



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

LUZIA DA SILVA BORGES

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA POR ESFORÇO FEMININA: Uma revisão integrativa

ICÓ – CEARÁ

2024

LUZIA DA SILVA BORGES

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA POR ESFORÇO FEMININA: Uma revisão integrativa**

Monografia submetido à coordenação do curso de bacharelado em fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), a ser apresentado como requisito para obtenção de título de bacharel em fisioterapia.

**Orientadora: Prof. Esp. Wanderleia Sannya
David Alencar**

ICÓ – CEARÁ

2024

LUZIA DA SILVA BORGES

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA POR ESFORÇO FEMININA: Uma revisão integrativa**

Monografia submetido à coordenação do curso de bacharelado em fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), a ser apresentado como requisito para obtenção de título de bacharel em fisioterapia.

Aprovado em _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Esp. Wanderleia Sanny David Alencar
Centro Universitário Vale do Salgado
Orientadora

Prof. M^a. Carolina Gonçalves Pinheiro
Centro Universitário Vale do Salgado
1º Examinador

Prof. M^a. Rauany Barrêto Feitoza
Centro Universitário Vale do Salgado
2º Examinador

Dedico esse trabalho à minha irmã mais velha,
Daniela, que nunca mediu esforços para me ajudar
chegar onde eu cheguei. Obrigada por tudo irmã.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus meu pai celestial a quem eu recorro sempre, em todas as horas e momentos, pois sei que Ele é o meu refúgio.

Aos meus pais Rita e Damião, que são a minha base, o motivo que me faz querer acordar todos os dias e seguir mais uma batalha. Obrigada pela força que vocês vêm me dando e obrigada por serem o suporte do qual eu tanto preciso em minha vida.

Aos meus amados irmãos Daniela, Aparecida e Daniel. Vocês que me inspiram todos os dias a querer buscar sempre o melhor de mim. Obrigada por sempre acreditarem em mim. Vocês foram e são essenciais em todos os âmbitos na minha vida, e estão sempre presentes quando eu mais preciso. Parte do que eu sou é graças a vocês.

Quero destacar dentre estes, minha irmã Daniela, que pra mim mais parece uma mãe. Aquela que sempre me dá apoio e que sempre sabe dizer as coisas certas nas horas certas e do jeito certo. Hoje minha irmã, eu não teria chegado até aqui sozinha, sei que tenho você ao meu lado. Me dando forças, me motivando, muitas vezes chorando junto comigo, mas sempre se mantendo firme para me fazer se sentir segura. Eu não tenho sequer palavras para descrever a importância que você tem em minha vida. Só quero agradecer por sempre estar ao meu lado. Nossos esforços valerão a pena.

Cidinha, minha caçulinha nem imagina o quão especial ela é pra mim. Quantas e quantas vezes já me tirou do fundo do poço quando eu mais precisei. Durante essa trajetória até aqui, você tem sido essencial, obrigada por sempre me acolher e me confortar de um jeito que só você consegue. Obrigada por me ouvir quando eu mais preciso e se fazer presente quando eu mais necessito. Você é parte de mim.

Ao meu companheiro de vida, Israel, você mal sabe o quanto eu sou grata a você por tudo. Tudo mesmo. Não existem palavras ou idiomas nesse mundo que possam descrever o tamanho da gratidão que eu sinto por ter encontrado você na minha vida. Obrigada por compartilhar comigo momentos que ficaram marcados em minha história. Obrigada por acreditar em mim, até mesmo quando eu não quero acreditar. Obrigada por não desistir de mim nos tempos difíceis, obrigada por ser a calma depois de uma tempestade. Você mais do que qualquer outra pessoa sou grata por tantas coisas que não consigo expressar, só consigo sentir. Em todos os âmbitos e de todas as formas me ajuda e me mantém sempre de cabeça erguida. Você é mais do que importante para essa trajetória até aqui. E eu só tenho a agradecer a Deus por ter você comigo em minha vida.

A minha sobrinha Darlyn, um ser tão pequeno, mas que faz grandes mudanças em minha vida. Ela que me ensinou como é amar de um jeito incondicional. Obrigada princesa da tia por me fazer tão feliz.

Meu cunhado João que também sempre me deu forças e que sempre acreditou em mim. Obrigada por tudo.

Agradeço muito aos meus amigos que a faculdade pôde me presentear. Alcemira, Vitória e Matheus. Sempre serão o meu G4, eu serei sempre eternamente grata por ter vocês comigo, por compartilhar tantos momentos juntos, por sempre me apoiar e por me ajudar nessa trajetória de 5 anos. Foram construídas histórias, risadas, muitas lições de vida e um carinho enorme por cada um de vocês. Vocês são essenciais em minha vida.

Em especial Alcemira e Vitória. Nunca sequer imaginaria uma amizade igual a nossa, vocês são parte de todas as minhas conquistas, tudo o que eu falar é pouco para comparar ao tamanho da gratidão que eu sinto por ter vocês comigo. Uma amizade que nasceu na faculdade e que vai se expandir para o resto de nossas vidas. Muito obrigada por tudo.

A minhas amigas desde o meu ensino médio, que sempre me apoiaram e me ajudaram a conquistar esse sonho de entrar na faculdade. Amanda e Juliana, vocês não sabem o quanto foram importantes nesse processo até aqui. Obrigada por sempre me apoiarem e por sempre estarem torcendo por mim. Eu também não teria chegado até aqui sem vocês. Agradeço a Elita, que fez parte dessa jornada também, me fazendo se lembrar sempre de que quando a gente quer, com garra e determinação conseguimos conquistar as coisas. Obrigada por tudo meninas.

Quero agradecer a minha professora, orientadora e agora minha grande amiga Wanderleia. Você é um ser que irradia luz, obrigada por toda a paciência e dedicação nessa trajetória. Apesar de nos conhecermos a pouco tempo, a nossa amizade parece ter vindo de outras vidas. Uma pessoa que me inspira sempre a fazer o melhor por mim todos os dias. Eu sou eternamente grata por tudo que fez por mim, que resultou em uma amizade tão bonita e sincera como eu nunca imaginaria.

Agradecer a minha banca maravilhosa composta pelas mestras Carolina e Rauani. Vocês além de seres humanos incríveis, são profissionais excelentes e que merecem todos o meu respeito e admiração. Em toda a minha trajetória da faculdade, encontrar vocês foi uma das melhores coisas que podia ter acontecido. Hoje posso dizer que além de professoras, construímos uma amizade que vai além dos muros da faculdade e isso não há dinheiro no mundo que pague. Sou grata a Deus pela amizade de vocês.

A todos os meus professores e a João Paulo que todas as noites de sexta feira se dedicava ao máximo para repassar da melhor forma possível os conteúdos para os alunos. Um ser humano inspirador e que tem a minha admiração.

São tantas pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte dessa trajetória que me fez chegar até aqui. Sou e serei eternamente grata a todos que de alguma forma contribuíram para esse processo.

A Deus mais uma vez eu agradeço pelo dom da vida, pela sabedoria e pelo discernimento que me ajudaram nessa caminhada que teve tantos altos e baixos, mas que tem me levado muito mais longe do que um dia ousaria imaginar chegar.

Quero finalizar com o meu trecho preferido da Bíblia que fala: “Os que confiam no Senhor serão como monte de Sião, que não se abala, mas permanece para sempre”.

A todos vocês, palavras são pouco para expressar minha eterna felicidade e gratidão.

Muito obrigada.

Os que confiam no Senhor serão como o monte de Sião, que não se abala, mas permanece para sempre.

Salmos 125:1.

RESUMO

BORGES, L. da S. **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR ESFORÇO FEMININA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.** 2024. 47 folhas, Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia), Centro Universitário Vale do Salgado – UNIVS, Icó – CE, 2024.

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é uma condição recorrente que afeta em grande parte as mulheres. Existem 3 tipos principais: A IUE é caracterizada pelo aumento da pressão abdominal em situações como tossir, espirrar, durante um esforço ou prática de atividades físicas, devido a fraqueza do esfíncter uretral. A IUU é quando há uma sensação inadiável de ir ao banheiro por causa do aumento da atividade do detrusor. A IUM é a junção das duas situações de esforço e urgência. A Sociedade Internacional de Continência (ICS) preconiza que o tratamento conservador para mulheres que têm incontinência urinária seja uma das primeiras intervenções que devem ser feitas. A reabilitação do assoalho pélvico é um recurso eficiente na melhora da qualidade de vida das pessoas acometidas com tal disfunção. **Objetivo:** Analisar os tratamentos fisioterapêuticos, relatados na literatura para mulheres com incontinência urinária por esforço. **Metodologia:** As buscas pela pesquisa, foram executadas pelas bases de dados eletrônicas PubMed e Scielo, utilizando os descritores: “Urinary Incontinence”, “Physiotherapy”, “Treatment”. Em seguida foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Foram selecionados 8 artigos que englobam condutas como: treinos hipopressivos, correção postural, mudanças de hábitos, treino muscular do assoalho pélvico, TMAP associado a contração do TrA, inervação magnética extracorpórea, biofeedback e pilates. **Conclusão:** A fisioterapia parece ser eficaz para o tratamento de mulheres com IUE, uma vez que em todos os estudos, as intervenções com a fisioterapia apresentaram melhorias na sintomatologia das mulheres acometidas.

Palavras-chave: Incontinência Urinária de Esforço; Tratamento; Fisioterapia; Músculos do Assoalho Pélvico.

ABSTRACT

BORGES, L. da S. **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR ESFORÇO FEMININA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.** 2024. 47 folhas, Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia), Centro Universitário Vale do Salgado – UNIVS, Icó – CE, 2024.

Introduction: Urinary Incontinence (UI) is a recurring condition that largely affects women. There are 3 main types: SUI is characterized by increased abdominal pressure in situations such as coughing, sneezing, during exertion or physical activity, due to weakness of the urethral sphincter. UUI is when there is an unavoidable sensation of going to the bathroom because of increased detrusor activity. IUM is the combination of the two situations of effort and urgency. The International Continence Society (ICS) recommends that conservative treatment for women who have urinary incontinence is one of the first interventions that should be carried out. Pelvic floor rehabilitation is an efficient resource for improving the quality of life of people affected by this dysfunction. **Objective:** To analyze physiotherapeutic treatments reported in the literature for women with stress urinary incontinence. **Methodology:** The research searches were carried out in the electronic databases PubMed and Scielo, using the descriptors: “Urinary Incontinence”, “Physiotherapy”, “Treatment”. The inclusion and exclusion criteria were then applied. **Results:** 8 articles were selected that cover behaviors such as: hypopressive training, postural correction, habit changes, pelvic floor muscle training, PFMT associated with TrA contraction, extracorporeal magnetic innervation, biofeedback and pilates. **Conclusion:** Physiotherapy appears to be effective for the treatment of women with SUI, since in all studies, physiotherapy interventions showed improvements in the symptoms of affected women.

Keywords: Stress Urinary Incontinence; Treatment; Physiotherapy; Pelvic Floor Muscles.

