

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

KARLA MARIANA OLIVEIRA DE ARAÚJO
LAÍS ROSANE DA CONCEIÇÃO CORREIA
VALÉRIA DINÁ DA COSTA SOUZA

**FORTALECIMENTO DOS MÚSCULOS DO
ASSOALHO PÉLVICO NA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA
POPULAÇÃO IDOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

RECIFE/2021

KARLA MARIANA OLIVEIRA DE ARAÚJO
LAÍS ROSANE DA CONCEIÇÃO CORREIA
VALÉRIA DINÁ DA COSTA SOUZA

**FORTALECIMENTO DOS MÚSCULOS DO
ASSOALHO PÉLVICO NA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA
POPULAÇÃO IDOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo apresentado ao Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA,
como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em
Fisioterapia.

Professor Orientador: Ma. Carina Paiva

RECIFE/2021

A663f

Araújo, Karla Mariana Oliveira de

Fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico na prevenção e tratamento da incontinência urinária na população idosa: uma revisão integrativa. Karla Mariana Oliveira de Araújo; Laís Rosane da Conceição Correia; Valéria Diná da Costa Souza. - Recife: O Autor, 2021.

34 p.

Orientador: Me. Carina Paiva.

Trabalho De Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Brasileiro – Unibra. Bacharelado em Fisioterapia, 2021.

1.Incontinência urinária. 2.Modalidades de fisioterapia. 3.Idoso. 4.Prevenção primária. 5.Reabilitação. - Unibra. II. Título.

CDU: 615.8

KARLA MARIANA OLIVEIRA DE ARAÚJO
LAÍS ROSANE DA CONCEIÇÃO CORREIA
VALÉRIA DINÁ DA COSTA SOUZA

**FORTALECIMENTO DOS MÚSCULOS DO
ASSOALHO PÉLVICO NA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA
POPULAÇÃO IDOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo aprovado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia, pelo Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA, por uma comissão examinadora formada pelos seguintes professores:

Prof.º Ma. Carina Paiva
Professor(a) Examinador(a)

Prof.º Ma. Vanessa Maria da Silva Alves Gomes
Professor(a) Examinador(a)

Prof.º Gustavo Barreto
Professor(a) Examinador(a)

Recife, ___/___/___

NOTA: _____

*Aos nossos pais pelo eterno amor e incentivo.
Aos amigos pela paciência, apoio e sorrisos compartilhados.*

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho de conclusão de curso corresponde ao encerramento de um período de grande aprendizado, esforço e dedicação, agradecemos imensamente aos nossos familiares e amigos por todo apoio ao longo desses cinco anos, onde muitas vezes abdicamos de momentos juntos para nos dedicar à academia.

Agradecemos aos amigos feitos, onde compartilhamos as alegrias e dificuldades da graduação e tivemos incentivo e apoio mútuos em muitos momentos.

Agradecemos aos professores, grandes mestres que tivemos nessa jornada acadêmica, o apoio que sempre nos deram, aos ensinamentos, orientações e acompanhamento ao longo de todo esse período, sempre nos incentivando a ser os melhores profissionais.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”
(Marthin Luther King)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. Envelhecimento versus disfunções	11
2.2. Assoalho pélvico	11
2.3. Neurofisiologia da micção	12
2.4. Incontinência urinária	12
2.4.1. <i>Incontinência urinária de esforço</i>	12
2.4.2. <i>Incontinência urinária de urgência</i>	12
2.4.3. <i>Incontinência urinária mista</i>	12
2.4.4. <i>Incontinência urinária de transbordamento</i>	13
2.4.5. <i>Incontinência urinária funcional</i>	13
2.5. Prevalência	13
2.6. Fatores de risco	13
2.7. Diagnóstico	14
2.7.1. <i>Anamnese</i>	14
2.7.2. <i>Exame físico</i>	15
2.7.3. <i>Avaliação de força MAP</i>	15
2.7.4. <i>Questionários</i>	16
2.7.5. <i>Teste de esforço a tosse</i>	16
2.7.6. <i>Pad-test ou teste do absorvente</i>	17
2.7.7. <i>Diário miccional</i>	17
2.7.8. <i>Urinálise</i>	17
2.7.9. <i>Avaliação do volume residual</i>	17
2.7.10. <i>Testes urodinâmicos</i>	18
2.8. Tratamento	18
2.8.1. <i>Biofeedback</i>	19

2.8.2. Cinesioterapia.....	19
2.8.3. Eletroestimulação.....	19
2.8.4. Cone vaginal.....	19
3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	20
4. RESULTADOS.....	22
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXO.....	35

FORTALECIMENTO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA POPULAÇÃO IDOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Karla Mariana Oliveira de Araújo

Laís Rosane da Conceição Correia

Valéria Diná da Costa Souza

Ma. Carina Paiva¹

Resumo: A população idosa tem aumentado devido ao crescimento da expectativa de vida, com isso tem-se percebido aumento de patologias crônicas e síndromes geriátricas, dentre elas está a incontinência urinária (IU). A IU é caracterizada como qualquer perda involuntária de urina, e pode ser classificada em IU de esforço, urgência, mista, transbordamento e funcional. Possui alta prevalência na população idosa, e um dos principais fatores de risco é a idade. O diagnóstico é clínico, através de investigação dos sintomas, podem ser utilizados questionários e avaliação dos músculos do assoalho pélvico (MAP). O tratamento conservador é recomendado como padrão ouro na IU, e a fisioterapia auxilia nas intervenções de reabilitação, educação e prevenção. Diante disto, este estudo se propôs a descrever as intervenções fisioterapêuticas na prevenção e tratamento da IU na população idosa. Os ensaios clínicos estudados mostraram que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) são eficazes no tratamento tanto usados de forma isolada, quanto associados a outras técnicas, como biofeedback, cones vaginais e eletroestimulação. Na prevenção, a educação e comunicação tem se mostrado promissoras, principalmente associadas ao TMAP.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Modalidades de fisioterapia. Idoso. Prevenção primária. Reabilitação.

Abstract: *The elderly population has grown due to the extension in life expectancy, thereby, an increase in chronic pathologies and geriatric syndromes has been noticed, among them is urinary incontinence (UI). UI is characterized as any involuntary loss of urine, and can be classified into stress, urgency, mixed, overflow and functional UI. It has a high prevalence in the elderly population, and one of the main risk factors is age. Diagnosis is clinical, through investigation of symptoms, questionnaires and assessment of the pelvic floor muscles (PFM) can be used. Conservative treatment is recommended as the gold standard in UI, and physical therapy helps in rehabilitation interventions as well as education and prevention. That said, this study aimed to describe physical therapy interventions in the prevention and treatment of UI in the elderly population. The clinical trials studied showed that the pelvic floor muscles training (PFMT) is effective in the treatment, both used in isolation and associated with other techniques, such as biofeedback, vaginal cones and electrical stimulation. In prevention, education and communication has been promising, especially associated with PFMT.*

Keywords: *Urinary incontinence. Physical therapy modalities. Aged. Prevention and control. Rehabilitatio.*

¹ Professor(a) da UNIBRA. Ma. Carina Paiva. E-mail para contato: carinapaiva_8@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), o Brasil está envelhecendo de forma acelerada, a população idosa brasileira é de 29,374 milhões de pessoas, representando 14,3% da população total do país, em 2016, a expectativa de vida de ambos os sexos aumentou para 75,72 anos, sendo as mulheres 79,31 anos e os homens 72,18 anos. Juntamente com o aumento da expectativa de vida da população idosa, cresce também as patologias crônicas e as síndromes geriátricas, como a incontinência urinária (IU) (FREITAS et al., 2020).

A IU é a queixa de qualquer perda involuntária de urina (CAETANO; SUZUK; MORAES, 2019), devido a incapacidade de armazenar e reter a urina (FREITAS et al., 2020). A Sociedade Brasileira de Urologia classifica a IU em três tipos: incontinência urinária de esforço (IUE), de urgência (IUU) e mista (IUM), sendo a última uma junção de sintomas das duas anteriores (MOURÃO et al., 2017). Já Irwin (2019), acrescenta a essa classificação a IU de transbordamento e funcional.

