunção sexual (BELEZA, 2013) a disfunção sexual (DS) e contextualizada como a falta, excesso ou qualquer alteração as fases de desejo , excitação, orgasmos e resolução sexual.)MATHIAS et.2015). o período gestacional pelas alterações

hormonais e funcionais pode causar um aumento significativo de DS (MACÊDO, 2017). Portanto, a DS e a IU não devem ser negligenciadas pelos profissionais da saúde, visto que a saúde sexual é importante para a durabilidade das relações afetivas, bem como faz da saúde integral e do bem-estar físico e social do ser humano (PRADO; LIMA; DE LIMA, 2013).

Atualmente ainda é inexpressiva a investigação científica acerca da incontinência urinária e suas repercussões, principalmente as disfunções sexuais durante o ciclo gravídico. Nesse aspecto este estudo justifica pela necessidade de novas pesquisas para dispor de dados epidemiológicos mais objetivos a fim de melhorar o conhecimento das gestantes e dos profissionais de saúde em relação ao tema, objetivando a implementação de intervenções de prevenção, diagnóstico e tratamento favorecendo uma assistência integral a saúde da mulher e uma melhor qualidade de vida durante a gestação.

A incontinência urinária, também pode impactar de forma significativa a função sexual das mulheres que muitas tem medo de perde urina durante o ato sexual ou de interromper a relação para urinar. Desde modo, a perda urinária pode torna-se um obstáculo para o desenvolvimento e satisfação sexual com sentimentos negativos levando a mulher se sentir impotente por não conseguir controlar uma função do próprio corpo. Esta condição pode gerar muitas vezes frustração, depressão e isolamento social (CRUZ,2015).

No que diz respeito a disfunção sexual, Mathias et al (2014) encontrou uma prevalência de 42,6% ao aplicar o FSFI em 54 gestantes durante o terceiro trimestre gestacional. Ao avaliar os domínios sexual isoladamente, Prado, Lima e De lima (2013) observaram que os domínios sexuais mais prejudicados são desejo de excitação. Também foi um domínio afetado significativamente nessa amostra, sendo Sperandio et al (2016) a presença de dor ou algum desconforto durante a tentativa ou penetração vaginal completa, ocorre principalmente no terceiro trimestre gestacional, em função da tração inferior da musculatura do assoalho pélvico, causada pelo aumento do peso uterino que altera a contratilidade desses músculos e pelo aparecimento de veias varicosas na região vulvar e no interior da vagina.

Com base no presente estudo, constatou-se que não houve associação significativa entre incontinência urinária e disfunção sexual na gestação. Em contrapartida, observa-se alta prevalência de sintomas urinários e sexuais nesse

período, revelando um dado preocupante. Mediante essas constatações, é preciso investigar e fortalecer dentro das políticas de saúde, a prioridade da mulher no ciclo gravídico-puerperal com o intuito de reduzir essa comorbidade causada nesse período.

Dessa forma, faz-se necessário uma atenção qualificada, a fim de promover ações de prevenção e tratamento. Portanto, a contribuição desse estudo é ampliar o conhecimento das gestantes, profissionais e gestores da saúde sobre esta temática, com o intuito de levantar dados mais precisos, proporcionando maior conhecimento epidemiológico e possíveis intervenções.

A gestação é um período marcado por inúmeras alterações físicas e fisiológicas no corpo feminino, por esse motivo, alterações importantes podem surgir principalmente no sistema geniturinário, desencadeando incontinência urinária e disfunções sexuais. Nesse estudo, a maior parte das gestantes eram jovens, não possuíam outros filhos e apresentaram perda urinária durante o período gestacional.

De acordo com Mocellin, Rett e Driusso (2014), a idade e a paridade são fatores importantes para o desenvolvimento de sintomas urinários durante a gestação. Segundo estes autores, mulheres que possuem mais de 35 anos têm risco maior de desenvolverem disfunções do assoalho pélvico, em decorrência do envelhecimento fisiológico. Além disso, gestações anteriores podem aumentar a prevalência de sintomas miccionais. No estudo de Magajewski, Beckhauser e Grott (2013), realizado com 144 primigestas internadas em um hospital do Estado de Santa Catarina, observou-se que 58,7% das participantes relataram no ICIQ-SF sintomas de IU.

Dados bem menores do que o indicado por Oliveira et al. (2013) em uma pesquisa semelhante realizada com 495 mulheres, na qual 71% apresentaram IU nas últimas quatro semanas de gestação. Além do mais, houve maior prevalência dos sintomas compatíveis com a IU aos esforços, corroborando assim, com os resultados de Sarcomori et al. (2013), em um estudo desenvolvido com 242 mulheres, no qual, a maioria das gestantes perdia uma pequena quantidade de urina e as situações e/ou causas em que ocorriam eram durante tosse ou espirro.

Baracho (2012) explica que durante o segundo e terceiro trimestre gestacional, a bexiga que antes era um órgão pélvico, passa a ser intra-abdominal, em consequência do aumento progressivo do útero e pela presença do polo cefálico, que a eleva para cima. O resultado dessa alteração é o aumento da pressão intra-

abdominal e um ângulo uretrovesical modificado, contribuindo com o desejo miccional e a incontinência. Além disso, há um aumento significativo nas concentrações de diversos hormônios, dentre eles, estão a progesterona e a relaxina.