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AEPPI	Exercícios Abdominopélvicos com Adição de Instruções Posturais
AVDs	Atividades de Vida Diárias
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck
BH	Bexiga Hiperativa
BN	Colo Vesical
CVM	Contração Voluntária Máxima
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DFP	Distúrbios do Asoalho Pélvico
EENM	Estimulação Elétrica Neuromuscular
ETNTP	Eletroestimulação Transcutânea do Nervo Tibial Posterior
EVA	Escala Visual Analógica
ExMI	Inervação Magnética Extracorpórea
FDPI20	Pelvic Floor Distress Inventory
GAH	Ginástica Abdominal Hipopressiva
GSES	Escala de Autoeficácia Geral
ICIQ	Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência
ICIQ LUTS	International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire – Lower
QOL	Urinary Tract Sintomas Quality of Life
ICIQ-OAB	International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder
ICIQSF	Questionário de Consulta Internacional Sobre Incontinência – Formulário Curto
ICIQUIsf	International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire Urinary Incontinence Short Form
ICS	Sociedade Internacional de Continência
IIQ-7	Incontinence Impact Questionnaire
IMC	Índice de Massa Corporal
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço/Estresse
IUM	Incontinência Urinária Mista

IUQV	Qualidade de Vida Relacionada a Incontinência Urinária
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
KHQ	Kings Health Questionnaire
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
PFIQ7	Pelvic Floor Impact Questionnaire – Short Form 7
PRV	Pressão Vaginal em Repouso
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RCQ	Relação Cintura Quadril
RUIS	Escala Revisada de Incontinência Urinária
sEMG	Eletromiografia de Superfície
SF-6D	Short-Form 6 Dimensions
TMAP	Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico
TPUS	Ultrassom Transperineal
TrA	Transverso do Abdome
UDI-6	Urogenital Distress Inventory-6
VSP	Pressão Intravaginal Durante a Contração

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Critérios de inclusão e exclusão dos estudos relacionados à revisão.....	28
TABELA 02	Distribuição dos estudos pelo ano de publicação.....	31
TABELA 03	Perfil sociodemográfico.....	31
TABELA 04	Distribuição das técnicas utilizadas, tempo de tratamento, número de sessões dos estudos e resultados.....	33
TABELA 05	Método avaliativo inicial do tratamento e método avaliativo após o tratamento.....	38

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	Fluxograma do processo de seleção de dados.....	28
------------------	---	-----------

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1	ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO.....	18
3.2	FATORES DE RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	19
3.3	INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	20
3.3.1	INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR ESFORÇO.....	20
3.3.2	INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR URGÊNCIA.....	21
3.3.3	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA.....	21
3.4	MÉTODOS AVALIATIVOS.....	22
3.5	TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO.....	23
3.5.1	<i>BIOFEEDBACK</i>	23
3.5.2	NEUROMODULAÇÃO.....	23
3.5.3	MODIFICAÇÕES COMPORTAMENTAIS.....	24
3.5.4	TREINAMENTO MUSCULAR DO ASSOALHO PÉLVICO.....	24
3.5.5	CONES VAGINAIS.....	26
4	METODOLOGIA.....	27
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2	ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS.....	27
4.3	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	28
4.4	SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS.....	29
4.5	AVALIAÇÃO DE DADOS.....	29
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	29
4.7	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

Nas mulheres, a Incontinência Urinária (IU) é uma condição recorrente que varia de cerca de 10% e 40% a depender da população estudada e a idade. Esse número aumenta à medida que vai se envelhecendo, calcula-se que 17,1% das mulheres possuam essa disfunção, seja incontinência moderada ou grave. Isso pode indicar que não é uma condição ameaçadora, mas muitas vezes é constrangedora, onde pode se associar com depressão e afastamento social e implicar diretamente na qualidade de vida das mulheres (Diniz; Paula, 2022).

A IU é classificada em 3 tipos principais: a IU de Estresse/Esforço (IUE), a IU de Urgência (IUU) e a IU Mista (IUM). A IUE é caracterizada pelo aumento da pressão abdominal com situações rotineiras como tossir, espirrar, durante um esforço ou durante a prática de atividades físicas, pois o esfíncter uretral está fraco. A IUU é quando acontece situações onde pode ser antecipada ou vir junto de uma sensação inadiável de ir ao banheiro por causa do aumento da atividade do detrusor. A IUM é quando acontece as duas situações combinadas de esforço e urgência (Aguirre; Izquierdo, 2023).

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) preconiza que o tratamento conservador para mulheres que têm incontinência urinária seja uma das primeiras intervenções que devem ser feitas, e através disso por meio desse tratamento obter aumento da força muscular e ativação correta dos músculos do assoalho pélvico. Hoje, existem diversos meios para que esse objetivo seja alcançado e assim melhorar a função desses músculos, por meio de eletroestimulação, cones vaginais e *biofeedback* por exemplo (Pereira; Escobar; Driusso, 2012).

A reabilitação do assoalho pélvico é um recurso eficiente na melhora da qualidade de vida das pessoas acometidas com tal disfunção. É importante reconhecer os fatores que ajudem a traçar um melhor tratamento de reabilitação e ajudá-los a sanar ou aliviar tais problemas (Reoyo *et al.*, 2023).

Um dos motivos que se destacam para a demora do tratamento da incontinência é porque ela é considerada, de forma equivocada, um processo fisiológico de envelhecimento, assim como a falta de conhecimento sobre essa temática, por constrangimento ou até mesmo por medo de consultar profissionais de saúde (Cavenaghi *et al.*, 2020).

A partir desse contexto, pode-se questionar: Como o fisioterapeuta pode contribuir para o tratamento conservador da incontinência urinária de esforço nas mulheres?

Um dos fatores que causam esse quadro de incontinência é a falta de conhecimento e controle acerca dos músculos do assoalho pélvico. Um dos papéis da fisioterapia é de atuar

conscientizando e ensinando como se fazer de forma correta a contração dessa musculatura através de cinesioterapia, eletroterapia e orientações gerais (Glisoi; Girelli, 2011).

Esse estudo justifica-se por interesse pessoal da pesquisadora em analisar a temática abordada, com objetivo de aprofundar sobre o assunto, o qual tem importância significativa para a mesma, levando em consideração que a pesquisa é um caminho útil para o desenvolvimento de conhecimentos abordados na área em destaque. Além de que, estudos mostraram que entre 41% a 79% de mulheres brasileiras não buscam ajuda médica para tratar da incontinência urinária, o que pode gerar impactos diversos na saúde e qualidade de vida. A conscientização sobre a importância de buscar ajuda profissional, por menores que sejam os problemas, é crucial para um diagnóstico e tratamento eficazes (Higa *et al.*, 2010).

Com relação à relevância social, é importante que o assunto seja abordado, pois as mulheres que sofrem com essa disfunção vêm se afastando cada vez mais da sociedade por vergonha, constrangimento e até mesmo depressão. É necessário que tal temática seja discutida em ambiente acadêmico e científico para que cada vez mais as mulheres possam estar adquirindo autoconhecimento de seu corpo e assim buscar a ajuda necessária.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o papel da fisioterapia na incontinência urinária em mulheres com incontinência urinária por esforço.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever sobre o perfil sociodemográfico das participantes;

Identificar o tempo de tratamento em cada estudo;

Verificar os métodos utilizados para avaliar a melhora das participantes;

Descrever os principais recursos dos tratamentos cinesioterapêuticos e eletroterápicos usados nos estudos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO

A anatomia do assoalho pélvico é composta por músculos, ligamentos e fáscias. A junção dessas estruturas torna-se responsável pelo bom funcionamento da continência urinária e fecal. O assoalho pélvico fica localizado logo abaixo da cavidade pélvica (Frederice; Bardin; Juliato, 2018).

A cavidade pélvica é dividida em duas cavidades distintas: a pelve falsa (ou pelve maior) e a pelve verdadeira (ou pelve menor). A pelve verdadeira é o local onde estão inseridos os órgãos pélvicos como o reto, a bexiga, o útero, a vagina, as tubas uterinas e os ovários. Ela é delimitada inferiormente pelos músculos do diafragma pélvico (Baracho; Rossi; Lopes, 2018).

O assoalho pélvico também pode ser chamado de diafragma pélvico, é formado pelos músculos levantadores do ânus, onde este é constituído pelos músculos pubovisceral, puborretal e iliococígeo e músculo cocígeo. A função deles, principalmente, é sustentar o assoalho pélvico. Abaixo do diafragma está o períneo, onde ficam os esfíncteres externos da uretra e ânus, além dos músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso (Madeira, 2021).

Os músculos do assoalho pélvico são fundamentais para dar suporte estrutural às vísceras pélvicas e permitem funções essenciais, como controle da abertura uretral, vaginal e anal, além de auxiliar na estabilização postural e na regulação da pressão intra-abdominal. A coordenação entre fáscias, ligamentos, músculos e tecido neural é crucial para essas funções (Resende; Monteiro, 2018).

A bexiga, a uretra e os esfíncteres urinários trabalham em conjunto para armazenar a urina com baixa pressão e permitir a micção voluntária nos momentos considerados apropriados. Existem os músculos lisos, como o detrusor e o esfíncter uretral interno e os músculos estriados, como o esfíncter uretral externo e os músculos do assoalho pélvico, todos envolvidos nesse processo. O revestimento da bexiga é feito por células epiteliais chamadas de urotélio e uma membrana basal que tem como função proteger o músculo da bexiga e permitir a comunicação com as células neurais, que são responsáveis pelo controle do armazenamento e a micção (Aoki *et al.*, 2017).

A uretra possui musculatura lisa formada por duas camadas que se estendem da camada interna e externa do músculo detrusor da bexiga. A camada interna é formada por fibras longitudinais que são contraídas quando acontece o início da micção. A camada externa é

composta por fibras semicirculares, é responsável por manter a uretra e o colo vesical fechados durante o repouso. Juntas, essas camadas constituem o esfíncter uretral interno, sendo inervado pelos sistemas simpático e parassimpático. Além disso, na porção média da uretra, encontram-se dois grupos de fibras musculares que formam o esfíncter uretral externo (Ramos *et al.*, 2023).

3.2 FATORES DE RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Os fatores de risco para a incontinência urinária podem ser classificados como em não obstétricos, onde pode-se incluir a idade, a etnia, a predisposição genética, o tabagismo, o excesso de peso (obesidade), condição socioeconômica, atividade física intensa e histórico de cirurgias ginecológicas. A outra classificação são os fatores de risco obstétricos, que podem estar relacionados com o parto vaginal (especialmente assistido com o uso do fórceps), episiotomia, peso do bebê acima de 3 quilos, segundo estágio do trabalho de parto demorado, apresentação fetal de forma não cefálica (Monteiro; Silva Filho, 2018).

A incontinência urinária durante a gestação ou no pós-parto pode ser influenciada por algumas variáveis, como a anatomia do corpo, fatores hormonais e condições de saúde. O aumento do índice de massa corporal (IMC), idade avançada acima de 35 anos, constipação, histórico de partos anteriores e comorbidades que se antecedem ao parto podem aumentar o risco e a gravidade desse problema (Ribeiro *et al.*, 2023).

Durante o parto por via vaginal, os músculos do assoalho pélvico e o tecido conjuntivo podem ser danificados devido ao estiramento mecânico. As lacerações naturais e episiotomias são duas formas pelas quais esse dano pode ocorrer. A episiotomia pode resultar em maior lesão aos músculos do assoalho pélvico do que as lacerações naturais em alguns casos. Essas lesões podem levar a sintomas como dificuldade para urinar e posteriormente ser um risco para incontinência urinária (Liu *et al.*, 2023).