A perda da continência possui alto índice de prevalência, atingindo mundialmente mais de 50 milhões de pessoas (OLIVEIRA et al., 2015), 27,6% no gênero feminino e 10,5% no masculino (MOURÃO et al., 2017). Shinje et al. (2021), relatam que 20 milhões de mulheres e 6 milhões de homens nos Estados Unidos sofrem de IU durante suas vidas, o que afeta 11-34% dos homens e 13-50% das mulheres acima dos 60 anos. No Brasil cerca de 11% a 23% das mulheres têm IU (OLIVEIRA et al., 2015), e pode atingir até 50% das mulheres em alguma fase da vida (BENÍCIO et al., 2016).

Inúmeras causas estão relacionadas de modo direto com a perda da função esfinteriana e propiciam o surgimento da IU, esses fatores são advindos da fragilidade dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e estão relacionados com diversas etiologias. Sendo a paridade, as cirurgias ginecológicas, a obesidade, as doenças crônicas, o tabagismo, o climatério, os exercícios físicos rigorosos, o consumo de cafeína, o uso de medicamentos e a idade os mais registrados na literatura (MOURÃO et al., 2017).

Com o aumento da idade sucede a diminuição gradativa das funções dos órgãos e sistemas, o que propicia o surgimento de diferentes problemas de saúde. Dentre esses, ocorre a diminuição da força muscular que atinge de modo direto o trato urinário provocando a IU (SOUZA et al., 2015).

O diagnóstico da IU é clínico e se dá pelo relato de perda urinária. Após isso deve ser feita uma história clínica completa, de modo a avaliar as causas e o tipo de incontinência do indivíduo que está sendo avaliado. Nesse processo podem ser utilizados questionários padronizados e diários miccionais. Além disso, tem-se os exames complementares que podem complementar na avaliação (IRWIN, 2019).

O tratamento da perda da continência pode ser feito mediante mudança no estilo de vida, utilização de medicamentos ou intervenção cirúrgica (IRWIN, 2019), porém preconiza-se como primeira opção o tratamento conservador (CAVENAGHI et al., 2020), que tem baixo custo, baixo risco de efeitos colaterais e visa aumentar a força do MAP (FREITAS et al., 2020), desta forma, a fisioterapia tem muita importância na prevenção, diagnóstico devido a queixa clínica, na orientação e condução do tratamento (OLIVEIRA et al., 2017). Os métodos fisioterapêuticos consistem em orientações de exercícios para o AP, exercícios de resistência para o MAP e reeducação comportamental (MARQUES, 2016).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever as intervenções fisioterapêuticas na prevenção e tratamento da incontinência urinária na população idosa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Barros e Silva (2019), afirmam que a IU é um estado anormal em qualquer idade, e possui diversos fatores envolvidos para ocorrer a perda, e não só a integridade do trato urinário inferior. Oliveira e Garcia (2011), abordam que a incontinência urinária por ser muito comum em idosos e leva equivocadamente ao entendimento de um processo natural do envelhecimento. Esta disfunção tem impacto na qualidade de vida, e o rastreio pode ajudar os profissionais a entenderem e adequarem os tratamentos de forma individual, propiciando adesão do paciente à intervenção (BARROS E SILVA, 2019).

2.1. Envelhecimento *versus* disfunções

O envelhecimento é considerado um processo contínuo, individual, cumulativo e irreversível de degradação do organismo vivo, podendo causar danos à saúde física, mental e/ou social. Geralmente está associado a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que podem causar limitações físicas, perda cognitiva, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes, quedas, isolamento social e incontinência urinária. Conhecido como síndromes geriátricas (RIBEIRO et al., 2021).

2.2. Assoalho pélvico

Segundo Carvalho et al. (2021), o assoalho pélvico é formado por ligamentos e músculos encarregados pela sustentação de órgãos pélvicos e abdominais. Sendo composto por musculatura profunda e superficial, responsáveis pela função urinária, intestinal e sexual (PRENDERGAST, 2017). A musculatura profunda é composta pelos músculos coccígeos e levantadores do ânus, puborretal, iliococcígeo e pubococcígeo, incumbidos de manter o tônus e proteger de carga excessiva. Os músculos superficiais, também chamado diafragma urogenital, é formado por isquiocavernoso, bulboesponjoso, perineal transverso superficial e o esfíncter anal. São inervados pelo ramo sacral, nervo pudendo e nervo levantador do ânus (WALLACE; LUCIA; KAVITA, 2019).

De acordo com Carvalho et al. (2021), é indispensável que se mantenha um bom desempenho da vagina, uretra e órgãos da pelve, corroborando para a saúde dos MAP. Conclui ainda que entre as funções mais importantes da musculatura do AP está a manutenção da posição anatômica dos órgãos pélvicos, adequada função sexual e prevenção de disfunções pélvicas, como é o caso da IU.

2.3. Neurofisiologia da micção

Na fase de enchimento a bexiga identifica certo nível de urina por meio da distensão vesical, levando a excitação de fibras aferentes que conduzem essa informação para o sistema nervoso central, mais precisamente no centro pontíneo da micção, onde será analisada e interpretada a informação, um impulso eferente é enviado para o sistema nervoso simpático e através do nervo hipogástrico vai relaxar músculo detrusor aumentando a complacência da bexiga e a contração do esfíncter. Quando o volume de urina chegar ao limiar uma nova informação é conduzida ao sistema nervoso central, que interrompe o sistema simpático e passa a ativar o parassimpático, que por meio dos nervos pélvicos relaxa o esfíncter e contrair o detrusor, assim havendo o esvaziamento vesical (TSAKIRIS; MATTHIAS; MARTIN, 2008).

2.4. Incontinência urinária

A IU é descrita na literatura como a perda involuntária de urina. Oliveira et al. (2017), falam que é uma condição de característica crônica que compromete diversas áreas da funcionalidade. Classifica-se em:

2.4.1. Incontinência urinária de esforço

Na IUE ocorre a perda involuntária de urina associada a atividades que aumentam a pressão intra-abdominal como, movimentos de impacto, tossir, espirrar e rir. É a mais comum de ocorrer, atingindo cerca de 25% a 45% das mulheres (WALLACE; LUCIA; KAVITA, 2019). Aoki et al. (2017), descreve dois mecanismos para o surgimento da IUE, a fraqueza do esfíncter urinário, que pode surgir em consequência de traumas, envelhecimento, doenças neurológicas, cirurgias uroginecológicas e patologias que causam atrofia muscular sistêmica. Outro mecanismo é a hiper mobilidade uretral, que ocorre devido à perda da proteção do colo da bexiga e da uretra.

2.4.2. Incontinência urinária de urgência

A IUU caracteriza-se por perda involuntária de urina acompanhada por um desejo urgente de urinar (IRWIN, 2019), isso acontece em decorrência da hiperatividade do músculo detrusor, baixa complacência do detrusor e hipersensibilidade da bexiga (AOKI et al., 2017).

2.4.3. Incontinência urinária mista

A IUM decorre da associação entre a incontinência de esforço com a de urgência (IRWIN, 2019).

2.4.4. Incontinência urinária de transbordamento

Acontece o esvaziamento vesical incompleto devido uma hipocontratilidade do músculo detrusor e/ou por uma obstrução no fluxo urinário. Mais comum nos homens (IRWIN, 2019).

2.4.5. Incontinência urinária funcional

A perda involuntária de urina funcional se dá por limitações físicas, cognitivas ou por qualquer circunstância que impeça a pessoa de utilizar normalmente o banheiro (IRWIN, 2019).

2.5. Prevalência

Por se tratar de uma patologia subdiagnosticada, há muita divergência nos dados sobre prevalência, e segundo Benício et al. (2016), afeta 25% a 45% da população mundial. De acordo com Cavenaghi et al. (2020), no Brasil um terço das mulheres apresenta IU, e aproximadamente atinge 14% a 57% do sexo feminino com 20 e 89 anos. Carvalho e colaboradores (2021), citaram em seu estudo que 1% a 42,2% das mulheres apresentam IU, relataram ainda que na IU de esforço variou em 12,5% a 79%, a incontinência de urgência 15,6% a 41,6%, e a mista com 8,3% a 50% de prevalência. Nos Estados Unidos, até 77% das mulheres que residem em instituições de longa permanência para idosos podem ter IU. Apesar dessa alta taxa, apenas 25% procuram ou recebem tratamento (IRWIN, 2019). Nos homens, Milios et al. (2019), relatam que a IU afeta cerca de 69 a 98% após a cirurgia de prostatectomia radical, e no pré-operatório apenas cerca de 1 a 2% até os 75 anos de idade.