A primeira está intimamente ligada ao relaxamento da musculatura lisa, e a relaxina é a responsável pela diminuição do tônus e força do assoalho pélvico, o que também contribui para a perda urinária durante a gestação (ARAGÃO et al., 2013). Essa pesquisa, mostra que a IU causa moderado impacto na vida diária das participantes, e os resultados vão de encontro com o estudo de Mathias et al. (2014) realizado com gestantes acompanhadas em postos de saúde de duas cidades do nordeste brasileiro, no qual, a maioria referiu que a perda urinária interfere de leve a moderadamente na sua vida diária.

Segundo Henkes et al. (2015), a IU na mulher pode trazer além do comprometimento físico, alterações psicossociais, gerando limitação na autonomia e autoestima, comprometendo de forma importante a qualidade de vida. Este comprometimento, pode interferir nas interações sociais, atividades domésticas, ocupacionais, sexuais, além da auto percepção do estado geral de saúde, causando morbidades, estresse ou até mesmo debilidade.

A incontinência urinária, também pode impactar de forma significativa a função sexual das mulheres. Visto que, muitas têm medo de perder urina durante o ato sexual, ou de interromper a relação para urinar. Desse modo, a perda urinária pode tornar-se um obstáculo para o envolvimento e satisfação sexual, pois, os sentimentos negativos, podem levar a mulher a se sentir impotente por não conseguir controlar uma função do próprio corpo. Esta condição pode gerar muitas vezes, frustração, depressão e isolamento social (CRUZ, 2015).

No que diz respeito à Disfunção Sexual, Mathias et al. (2014) encontrou prevalência de 42,6 % ao aplicar o FSFI em 54 gestantes durante o terceiro trimestre gestacional. Ao avaliar os domínios sexuais isoladamente, Prado, Lima e De Lima (2013) observaram que os domínios sexuais mais prejudicados são desejo e excitação, dados similares aos evidenciados no presente estudo. Lima, Dotto e Mamede (2013) trazem que no primeiro trimestre de gestação 40% das mulheres sofrem redução na frequência sexual. Já no segundo e terceiro trimestre, essa diminuição é de 30% e 60% respectivamente.

Segundo Pereira (2015), o primeiro trimestre gestacional é um momento marcado por alterações hormonais, ocorrendo um aumento significativo na produção de progesterona e estrógeno e uma redução das gonadotrofinas. Isto resulta em elevação do volume plasmático, provocando assim, náuseas, sonolência, fadiga e hipersensibilidade nas mamas, o que desencadeia redução do desejo sexual. No segundo trimestre, ocorre uma maximização do desejo sexual, em relação ao primeiro, pois, verifica-se uma estabilização hormonal e uma redução dos sintomas característicos do trimestre anterior, além de uma lubrificação mais eficaz, que favorece o desempenho sexual (PEREIRA, 2015).

Bezerra et al. (2015) afirma que o último trimestre gestacional, é o período em que mais ocorre modificações físicas, e por esse motivo, pode haver uma redução significativa na libido e na atividade sexual, visto que, é uma fase marcada por aumento do peso fetal, volume abdominal, desconfortos, fadiga, dores, falta de ar, ansiedade pela proximidade do parto e conseqüentemente pouca atratividade pelo sexo.

A dor também foi um domínio afetado significativamente nessa amostra. Segundo Sperandio et al. (2016) a presença de dor ou algum desconforto durante a tentativa ou penetração vaginal completa, ocorre principalmente no terceiro trimestre gestacional, em função da tração inferior da musculatura do assoalho pélvico, causada pelo aumento do peso uterino que altera a contratilidade desses músculos e pelo aparecimento de veias varicosas na região vulvar e no interior da vagina. Nesse estudo, não houve associação significativa entre a IU e DS.

Bomfim e Melro (2014) trazem que a sexualidade do casal nessa nova etapa pode estar alterada, devido a certos preconceitos e tabus vivenciados pela mulher e seu parceiro. Isso inclui a falta de conhecimento em tornar a relação sexual mais prazerosa e o medo de prejudicar ou atingir o feto durante o exercício sexual.

O relacionamento com o parceiro também é algo que deve ser levado em consideração, pois o vínculo emocional nessa fase está fortemente associado à satisfação sexual. Geralmente, as gestantes que relatam maior grau de satisfação conjugal são aquelas que nunca tiveram filhos, as que planejaram sua gestação e têm um vínculo estável com o seu parceiro (PEREIRA, 2015).

Desse modo, é importante destacar que a saúde sexual está intimamente ligada ao equilíbrio físico, emocional e social. Qualquer desordem nessas vertentes

pode resultar em insatisfação sexual e contribuir para o desenvolvimento das DS (CARTEIRO; SOUSA; CALDEIRA, 2016). A pesquisa em questão apresentou algumas limitações, inicialmente por ser um estudo transversal e pelo fato dos dados serem obtidos através de questionários com dados objetivos. Nesse aspecto, seria também importante incorporar uma abordagem qualitativa à pesquisa, durante todo o período gestacional e pós-parto.

3. FORMAS DE PREVENÇÃO E ORIENTAÇÃO FISIOTERAPEUTICA EM GESTANTES SOBRE A IU

Durante a gestação a fisioterapia vai atuar na reeducação perineal do assoalho pélvico, para melhorar a força de contração das fibras musculares, promover a reeducação abdominal e um rearranjo estático lombo pélvico utilizando-se de exercícios e técnicas que contribuem para o fortalecimento dos músculos necessários para manter a continência urinária. O uso de cones vaginais, aparelhos de eletroestimulação e o tratamento de bio feedback são recursos terapêuticos utilizados no puerpério.