Um estudo feito nos Estados Unidos entre 2006 e 2012 mostrou uma prevalência de 53% de incontinência urinária. É importante destacar fatores de riscos como idade avançada, paridade, se já obteve algum distúrbio urológico, algum trauma pélvico, partos vaginais ou traumas obstétricos. Além desses, fatores como consumo de bebidas alcoólicas, café ou o diabetes mellitus também podem contribuir no desenvolvimento da incontinência urinária (Thabet *et al.*, 2023).

A fumaça do cigarro tem monóxido de carbono, e ele é altamente prejudicial dificultando a oxigenação para os tecidos, incluindo os músculos do assoalho pélvico, o que pode trazer como consequência a atrofia e a fraqueza da musculatura. Além disso, a tosse

crônica está associada ao tabagismo podendo aumentar a pressão na bexiga, colocando uma maior tensão nos músculos do assoalho pélvico e piorando a incontinência urinária de esforço. A nicotina, também presente no cigarro, causa estimulação do músculo detrusor da bexiga podendo piorar a incontinência urinária de urgência (Gari *et al.*, 2023).

Os hormônios sexuais desempenham um papel significativo no trato urinário inferior feminino ao decorrer da vida adulta. A perda de estrogênio na menopausa pode levar a várias alterações, incluindo atrofia urogenital. Isso pode resultar em sintomas como ressecamento vaginal, perda de elasticidade e espessura da mucosa vaginal, causando chances de aumentar o risco de incontinência urinária (Agius; Brincat, 2015).

A incontinência urinária é um problema que afeta comumente as mulheres, especialmente durante a menopausa, que é o momento de maior prevalência devido às alterações hormonais e ao envelhecimento. A diminuição dos níveis de estrogênio e colágeno pode contribuir para a perda de elasticidade do assoalho pélvico e causar a incontinência urinária (Alizadeh *et al.*, 2023).

Pacientes que apresentam infecções urinárias podem ter sintomas como desejo miccional frequente, urgência ou dificuldade para urinar, e isso pode alterar a forma como elas fazem uso do banheiro. A força excessiva que exercem durante a micção ou retenção frequente de urina, pode contribuir diretamente com o enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico ao longo do tempo, podendo levar a uma conseqüente incontinência urinária por esforço, por exemplo (Li *et al.*, 2023).

3.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

3.3.1 Incontinência Urinária Por Esforço

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é uma condição que pode interferir na qualidade de vida, principalmente relacionada à saúde da mulher. Essa condição pode ser atribuída devido a hiper mobilidade uretral que foi resultado de uma diminuição do suporte uretral. Além de que, possa também existir um indício de fraqueza do esfíncter uretral (Marquini; Bella; Sartori, 2022).

Ela é o tipo de incontinência mais comum encontrada nas mulheres, sendo definida pela perda de urina de forma involuntária por condições que aumentam a pressão intra-abdominal. Existem alguns fatores de risco para esse tipo de incontinência, tais como o parto pela via vaginal, a idade, a obesidade e o aumento de esforço físico (Fürst *et al.*, 2014).

Estima-se que a incontinência urinária de esforço seja causada pela junção de vários fatores de risco, como a quantidade de gestações que a mulher teve, qual a via de parto e também o envelhecimento fisiológico do próprio tecido. Levando isso em consideração, foram criadas algumas teorias para explicar a fisiopatologia da doença (Febrasco, 2021).

Alguns mecanismos podem estar relacionados a incontinência urinária de esforço, como a hipótese da rede. Essa teoria diz que a causa desse tipo de incontinência está relacionada à integridade e força na estrutura do suporte uretral. Quando esse suporte está enfraquecido, o aumento da pressão abdominal durante ações como espirrar, tossir ou praticar alguma atividade física pode ocasionar a saída involuntária da urina, devido a incapacidade que houve em manter a uretra fechada da forma correta (Zhang *et al.*, 2023).

3.3.2 Incontinência Urinária Por Urgência

A Incontinência Urinária de Urgência (IUU), também chamada de Bexiga Hiperativa (BH), acontece quando há perda involuntária de urina acompanhada de urgência. As mulheres com esse distúrbio mostram ter falta de controle na micção quando tem a bexiga cheia ou quando tem a urgência miccional. Nesses casos, ocorre o início da micção e a incapacidade de controlá-la, havendo assim a perda de urina de forma irregular (Ramos *et al.*, 2023).

Quando ocorre urge-incontinência devido a contrações não controladas do detrusor, isso é referido como hiperatividade do detrusor terminal. Neste cenário, uma única contração do detrusor com a bexiga cheia não é inibida, ocorrendo a perda de urina, muitas vezes resultando em esvaziamento completo da bexiga ou sensação de esvaziamento incompleto. A origem dessa hiperatividade pode ser idiopática, quando não existe alteração neurológica, ou neurogênica, que é quando existe associação com alterações neurológicas (Madeira, 2021).

A bexiga hiperativa pode ser resultado de um desequilíbrio nos mecanismos de controle da bexiga. Entre as causas mais comuns pode-se incluir danos no sistema nervoso central acima da ponte, por exemplo. Através desse dano, pode ocasionar a hiperatividade do detrusor e redução da capacidade da bexiga. Geralmente esses danos resultam de condições como Acidente Vascular Encefálico (AVE), doença de Parkinson ou até mesmo demência (Kolodynska; Zalewski; Piechura, 2019).

3.3.3 Incontinência Urinária Mista

A Incontinência Urinária Mista (IUM) pode ser mais desafiadora de tratar devido à combinação de sintomas de incontinência de esforço e urgência. Isso pode levar a uma maior gravidade dos sintomas e impacto na qualidade de vida para as mulheres afetadas. O amplo espectro de sintomas e fenótipos urinários na IUM exige uma abordagem individualizada no tratamento para obter os melhores resultados possíveis (Harvie *et al.*, 2021).

Um estudo feito por Aly *et al.* (2020), mostrou que a incontinência urinária mista comparada aos outros tipos de incontinência, teve uma maior prevalência de comprometimento na vida social das pacientes. Nesse estudo também foi aplicado um questionário sobre o impacto da incontinência (IIQ-7) e mostrou que as mulheres com incontinência urinária mista possuíam uma pontuação mais alta que os demais tipos de incontinência.

3.4 MÉTODOS AVALIATIVOS

Alguns questionários são empregados como indicadores relatados pelo paciente para detectar e diagnosticar pessoas com disfunção, determinar a intensidade dessa disfunção, analisar o efeito da disfunção no bem estar do paciente e registrar a evolução ou contentamento após uma intervenção. Algumas ferramentas como Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), o Urogenital Distress Inventory-6 (UDI-6) serve para mensurar o efeito da incontinência urinária, além do Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) que é um questionário psicométrico voltado especificamente para incontinência urinária (Skorupska *et al.*, 2021).

Um estudo feito por Reis *et al.*, (2021), busca avaliar se a IUE e seu impacto na qualidade de vida são reduzidos após um regime de tratamento baseado em exercícios feitos em casa sem acompanhamento fisioterápico e após um protocolo de TMAP sozinho ou combinado com a EENM acompanhado por um fisioterapeuta. Para o rastreamento foram utilizados: anamnese, avaliação do MAP através da palpação vaginal e pela manometria e também alguns questionários como: Short-Form 6 Dimensions – Brasil (SF-6D), Kings Health Questionnaire (KHQ) e Kings Questionário de Saúde para Algoritmo de Pontuação, custos com saúde e registro diário de micção. Esta pesquisa está em andamento, e seus resultados podem contribuir para o entendimento dos efeitos da EENM combinados ao TMAP na IUE.

Um outro estudo realizado por Pereira *et al.*, (2010), sugeriu que fosse feita a adaptação do questionário ICIQ-OAB para o português, com intuito de torná-lo acessível para ser aplicado. Esse instrumento é empregado para mensurar os sintomas urinários associados à bexiga hiperativa, através de quatro itens: examinar a ocorrência de frequência urinária, aferir

a existência de noctúria, verificar a urgência miccional e a incontinência por urgência. Ao final do somatório pode variar de 0 a 16, onde valores mais altos se referem a uma maior gravidade. Foi visto a recomendação para o emprego desse questionário para investigar a sintomatologia miccional relacionada à BH.

3.5 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

3.5.1 *Biofeedback*

O *biofeedback* é um dos instrumentos utilizados como opção de primeira linha para o tratamento da incontinência urinária. Ele é uma técnica que registra a contração muscular fisiológica do MAP e mostrada ao paciente através de sinais visuais e acústicos, para que ele possa acompanhar em tempo real o que acontece com a sua musculatura. É um recurso viável e motivador para o tratamento, pois ele incentiva a participação direta do paciente durante o tratamento (Matiello, 2021).

Associado a outras condutas de tratamento, ele abrange no controle biológico. Seu objetivo de utilização é de fazer a readaptação ou readequação neural durante o treinamento do MAP e cinesioterapia global, permitindo uma conscientização objetiva de uma função fisiológica inconsciente. Sendo assim, ocorrendo a melhora da função e promovendo neuroplasticidade neural, resultando em automatismo, que é o princípio do tratamento no paciente (Seleme *et al.*, 2018).

3.5.2 Neuromodulação

A neuromodulação sacral é um tratamento minimamente invasivo que pode ser usado para tratar a incontinência urinária mista ou por urgência. Ela consiste na implantação de eletrodos do segmento S3, que geram correntes de baixa frequência. Essas correntes aumentam a atividade simpática do nervo hipogástrico e diminuem a atividade parassimpática dos neurônios motores da bexiga. Como resultado, ocorre a inibição da contração do músculo detrusor ajudando a controlar a incontinência. Quando a estimulação é cessada, o reflexo da micção é ativado permitindo um melhor controle do processo urinário (Monteiro; Silva Filho, 2018).

Nas mulheres incontinentes podem aparecer os chamados pontos de gatilho, que são nódulos altamente irritáveis e palpáveis que surgem na musculatura. Eles estão relacionados

muitas vezes à dor e ao desconforto. A neuromodulação elétrica pode ser um recurso de alternativa útil e confiável que melhora o bem estar dessas mulheres ao ajudar a reduzir os pontos gatilhos de uma maneira eficaz (Prosperi *et al.*, 2022).

A eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior (ETNTP) é um recurso não invasivo que utiliza da corrente elétrica de baixa frequência para estimular o nervo tibial posterior, com potencial de modular os estímulos que afetam a bexiga. Os estudos indicam resultados promissores na melhoria de sintomas urinários, qualidade de vida e urodinâmica. Essa técnica representa uma opção viável no tratamento de condições relacionadas ao trato urinário, como no caso das incontinências (Boaretto *et al.*, 2019).

A estimulação elétrica é uma abordagem terapêutica que pode ser usada no tratamento da incontinência urinária de urgência. Ela atua estimulando ou inibindo os músculos e nervos envolvidos no controle da bexiga. No caso da incontinência urinária de urgência, a estimulação elétrica pode ser usada para inibir o músculo detrusor. Isso pode ajudar a controlar a hiperatividade desse músculo e, como resultado, reduzir os sintomas da hiperatividade vesical. Essa abordagem é uma forma de neuromodulação vesical, que visa amenizar os sintomas de hiperatividade vesical (Matiello, 2021).

3.5.3 Modificações Comportamentais

Mudanças comportamentais são consideradas um tratamento de primeira linha comum para pacientes com bexiga hiperativa, por exemplo. Porém, elas podem ter limitações para algumas pessoas, como por exemplo, elas não conseguem diminuir a ingestão de líquidos caso tenham alguma comorbidade (Mcphail *et al.*, 2023).