2.6. Fatores de risco

A IU é uma patologia multifatorial, logo diversos fatores estão associados com a perda involuntária de urina (OLIVEIRA et al., 2015). De acordo com Martins e colaboradores (2012), fatores intrínsecos somados aos extrínsecos aumentam as chances da micção involuntária. Mourão et al. (2017), descrevem a fragilidade da musculatura do assoalho pélvico, a redução da elasticidade e a baixa contratilidade da bexiga como fatores diretamente relacionados com a incontinência. Barros e Silva (2019), trazem causas como o hipoestrogenismo na menopausa, a prostatectomia, doenças neurológicas do sistema nervoso central (como acidente vascular encefálico,

doença de Parkinson), e cirurgias podem causar alterações no tônus muscular e/ou danos nas inervações. Além do mais, eles consideram como outros fatores de risco a obesidade, cirurgias ginecológicas, paridade, doenças crônicas, climatério, tabagismo, exercícios físicos rigorosos, consumo de cafeína, uso de medicamentos e a idade. (MOURÃO et al., 2017)

O guideline NICE (2021), sobre disfunções do assoalho pélvico mostra fatores de risco para essas patologias, e apresenta fatores de risco modificáveis e não modificáveis, dentre esses que não mudamos está a idade e o risco aumentado conforme o avançar da idade. Ainda que o envelhecimento não esteja associado diretamente a patologias, os idosos apresentam aumento da fragilidade clínica e funcional e são mais propensos a desenvolver doenças crônicas (LEITE et al., 2019). Isso afeta a autonomia, a mobilidade, as habilidades motoras finas, a vigília e o corpo. O envelhecimento pode causar declínio fisiológico, como diminuição da força muscular, diminuição da complacência uretral ou diminuição da contratilidade do detrusor. Com a idade o suporte vesical, comprimento da uretra e a função do assoalho pélvico diminuirão, contribuindo para o surgimento da IU (SOUZA et al., 2015).

2.7. Diagnóstico

O diagnóstico da IU é clínico, onde investiga-se os sintomas por autorrelato, e deve, muitas vezes perguntar se está ocorrendo as perdas involuntárias de urina, visto que muitos pacientes se sentem constrangidos em dizer aos profissionais de saúde, familiares e amigos, ou consideram normal do envelhecimento, por falta de conhecimento, vergonha e medo, e com isso retarda-se a procura por identificação e tratamento da incontinência (OLIVEIRA et al., 2017; IRWIN, 2019; MOURÃO et al., 2017; CAVENAGHI et al., 2020). Segundo Aoki e colaboradores (2017), a investigação diagnóstica compreende história médica, exame físico, urinálise, avaliação de volume residual e exclusão de condições específicas. Após anamnese completa pode-se avaliar as causas e o tipo da IU. Testes urodinâmicos, questionários e diários miccionais auxiliam nesse processo (OLIVEIRA et al., 2017; IRWIN, 2019).

2.7.1. Anamnese

A avaliação do paciente deve contar com coleta de dados, onde se obtém a identificação do paciente, perfil sociodemográfico (idade, raça, escolaridade e estado civil), perfil clínico/ história obstétrica/ estado ginecológico (gravidez, paridades, tipos

de parto, complicações do parto como episiotomia e lacerações, disfunção evacuatória ou incontinência fecal, climatério, cirurgias ginecológicas, disfunções sexuais, urinárias e seus sintomas), envolve também o histórico médico (infecções sexualmente transmissíveis, distúrbios cardiorrespiratórios, diabetes mellitus, tosse crônica, obesidade, infecção do trato urinário - ITU, apneia obstrutiva do sono), uso de medicações (reposição hormonal, agonista e antagonista alfa-adrenérgico, bloqueadores dos canais de cálcio, diuréticos, terapias com lítio, analgésicos opióides, anticolinérgicos e inibidores de enzima de conversão da angiotensina), e estilo de vida (tabagismo e exercícios físicos). Pode-se complementar essa anamnese com o histórico de causas reversíveis da IU, a avaliação DIPPERS, onde se inclui avaliar delírio, infecções, medicamentos, transtornos psicológicos, ingestão excessiva de líquidos, mobilidade reduzida e impactação de fezes (AOKI et al., 2017; IRWIN, 2019; CARVALHO et al., 2021).

2.7.2. Exame físico

Segundo Aoki e colaboradores (2017), no exame físico deve-se realizar avaliação funcional e observar o estado mental, mobilidade e índice de massa corporal. Acrescentam também exame abdominal e urogenital, onde se avalia respectivamente, massas pélvicas, bexiga palpável e sensibilidade costovertebral; atrofia vaginal e dermatite associada à IU.

2.7.3. Avaliação de força MAP

Aoki et al. (2017), em seu estudo citam o exame digital palpando o assoalho pélvico para verificar tônus muscular, contração e força, porém relatam não ter método padronizado, valor comparativo de medição nem classificação. Carvalho e colaboradores (2021), avaliaram a força muscular perineal com base na escala de Oxford modificada e pela palpação digital vaginal. Durante a avaliação foi utilizado luvas de procedimento e lubrificante específico na vagina, introdução de duas falanges distais dos dedos indicador e médio do avaliador no canal vaginal, e então solicita-se a paciente que realize uma contração voluntária dos MAP e mantenha pelo máximo de tempo que conseguir, e repetiu três vezes com intervalo de 15 segundos entre as contrações, mantendo ambos os dedos no canal vaginal durante toda a avaliação de força muscular. O melhor resultado da contratação foi registrado pela escala de Oxford modificada (CARVALHO et al., 2021).

Uma forma de complementar a avaliação é com o uso da escala PERFECT (power, endurance, repetition, fast, every, contractions, timed), pois ela avalia o MAP

em relação à força, duração da contração mantida, repetições mantidas e número de repetições rápidas das contrações, trazendo uma avaliação das fibras fásicas que estão relacionadas às perdas por esforço e das fibras tônicas que se relacionam as de urgência. Além disso, a escala PERFECT direciona o tratamento, onde as séries e repetições são específicas para cada paciente (BERLEZI et al., 2013).

2.7.4. Questionários

Existem alguns questionários que podem acrescentar à avaliação no processo de determinar o tipo de IU e o impacto na qualidade de vida do paciente. Irwin (2019), citou o “3 Questões para Incontinência (3IQ)” e relatou que ele apresenta uma sensibilidade de 0,86 para detectar a IU de esforço e 0,75 para a de urgência em mulheres idosas e de meia-idade. Segundo Brown et al. (2006), o 3IQ é um questionário simples e não invasivo, para auxiliar na classificação da IUU e IUE, é composto por três perguntas rápidas, levando até 30 segundos de avaliação.

Carvalho et al. (2021), utilizaram o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* que verifica a qualidade de vida relacionada a IU, o mesmo foi validado em 2004, em um estudo realizado por Tamanini e colaboradores (2004). O ICIQ-SF possui quatro questões que avaliam a frequência, gravidade e impacto da IU e oito itens de autodiagnóstico sobre queixas ou situações vividas de IU pelos pacientes. Quanto maior a pontuação, maior é o impacto na qualidade de vida, sendo classificado sem impacto (0 ponto), impacto leve (1 a 3 pontos), impacto moderado (4 a 6 pontos), impacto severo (7 a 9 pontos) e impacto muito grave (acima de 10 pontos) (CARVALHO et al., 2021; TAMANINI et al., 2004).