Em relação ao período gestacional observa-se que há eficácia do exercício como uma forma de tratamento para IU. Programas de treinamento para os músculos do assoalho pélvico, durante a gestação, diminuem a incidência de incontinência urinária, tanto na fase gestacional, quanto no puerpério.

Existe também a importância em se mensurar a força dos músculos do assoalho pélvico em mulheres que pretendem engravidar, conscientizando-as a respeito da função desses músculos no controle do mecanismo da continência urinária, iniciando assim, um trabalho preventivo para IU.

Esses exercícios são recomendados durante as fases de evolução da mulher e principalmente na fase gestacional e pós-gestacional, porém, contraindicado em se tratando de gestantes com alguma patologia, salvo com acompanhamento médico. É importante adotar as medidas adequadas para evitar movimentos que possam gerar o aumento da pressão intra-abdominal. É indicado que esses exercícios sejam realizados em posturas alternadas como: decúbito lateral, de cócoras, em pé, ou com o uso de uma bola. Exercícios exaustivos, de longa duração, ambientes pouco arejados e quentes deverão ser evitados.

Para o tratamento da IUE existe também os exercícios de Kegel, trata-se de uma modalidade terapêutica que utiliza contrações voluntárias dos músculos perineais trabalhados diariamente, várias vezes ao dia. Quando alcançado o sucesso terapêutico, é importante ressaltar que o tratamento deve ser mantido, pois a tonicidade muscular depende de sua constante atividade. É preciso conscientizar as mulheres e médicos para a importância do problema que a IU pode gerar, e apresentar as soluções existentes.

Analisando os fatores importantes de prevenção e tratamento a incontinência urinária em gestante junto a fisioterapia, de acordo com a Sociedade internacional de continência (SIC) o melhor tratamento para IU é a fisioterapia, com um baixo risco e custo além de resultados importantes. Devido à grande necessidade de identificarmos o nível de conhecimento sobre a IU e a fisioterapia, são aplicados questionários por serem mais fácil aplicabilidade, mais baratos e um ótimo instrumento para estudo epidemiológicos, a fim de identificarmos o conhecimento no intuito de trabalhar com a prevenção e tratamento da IU, por isso devido à falta de conhecimento da população em geral, especificamente mulheres grávidas, a utilização de questionário avaliam o nível de conhecimento sobre a incontinência urinária e a fisioterapia como tratamento para gestantes.

“A incontinência urinária (IU) é definida pela International Continence Society (ICS) como qualquer perda involuntária de urina”. (ABRAMS, P et al. 2013; WACHTER S, 2019). A IU caracteriza-se por ser um importante problema de saúde pública, devido à prevalência ser considerada alta e ocorrer com maior frequência em mulheres, em virtude da 6 gravidez e parto (REIS, R.B. 2018). Embora não há uma redução no tempo de vida, a incontinência urinária interfere de maneira significativa no bem-estar e na qualidade de vida da mulher acometida, que além do comprometimento físico, a IU pode acarretar alterações psicossociais importantes resultando em mudança de comportamento, impedindo sua autonomia e diminuindo sua autoestima. (ROCHA F.E. T, 2010; MELO, et al., 2012).

Existem 4 (quatro) tipos mais comuns de (IU), que são classificadas como: Incontinência Urinária por Esforço (IUE) que é uma perda involuntária de urina mediante aumentos repentinos de pressão intra-abdominal em atividades como espirros e tosses, Incontinência Urinária de urgência (IUU), que está relacionada com a bexiga hiperativa, quando se tem a necessidade incontrolável de urinar e episódios de noctúria e polaquiúria, Incontinência Urinária Mista (IUM) que é um fator associado aos sintomas, tanto da incontinência urinária de esforço (IUE) quanto da Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e a Incontinência Urinária Paradoxal (IUP), onde se tem a hipocontratilidade do detrusor, com muita quantidade de resíduo pós-miccional, e a perda urinária, quando o volume ultrapassa a capacidade vesical máxima. (BOTELHO.F et al., 2007; DANNECKER et al., 2010; BORBA et al., 2008;).

A Incontinência urinária ocorre por multietiologia no qual incluem a idade, o trauma do diafragma da pelve, a constipação crônica, paridade, climatério, tosse crônica, tabagismo, consumo de álcool, elevação da massa corpórea (IMC) e o fator de maior risco no desenvolvimento da doença que é a gestação (OLIVEIRA. E et al., 2010; SOLANSDOMÈNECH et al., 2010; SCARPA KP et al., 2010). Durante a gestação a IUE é o tipo mais comum entre as mulheres brasileiras, sua etiologia é causada por alterações de pressão no fechamento da uretra, que podem ocorrer por alterações da mobilidade e posição do colo da uretra e vesical ou por disfunção esfinteriana.

Ocorre com mais frequência essas alterações em mulheres que obtiveram partos vaginais. (RIOS , GOMES, 2010; VIANA et al., 2012). A integridade do assoalho pélvico e do esfíncter urinário pode ser interferida por outros fatores como idade, pois conforme a mulher vai envelhecendo tem a diminuição da densidade de células musculares lisas na uretra e sua substituição por adipócitos e células do tecido conjuntivo, quando o volume das células substituídas chega a determinado limite, e desta forma a função esfinteriana fica comprometida e pode surgir incontinência. (RIOS, GOMES, 2010; TRUZZI, HAMID, 2017).