Dentre os fatores de riscos existentes, a obesidade tende a causar distúrbios musculoesqueléticos assim como os distúrbios do MAP, sendo o mais evidente a IU. Estudos mostraram ter positividade na perda de peso através de uma dieta de baixa caloria em mulheres com sintomas de IU. Porém, há poucos ensaios clínicos randomizados mostrando uma comparação da melhora dos sintomas de IU em mulheres que fizeram a dieta para perda de peso com o treinamento do MAP associado a dieta hipocalórica (Mendes *et al.*, 2023).

3.5.4 Treinamento Muscular Do Assoalho Pélvico

O treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP), busca orientar sobre a contração e o relaxamento do MAP para melhorar a coordenação e a funcionalidade, por exemplo, durante

atividades físicas que elevam a pressão abdominal e podem antecipar a incontinência urinária. Objetivando fortalecer e deixar mais eficaz o controle dos músculos do assoalho pélvico para prevenir e evitar que aconteça a perda de urina durante essas atividades (Hagen *et al.*, 2019).

O treinamento supervisionado dos músculos do assoalho pélvico tem sido bastante recomendado, com no mínimo 3 meses de duração nas diretrizes internacionais como tratamento de primeira linha para mulheres com incontinência urinária de esforço e mista. A importância dessa linha de tratamento se dá pelo fato de que, o suporte da uretra pode ser aperfeiçoado pela elevação das estruturas do assoalho pélvico através de contrações desses músculos, que fazem com que essas fibras do MAP se encurtem e fiquem mais espessas com o intuito de fechar o hiato do elevador e elevar o colo da bexiga (Wang *et al.*, 2023).

Falar sobre a Incontinência Urinária em sessões com grupos pode mostrar-se de grande valia para se ter benefícios a longo prazo. As intervenções em grupo podem ser úteis na promoção da saúde, fazendo com que tenha um aumento na motivação dessas pessoas, reduzindo o isolamento e promovendo interação entre elas. Porém, não se torna claro que o treino do MAP em grupo tenha o mesmo desempenho quanto ao treinamento do MAP de forma individual (Dumoulin *et al.*, 2020).

Um estudo realizado por Vaz *et al.*, (2019), relata que a intervenção fisioterapêutica combinada com o tratamento do MAP e treinamento vesical obteve sucesso no tratamento da incontinência urinária em mulheres, trazendo benefícios significativos em um curto período. Essa abordagem poderia ser avaliada para implementação em centros de saúde primários, trazendo vantagens tanto para as pacientes como também para o sistema de saúde. A eficácia e o potencial de diminuição dos custos tornam essa estratégia uma opção viável a ser considerada pelos profissionais de saúde e gestores.

Ao fazer exercícios para o MAP, há uma hipertrofia muscular e conseqüentemente a estabilização da uretra. Os pacientes alcançam um bom resultado entre 6 a 8 semanas de exercícios e apresentam uma melhora no que diz respeito a qualidade de vida. O transverso do abdômen é um músculo sinérgico que ajuda na contração do MAP. O tratamento associando a junção da fisioterapia do MAP combinado ao transverso do abdômen tem mostrado resultados mais eficazes em mulheres que tiveram até 3 gestações, do que comparando a fisioterapia em exercícios voltados apenas para o MAP (Ptak *et al.*, 2019).

Numa etapa mais progressiva do tratamento, é fundamental encorajar o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico durante atividades propensas à perda de urina, como levantamento de peso, subir ou descer um lance de escadas, ajuste de postura, correr ou praticar

algum tipo de exercício. Esse treinamento integrado às atividades do dia a dia da paciente é ideal, pois estimula a automatização das contrações do MAP (Oliveira *et al.*, 2018).

3.5.5 Cones Vaginais

Os cones vaginais são dispositivos utilizados na fisioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico. Eles foram propostos como uma técnica de fortalecimento resistido e progressivo dos músculos do assoalho pélvico. Essa terapia é eficaz para aumentar a força muscular nessa região, além de melhorar a percepção da região perineal. Isso pode resultar no recrutamento de fibras tipo I e tipo II, o que é importante para o tratamento de incontinência urinária (Holzschuh; Sudbrack, 2019).

Estes cones são dispositivos projetados para fortalecer o MAP, restaurando fibras musculares e melhorando a função muscular na região pélvica. Eles visam recrutar especificamente fibras do tipo I, que são fibras de contração lenta nessa área. Esses cones variam em número, forma e peso a depender de cada fabricante, além de que proporcionam feedback tátil e cinestésico à paciente, permitindo que ela ajuste progressivamente a ativação de seus músculos, com objetivo de aumentar a atividade de contração. Essa abordagem pode ser usada em programas que envolvam o TMAP (Baracho; Botelho; Nagib, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada pelas seguintes fases: 1) construção de uma pergunta norteadora, 2) busca e análise da literatura sobre a temática, 3) coleta de dados da literatura, 4) crítica das pesquisas incluídas, 5) formulação da discussão dos resultados analisados e 6) construção de um documento para a apresentação da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2019).

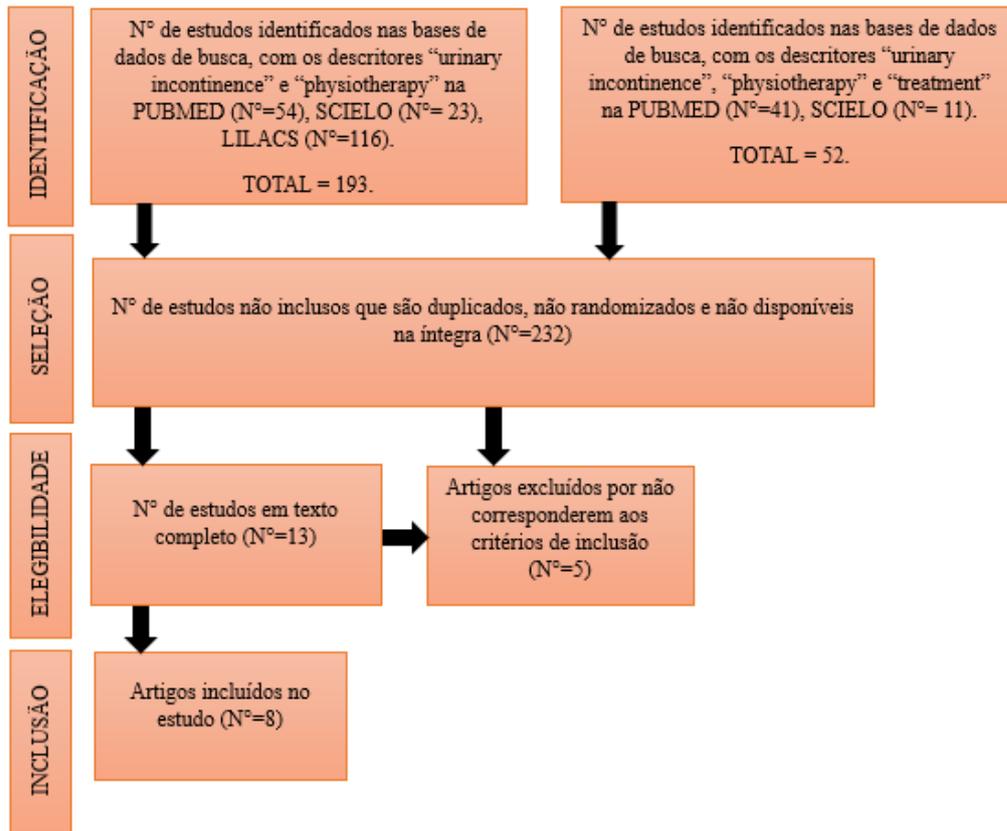
4.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA DOS ARTIGOS

As buscas pela pesquisa, foram executadas pelas bases de dados eletrônicas PubMed e Scielo. Sendo iniciada no mês de agosto de 2023 e sendo encerrada em maio de 2024. Os descritores (DeCS) utilizados para a busca nas bases eletrônicas foram “Urinary Incontinence”, “Physiotherapy”, “Treatment”.

Inicialmente, foram realizadas as pesquisas nas bases de dados selecionadas. De acordo com a categorização na busca desses artigos, foram incluídos inicialmente 2 descritores: urinary incontinence e physiotherapy, e logo após foi feita a busca utilizando 3 descritores: urinary incontinence, physiotherapy e treatment, utilizando o booleano AND.

Desta forma, foram encontrados nas bases de dados 245 artigos. Após a verificação de duplicadas, não randomizados e não disponíveis na íntegra, foram excluídos 232 artigos. Dos 13 restantes, foi feita a seleção dos títulos, resumos e verificação metodológica, na qual foram excluídos 5 artigos, pois não se enquadraram nos critérios de inclusão, permanecendo assim 8 artigos por preencherem os critérios de seleção para esta revisão integrativa conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DE DADOS



4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram consideradas análise dos artigos originais sobre incontinência urinária, sendo incluídos ensaio clínico, textos completos, disponíveis na íntegra pelo meio online, onde as participantes sejam mulheres acima de 18 anos, que fossem dos últimos 5 anos de 2019 a 2024. Sendo excluídos estudos que não enfatizem o uso de cinesioterapia ou eletroterapia no tratamento de incontinência urinária, participantes do sexo masculino, artigos do tipo revisão sistemática, tratamento com medicamentos via oral ou cirurgia.

Os critérios de elegibilidade dos estudos ocorreram por meio dos critérios de PICO e estão detalhados na tabela 1.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos relacionados à revisão

	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
P <i>Participate</i>	Estudo onde as participantes possuam incontinência urinária por esforço e tenha acima de 18 anos.	Estudos onde os participantes sejam do sexo masculino.
I <i>Intervention</i>	Estudos que relatassem a fisioterapia como recurso para o tratamento da IUE.	Artigos que abordassem o tratamento da IUE de forma medicamentosa ou cirúrgica.
C <i>Comparision</i>	Não se aplica.	

O Outcome	Conhecer os impactos do tratamento da fisioterapia na IUE.	
------------------	--	--

4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS

A seleção dos estudos iniciou-se com a busca nas bases de dados selecionadas utilizando os descritores: “Urinary Incontinence”, “Physiotherapy”, “Treatment” por intermédio do booleando AND.

Inicialmente foi realizada uma exploração dos títulos dos artigos apresentados por meio da estratégia de buscas, onde foram excluídos artigos em que o título não correspondia aos critérios da pesquisa.

Em seguida, se estabeleceu através da exploração dos resumos, considerando os critérios de inclusão pré-definidos. Além do resumo, os artigos lidos na íntegra para estabelecer a exclusão quando estes não atingiam os critérios de elegibilidade.

4.5 AVALIAÇÃO DE DADOS

Esta fase corresponde à análise dos dados de uma pesquisa convencional, tendo como objetivo o emprego de ferramentas adequadas. Sendo assim, para garantir a validade dessa revisão, os estudos foram selecionados e analisados minuciosamente. A análise foi executada de forma criteriosa, buscando resultados diferenciados em vários estudos.

Na coleta dos dados foi observado alguns pontos que são necessários nos artigos científicos como: (identificação, título, autores, ano, número de publicação, objetivos, resultados); método (o tipo de estudo, local, e técnica para a coleta de dados) e conseqüentemente os resultados obtidos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foram criadas tabelas detalhadas, com os artigos que foram selecionados, através de um documento no Microsoft Office Word 2010, tendo todas as informações como: título, autor, o ano que foi publicado, o tipo do estudo, a área que foi feita o tratamento, o total das aplicações, total de atendimentos e a conclusão.