Tamanini et al. (2004), citaram o King’s Health Questionnaire (KHQ), como um questionário também validado em português para avaliar o impacto dos sintomas do trato urinário baixo na qualidade de vida das mulheres. Freitas e colaboradores (2020), justificou o uso em seu estudo por este ser o mais utilizado. São 21 questões, em oito domínios, e uma escala de gravidade da IU e outra de sintomas urinários. A pontuação é em seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os pontos vão de 0 a 100, e quanto maior a pontuação pior é a qualidade de vida referente aquele item (TAMANINI et al., 2004).

2.7.5. Teste de esforço a tosse

Em casos de suspeita de IUE pode-se realizar o teste de esforço da tosse ou teste de estresse de tosse, onde o paciente em posição ginecológica, com bexiga confortavelmente cheia (~300ml) e músculos perineais relaxados é orientado a

realizar uma tosse, podendo ser realizado também em pé. Teste positivo se o paciente perder urina em 5 a 15 segundos após a tosse. Após o esvaziamento da bexiga é realizado outro teste com o paciente na posição supina, se positivo pode ser indicativo de deficiência esfinteriana intrínseca. Este teste apresenta alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de IUE (AOKI et al., 2017; IRWIN, 2019).

2.7.6. Pad-test ou teste do absorvente

O teste do absorvente é usado para medir o volume de urina perdido em atividades que simulem as perdas miccionais, como caminhar e, na prática de exercícios. O pad-test pode ser realizado em 1 hora ou em 24 horas, teste positivo se em 1 hora o paciente perder mais de 1g e em 24 horas mais de 4 gramas. Sendo, portanto, uma alternativa para quantificar incontinência na avaliação e o resultado do tratamento (AOKI et al., 2017). Para Milios et al. (2019), o teste do absorvente de 24 horas é padrão ouro para a avaliação da IU através da coleta do peso, sendo considerado 'leve' <100 g, 'moderado' 100-400 g, 'grave' > 400 g.

2.7.7. Diário miccional

O diário miccional é uma medida objetiva em que pôde-se avaliar padrões e circunstâncias das perdas, assim como sintomas e frequências urinárias. Os registros podem ser feitos de 3 a 7 dias e vão auxiliar no diagnóstico e tratamento, deve incluir todos os episódios de incontinência e os de micção continente, ou seja, os que o paciente consegue chegar ao banheiro e urinar conscientemente. O diário pode ser de três tipos: um gráfico para o tempo de cada micção, um de frequência-volume para verificar o volume urinado, e um diário da bexiga com informações sobre circunstâncias da IU, ingestão e tipos de líquidos, sensação de urgência, uso de proteção, poliúria e polaciúria diurna e noturna (AOKI et al., 2017; IRWIN, 2019).

2.7.8. Urinálise

A análise de urina é uma forma de triagem para descartar ITU, retenção urinária e outras causas associadas e reversíveis da IU, além disso, com as análises do teste de urina é possível detectar a presença de sangue, glicose e proteína, e com isso rastrear malignidades, DM e insuficiência renal, sendo, portanto, um complemento no diagnóstico (AOKI et al., 2017; IRWIN, 2019).

2.7.9. Avaliação do volume residual

O volume residual é estabelecido através da medição do nível restante de urina presente na bexiga logo após a micção. É realizado em pacientes com sintomas de micção, prolapso ou distensão vesical palpável. Essa avaliação pode ser realizada por

ultrassonografia, cateter de entrada e saída ou através de um scanner de bexiga (AOKI et al., 2017).

2.7.10. *Testes urodinâmicos*

Para Aoki et al. (2017), o estudo urodinâmico é uma série de investigações, cujo propósito é avaliar a função do trato urinário inferior (TUI), englobando a urofluxometria, cistometria miccional, enchimento citometria, função uretral e manobras provocativas. Nesses testes é possível obter informações sobre fatores que irão contribuir para os sintomas do trato urinário inferior (STUI), avaliar outros pontos da função do TUI, possíveis consequências das disfunções do trato urinário inferior sobre o trato superior, resultados e razões para a falha do tratamento e os efeitos das intervenções.

2.8. Tratamento

A IU pode ter repercussões psicossociais, pois afetam negativamente a autoestima, autonomia e bem-estar, tendo influência nas atividades de vida diária e interação social. É uma condição que causa vergonha e medo, e a falta de conhecimento retarda a busca por tratamento, podendo levar a agravamentos. A tentativa de rastreio e diagnóstico precoce, com exames de rotina possibilita tratamentos de baixo custo, baixo risco e mais eficazes (CAVENAGHI et al., 2020; CARVALHO et al., 2021).

O tratamento conservador é recomendado como primeira opção de intervenção na perda urinária, considerado padrão ouro e vem recebendo destaque e credibilidade devido aos bons resultados e poucos efeitos colaterais. O fisioterapeuta acaba por ter um papel importante na prevenção, diagnóstico, orientação e tratamento, além disso, Cavenaghi et al. (2020), ressaltam um atendimento integrado com equipe multidisciplinar (OLIVEIRA et al., 2017).

Devido à alta prevalência da IU, a prevenção, redução dos fatores de risco e o controle dos sinais e sintomas devem ser considerados e realizados com orientações sobre estilo de vida, hábitos alimentares, controle de agravos da saúde e fortalecimento do MAP (IRWIN, 2019; CAVENAGHI et al., 2020). Concordando com isso, o guideline NICE (2021), fala que devemos aumentar a conscientização das mulheres sobre as disfunções do AP, levando informações em diversos formatos, como folhetos na comunidade, vídeos e informações em redes sociais, orientar sobre fatores de risco e formas de prevenção. Dentre as orientações preventivas estão

aconselhamentos acerca de exercícios físicos e dietas balanceadas e saudáveis, perda de peso, abandono do hábito de fumar e controle da diabetes. Outro ponto importante é o incentivo ao treinamento dos MAP ao longo da vida, a fim de prevenir disfunções no AP.

O tratamento fisioterapêutico tem por objetivo o aumento da força do MAP, assim como normalização de tônus muscular do AP, percepção, consciência e funcionalidade corporal. Dentre os recursos utilizados tem-se a cinesioterapia, uso de cones vaginais, biofeedback e eletroestimulação. Além desses recursos é muito importante que os pacientes se conscientizem sobre a IU, sigam as orientações domiciliares e participem ativamente do tratamento para melhora do quadro clínico (CAVENAGHI et al., 2020).

2.8.1. Biofeedback

O biofeedback é um aparelho desenvolvido para medir o potencial de ação da contração da musculatura do assoalho pélvico, convertendo sua intensidade por meio de sinais visuais, que aumentam conforme a contração e se torna mais efetiva. Tendo como objetivo conscientizar o paciente e o controle do MAP (SOUZA et al., 2015).

2.8.2. Cinesioterapia

A cinesioterapia é uma técnica que obtém resultados mais eficazes na contração e relaxamento do MAP. Visando o aumento da força dessa musculatura (SOUZA et al., 2015).

2.8.3. Eletroestimulação

Segundo Oliveira e Garcia (2011), a eletroestimulação consiste na aplicação de uma corrente elétrica, que visa estimular a inervação das vísceras pélvicas ou o suprimento de sua inervação. Com a finalidade de induzir uma resposta terapêutica ou modular as disfunções do trato urinário inferior, intestinais e sexuais.

2.8.4. Cone vaginal

O cone vaginal foi desenvolvido para melhorar a tensão dos músculos pélvicos, onde é introduzido cones de material sintético na vagina, exercitando a musculatura com a tentativa de manter o cone na região, e aumentando o seu peso gradualmente (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no período de agosto a novembro de 2021 com levantamento e seleção de artigos científicos nas seguintes bibliotecas virtuais: U.S National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Physiotherapy Evidence Database (PEDro) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Além do mais, buscamos na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS).