Após a menopausa é a fase em que se observa nítido aumento na incidência de prolapso dos órgãos pélvicos e na incontinência urinária, alterações neurológicas como Doença de Parkinson, acidentes vasculares encefálicos, diabetes, hérnias discais, genética, múltiplos fatores, podem ter origem no aparelho urinário, assoalho pélvico e no sistema neurológico, além de influências hormonais e psicológicas e, algumas vezes, origem iatrogênica (AUGUSTO, 2010; HYE RI HONG, MD et al. 2011).

A Incontinência urinária está associada às diversas transformações corporais durante o período gestacional, que objetivam a adequação do corpo feminino às alterações proveniente da anatomia do sistema urinário e fisiologia miccional da gestação (HYE RI HONG, MD et al.,2011; ROCHA, J. et al., 2017). Nesse período estão atribuídas as mudanças hormonais, um aumento do útero que equivale a quatro vezes o tamanho normal, acrescentando 1kg ao peso da gestante, o assoalho pélvico acaba descendo por volta de 2,5 cm podendo ser distendido e rompido, bexiga progressivamente elevada pelo útero, desde 12ª semana gestacional estira o triângulo vesical, retificando o ângulo uretrovesical, ocorre também declínio na força muscular pélvica, a constipação intestinal crônica, que pode causar lesão no nervo pudendo,

diminuindo a função suporte da musculatura do assoalho pélvico (MAP), permitindo o aparecimento e/ou piora da IU, aumento das dimensões renais, dilatação pieloureteral, hipertrofia da musculatura vesical, hiperemia e congestão da mucosa vesical, aumento da complacência vesical e alongamento do comprimento da uretra que rodeiam o útero gravídico e bexiga intraabdominal (PINHEIRO et al.,2017).

A IU que resulta em um ou mais episódios semanais de perda urinária, acomete cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo, 10% a 55% das mulheres apresentam IU alguma vez na vida e 20% a 67% na gestação (ASSIS, 2010). Souza et al.,2016 em estudo realizado em uma maternidade no município do Rio de Janeiro, observaram que a prevalência de IU na gestação em 501 mulheres, onde 1,1% queixaram-se de IU, destacando o aumento da 8 prevalência em 75,0% no terceiro trimestre da gestação. Enquanto em outros países, os tipos mais comuns são a IUE e IUM, no Brasil, não foram encontrados muitos estudos sobre o assunto e associação dessa doença com os fatores de risco neste público. (BROWN, J., et al., 2010).

A estabilidade e a prevenção de continência e prolapsos de órgãos, dependem dos mecanismos de suporte do assoalho pélvico.A pelve óssea composta por dois grandes ossos, chamados ossos do quadril, que se ligam ao sacro, posteriormente e na linha mediana, anteriormente, ao nível da sínfise púbica. Cada grande osso é constituído de unidades ósseas menores denominadas ílio, ísquio e púbis (Fig. 1). O ângulo formado entre os arcos púbicos inferiores é mais obtuso na pelve feminina. A abertura superior mais larga facilita o encaixe da cabeça do bebê e o parto. A abertura inferior mais larga predispõe o assoalho pélvico a um enfraquecimento subsequente (PALMA, 2009 p 27).

A pelve óssea possui diferentes locais de inserção para ligamentos. O ligamento sacroespinhoso tem uma forma triangular e estende-se desde a espinha isquiática à borda lateral do sacro e cóccix e, anteriormente, ao ligamento sacrotuberoso. Superiormente e 9 inferiormente situam-se, respetivamente, o forame isquiático maior e menor (CORTON et al.,2005) A MAP exerce uma função importante na manutenção da continência urinária e fecal, suporte dos órgãos abdominais e pélvicos e auxilia no aumento da pressão intra-abdominal, na estabilização do tronco e na respiração. (FRANCESCHET, J et al., 2009.; KORELO, et al., 2011).

Entre os músculos que compõem o MAP destacam-se as fâscias pélvicas, o diafragma pélvico que é constituído pelo músculo coccígeos e elevadores do ânus que

é dividido em feixes pubo coccígeo, pubo retal e ílio coccígeo, e o diafragma urogenital é caracterizado pelo músculo transverso profundo do períneo (BEZERRA et al., 2011; MOREIRA et al., 2007).

3.1 IMPACTOS NA VIDA DE GESTANTES

Tendo em vista que a incontinência urinária é um tipo de alteração comum durante a gestação, e que afeta diretamente a qualidade de vida das gestantes, notou-se uma necessidade de uma pesquisa mais detalhada sobre o tema, afim de compreender mais sobre essa patologia. As mulheres que estão no período gestacional tende a sofrer mais com o problema de incontinência urinária, causando desconforto mental e físico, pois as gestantes tem receio de fazer forças e por então causar o extravasamento de urina, afim de selecionar os problemas diante a essa situação para melhoria da qualidade de vida da gestante, aconselhável seria adotar métodos preventivos para não impactar a vida das gestantes.

O International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form - ICIQ-SF, que é um questionário simples, breve e auto administrável, escolhido por avaliar o impacto da IU na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária dos pacientes analisados. O ICIQ-SF é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um grupo de oito itens relativos a causas ou situações de IU vivenciadas pelos respondentes. O escore geral é obtido pela soma dos escores das questões 3, 4 e 5. Quanto maior o escore maior o impacto sobre a qualidade de vida. O impacto sobre a qualidade de vida foi dividido de tal forma: nenhum impacto (0 pontos); impacto leve (de 1 a 3 pontos); impacto moderado (de 4 a 6 pontos); impacto grave (de 7 a 9 pontos) (TAMANINI et al., 2004)

Por fim, para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-BREF. Este questionário é constituído de 26 perguntas. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). As questões 1 e 2 é referente a qualidade de vida geral, as outras 24 questões compõem quatro domínios, são eles: Domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Neste instrumento faz-se necessário recodificar o valor das questões. As perguntas 1 e 2 deverão aparecer da

seguinte forma: 1 – Percepção da qualidade de vida (resultado em média 1 a 5); 2 – Satisfação com a saúde (resultado em média 1 a 5) (FLECK, 2000)

A gestação é um momento de total transformação, caracterizado por uma tensão, ocasionada pela grande expectativa por parte das gestantes referente a várias mudanças que passam a ocorrer, mudando assim a percepção de si mesma e das pessoas a sua volta, uma vez que a mulher passa agora a desempenhar o papel de mãe (CAMACHO et al., 2010).