A análise foi feita de forma descritiva, sendo exibida em tabelas. E no fim os estudos selecionados e incluídos, devido aos critérios de inclusão, foram analisados e discutidos com estudos que utilizaram métodos similares.

4.7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa foi realizada a elaboração do documento e a descrição das etapas com os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Os resultados consistem em formato de tabelas tendo a finalidade de oferecer ao leitor uma visão abrangente sobre os resultados e conclusões dos estudos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 2 – Distribuição dos estudos pelo ano de publicação.

ANO DE PUBLICAÇÃO	QUANTIDADE
2019	1
2020	3
2021	2
2022	2
2023	0

FONTE: Dados da pesquisa, 2024.

Dos 8 estudos analisados para compor a amostra, considerou-se estudos apenas dos últimos 5 anos conforme mostra a tabela 2. Dos resultados dessa amostra, obteve-se 1 estudo do ano de 2019, 3 estudos do ano de 2020 sendo este o ano com um maior número de estudos, 2 estudos no ano de 2021 e no ano de 2022 também se obteve a mesma quantidade de estudos. Apenas no ano de 2023 não se teve nenhum estudo para essa amostra.

Tabela 3 – Perfil sociodemográfico.

TÍTULO/ AUTORES/ ANO	IDADE	PARTICIPANTES
The effects of an 8-week hypopressive exercise training program on urinary incontinence and pelvic floor muscle activation: A randomized controlled trial. Torres; Munoz; Rebullido, et al., 2022.	Entre 18 e 60 anos.	Mulheres com disfunção do assoalho pélvico e sintomas de incontinência urinária.
Posture Correction Therapy and Pelvic Floor Muscle Function Assessed by sEMG with Intravaginal Electrode and Manometry in Female with Urinary Incontinence. Jorasz; Baszak; Dabek, 2022.	Entre 25 e 45 anos.	Mulheres com diagnóstico de incontinência urinária de esforço.
Involuntary reflexive pelvic floor muscle training in addition to standard training versus standard training alone for women with stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. Luginbuehl; Lehmann; Koenig, et al., 2021.	Entre 18 e 70 anos.	Mulheres que sofrem de IUE (com base na história do participante) ou incontinência urinária mista, mas predominantemente IUE.
A model identifying characteristics predictive of successful pelvic floor muscle training outcomes among women with stress urinary incontinence. Brooks; Varette; Harvey, et al., 2020.	≥ 18 anos.	Mulheres com IUE e que eram candidatas à cirurgia para inserção de tipoia na uretra média e apenas aquelas randomizadas para receber uma intervenção de fisioterapia foram incluídas neste estudo.

Add-On Effect of Postural Instructions to Abdominopelvic Exercise on Urinary Symptoms and Quality of Life in Climacteric Women with Stress Urinary Incontinence. A Pilot Randomized Controlled Trial. Aparicio; Bernart; Bueno, 2021.	Entre 46 e 75 anos.	Mulheres que apresentavam IUE ou IU mista com predominância de estresse.
The Effect of Selected Exercise Programs on the Quality of Life in Women with Grade 1 Stress Urinary Incontinence and Its Relationship with Various Body Mass Indices: A Randomized Trial. Ptak; Ciecwiez; Brodowska, et al., 2020.	Entre 45 e 60 anos.	Mulheres com IUE grau 1 confirmada com teste de tosse em estudo urodinâmico e exame ginecológico, ausência de incontinência de urgência, ausência de qualquer cirurgia geniturinária ou outras doenças.
Assessment of the Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) and Extracorporeal Magnetic Innervation (ExMI) in Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women: A Randomized Controlled Trial. Rajek; Straczynska; Strojek, et al., 2020.	Entre 45 e 76 anos.	Mulheres afetadas pela incontinência urinária de esforço.
Electromyographic characteristics of pelvic floor muscles in women with stress urinary incontinence following sEMG-assisted biofeedback training and Pilates exercises. Chmielewska; Stania; Klich, et al., 2019.	≥ 45 anos.	Mulheres com diagnóstico de incontinência urinária de esforço.

FONTE: Dados da pesquisa, 2024.

Em sua totalidade foram avaliadas 672 mulheres dentre os 8 estudos da amostra, em todos os artigos mencionam que a idade dessas pacientes acometidas com a IUE era a partir dos 30 anos de idade, nenhum dos estudos mostrou uma idade inferior a 30 anos nas pacientes avaliadas. Essa idade pode se relacionar com um estudo feito por Oliveira *et al.*, (2020), que mostra que a IU tem sido vista como um problema comum na sociedade, onde cerca de 20 a 50% das mulheres adultas podem apresentar tal patologia em algum momento da vida. No Brasil, aproximadamente de 30 a 43% das mulheres enfrentam a IUE, mas esses números podem ser subestimados devido à falta de diagnóstico e tratamento adequados para essa condição.

Somando-se a isso, Costa *et al.*, (2023) destacou em seu estudo que a IU tem uma alta incidência na população de maior idade, sendo provocada por causas multifatoriais e de curso crônico, resultando no impacto negativo na qualidade de vida destes. No entanto, a IU não é exclusiva dos idosos, mas sua incidência aumenta proporcionalmente com a idade, tornando-a uma das principais síndromes nas pessoas com uma idade mais elevada. Nas mulheres, um dos fatores de risco é a menopausa, período em que há uma redução hormonal de estrogênio levando

à frouxidão dos MAP, o que condiz diretamente com a IUE, em que acontece a perda de urina devido a sua musculatura fraca ao fazer qualquer tipo de esforço que aumente a pressão abdominal.

Alshammari *et al.*, (2020), destaca em seu estudo que a prevalência de incontinência urinária entre adultos mais velhos varia de 6,4% a 9%, conforme evidenciado em uma pesquisa conduzida com a população saudita. As mulheres constituíram a maioria dos afetados, representando cerca de 55,2% dos casos. Estudos anteriores indicaram que um dos principais fatores de risco para IU é a idade acima de 35 anos. Com o avanço da idade, observa-se uma crescente dificuldade na adesão do tratamento, já que muitos adultos acreditam que a IU é uma condição inevitável e fisiológica do envelhecimento.

Além disso, Murukesu *et al.*, (2019), fala em seu estudo que aproximadamente 65% da população idosa é composta por mulheres, as quais apresentam taxas mais elevadas de morbidade e incapacidade em função de uma maior expectativa de vida. A IU é uma das principais causas de problemas de saúde na velhice, sendo frequentemente vista como uma questão de saúde feminina. A prevalência de IU entre as idosas que vivem na comunidade variam de 3% a 53%, onde essa condição é frequentemente subnotificada e não tratada. Isso ocorre devido ao equívoco de que a IU faz parte do envelhecimento, bem como ao constrangimento, medo ou desconhecimento das opções de tratamentos viáveis.

Tabela 4 – Distribuição das técnicas utilizadas, tempo de tratamento, número de sessões dos estudos e resultados.

AUTORES/ ANO	TÉCNICA UTILIZADA	TEMPO DE TRATAMENTO/ Nº DE SESSÕES	RESULTADOS
Torres; Munoz; Rebullido, et al., 2022.	Programa de treinamento supervisionado de 8 semanas de exercícios hipopressivos na força muscular do assoalho pélvico e na sintomatologia da incontinência urinária.	8 semanas; 16 sessões.	Os resultados mostraram melhora no grupo hipopressivo na força muscular do assoalho pélvico $F(1117) = 89,514$, $p < 0,001$, pontuação significativamente menor para o escore total do PFIQ7, $t(112) = 28,895$, $p < 0,001$ e FPDI20 $t(112) = 7,037$, $p < 0,001$, bem como uma melhora nos valores do ICIQ-SF após 8 semanas de intervenção em comparação com o grupo controle.
Jorasz; Baszak; Dabek, 2022.	Programa terapêutico implementado, que consistiu na correção da postura corporal e na mudança de hábitos, na função muscular do pavimento pélvico em mulheres com	6 semanas; Nº de sessões não mencionadas.	Em ambos os grupos, a PRV (pressão vaginal em repouso) e a tensão dos MAP em repouso foram significativamente reduzidas. A força e a resistência dos MAP, a tensão durante a CVM e a VSP (pressão intravaginal durante a contração) aumentaram, sem diferença entre os grupos. A IUE diminuiu significativamente e a

	incontinência urinária de esforço.		qualidade de vida melhorou significativamente em ambos os grupos.
Luginbuehl; Lehmann; Koenig, et al., 2021.	Dois protocolos foram comparados quanto ao seu efeito na IUE: um focando na fisioterapia padrão com treinamento voluntário dos músculos do assoalho pélvico, o outro incluindo treinamento reflexivo involuntário dos músculos do assoalho pélvico.	16 semanas; 9 consultas individuais de fisioterapia e 78 sessões de treino domiciliar.	A pontuação do ICIQ-UIsf diminuiu significativamente ao longo do tempo para ambos os grupos em cerca de 3 pontos, de cerca de 10 para cerca de 7 pontos, sem diferenças de grupo em qualquer momento.
Brooks; Varette; Harvey, et al., 2020.	Preencheram um diário da bexiga de 3 dias, o Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência Urinária Formulário Abreviado (ICIQ-UI-SF), um teste de absorvente padronizado, avaliação manual da força e tônus dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e ultrassom transperineal (TPUS), avaliação de suas estruturas urogenitais em repouso, em posição supina e em pé, e durante contração, esforço e tosse.	12 semanas; 6 sessões.	Setenta e sete mulheres com idade entre 50 (± 10) anos completaram o protocolo; 38 (49%) foram considerados curados. Com base em testes univariados, quatro preditores foram inseridos em um modelo de regressão logística binária: ICIQ-UI-SF, tônus dos MAP, altura do colo vesical (BN) na posição ortostática e altura do BN durante tosse na posição ortostática. O modelo foi significativo ($p < 0,001$), classificando com precisão o desfecho em 74% dos participantes. O modelo, validado por bootstrapping, teve desempenho moderado, com área sob a curva receiver Operating Characteristic = 0,80 (IC 95%: 0,69–0,90; $p = 0,00$) e com sensibilidade de 70% e especificidade de 75%.
Aparicio; Bernart; Bueno, 2021.	Programa de exercícios abdominopélvicos nos sintomas de incontinência urinária (sintomas de IU) e na qualidade de vida em mulheres climatéricas com incontinência urinária de esforço (IUE).	3 meses; 12 sessões.	Os sintomas da IU melhoraram em ambos os grupos entre o início e o acompanhamento de 3 meses ($p < 0,05$). A satisfação dos pacientes foi maior no grupo AEPPI ($p < 0,05$). A adição de instruções posturais a um programa de exercícios abdominopélvicos melhora o impacto da IU na qualidade de vida e na satisfação dos pacientes em mulheres com IUE.
Ptak; Ciecwiez; Brodowska, et al., 2020.	Analisar a influência da ginástica na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) grau 1 e determinar a relação entre o desfecho e os índices de peso corporal selecionados: índice de massa corporal (IMC) e relação cintura-quadril (RCQ).	3 meses; 48 sessões.	Mulheres com $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$ se beneficiaram mais do programa MAP + TrA no que diz respeito às limitações físicas e domínios de constrangimento, enquanto pacientes com tipo corporal ginóide ($RCQ < 0,8$) se beneficiaram mais em termos de limitações físicas e sociais, IUE- emoções evocadas, medidas de gravidade e domínios de constrangimento.