Para o levantamento dos artigos nos bancos de dados foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) com as seguintes palavras: “incontinência urinária”, “modalidade de fisioterapia”, idoso, reabilitação e fisioterapia. De acordo com o Medical Subject Headings (MeSH), os descritores foram: “urinary incontinence”, “physical therapy modalities” aged, rehabilitation e physiotherapy. Nas combinações realizadas com os descritores foi utilizado o operador booleano AND, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1. Quadro referente as estratégias de busca utilizando os descritores DeSc e MeSH

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
MEDLINE via PubMed	“Urinary incontinence” AND Aged AND “Physical therapy modalities” “Physical therapy modalities” AND “urinary incontinence”
LILACS via BVS	“Incontinência urinária” AND Idoso AND Fisioterapia
SciELO	“Incontinência urinária” AND Idoso AND Reabilitação
PEDro	“Urinary incontinence” AND Aged

	Physiotherapy AND “Urinary incontinence”
	Physiotherapy AND “Urinary incontinence” AND Aged

Fonte: Autoria própria

Este estudo buscou verificar se os métodos preventivos e orientações em técnicas de fortalecimento da MAP precoce são eficazes na diminuição dos casos de IU em idosos, mediante revisão de artigos onde foram usados os seguintes critérios de elegibilidade, descritos no quadro 2.

Quadro 2. Quadro referente aos critérios de elegibilidade utilizando o PICO

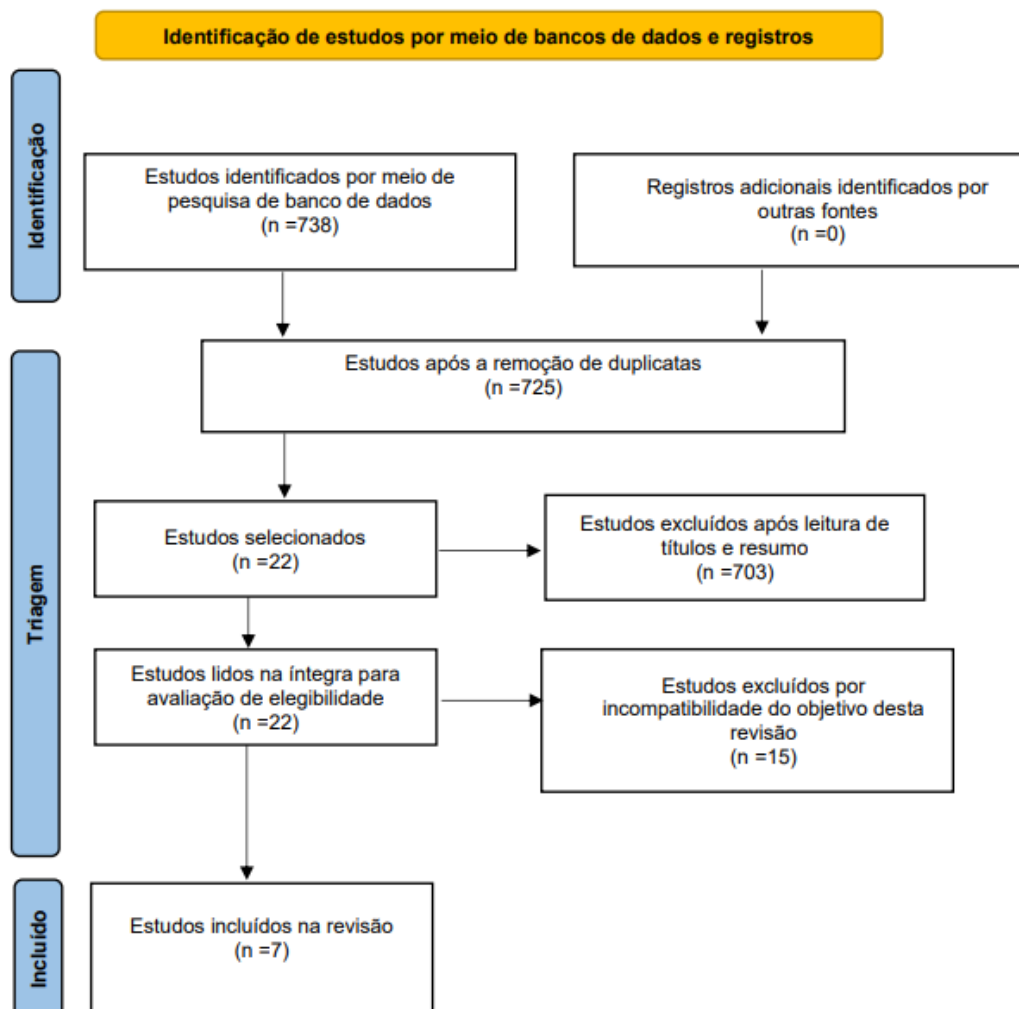
Critérios	Inclusão	Exclusão
P (população)	Idosos com incontinência urinária	Idosos com outras disfunções do assoalho pélvico
I (intervenção)	Fisioterapia uroginecológica	Medicamentosa ou cirúrgica
C (controle)	Sem tratamento para IU	
O (desfecho)	Fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na prevenção e controle da IU	

Fonte: Autoria Própria

4. RESULTADOS

Após a seleção dos estudos feitos através das bases de dados pesquisadas, foram selecionados 738 artigos, sendo que 275 na MEDLINE, 445 no LILACS, 8 na SciELO e 10 no PEDro. Em seguida foram excluídos 13 por serem duplicados, 703 foram excluídos após leitura de títulos e resumos, restando 22 para serem lidos na íntegra. Posteriormente, foram excluídos 15 por incompatibilidade com o estudo, totalizando então 7 artigos para integrar o estudo conforme disposto no fluxograma de seleção dos estudos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos



Para a exposição dos resultados foram selecionados sete artigos, Freitas et al. (2020), propuseram o fortalecimento dos MAP, com 10 idosos, de ambos os sexos, com encontros semanais de 1 hora cada, por 10 semanas. Realizaram ação educativa e avaliação individual no primeiro encontro. Do segundo ao oitavo atendimento foi

realizado exercícios estáticos para MAP, com treino proprioceptivo e respiratório. Além disso, os idosos receberam uma cartilha para reforçar o aprendizado dos exercícios. O 9 encontro foi com o treino dos músculos do AP com exercícios dinâmicos simulando atividades diárias e treino de contração voluntária em simulação de tosse. A última sessão foi de reavaliação dos pacientes.

No estudo de Silva, Vivas e Silva (2015), investigaram a eficácia da cinesioterapia na prevenção da IU em 6 idosas, foram realizadas nove sessões, 1 por semana durante 30 minutos.

Wagg e colaboradores (2019), realizaram um programa de intervenção de exercícios mais educação com 1003 idosas, sendo 556 no grupo de exercício mais educação e 447 apenas com educação, as sessões eram realizadas 2 vezes por semana com 60 minutos de exercícios mais 30 minutos de caminhada durante 24 semanas.

O ensaio clínico de Diokno et al. (2018), buscaram o efeito do tratamento comportamental em grupo para IU em mulheres idosas. 398 participantes completaram o estudo realizado em 12 meses, o grupo de intervenção recebeu uma aula de 2 horas sobre saúde da bexiga, além de materiais escritos e um CD de áudio, no grupo controle não houve intervenção. Os resultados foram medidos em 4 contatos, 2 pessoalmente e 2 por telefone/correio.

Talley e colaboradores (2017), fizeram um estudo com mulheres idosas frágeis para verificar se o tratamento comportamental associado à atividade física seria eficaz no tratamento da IU. Participaram do estudo 42 idosas que viviam em instituições de longa permanência para idosos com idade média de 84,9 anos sem demência, divididas em grupo intervenção com 23 pacientes e grupo controle sem tratamento com 19 mulheres. Durante 12 semanas receberam intervenções no estilo de vida e terapias comportamentais para IU, exercícios para os MAP (5 dias por semana) enquanto ouviam instruções por um CD, atividades físicas com caminhadas (30 minutos, 5 vezes na semana) e exercícios em grupo (1 hora, 2 vezes na semana) com fortalecimento de músculos envolvidos na marcha, com auxílio de faixa elástica.

No artigo de Oliveira e Garcia (2011), observaram os efeitos da cinesioterapia em 11 idosas com incontinência urinária, os exercícios foram realizados uma vez por semana com duração de 30 minutos por 3 meses.

Dumoulin et al. (2020), se propuseram a avaliar se o TMAP em grupo era tão eficaz quanto o treinamento muscular individual para IU em mulheres idosas. O estudo

incluiu 362 mulheres, 178 tiveram intervenção em grupo e 184 individual. Antes das sessões em grupo passaram por um atendimento individual para aprender a contrair os MAP. Foram 12 semanas de tratamento e um acompanhamento de 1 ano.