Coutinho et al. (2014) acrescenta que a gravidez se configura em um momento no qual ocorrem profundas alterações em diversos aspectos da vida da mulher, como por exemplo, no estilo de vida, no qual mudanças significativas na vida pessoal e conjugal, bem como da família como um todo surgem, tornando-se um momento de preparação tanto psicológica quanto física.

Algumas alterações ocorridas nesta fase são elencadas por Pinheiro et al. (2017), como aumento das dimensões renais, dilatação pieloureteral, bexiga intra-abdominal, hipertrofia muscular vesical, aumento do útero, entre outras. Entretanto, esta última, conforme a mesma, é uma causa bem frequente no desencadear da Incontinência Urinária (IU) em mulheres gestantes. De acordo com a Internacional Continence Society - ICS, a IU é definida como qualquer perda involuntária de urina, estando qualquer pessoa suscetível, independente de idade e gênero, com estimativa de cerca de 50% das mulheres que apresentam essa disfunção, com prevalência maior durante o ciclo gravídico puerperal (PEDRO et al., 2011).

A IU provoca alterações graves na vida de pacientes por ela acometida, tornando-se estressante e debilitante, além de gerar alta morbidade por afetar o nível psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual. Sua maior prevalência nas mulheres decorre do menor comprimento da uretra, da anatomia do assoalho pélvico, idade, obesidade, gravidez, paridade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, entre outros (HIGA; LOPES, 2005).

Os impactos negativos da IU em mulheres são: desconforto e constrangimento de perder urina com mínimos esforços, ficar molhada grande parte do tempo, vergonha do odor de urina, a restrição do tempo de permanência fora de casa, problemas no relacionamento familiar e social afetando em todos os aspectos a

Qualidade de Vida - QV, tais problemas geram sentimentos de medo, vergonha, constrangimento e humilhação (FONSECA et al., 2005).

Por este motivo a ICS tem recomendado medidas de avaliação da QV, em todos os estudos como um complemento de medidas clínicas, sendo que dentre eles destaca-se o King's Health Questionnaire – KHQ (CAMACHO et al., 2010). De acordo os relatos do estudo de Sarcomori et al. (2013), mulheres grávidas tem mais probabilidade de apresentar IU, demonstrada pela elevada prevalência durante a gravidez e a respectiva redução no pós-parto, sendo mais evidente no último trimestre da gestação. Diante do exposto, e com o intuito de conhecer mais detalhadamente a relação entre a IU e a QV e ampliar os conhecimentos dos profissionais fisioterapeutas sobre o seu impacto na vida das gestantes, o estudo apresenta como objetivo averiguar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de gestantes, por ser o período gestacional uma fase que determina transformações biológicas, psíquicas, inter-relacionais e socioculturais na vida da mulher.

A presença de sintomas miccionais pode interferir negativamente na QV durante o período gestacional e estes sintomas podem intensificar-se e piorar a percepção geral de saúde e impacto da incontinência ao longo da gestação. O emprego de questionários que contemplem a QV pode ser útil, pois retratam o cotidiano e exemplificam situações que podem provocar os sintomas miccionais. O domínio físico do questionário WHOQOLbref apresenta a percepção da gestante quanto à dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades de vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamento; e capacidade de trabalho.¹⁴ Por meio do KHQ, destaca-se que os domínios sono e disposição e limitações de atividades diárias foram alguns dos domínios que obtiveram os piores escores nas duas avaliações, principalmente o sono/disposição, afetando a QV das gestantes com sintomas miccionais.

De acordo com Stanley,¹⁸ a noctúria pode contribuir para a sonolência, visto que se trata da necessidade de acordar durante a noite para urinar, de forma que cada micção seja precedida e seguida por um período de sono, interrompendo importantes fases do sono profundo. Contudo, Lopes et al.¹⁹ afirmam que as mudanças na fisiologia respiratória durante a gestação, devido a fatores hormonais e mecânicos, predis põem a mulher a distúrbios respiratórios do sono e, qualquer condição que provoque hipoxemia materna poderá afetar negativamente o sono, particularmente a

posição supina ao final da gestação. Com relação ao domínio das relações sociais do WHOQOL, ele engloba as relações pessoais, o apoio social, e a atividade sexual.¹⁴ Novamente, os escores foram piores para as gestantes com sintomas miccionais nas duas avaliações. O suporte social refere-se ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, ou seja, tudo o que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro.²⁰ Sabe-se que poucas gestantes com sintomas miccionais procuram ajuda, pois não se sentem à vontade para relatar esses sintomas à família, amigos e profissionais de saúde, além de muitas vezes desconhecerem que esses sintomas podem ser tratados ou controlados.²¹ Esse dado pode justificar porque essas mulheres apresentaram pior escore referente a este domínio quando comparadas às gestantes sem sintomas miccionais.