Rajek; Straczynska; Strojek, et al., 2020.	Foram criados dois grupos experimentais, GE1 e GE2 e um grupo de controle. O GE1 recebeu 12 sessões de TMAP, o GE2 recebeu 12 sessões de intervenção magnética extracorpórea. O grupo de controle não recebeu intervenção fisioterapêutica.	4 semanas; 12 sessões.	Em ambos os grupos experimentais, foi encontrado um declínio estatisticamente significativo nos sintomas depressivos (BDI-II) e uma melhoria na gravidade da incontinência urinária (RUIS) e na qualidade de vida (KHQ) nos seguintes domínios: “limitações sociais”, “emoções”, “medidas de gravidade” e “escala de gravidade dos sintomas”. Além disso, as crenças de autoeficácia (GSES) melhoraram no grupo experimental que recebeu ExMI (EG2).
Chmielewska; Stania; Klich, et al., 2019.	Comparar o efeito do treinamento muscular do assoalho pélvico com biofeedback eletromiográfico de superfície (sEMG) (grupo BF) e exercícios de Pilates (grupo P) na atividade bioelétrica dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária de esforço.	8 semanas; 24 sessões.	Não houve melhora acentuada na atividade bioelétrica dos músculos do assoalho pélvico durante a contração após treinamento com biofeedback sEMG ou exercícios de Pilates. Após oito semanas de treinamento de biofeedback sEMG, foi observada uma diminuição na atividade bioelétrica em repouso dos músculos do assoalho pélvico e durante o relaxamento após contração sustentada, mas apenas na posição supina. Esse efeito não foi observado no grupo Pilates. No grupo AM, o número de episódios de incontinência após o final do tratamento (pontos de tempo: 1 vs. 2) e aos seis meses de acompanhamento (pontos de tempo: 1 vs. 3) diminuiu 68,5% e 89,3%, respectivamente.

FONTE: Dados da pesquisa, 2024.

Dos 8 estudos analisados da amostra, em todas as suas técnicas analisadas foram trazidos protocolos de tratamento conservadores para a IUE, focando principalmente no TMAP. Há também protocolos que comentam sobre questionários, ginástica e pilates, e todos eles focam na reabilitação conservadora, assim como um estudo feito por Cavenaghi *et al.*, (2020), que inclui 27 mulheres e destas 15 apresentavam IUE (55,6%). Durante 10 sessões de 45 minutos, aplicadas semanalmente, foi realizado um protocolo que envolvia eletroestimulação e cinesioterapia. Os exercícios incluíam a contração do MAP por 10 segundos seguida de relaxamento, tanto em posição ortostática quanto em decúbito dorsal. Foram utilizados eletrodos para reabilitação do MAP, posicionados no trajeto do nervo tibial posterior. O estudo mostrou uma diminuição dos sintomas e uma melhoria na qualidade de vida dessas pacientes.

Ao analisar os estudos da amostra, foi percebido que todos eles tiveram resultados que melhorou a sintomatologia da IU, melhorou a qualidade de vida das participantes, melhorou força dos MAP, diminuiu os sintomas depressivos, entre outros. E em todos os protocolos foram utilizados a cinesioterapia ou a eletroterapia associada, mostrando assim uma efetividade desses métodos; o que está condizente com um estudo de Aguirre *et al.*, (2023), que fala que o tratamento da IU através da reeducação perineal tem efeitos positivos na aprimoração dos sintomas, na intensificação da musculatura do assoalho pélvico, no incremento da qualidade de vida e na diminuição do número de episódios de incontinência. A reeducação perineal pode ser considerada uma opção terapêutica bem sucedida, não invasiva e sem desconforto para o paciente, tornando-se uma ótima escolha de tratamento para os diversos tipos de incontinência.

Em concordância com o estudo acima, Dumoulin *et al.*, (2020), realizou um estudo que comparou a eficácia do TMAP em grupo com o TMAP individual para mulheres idosas com incontinência urinária de esforço (IUE). Após uma sessão inicial individual com um fisioterapeuta para ensinar a contração do MAP, cada grupo participou de um programa de TMAP de 12 semanas. Cada sessão semanal tinha uma duração de uma hora e incluía exercícios focados em força, potência, resistência, coordenação e integração dos MAP nas atividades de vida diárias (AVDs). Os resultados do estudo indicaram que a intervenção do TMAP em grupo não é inferior ao TMAP individual, sugerindo que ambos os métodos são eficazes e podem ser aplicados na prática clínica para melhorar o tratamento da IUE em mulheres idosas.

Outro método conservador foi mostrado por Holzschuh e Sudbrack (2019), que fizeram uma pesquisa com 2 mulheres com IUE para analisar a eficácia do fortalecimento dos MAP através de cones vaginais. As participantes seguiram uma intervenção que combinava o uso dos cones e cinesioterapia com exercícios de Kegel durante 10 sessões, realizadas 3 vezes por semana. O exercício principal envolvia a sustentação de um cone por 1 minuto na posição ortostática. Os cones vaginais variam de peso (25-75g) e foram selecionados conforme a capacidade de cada uma. Realizaram exercícios de subir e descer degraus, agachamento com apoio e exercícios de Kegel com contrações do MAP por 5 segundos e relaxando por 10. Isso trouxe resultados favoráveis a essas pacientes, sendo beneficiadas através do fortalecimento dos MAP e auxiliando no tratamento conservador da IUE.

Usar da tecnologia também pode ser uma opção bastante viável para o tratamento conservador da IUE, assim como mostra um estudo de Asklund *et al.*, (2019) que apresentou o desenvolvimento de um aplicativo chamado Tät, que oferece um programa de tratamento de 3 meses focado no treinamento muscular do assoalho pélvico para mulheres com IUE. No estudo, 123 mulheres foram incluídas e divididas em dois grupos. Um grupo, composto por 62

mulheres, recebeu o programa do TMAP através do aplicativo, enquanto o outro grupo, com 61 mulheres, não utilizou o aplicativo. O aplicativo continha além do TMAP, informações sobre IUE e o assoalho pélvico, entre outros. Como conclusão, as mulheres relataram um aumento da autoconfiança em relação à responsabilidade pelo seu tratamento, além de considerar que o aplicativo ajudou a gerenciar o tratamento da IUE.

Outros estudos mostram que exercícios que envolvem o períneo são de grande valia para tratar de forma conservadora a IU, como mostra no estudo de Boaretto *et al.*, (2019), onde é relatado que os exercícios perineais são uma modalidade terapêutica da fisioterapia, cujo objetivo é fortalecer a musculatura do assoalho pélvico através de contrações voluntárias e repetitivas seguidas de relaxamento. Essa técnica de contração pode ser usada para obstruir a uretra e prevenir ou reduzir a perda urinária durante as contrações do detrusor. Além disso, a técnica pode inibir reflexivamente a atividade do detrusor, diminuir a vontade de urinar ao ativar o mecanismo periférico de controle urinário, recrutando neurônios motores e inibindo o sistema parassimpático na medula sacral, suprimindo a atividade vesical.

O fisioterapeuta é de suma importância no tratamento conservador da IU, uma vez que ele irá acompanhar e ensinar o treino do MAP a ser realizado de forma correta. Em concordância com o estudo acima, Hagen *et al.*, (2019) fala que o objetivo de um programa de treinamento da musculatura do assoalho pélvico é intensificar a força muscular, aumentar o volume da musculatura e, conseqüentemente, melhorar o suporte estrutural. Esse programa visa aprimorar a resistência das contrações, aperfeiçoar o tônus muscular em repouso, melhorar o recrutamento muscular por meio da aprimoração da função nervosa e propriedades das fibras musculares, além de melhorar a consciência cognitiva da postura corporal e do estado relaxado e não relaxado do assoalho pélvico.

Skaug *et al.*, (2024) destacou a importância de avaliar o impacto do TMAP em mulheres praticantes de Crossfit com IUE. O estudo envolveu 47 mulheres, divididas em dois grupos: 22 no grupo TMAP e 25 no grupo controle. O programa TMAP era domiciliar, acompanhado por um fisioterapeuta que ensinou inicialmente a contração correta do MAP. O treinamento consistia em 3 séries de 8-12 contrações máximas diárias, com tempo de retenção de 6-8 segundos, realizadas em várias posições (deitada, em pé, sentada ou ajoelhada). O grupo controle não recebeu orientações sobre o assoalho pélvico e continuou com os treinos funcionais habituais sem exercícios específicos para o assoalho pélvico. Após 16 semanas, o TMAP demonstrou ser benéfico, melhorando os sintomas de IUE nas mulheres praticantes de exercícios físicos funcionais.

Em seu estudo recente, Bottini *et al.*, (2024) investigou a eficácia da ginástica abdominal hipopressiva (GAH) em comparação com o TMAP em mulheres acometidas por IUE. Foram incluídas 31 mulheres, sendo divididas em 2 grupos: 16 mulheres no grupo TMAP e 15 mulheres no grupo GAH. No grupo do TMAP, o protocolo consistiu de 3-4 séries de 8-12 contrações voluntárias máximas sustentadas de 5-10 segundos em seguida 5 contrações rápidas, com intervalos de 6 segundos entre elas e 1 minuto entre as séries. No grupo GAH, as participantes realizavam inspirações lentas e sucessivas, depois expiração total e apneia de 10-25 segundos. Ambos os grupos fizeram 26 sessões, acontecendo 2 vezes por semana. Esse estudo concluiu que o TMAP é superior ao GAH, sendo considerado padrão ouro para o tratamento da IUE.

Tabela 5 – Métodos avaliativos utilizados no tratamento.

AUTORES/ ANO	MÉTODO AVALIATIVOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO
Torres; Munoz; Rebullido, et al., 2022.	Foram coletados dados clínicos e sociodemográficos, bem como força muscular do assoalho pélvico (utilizando a Escala de Oxford Modificada); os sintomas de prolapso genital, sintomas colorretais e sintomas urinários (com o Pelvic Floor Distress Inventory [PFDI-20]); o impacto dos distúrbios do assoalho pélvico (DFP) na vida das mulheres (com o Pelvic Floor Impact Questionnaire [PFIQ-7]); e a gravidade dos sintomas de incontinência urinária (usando o Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência [ICIQ]).
Jorasz; Baszak; Dabek, 2022.	Avaliação da musculatura do assoalho pélvico com o uso do Esquema PERFECT e exame de palpação na escala de Oxford, EMGs com eletrodo intravaginal e manometria com sonda intravaginal.
Luginbuehl; Lehmann; Koenig, et al., 2021.	Através do questionário International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire Urinary Incontinence short form (ICIQ-UIsf).
Brooks; Varette; Harvey, et al., 2020.	Diário da bexiga de 3 dias, Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência Urinária Incontinência Formulário Abreviado (ICIQ-UI-SF), um teste de absorvente padronizado, avaliação manual da força e tônus dos MAP e ultrassom transperineal (TPUS), avaliação de estruturas urogenitais em repouso, em posição supina e em pé, e durante contração, esforço e tosse.
Aparicio; Bernart; Bueno, 2021.	Através de sintomas de IU, impacto da IU e qualidade de vida relacionada à IU (IU-QV), medidos pelo Pad Test de 48 horas e pelo International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-UI-SF). O desfecho secundário foi a satisfação do paciente medida pela Escala Visual Analógica (EVA) de 100 pontos somente após a intervenção.
Ptak; Ciecwiez; Brodowska, et al., 2020.	Avaliado através da qualidade de vida que foi determinada com o questionário International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire – Lower Urinary Tract Sintomas Quality of Life (ICIQ LUTS QOL).
Rajek; Straczynska; Strojek, et al., 2020.	Escala Revisada de Incontinência Urinária (RUIS); Inventário de Depressão de Beck (BDI-II); Escala de Autoeficácia Geral (GSES); Kings Health Questionnaire (KHQ).
Chmielewska; Stania; Klich, et al., 2019.	O diário miccional, a qualidade de vida e as características eletromiográficas dos músculos do assoalho pélvico foram avaliadas em três momentos: no início do estudo, após oito semanas de treinamento e no sexto mês pós-treinamento.