Os artigos selecionados foram organizados na tabela abaixo segundo o autor/ano, tipo de estudo, instrumento de avaliação, objetivo, amostragem, intervenção/tempo e resultado (tabela 1).

Tabela 1 - Características dos estudos incluídos

Autor/ Ano	Tipo de estudo	Instrumentos de avaliação	Objetivo	Amostragem	Intervenção/T empo	Resultado
(FREI TAS et al., 2020)	Estudo longitudinal prospectivo com intervenção e abordagem quantitativa.	KHQ	Avaliar os benefícios da abordagem fisioterapêutica da IU em idosos em uma unidade básica de saúde (UBS) de Belém (PA).	(n=10) participantes, 80% do sexo feminino.	10 encontros semanais com duração de uma hora cada	Houve significância estatística em vários domínios da QV dos idosos submetidos a abordagem fisioterapêutica, demonstrando que, mesmo em um nível mais baixo de atenção à saúde é possível ter efeitos relevantes sobre a IU e a QV desse público.
(OLIVEIRA E GARCIA, 2011)	Trata-se de estudo de intervenção, prospectivo	KHQ	Verificar o efeito da cinesioterapia sobre a perda de urina diária e o alívio dos sinais e sintomas referidos, bem como avaliar o impacto da cinesioterapia na qualidade de vida das idosas portadoras de IU.	(n=11) idosas com idade entre 65 e 83 anos, com queixa de IU por mais de 6 meses.	1 vez por semana com duração de 30 minutos, por 3 meses.	A cinesioterapia do assoalho pélvico foi positiva para obter melhoras reais e significativas sobre a perda de urina diária e o alívio dos sinais e sintomas referidos, bem como na qualidade de vida das idosas portadoras de IU.
(SILVA; VIVAS E SILVA, 2015)	Estudo de campo onde a coleta de dados foi realizada in loco.	SF-36	Objetivou analisar a influência do exercício cinesioterapêutico na prevenção da incontinência urinária de esforço em mulheres idosas.	(n=6) idosas com IUE	9 sessões, 1 vez por semana por 30 minutos.	Na constatação houve significativas melhorias no processo de contração ativa do assoalho pélvico, bem como melhores condições de vivência das idosas

(WAG G et al., 2019)	Ensaio clínico randomizado,	UDI	O objetivo primário era determinar se uma intervenção que compreendia TMAP e exercícios de mobilidade mais educação da bexiga seria mais eficaz do que apenas a educação sobre a bexiga na redução da incontinência urinária em mulheres mais velhas nas aldeias que têm pouco recurso a outro tratamento.	(n=625) Mulheres. = 335 no grupo exercício mais educação, 290 no grupo somente educação.	As sessões eram realizadas 2 vezes por semana por 30 minutos, durante 24 meses.	descobriram que um programa de exercícios em grupo, complementado com um plano de exercícios em casa, durante 24 semanas, teve sucesso na redução da incontinência urinária.
(TALL EY et al., 2017)	Ensaio clínico controlado randomizado, piloto único-cego, de dois braços	ICIQ Diário miccional de 3 dias	Determinar se a combinação de tratamentos de incontinência urinária comportamental (IU) com atividade física melhora a IU em mulheres idosas frágeis.	(n=42) mulheres (23) para o grupo de tratamento e 19 para o grupo controle sem tratamento.	Treinamento de força 2 vezes por semana mais 150 minutos de caminhada por semana, durante 12 semanas.	Ao final, perceberam redução de 50% da perda de urina no grupo intervenção, mas não houve mudanças significativas nas pontuações do ICIQ, apenas no quesito perda de urina que houve diferença.
(DIOK NO et al. 2018)	Ensaio clínico randomizado multisite	ICIQ-SF Teste Digital TUG	Comparar a eficácia, custo e custo-efetividade do GBT sem tratamento para IU em mulheres idosas	(n=398) mulheres, 210 no GBT e 219 no controle	12 meses	O estudo GLADIOLUS mostra que um novo programa de GBT único é modestamente eficaz e econômico para reduzir a frequência, gravidade e incômodo e melhoria da qualidade de vida da IU.

(DUM OULIN et al. 2020)	O estudo GROUP foi desenhado como um estudo simples-cego, randomizado, multicêntrico, de não inferioridade.	o diário da bexiga de 7 dias, teste de almofada de 24 horas e ICIQ	Para avaliar a eficácia do TMAP baseado em grupo em relação ao TMAP individual para incontinência urinária em mulheres idosas.	(n=362) mulheres, 184 com TMAP individual e 178 com TMAP em grupo.	1 vez por semana por 1h, durante 12 semanas.	Os resultados do estudo GROUP sugerem que o TMAP baseado em grupo não é inferior ao TMAP individual recomendado para o tratamento de estresse e incontinência urinária mista em mulheres idosas.
-------------------------	---	--	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria

Abreviaturas dos instrumentos de avaliação: KHQ - King's Health Questionnaire; SF-36 - *Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*; UDI - Urinary Distress Inventory; ICIQ - *International Consultation on Incontinence Questionnaire*; ICIQ-SF- *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*; TUG – Timed UP and Go.

5. DISCUSSÃO

A IU é uma disfunção de origem multifatorial e seus fatores de risco vão se somando, e tem entre suas causas intrínsecas o avanço da idade. O estudo de Freitas et al. (2020), propuseram o fortalecimento dos MAP em idosos associado à educação. Um plano de tratamento que envolvia diversos aspectos e de forma evolutiva mostrou eficácia na redução do impacto da IU na vida do idoso, e em vários pontos vistos na avaliação, sendo efetiva na prevenção e tratamento da IU em estágios iniciais.

Corroborando com o estudo acima, de acordo com Pelaez e colaboradores (2013), o treinamento dos músculos do assoalho pélvico é eficaz tanto na prevenção quanto no tratamento da IU, e deveria ser primeira linha de tratamento conservador e da prevenção primária. Freitas et al. (2020), acrescentam ainda que é necessário medidas educativas, além do treino muscular, no contexto da atenção primária à saúde. Oliveira et al. (2017), desenvolveram uma cartilha, assim como Freitas et al. (2020), com informações acerca da IU, reforçando a importância do fisioterapeuta em ações de promoção e prevenção à saúde na atenção básica, ampliando a informação, educação e comunicação com a população.

Em contrapartida Shannon et al. (2018), não tiveram os mesmos resultados, em seu estudo buscaram verificar se orientações educacionais sobre o AP e por vídeo seriam eficazes no treinamento da musculatura do AP, isto por causa da baixa adesão aos tratamentos para disfunções pélvicas, por falta de conhecimento sobre, ou por incômodo, visto que é uma terapia íntima. Fizeram um folheto e orientação por vídeo e concluíram que os pacientes não aumentaram a adesão ao tratamento mesmo com estratégias educativas, sugerindo causas multifatoriais para essa diminuição da adesão apesar da eficácia do TMAP.

No trabalho experimental de Silva, Vivas e Silva (2015), investigaram a eficácia da cinesioterapia na prevenção da IU em idosas e verificaram melhora significativa no aprendizado da contração ativa do AP e na qualidade de vida. Em consonância com esse estudo, Wagg et al. (2019), realizaram um programa de intervenção de exercícios mais educação e observaram melhora significativa na qualidade de vida dessas mulheres em ambos os grupos, entretanto, o grupo que incluía exercícios teve resultados superiores na redução da IU.

Por outro lado Virtuoso et al. (2011), buscaram identificar IU e a função muscular perineal e comparar entre idosas praticantes e não praticantes de atividade física. Dentre as idosas praticantes de atividades físicas tiveram melhor função

muscular do AP do que as não-praticantes. Os autores sugerem que exercícios de contração do MAP devem ser inseridos na prática de atividade física, promovendo automatismo das contrações reflexas do AP durante exercício com aumento da pressão intra-abdominal. Outro ponto interessante, é que mesmo com melhor função muscular, o grupo praticante também tinha mais IU. Os próprios autores levantaram a limitação do estudo que apresentou uma amostra pequena, porém relevante. Deve ser investigado também se o grupo praticante apresentou mais incontinência pela idade ou devido aos exercícios intensos e de alto impacto no AP, visto que a atividade física é incentivada como preventiva à incontinência.