4. MÉTODOS FISIOTERAPÊUTICOS

A fisioterapia e a área de conhecimento que oferece suporte tanto na gestação como na prevenção e tratamento da incontinência urinaria, segundo o CREFFITO 9 (2019) o fisioterapeuta deve atuar desde a descoberta da gestação, a fim de possibilitar um maior bem estar para a gestante nessa etapa, até o trabalho do parto.

e acordo com Fritel et. Al. (2015) treinar o assoalho pélvico com a supervisão de um profissional e um método eficiente para prevenção de incontinência urinaria em gestante, e um tratamento que tem mostrado bastante eficácia ao termino da gestação até ao pós parto, o fisioterapeuta e o profissional mais indicados para realizar tais tratamentos, a fim de obter um melhor resultado, proporcionando qualidade de vida.

Em relação ao tratamento da incontinência , o manual de urologia (2015) afirma que o profissional de fisioterapia tem vários métodos específico para prevenção da IU, tais como biofeedback, cones vaginais, eletroestimulação, além de treinos perineais que são mais considerados como o modo de reabilitação mais adequado, treinar o musculo do assoalho pélvico com exercícios de fortalecimento precisa ser o primeiro método de tratar tipos de incontinência urinaria em gestantes, oferecendo para as mesma uma eficácia no recurso terapêutico abordado.

Através de exercícios de fortalecimento é possível promover o aumento do diâmetro e força de fibras musculares. Isto ocorre devido ao aumento de estímulo na síntese proteica e diminuição da degradação de proteínas, aumento da capacidade oxidativa e volume de mitocôndrias (MACHADO, 2005). O objetivo básico dos exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica é o reforço da resistência uretral e a melhora dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos (MOURA; COSTA, 2006).

4.1 EXERCÍCIOS KEGEL

A cinesioterapia do assoalho pélvico envolve fundamentalmente a realização dos exercícios de Kegel que objetiva trabalhar a musculatura perineal para o tratamento da hipotonia do assoalho pélvico (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.

Os exercícios Kegel auxiliam a fortalecer os músculos pélvicos. Estes músculos ajudam a sustentar a vagina e a bexiga que retém a urina. Se os músculos pélvicos enfraquecem, a urina pode vazar. Os exercícios Kegel ajudam a fortalecer estes músculos de maneira que a urina não vaze. Além disso, também tornam os músculos da vagina mais sensíveis, esses exercícios podem ser feitos em qualquer lugar (KISNER e COLBY, 2002).

A linguagem deve ser escolhida de modo específico para cada paciente individual, utilizando palavras e imagens que sejam familiares e facilmente entendidas. Peça para a paciente que imagine: parar de passar água/urina; parar de passar/interrompendo o fluxo; tentado deixar de urinar nas calças; comprimindo o pênis de seu parceiro. Na primeira sessão pede-se à paciente para manter uma contração com força até que ela sinta a fraqueza muscular, e a duração é registrada. Em seguida contrações fortes e longas são repetidas uma depois da outra, com uma breve pausa entre elas, cada mantida pelo maior tempo possível, para ver quantas contrações podem ser feitas antes que se instale uma grande fadiga, e o número é registrado. Juntamente com a paciente é feito um plano de sessões práticas diárias. Esse plano deve ser realista e alcançável, bem como agradável à paciente. O ideal seria duas a três sessões intensivas por dia. Preferencialmente a mulher deve estar confortavelmente sentada e com as mãos repousando sobre as coxas. Porém, conforme vai se adquirindo prática, os Exercícios de Kegel podem ser realizados durante praticamente todas as atividades cotidianas, como durante o banho, os afazeres domésticos, no trânsito, assistindo TV. É importante criar o hábito diário e manter um horário fixo, para evitar a desmotivação. Estudos mostram que 30% das mulheres não conseguem exercitar corretamente a musculatura do assoalho pélvico,

então se recomenda que os músculos abdominais; glúteos e adutores devem ficar em repouso ou em tensão constante na tentativa de evitar a contração conjunta (PRADO et al, 2003).

Segundo Santos (2004), a maioria das mulheres é incapaz de alcançar uma contração apenas pela simples instrução verbal, por isso é importante um controle palpatório intravaginal e a presença e a presença de um fisioterapeuta. Também Grosse & Sengler (2002) afirmam que a informação e a conscientização representam uma fase essencial na reeducação.

Para Moreno (2004), a contração correta dos músculos do assoalho pélvico, especialmente os elevadores do ânus, tem sido muito eficaz no tratamento de incontinência urinária, proporcionando melhora no controle esfinteriano, no aumento do recrutamento das fibras 10 musculares tipo I e II, no estímulo da funcionalidade inconsciente de contração simultânea do diafragma pélvico aumentando assim o suporte das estruturas pélvicas e abdominais prevenindo futuras distopias genitais.

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.

Figura 1 - Fique na posição deitada, puxe o ar e solte contraindo o períneo como se fosse segurando o xixi.



Fonte: Oficina temática n.3 (2014)

Figura 2 - Exercício da ponte: Puxe o ar e solte contraindo o períneo e elevando o bumbum(glúteo) da cama.



Fonte: Oficina temática n.3 (2014).

Figura 3 - Em pé, segurando em uma cadeira ou mesa, faça o mesmo exercício de contração do períneo.