FONTE: Dados da pesquisa, 2024.

Nos estudos da amostra, foi possível ver uma gama de diversidades no quesito de qual método ser utilizado para avaliar a melhora dessas pacientes, porém o que mais se destaca são

questionários, como por exemplo o ICIQ-UI-SF. Um estudo feito por Nystrom *et al.*, (2024), diz que PROM é uma sigla que se refere a medidas validadas de resultados relatados pelo paciente. O PROM que mais se usa para medir os sintomas da IU é o Questionário de Consulta Internacional sobre Incontinência - Formulário Abreviado de Incontinência Urinária (ICIQ-UI SF), que possui validade e confiabilidade em relação à construção e convergência. Este questionário inclui itens que investigam a frequência, quantidade e impacto da perda urinária na vida diária. Estas perguntas são avaliadas numa escala, que pode ser categorizada em níveis de gravidade (1 a 5 pontos = leve, 6 a 12 pontos = moderada, 13 a 18 pontos = grave, 19 a 21 pontos = muito grave).

Assim como o questionário supracitado, existem outras formas de rastreio para melhora e diagnóstico da IU, como é o caso do diário miccional. Um estudo feito por Alves *et al.*, (2021), mostrou que as participantes do estudo receberam instruções para manter um diário miccional durante três dias em casa, tendo como objetivo de registrar a ingestão de líquidos, volume médio urinário, frequência e intervalo da micção, bem como o número de episódios em que ocorre a incontinência. A presença de perda urinária no diário miccional é o critério principal para a confirmação da presença de incontinência urinária, relatada pelas participantes durante o estudo.

Existe também o Kings Health Questionnaire como uma forma de avaliação da melhora da IU, e um estudo feito por Reis *et al.*, (2021), mostra que este questionário contém 30 perguntas que abordam vários aspectos relacionados à percepção da saúde, impacto da incontinência urinária, restrições na realização das atividades cotidianas, limitações físicas e sociais, vida pessoal, sentimentos e energia/sono, além de medir a gravidade da IU. A classificação desse questionário varia de zero a cem, sendo que quanto mais elevada sua pontuação, menor a qualidade de vida do indivíduo. Uma mudança mínima clinicamente relevante na linha de base de pelo menos cinco pontos nos domínios mencionados, indica uma mudança significativa e melhora clínica na qualidade de vida em relação à saúde após o tratamento.

Também foi mostrado nos estudos que o pad-test foi utilizado como uma forma de avaliação da melhora e um estudo realizado pela Febrasco (2021), mostra que o pad-test ou teste do absorvente, é uma abordagem objetiva para avaliar a IU. Ele é utilizado para registrar e quantificar a perda de urina e também para monitorar a eficácia do tratamento. O teste é realizado colocando-se um absorvente cuidadosamente pesado próximo ao meato uretral externo por um certo tempo, durante o qual a paciente realiza atividades cotidianas normais (período prolongado) ou atividades simuladas por exercícios (período curto). Após o teste, o

absorvente é retirado e seu peso é comparado com o peso inicial. O diagnóstico da IUE pode se dar por uma diferença de peso acima de 1 grama, que indica perda involuntária de urina.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia pode atuar na incontinência urinária por esforço feminina de forma totalmente conservadora, através da cinesioterapia, eletroterapia e terapias manuais.

A população estudada neste estudo foram mulheres com diagnóstico de incontinência urinária por esforço, sendo incluídas mulheres com faixa etária a partir de 18 anos de idade, onde a IUE foi vista nessas mulheres a partir dos 30 anos de idade em todos os estudos.

O tempo médio de tratamento dos estudos mostrou que os protocolos eram feitos em uma média de aproximadamente 9,75 semanas e envolvia protocolos de eletroterapia e cinesioterapia associados, sendo que a cinesioterapia se mostrou mais eficaz através do TMAP, que é considerado o padrão ouro para tratar a IUE.

Os métodos avaliativos dessas pacientes tiveram desde diário miccional, pad test, questionários, entre outros. Neste estudo, o que mais se evidenciou foi o uso de questionários e destes o ICIQ-UI-SF foi o questionário mais usado para avaliar essas pacientes.

Conforme os estudos que foram revisados, podemos concluir que a fisioterapia atua de forma conservadora através da eletroterapia e cinesioterapia, ensinando a contração correta dos MAP e estimulando com exercícios o fortalecimento dessa musculatura para reduzir a sintomatologia da IUE.

Ainda assim, não necessários mais estudos sobre a incontinência urinária de esforço que é a que mais se destaca dentre as outras, correlacionando com o papel que a fisioterapia possui para ajudar nessa situação, para que se possam construir mais evidências sobre essa temática, uma vez que é um assunto de extrema importância principalmente às mulheres e aos profissionais da saúde, para que possam orientá-las de forma a procurar o tratamento, dado que os estudos mostraram que é possível tratar a IUE de forma conservadora.

REFERÊNCIAS

- AGIUS, J. C.; BRINCAT, M. P. The urogenital system and the menopause. **Climateric**, v. 18, n. 1, p. 18-22, 2015.
- AGUIRRE, C. A. C.; IZQUIERDO, E. G. Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training on Quality of Life in Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and MetaAnalysis. **Medicina (Kaunas)**, mai. 2023.
- ALIZADEH, A.; MONTAREZI, M.; SHABANI, F.; BANI, S.; HASSANPOUR, S.; NABIGHADIM, M.; MIRGHAFORVAND, M. Prevalence and severity of urinary incontinence and associated factors in Iranian postmenopausal women: a cross-sectional study. **BMC Urol**, v. 23, n. 18, fev. 2023.
- ALSHAMMARI, S.; ALYAHYA, M. A.; ALLHIDAN, R. S.; ASSIRY, G. A.; ALMUZINI, H. R.; ALSALMAN, M. A. Effect of Urinary Incontinence on the Quality of Life of Older Adults in Riyadh: Medical and Sociocultural Perspectives. **Cureus**, V. 12, n. 11, nov. 2020.
- ALVES, R. A.; MACHADO, M.; MOURA, T.; BRASIL, C. A.; LEMOS, A. Q.; LORDELO, P. Clinical profile of women with stress urinary incontinence in a reference center. **Rev Pesqui Fisioter**, v. 11, n. 2, p. 351-360. 2021.
- ALY, W. W.; SWEED, H. S.; MOSSAD, N. A.; TOLBA, M. F. Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence in Frail Elderly Females. **J Aging Res**, v. 2020, n. 1, abr. 2020.
- AOKI, Y.; BROWN, H. W.; BRUBAKER, L.; CORNU, J. N.; DALY, J. O.; CARTWRIGHT, R. Urinary incontinence in women. **Nat Rev Dis Primers**, v. 3, n. 1, jul. 2017.
- ASKLUND, I.; SAMUELSSON, E.; HAMBERG, K.; UMEFJORD, G.; SJOSTROM, M. User Experience of an App-Based Treatment for Stress Urinary Incontinence: Qualitative Interview Study. **J Med Internet Res**, v. 21, n. 3, mar. 2019.
- BARACHO, E.; BOTELHO, S.; NAGIB, A. B. L. Atuação da Fisioterapia no Tratamento Conservador da Incontinência Urinária Feminina. In BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher (6ª Edição)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, p. 369-376.
- BARACHO, E.; ROSSI, L.; LOPES, G. C. Anatomia da Pelve Feminina. In BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher (6ª Edição)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, p. 3-14.
- BOARETTO, J. A.; MESQUITA, C. Q.; LIMA, A. C.; PREARO, L. C.; GIRÃO, M. J. B. C.; SARTORI, M. G. F. Comparação entre oxibutinina, eletroestimulação do nervo tibial posterior e exercícios perineais no tratamento da síndrome da bexiga hiperativa. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 127–136, abr. 2019.
- BOTTINI, D. A. M. C.; SILVA, D. V.; FILHO, R. M. S.; LÚCIO, A.; SAIKI, F.; PEGORARE, A. B. G. S. Efeitos do treinamento muscular do assoalho pélvico versus ginástica abdominal hipopressiva (GAH) na incontinência urinária de esforço de mulheres climatéricas: ensaio clínico randomizado. **Fisioter Pesqui**, v. 1, n. 1. 2024.
- CAVENAGHI, S.; LOMBARDI, B. S.; BATAUS, S. C.; MACHADO, B. P. B. Efeitos da fisioterapia na incontinência urinária feminina. **Rev Pesqui Fisioter**, Salvador, v. 10. n. 4, p. 658-665, nov. 2020.

- COSTA, M. T.; MARTINS, M. C. C.; ZANINOTTO, R. C. S.; MANSO, M. E. G. Incontinência Urinária: principais fatores de risco e seus efeitos na população idosa. **Vittale – Revista de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 109-119. 2023.
- DINIZ, M. B.; PAULA, L. B. Estudo Urodinâmico. In BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher (6ª Edição)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, p. 333-336.
- DUMOULIN, C.; MORIN, M.; DANIELI, C.; CACCIARI, L.; MAYRAND, M. H.; TOUSIGNANT, M.; ABRAHAMOWICZ, M. Urinary Incontinence and Aging Study Group. Group-Based vs Individual Pelvic Floor Muscle Training to Treat Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Intern Med**, v. 180, n. 10, out. 2020.
- FEBRASCO. Incontinência Urinária de Esforço. **Rev Feminina**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 198-204, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224084/femina-2021-493-p198-204-incontinencia-urinaria-de-esforco1.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2023.
- FREDERICE, C. P.; BARDIN, M. G.; JULIATO, C. R. T. Anatomia, Fisiologia e Biomecânica da Pelve e do Assoalho Pélvico. In SILVA, M. P. P.; MARQUES, A. A.; AMARAL, M. T. P. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher (2ª Edição)**. Rio de Janeiro: Roca, 2018, p. 266-279.
- FÜRST, M. C. B.; MENDONÇA, R. R.; RODRIGUES, A. O.; MATOS, L. L.; POMPEO, A. C. L.; BEZERRA, C. A. Long-term results of a clinical trial comparing isolated vaginal stimulation with combined treatment for women with stress incontinence. **Rev Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 168–174, abr. 2014.
- GARI, A. M.; ALAMER, E. H. A.; ALMALAYO, R. O.; ALSHADDADI, W. A.; ALAMRI, S. A.; ALOUFI, R. S.; BARADWAN, S. Prevalence of Stress Urinary Incontinence and Risk Factors among Saudi Females. **Medicina (Kaunas)**, v. 59, n. 5, mai. 2023.
- GLISOI, S. F. N. G.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 408-413, nov./dez. 2011. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2011-06.pdf#page=13> . Acesso em: 26 de outubro de 2023.
- HAGEN, S.; MCCLURG, D.; BUGGE, C.; HAY, S. J.; DEAN, S. G.; ELDERS, A.; GLAZENER, C.; ABDEL, F. M.; AGUR, W. I.; BOOTH, J.; GUERRERO, K.; NORRIE, J.; KILONZO, M.; MCPHERSON, G.; MCDONALD, A.; STRATTON, S.; SERGENSON, N.; GRANT, A.; WILSON, L. Effectiveness and cost-effectiveness of basic versus biofeedback-mediated intensive pelvic floor muscle training for female stress or mixed urinary incontinence: protocol for the OPAL randomised trial. **BMJ Open**, v. 9, n. 2, fev. 2019.
- HARVIE, H. S.; SUNG, V. W.; NEUWAHL, S. J.; HONEYCUTT, A. A.; MEYER, I.; CHERMANSKY, C. J.; MENEFFEE, S.; HENDRICKSON, W. K.; DUNIVAN, G. C.; MAZLOOMDOOST, D.; BASS, S. J.; GANTZ, M. G. Cost-effectiveness of behavioral and pelvic floor muscle therapy combined with midurethral sling surgery vs surgery alone among women with mixed urinary incontinence: results of the Effects of Surgical Treatment Enhanced With Exercise for Mixed Urinary Incontinence randomized trial. **Am J Obstet Gynecol**, v. 255, n. 6, dez. 2021.
- HIGA, R.; RIVORÊDO, C. R. S. F.; CAMPOS, L. K.; LOPES, M. H. M.; TURATO, E. R. Vivências de mulheres Brasileiras com Incontinência Urinária. **Texto Contexto Enferm**,

Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 627-635, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HfhfJTqsqxdM47N6YSK83Gk/?format=pdf>. Acesso em: 27 de outubro de 2023.

HOLZSCHUH, J. T.; SUDBRACK, A. C. Eficácia dos cones vaginais no fortalecimento do assoalho pélvico na incontinência urinária feminina pós-menopausa: estudo de casos. **Rev Pesqui Fisioter**, v. 9, n. 4, p. 498-504, nov. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1151891>. Acesso em: 27 de outubro de 2023.

KOŁODYNSKA, G.; ZALEWSKI, M.; PIECHURA, K. R. Urinary incontinence in postmenopausal women - causes, symptoms, treatment. **Prz Menopauzalny**, v. 18, n. 1, p. 46-50, abr. 2019.

LI, Q.; HUANG, Y.; WANG, Q.; XUE, K.; ZHOU, F. The prevalence and risk factors of different degrees of stress urinary incontinence in Chinese women: A community-based cross-sectional study. **Nurs Open**, v. 10, n. 8, abr. 2023.

LIU, X.; WANG, Q.; CHEN, Y.; LUO, J.; WAN, Y. Factors Associated With Stress Urinary Incontinence and Diastasis of Rectus Abdominis in Women at 6-8 Weeks Postpartum. **Urogynecology (Phila)**, v. 29, n. 10, out. 2023.

MADEIRA, F. F. S. Morfofisiologia e biomecânica da pelve e do assoalho pélvico. In MATIELLO, A. A.; MADEIRA, F. F. S.; VASCONCELOS, G. S.; FERRAZ, N. L.; BORBA, R. M. **Fisioterapia Urológica e Ginecológica**. Porto Alegre: Sagah, 2021. p.25-42.

MARQUINI, G. V.; BELLA, Z. I. K. J.; SARTORI, M. G. F. Burch Procedure: A Historical Perspective. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 511-518, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/yhDWRtVdHjtxbTjWZ9BYT3N/?format=pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2023.

MATIELLO, A. A. Fisioterapia aplicada à incontinência urinária. In MATIELLO, A. A.; MADEIRA, F. F. S.; VASCONCELOS, G. S.; FERRAZ, N. L.; BORBA, R. M. **Fisioterapia Urológica e Ginecológica**. Porto Alegre: Sagah, 2021, p. 85-110.

MCPHAIL, C.; CAREY, R.; NAMBIAR, S.; WILLISON, N.; BAHADORI, S.; ARYAN, P.; NGUYEN, T.; BEHNIA, W. F. The Investigation of Percutaneous Tibial Nerve Stimulation (PTNS) as a Minimally Invasive, Non-Surgical, Non-Hormonal Treatment for Overactive Bladder Symptoms. **J Clin Med**, v. 12, n. 10, mai. 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Use Of The Bibliographic Reference Manager In The Selection Of Primary Studies In Integrative Reviews. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20170204. 2019.

MENDES, P. C. S.; FRETTE, T. B.; CAMARGO, M. F. C.; DRIUSSO, P.; HOMSI, J. C. Effect of pelvic floor muscle training on reports of urinary incontinence in obese women undergoing a low-calorie diet before bariatric surgery — protocol of a randomized controlled trial. **Rev Trials**, v. 24, n. 1, jun. 2023.

MONTEIRO, M. V. C.; SILVA FILHO, A. L. Incontinência Urinária. In BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher (6ª Edição)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, p. 327-332.

MURUKESU, R. R.; SINGH, D. K. A.; SHAHAR, S. Urinary incontinence among urban and rural community dwelling older women: prevalence, risk factors and quality of life. **BMC Public Health**, v. 19, n. 4, jun. 2019.

NYSTROM, E.; ASKLUND, I.; LINDAM, A.; SAMUELSSON, E. Minimum important difference of the ICIC-UI SF score after self-management of urinary incontinence. **BMC Womens Health**, v. 24, n. 1, fev. 2024.

OLIVEIRA, L. G. P.; TAVARES, A. T. D. V. B.; AMORIM, T. V.; PAIVA, A. C. P. C.; SALIMENA, A. M. O. Impact of urinary incontinence on women's quality of life: na interative review. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1. 2020.

OLIVEIRA, N. F. F.; MARQUES, A. A.; FREDERICE, C. P.; FOGAÇA, N. M. M.; BARDIN, M. G. Recursos Fisioterapêuticos e Aplicabilidade ao Tratamento da Incontinência Urinária In SILVA, M. P. P.; MARQUES, A. A.; AMARAL, M. T. P. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher (2ª Edição)**. Rio de Janeiro: Roca, 2018, p. 305-319.

PEREIRA, S. B.; THIEL, R. R. C.; RICCETTO, C.; SILVA, J. M.; PEREIRA, L. C.; HERRMANN, V.; PALMA, P. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 6, p. 273-278, jun. 2010.

PEREIRA, V. S.; ESCOBAR, A. C.; DRIUSSO, P. Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 6, p. 463–468, nov. 2012.

PROSPERI, L.; BARASSI, G.; PANUNZIO, M.; PELLEGRINO, R.; MARINUCCI, C.; DI, J. A.; COLOMBO, A.; LICAMELI, M.; MOCCIA, A.; MELCHIONNA, M. Bio-Physics Approach to Urinary Incontinence Disabilities. **Rev Int J Environ Res Public Health**, v. 19, n. 19, out. 2022.

PTAK, M.; CIECWIEZ, S.; BRODOWSKA, A.; STARCZEWSKI, A.; NAWROCKA, R. J.; DIAZ, M. E.; ROTTER, I. The Effect of Pelvic Floor Muscles Exercise on Quality of Life in Women with Stress Urinary Incontinence and Its Relationship with Vaginal Deliveries: A Randomized Trial. **Biomed Res Int**, jan. 2019.

RAMOS, J. G. L.; PICOLOTO, A. S. B.; CARDOSO, A.; FREITAS, G. S. O.; ANZOLCH, M. J. Avaliação da Incontinência Urinária Feminina. In PASSOS, E. P.; COSTA, S. H. M.; MAGALHÃES, J. A.; RAMOS, J. G. L.; OPPERMANN, M. L. R.; WENDER, M. C. O. **Rotinas em Ginecologia (8ª Edição)**. Porto Alegre: Artmed, 2023, p. 528-544.

REIS, B.M.; SILVA, J. B.; ROCHA, A. P. R.; LIEBANO, R. E.; DRIUSSO, P. Intravaginal electrical stimulation associated with pelvic floor muscle training for women with stress urinary incontinence: study protocol for a randomized controlled trial with economic evaluation. **Trials**, v. 22, n. 1, nov. 2021.

REOYO, E. J. F.; LINERO, P. L.; PUENTES, E. C.; GABARAIN, I. M.; FUENTE, P. B.; PÉREZ, E. D. C. Prognostic factors and treatment outcomes for female urinary incontinence rehabilitation. **Actas Urológicas Españolas (English Edition)**, v. 47, n. 6, p. 376-381, 2023.

RESENDE, L. V.; MONTEIRO, S. E. Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico no Tratamento e na Prevenção dos Prolapsos Genitais. In BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher (6ª Edição)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, p. 323-326.

RIBEIRO, G. L.; FIRMIANO, M. L. V.; VASCONCELOS, C. T. M.; NETO, J. A. V.; LOPES, M. H. B. M.; DAMASCENO, A. K. C. Conhecimento, Atitude e Prática de Gestantes Sobre Incontinência Urinária: Estudo Observacional. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.**, São Paulo, v. 21, n. 1, fev. 2023.

SELEME, M.; VALENTIN, E. K.; BERTOTTO, A.; BERGHMANS, B.; UCHOA, S. *Biofeedback* Perineal In BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher (6ª Edição)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, p. 290-301.

SKAUG, K. L.; ENGH, M. E.; BO, K. Pelvic floor muscle training in female functional fitness exercisers: an assessor-blinded randomised controlled trial. **Br J Sports Med**, v. 58, n. 9, p. 486-493, abr. 2024.

SKORUPSKA, K.; GRZYBOWSKA, M. E.; KOMAR, A. K.; RECHBERGER, T.; MIOTLA, P. Identification of the Urogenital Distress Inventory-6 and the Incontinence Impact Questionnaire-7 cutoff scores in urinary incontinent women. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 87, 2021.

THABET, A.; BATTECHA, K.; ALAYAT, M.; ALI, M.; MAHMOUD, H.; EBID, A. A.; ABD, E. K. E. M.; IBRAHIM, A. R.; EL, S. M. S.; ALZAHIRANI, A.; ALJAZAERI, A.; FAGIH, A. Prevalence of urinary incontinence among women in Saudi Arabia: a cross-sectional study. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v. 27, n. 13, p. 6040-6045, jul. 2023. Disponível em: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/6040-6045.pdf>. Acesso em: 27 de outubro de 2023.

VAZ, C. T.; SAMPAIO, R. F.; SALTIEL, F.; FIGUEIREDO, E. M. Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: a pragmatic controlled trial. **Braz J Phys Ther**, v. 23, n. 2, p. 116-124, mar./abr. 2019.

WANG, X.; ZHIJING, S.; XU, T.; GUORONG, F. Efficacy of supervised pelvic floor muscle training with a home-based biofeedback device for urinary incontinence in postpartum women: protocol for a multicentre randomised controlled trial. **BMJ Open**, v. 13, n. 4, abr. 2023.

ZHANG, H.; GOU, Y.; ZHANG, J.; LIANG, K.; LI, H.; FANG, Y. Analysis of pelvic floor electromyography in women screened 42 days postpartum: A cross-sectional study. **Medicine (Baltimore)**, v. 102, n. 21, mai. 2023.