Diokno et al. (2018), buscaram verificar o efeito do tratamento comportamental em grupo para IU em mulheres idosas, ao final, perceberam resultados significativos na qualidade de vida, percepção de melhora e gravidade da IU, mas não houve melhora na força dos músculos do AP. No estudo demonstra uma alternativa eficaz e econômica de redução da IU apenas com terapia comportamental, o que pode ser um tratamento promissor. Concomitantemente Talley e colaboradores (2017), fizeram um estudo com mulheres idosas frágeis para verificar se o tratamento comportamental associado à atividade física seria eficaz no tratamento da IU. Ao final, perceberam redução de 50% da perda de urina no grupo intervenção, mas não houve mudanças significativas nas pontuações do ICIQ, apenas no quesito perda de urina que houve diferença. Concluíram que as estratégias adotadas no estudo podem melhorar a IU em idosas frágeis.

Oliveira e Garcia (2011), observaram os efeitos da cinesioterapia em idosas com incontinência urinária, os resultados evidenciam que a cinesioterapia ajudou na melhora da perda urinária, alívio dos sintomas e na qualidade de vida. Cavenaghi e colaboradores (2020), detalharam um protocolo que consistia em cinesioterapia e eletroestimulação do nervo tibial anterior, e perceberam que os pacientes apresentaram melhoras nos sintomas bem como na qualidade de vida. No estudo realizado por Tosun e colaboradores (2014), investigaram se os sintomas da IU são reduzidos com o TMAP e se ocorreu a cura da IU quando o paciente atingiu o grau de força 5 na escala de Oxford. Os pesquisadores concluíram que as mulheres do grupo TMAP tiveram uma redução média de 83,1% na frequência urinária, e de 71% na perda urinária pelo teste do absorvente. No entanto, o grupo controle não houve diferença estatisticamente significativa no antes e depois da intervenção. No desfecho

cura foi verificado a melhora dos sintomas da incontinência urinária, entretanto, não foram completamente extintos.

Dumoulin et al. (2020), se propuseram a avaliar se o TMAP em grupo era tão eficaz quanto o treinamento muscular individual para IU em mulheres idosas, e perceberam redução dos episódios de perda urinária, bem como sinais, sintomas e aumento da qualidade de vida. Segundo os autores as intervenções em grupo não são inferiores ao treinamento dos MAP individuais, o que pode ajudar a aumentar o acesso aos tratamentos para incontinência, porém vale ressaltar que antes das intervenções em grupo as mulheres aprenderam a contrair os MAP corretamente, sendo esse um ponto importante para bom resultado do estudo.

Outros estudos com mulheres de meia idade (acima de 45/50 anos) demonstram bons resultados do TMAP associado a outras técnicas. No estudo de Bezerra et al. (2020), buscaram verificar se o TMAP associado à terapia de jogo poderia aumentar a pressão dos MAP, perda de urina e percepção na IUM. Utilizaram um protocolo bem definido de fortalecimento do AP e os jogos no Nintendo Wii, que envolviam equilíbrio e aeróbicos associados a contração voluntária do AP. Não houve diferenças significativas entre os grupos, mas em ambos houve melhora. Berlezi et al. (2013), avaliou um protocolo individual para atendimentos domiciliares onde realizaram TMAP e ginástica hipopressiva, e comparando os resultados das avaliações antes e após as intervenções perceberam redução das queixas de IU, aumento da força muscular, tempo de sustentação e velocidade da contração muscular. Apesar do número baixo de participantes em ambos os estudos, isso demonstra que o fortalecimento do AP é eficaz, e as terapias em jogos e ginástica hipopressiva podem vir como um diferencial para estimular as pacientes, visto que os estudos demonstram melhora clínica.

Hagen e colegas (2020), realizaram um estudo para averiguar a eficácia do TMAP com e sem biofeedback. As participantes tiveram melhoras significativas e os pesquisadores concluíram que dentro desse período não foi encontrada estatisticamente diferença importante entre os dois grupos. E que não há evidência do benefício da utilização do biofeedback no cotidiano com TMAP.

Com isso seria de grande importância estudos que abordassem essas outras técnicas em idosos, e idosos frágeis, visto que são alternativas que demonstraram eficácia nos contextos aplicados, ampliando assim as opções de tratamento e de escolha do paciente ao que se sente mais confortável.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IU é comumente associada ao envelhecimento, isso ocorre devido à alta prevalência nesse grupo. Os idosos acabam tendo também mais fatores de risco e com mais chances de desenvolver.

A fisioterapia é o tratamento conservador considerado padrão ouro, de alta efetividade, fácil acesso, baixo risco e custo, e possui vários recursos para reduzir a perda urinária. Atua ainda na prevenção e promoção à saúde, através de educação, comunicação e informação, e dentre os estudos utilizados nesta revisão integrativa mostraram resultados promissores nesse quesito. A cinesioterapia é um dos recursos mais acessíveis e utilizados para o TMAP, e foi observado que esse tratamento isolado tem eficácia, assim como associado a outras terapias, o que demonstra que existem uma gama de possibilidades que podem deixar os atendimentos mais dinâmicos e atrativos, visto que todos demonstraram melhora, tanto em tratamentos individuais quanto em grupo. Apesar disso, outros estudos podem ser feitos para avaliar a efetividade desses tratamentos em uma população maior e acompanhadas por um longo tempo. Em anexo segue uma cartilha feita para promoção da saúde e prevenção da IU, com informações levantadas no presente artigo a fim de conscientizar as pessoas sobre seu corpo e fatores de risco.

REFERÊNCIAS

- AOKI, Y. et al. Urinary incontinence in women. **Nature Reviews Disease Primers**, EUA, v. 3, n. 17042, p. 1-44, nov./2017.
- BARROS, P. Z. D; SILVA, E. B. D. A efetividade da fisioterapia pélvica para a vida diária de pacientes com incontinência urinária: estudo experimental pragmático retrospectivo. **Fisioterapia Brasi**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1-6, jun./2019.
- BENÍCIO, C. D. A. V. et al. Urinary Incontinence: Prevalence and Risk Factors in Women at a Basic Health Unit. **ESTIMA**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 161-168, fev./2016.
- BERLEZI, Evelise Moraes; MARTINS, Marília; DREHER, Daniela Zeni. Programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 232-238, dez./2013.
- BEZERRA, L. O. et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico isolado e associado à terapia de jogo na incontinência urinária mista: um ensaio clínico randomizado. **JOURNAL DE JOGOS PARA SAÚDE**, Rio Grande do Norte, v. 9, n. 6, p. 1-7, jul./2020.
- BROWN, J. et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence.. **Ann Intern Med**, EUA, v. 144, n. 10, p. 1-10, ago./2006.
- CAETANO, Aletha Silva; SUZUK, Frank Shiguemitsu; MORAES, M. H. B. D. Urinary incontinence and exercise: kinesiological description of an intervention proposal. **Rev Bras Med Esporte**, São paulo, v. 25, n. 5, p. 409-412, ago./2019.
- CARVALHO, K. B. D; IBIAPINA, F. T. O; MACHADO, D. D. C. D. Pelvic floor muscle strength in women with pelvic dysfunction complaint. **Fisioterapia Brasil**, Teresina, v. 22, n. 3, p. 425-441, mai./2021.
- CAVENAGHI, S. et al. Effects of physiotherapy on female urinary incontinence. **Rev. Pesqui. Fisioter**, Salvador, v. 10, n. 4, p. 658-665, nov./2020.
- DIOKNO, A. C. et al. Effect of Group-Administered Behavioral Treatment on Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Internal Medicine**, EUA, v. 178, n. 10, p. 1333-1341, set./2018.
- DUMOULIN, C. et al. Group-Based vs Individual Pelvic Floor Muscle Training to Treat Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Internal Medicine**, EUA, v. 1, n. 1, p. 1-10, ago./2020.
- FREITAS, C. V. et al. Physiotherapeutic approach for urinary incontinence in older adults in primary health care. **Fisioterapia e pesquisa**, Manaus, v. 27, n. 3, p. 264-270, fev./2020.
- HAGEN, S. et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training with and without electromyographic biofeedback for urinary incontinence in women: multicentre randomised controlled trial. **BMJ**, Londres, v. 1, n. 1, p. 1-11, set./2020.