Fonte: Oficina temática n.3 (2014)

4.2 BOLA SUIÇA

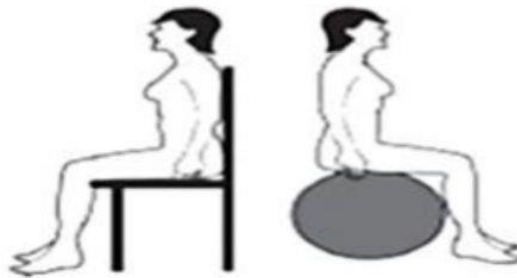
Destaca-se o trabalho com a bola suíça. A bola suíça é um instrumento utilizado para o tratamento dos músculos enfraquecidos como a hipotonia dos músculos do assoalho pélvico. Os exercícios são funcionais e podem ser realizados de várias maneiras, pois a bola suíça é considerada como um instrumento necessário e mediador ideal para os movimentos no treino dessa musculatura (CARRIÈRE, 1999).

Os exercícios com a bola suíça aprimoram a percepção sensorial dos músculos do assoalho pélvico em cada movimento, promovendo assim a aceitação natural de novos exercícios. Este treinamento do assoalho pélvico é obtido por meio de

propriedades e características da bola que são de forma esférica e elasticidades singulares (BEATE, 1999, p. 328).

Conforme Stephenson (2004), o exercício é a chave para o retorno rápido e máximo da função muscular e a restauração da saúde da mãe, evitando problemas futuros com a disfunção do assoalho pélvico. Afinal, a cinesioterapia para o assoalho pélvico compreende exercícios para a normalização do tônus muscular, sendo empregada tanto para o fortalecimento de áreas hipotônicas como para o relaxamento de áreas hipertônicas (MORENO 2004).

Figura 4 - Sentada na cadeira ou na bola suíça, com a coluna reta e os pés bem apoiados, puxe o ar contraindo o períneo como se fosse segurar o xixi.



Fonte: Oficina temática n.3 (2014)

4.3 CINESIOTERAPIA

A cinesioterapia é então, uma terapia através dos movimentos, onde estes são utilizados como forma de tratamento, tendo como base de que os movimentos voluntários repetidos proporcionam o aumento da força muscular, uma resistência à fadiga, melhorando a mobilidade, a flexibilidade e a coordenação muscular (AMARO & GAMEIRO, 2001).

E baseado neste preceito das contrações repetidas, esses exercícios têm sido indicados em alguns casos de incontinência urinária, devido ao aumento do tônus das fibras musculares lentas ou tipo I (que constituem 70% e que promovam sustentação e resistência na contração muscular) e das fibras musculares rápidas ou tipo II (os

30% restantes, que promovem contrações fortes e breves) (LAYCOCK, 1994; BERNARDES et al., 2000; CAMARRÃO et al., 2003).

Mas com o passar do tempo os exercícios para o assoalho pélvico foram sendo esquecida (MORENO, 2004). A partir daí as cirurgias foram a melhor opção para o tratamento de incontinência urinária, porém às recidivas foram aparecendo com freqüência submetendo assim as pacientes as mesmas condições iniciais de perda urinária, ou até mesmo a piora do prognóstico (SOUZA, 2002). Até que no ano de 1992, a Sociedade Internacional de Continência validou cientificamente as técnicas de reabilitação do assoalho pélvico para tratamento de distúrbios perineais, e como conseqüência o reconhecimento e a valorização foram crescendo cada vez mais (MORENO, 2004).

A atuação do fisioterapeuta na reeducação perineal do assoalho pélvico, tem como finalidade melhorar a força de contração das fibras musculares, promover a reeducação abdominal e um rearranjo estático lombo pélvico através de exercícios, aparelhos e técnicas. Assim estes poderão ajudar a fortalecer os músculos necessários para manter a continência urinária (SOUZA, 2002).

A reeducação da musculatura do assoalho pélvico torna-se imperativo no programa de exercícios atribuídos para pacientes vindos sob forma preventiva ou até mesmo curativa da patologia, além de melhorar a função sexual. Porém, os melhores resultados do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária são obtidos nos casos leve ou moderado (MORENO et al., 2004).

A cinesioterapia do assoalho pélvico compreende basicamente na realização dos exercícios de Kegel que objetiva trabalhar a musculatura perineal para o tratamento da hipotonia do assoalho pélvico (SANTOS, 2004). Mas estudos mostram que 30% das mulheres não conseguem exercitar corretamente a musculatura do assoalho pélvico, então se preconizou que os músculos abdominais, glúteos e adutores, devem ficar em repouso ou em tensão constante na tentativa de evitar a contração conjunta (PRADO et al., 2003).

Segundo Santos (2004), afirmou que a maioria das mulheres são incapazes de realizar uma contração somente pela simples instrução verbal, por isso é importante um controle palpatório intravaginal e a presença de um fisioterapeuta. E Grosse & Sengler (2002), afirmam que a informação e a conscientização representam uma fase essencial na reeducação.

Segundo Moreno (2004), a contração correta dos músculos do assoalho pélvico, principalmente os elevadores do ânus, tem sido muito eficaz no tratamento de incontinência urinária, apresentando melhora no controle esfinteriano, no aumento do recrutamento das fibras musculares tipo I e II, no estímulo da funcionalidade inconsciente de contração simultânea do diafragma pélvico aumentando assim o suporte das estruturas pélvicas e abdominais prevenindo futuras distopias genitais.

De acordo com Géó & Lima (2001), Souza (2002), a cinesioterapia para o assoalho pélvico é isenta de efeitos colaterais e morbidade, ao contrário das cirurgias. Por isso, hoje o tratamento fisioterapêutico está sendo cada vez mais utilizado devido ao seu resultado positivo no tratamento da incontinência urinária feminina, porém depende de uma boa avaliação do paciente e da escolha da técnica e parâmetro de tratamento para cada tipo de patologia que será tratada.

Existem várias formas de aplicação da cinesioterapia para o tratamento da incontinência urinária feminina, dentre eles o trabalho com a bola suíça. A bola suíça é um instrumento utilizado para o retreinamento dos músculos enfraquecidos como a hipotonia dos músculos do assoalho pélvico. Os exercícios são funcionais e podem ser realizados de várias maneiras, pois a bola suíça é considerada como um instrumento indispensável e intermediário ideal para os movimentos no treino dessa musculatura (CARRIÉRE & TRANZBERGER, 1999).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração essas informações, foi evidenciado que a fisioterapia além de demonstrar importância preventiva na incontinência urinária durante a gestação, também proporcionou resultados satisfatórios na melhoria da IU em gestantes, reduzindo a sintomatologia, melhorando a força do AP e períneo, as funções motoras e a resistência muscular, proporcionando para essas mulheres uma melhor qualidade de vida sem a perda de urina.

Em virtude dos estudos mencionados os métodos terapêuticos eficazes abordados para o tratamento da IU na gestação foram o treinamento da musculatura do assoalho pélvico combinados com outras técnicas, como exercícios de Kegel, exercícios perineais, contração e relaxamento do MAP.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez o que é, sintomas, complicações, tipos e prevenção**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>. Acesso em: 17 set. 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Incontinência urinária: o que é, sintomas, complicações, tipos, prevenção e tratamento**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/dicas--em-saude>. Acesso em: 17 set. 2020.
3. CREFITO. **Os benefícios da fisioterapia antes, durante e após a gravidez**. 2019. Disponível em: <http://www.crefito9.org.br/noticias/os-beneficios-da-fisioterapia-antes-durante-e-apos-a--gravidez>. Acesso em: 21 set. 2019.
4. DIRETRIZES de Incontinência Urinária. 2019. Disponível em: <http://conitec.gov.br/>. Acesso em: 27 ago. 2020.
5. DONATO, H.; DONATO, M. **Etapas na condução de uma revisão sistemática**. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net>. Acesso em: 24 set. 2020.
6. FRITEL, X. et al. **Reverting Urinary Incontinence With Supervised Prenatal Pelvic Floor Exercises: A Randomized Controlled Trial**. *Obstet Gynecol*, [s. l.], v. 126, n. 2, p. 370-377, aug. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26241428/>. Acesso em: 27 ago. 2020.
7. KAHYAOGU, S. H.; BALKANLI, K. P. **Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period**. *NeurourolUrodyn*, v. 35, n. 3, p.417-22, mar. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25648223/>. Acesso em: 27 ago. 2020.
8. **MANUAL de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal**. 2015. Disponível em: PubMed/Manual_de_Uroginecologia_e_Cirurgia_Vaginal. Acesso em: 27 ago.2020.
9. OKIDO, M. M. et al. **Assessment of foetal wellbeing in pregnant women subjected to pelvic floor muscle training: a controlled randomised study**. *Int Urogynecol J.*, [s. l.], v. 26, n. 10, p. 1475-81, oct. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26294205>. Acesso em: 27 ago. 2020.
10. FARIAS, Tamara C.; MORAIS, Karla C.S de; CIRQUEIRA, Rosana P.; ALBUQUERQUE, Luciana S. de; FERREIRA, Juliana B. **Incontinência urinária e disfunção sexual em gestantes**. *Id on Line Revista*
11. PEDRO, A. F. et al. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 2011; 7(2): 63–70.
12. PINHEIRO et al. **Estudo da prevalência de sintomas da incontinênciaurinária de esforço durante o período gestacional em primigestas: uma revisão de literatura**. *Pesquisa e Ação*, 2017; 3(2).

13. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 2007;7(2):143-150.
14. Yeniel AO, Petri E. **Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts.** *Int Urogynecol J.* 2014; 25:5–14.
15. Prado DS, Lima RV, Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2013;35(5):205-9.
16. NYGAARD, C.C. et al. Incontinência e qualidade de vida em pacientes femininas com obesidade. **Revista Bras Ginecol Obstet** 2018; 40(09): 534-539.
17. OLIVEIRA, C. et al. Incontinência urinária na gravidez e sua relação com as variáveis sociodemográficas e qualidade de vida. **Revista Assoc,** 2013; Med. Bras. S9 (5).
18. PEDRO, A. F. et al. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog,** 2011; 7(2): 63–70.
19. PINHEIRO et al. **Estudo da prevalência de sintomas da incontinência urinária de esforço durante o período gestacional em primigestas: uma revisão de literatura.** *Pesquisa e Ação,* 2017; 3(2).
20. SACOMORI, C. et al. Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no terceiro trimestre gestacional. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant,** 2013; 13(3): 215–221.
21. SOUZA, A. P. P. et al. Prevalência de incontinência urinária durante a gestação. **Revista Baiana de Saúde Pública,** 2016; 40(1): 216-228
22. TAMANINI J. T. N. et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQSF). *Rev Saude Publica.* 2004;38(3):438–44.
23. Oliveira JMS, Salgado LBG, Schmitt ACB, Rosa LCL. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Fisioter Pesq.* 2007; 14 (3): 12-7. 24. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz APM, van der Vaart CH. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? *Int Urogynecol J.* 2007; 18 (2): 133-9. 25. Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Benifla JL. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort after survey. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83: 941-5. 26. Smith AR, Hosker GL, Warrel DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine: a neurophys.