IRWIN, Gretchen M. Urinary Incontinence. **Primary Care**, EUA, v. 46, n. 2, p. 1-10, dez./2019.

JÚNIOR, S. A. N.; REIS, R. B. D.; CAMPOS, R. S. M. **Manu**: manual de urologia. 1. ed. São Paulo: Planmark, 2010. p. 185-189.

LEITE, B. C. *et al.* Multimorbidity due to chronic noncommunicable diseases in older adults: a population-based study. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 06, p. 1-11, dez./2019.

MARQUES, Sidriane Rodrigues. TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS. **REVISTA SAÚDE INTEGRADA**, Santo Ângelo/RS, v. 9, n. 17, p. 110-116, jul./2016.

MARTINS, M. *et al.* ESTUDO COMPARATIVO DE MULHERES CONTINENTES E INCONTINENTES. **UNIJUÍ**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 1, p. 1-5, jun./2012.

MILIOS, Joanne E.; ACKLAND, Timothy R.; GREEN, Daniel J.. Treinamento da musculatura do assoalho pélvico na prostatectomia radical: um estudo controlado randomizado dos impactos na função muscular do assoalho pélvico e incontinência urinária. **BMC Urology**, Austrália, v. 1, n. 1, p. 1-10, mar./2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral**. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 6 nov. 2021.

MOON, S. *et al.* The impact of urinary incontinence on falls: A systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, Coreia do Sul, v. 1, n. 1, p. 1-18, mai./2021.

MOURÃO, L. F. *et al.* Characterization and Risk Factors of Urinary Incontinence in Women Cared in a Gynecological Clinic. **ESTIMA**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 82-91, dez./2017.

NICE NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **GUIDELINE DA NICE 2021 sobre TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO E PREVENÇÃO DA DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO**. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-ng10123>. Acesso em: 9 nov. 2021.

OLIVEIRA, A. H. A. M. *et al.* CARTILHA EDUCATIVA PARA MULHERES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA: CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 41, n. 2, p. 308-323, jun./2017.

OLIVEIRA, J. R. D.; GARCIA, Rosamaria Rodrigues. Kinesiotherapy on treatment of Urinary Incontinences in elderly women. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-351, dez./2011.

OLIVEIRA, T. M. D. *et al.* Prevalence of urinary incontinence and associated factors in climacteric women of a primary health care unit. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 4, p. 606-612, dez./2015.

PELAEZ, M. *et al.* O treinamento dos músculos do assoalho pélvico incluído em um programa de exercícios para gestantes é eficaz na prevenção primária da incontinência urinária: um estudo randomizado controlado. **Wiley Periodicals**, Madrid, v. 1, n. 1, p. 1-5, jan./2013.

REG, Silva; GT, Vivas; SL, Silva. TREATMENT AS INCONTINENCE KINESIOTHERAPEUTIC PREVENTION MEASURE URINARY EFFORT IN ELDERLY WOMEN AND YOUR RELATIONSHIP WITH THE QUALITY OF LIFE. **Journal of Amazon Health Science**, Acre, v. 1, n. 1, p. 78-88, jun./2015.

RIBEIRO, E. G. *et al.* Frailty in the elderly: screening possibilities in primary health care. **REV. BRAS. de ENFERMAGEM**, Minas Gerais, v. 75, n. 2, p. 1-8, mai./2021.

SHANNON, M. B. *et al.* Does Patient Education Augment Pelvic Floor Physical Therapy Preparedness and Attendance?: A Randomized Controlled Trial. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, EUA, v. 24, n. 2, p. 155-160, mai./2018.

SOUZA, E. D. S. D. *et al.* FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS: UMA REVISÃO SOBRE OS PRINCIPAIS RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS. **Anais**, Rio Grande do Norte, v. 2, n. 1, p. 1-13, dez./2015.

TALLEY, K. M. *et al.* Defeating Urinary Incontinence with Exercise Training: Results of a Pilot Study in Frail Older Women. **JAGS**, EUA, v. 1, n. 1, p. 1-7, jun./2017.

TAMANINI, J. T. N. *et al.* Validação para o português do " International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Foem" (ICIQ-SF). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 438-444, abr./2004.

TOSUN, O. C. *et al.* Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? : A randomized controlled trial. **CLINICAL REHABILITATION**, Turquia, v. 29, n. 6, p. 525-537, jun./2014.

TSAKIRIS, Peter; OELKE, Matthias; MICHEL2, Martin C.. Drug-Induced Urinary Incontinence. **Drugs & Aging**, Holanda, v. 25, n. 7, p. 541-549, dez./2008.

VIRTUOSO, Janeisa F, *et al.* Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 15, n. 4, p. 310-7, jul./ago. 2011.

WAGG, A. *et al.* Exercise intervention in the management of urinary incontinence in older women in villages in Bangladesh: a cluster randomised trial. **Elsevier**, EUA, v. 7, n. 1, p. 923-931, jul./2019.

WALLACE, Shannon L; MILLER, Lucia D; MISHRA, Kavita. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. **Curr Opin Obstet Gynecol**, EUA, v. 31, n. 6, p. 485-493, dez./2019.

ANEXO

Classificada em:

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

quando se perde urina ao realizar esforço, atividade ou pegando peso.



INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA

quando perde urina acompanhada por um desejo urgente de urinar



INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA

quando tem perde urina por esforço e urgência

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE TRANSBORDAMENTO

quando ocorre o esvaziamento incompleto da bexiga

INCONTINÊNCIA URINÁRIA FUNCIONAL

quando perde urina por limitações físicas, cognitivas ou por qualquer circunstância que impeça a pessoa chegar ao banheiro

3

Caso tenha algum desses sintomas

procure um profissional, fisioterapeuta uroginecológico ou urologista.

- () DOR AO URINAR
- () PRESENÇA DE SANGUE NA URINA
- () URGÊNCIA
- () INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO
- () QUANTAS VEZES FAZ XIXI DE DIA ____
- () QUANTAS VEZES FAZ XIXI DE NOITE ___

diário miccional
preencha essas informações por uma semana

circunstância da perda de urina
horário da perda de urina
micção normal
data

Lembrando que prevenção é sempre o melhor, faça uma avaliação antes de apresentar sintomas **NÃO TENHA VERGONHA, BUSQUE TRATAMENTO!**

Cartilha para conhecer, prevenir e cuidar



quem nunca ouviu ou falou essas expressões?

mas atenção...

perder urina NUNCA é normal



Continência urinária

Nosso corpo é formado por músculos e ligamentos, e o assoalho pélvico também, esses músculos são responsáveis por sustentar os órgãos pélvicos e abdominais, responsáveis por manter a função urinária, intestinal e sexual.

Qualquer alteração nessas estruturas podem levar à disfunções, como a incontinência urinária.



Incontinência urinária

é toda e qualquer perda involuntária de urina

2

por que eu tenho incontinência urinária?



FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

- Fumar
- Falta de exercício
- Constipação
- Diabetes
- uso de medicamentos
- consumo de cafeína e álcool

FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS

- Idade (o risco aumenta com o aumento da idade)
- História familiar de incontinência urinária, bexiga hiperativa ou incontinência fecal
- Câncer ginecológico
- Cirurgia ginecológica
- Fibromialgia
- Doença respiratória crônica e tosse

5

PREVENÇÃO

Redução dos fatores de risco e Controle dos sinais e sintomas Orientações sobre estilo de vida, hábitos alimentares, controle de agravos da saúde e fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico, com auto relato de perda de urina, história clínica, avaliação de sinais e sintomas para identificar o tipo da incontinência

TRATAMENTO

A fisioterapia é o tratamento de primeira escolha, de fácil acesso e baixo custo

Aprender a contrair e relaxar os músculos do assoalho pélvico é muito importante para a prevenção e o tratamento da incontinência