



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

LETÍCIA BRANDÃO MULATO UCHÔA

**IMPACTO DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA
DAS MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**ICÓ – CE
2022**

LETÍCIA BRANDÃO MULATO UCHÔA

**IMPACTO DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA
DAS MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Trabalho de conclusão de curso (TCC II) do curso de bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS), a ser apresentado como requisito para obtenção do título de bacharelado.

Orientador: Prof. Esp. Rauany Barrêto Feitoza.

LETÍCIA BRANDÃO MULATO UCHÔA

**IMPACTO DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA
DAS MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Trabalho de conclusão de curso (TCC II) do curso de bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS), a ser apresentado como requisito para obtenção do título de bacharelado.

Orientador: Prof. Esp. Rauany Barrêto Feitoza.

Aprovado em _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a M.e. Rauany Barrêto Feitoza

Orientador

Prof.^a Wanderleia Sanny David Alencar

1^a Examinadora

Prof.^a Carolina Gonçalves Pinheiro

2^a Examinador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, a minha mãe Maria Das Dores e meu pai Luiz Mulato que foram imprescindíveis na conclusão desse trabalho uma vez que sempre tive todo o apoio possível vindo deles, assim como desde o início acreditaram mais em mim do que eu própria. Amo vocês.

Agradeço a minha orientadora Rauany Barrêto que me deu a assistência necessária para a conclusão desse TCC, uma vez que me repassou todo o conhecimento acerca do assunto sempre tirando de mim o melhor e acreditando no meu potencial.

Agradeço também a professora Carol Pinheiro que me auxiliou quando precisei e me fez aprimorar este estudo.

Não poderia deixar de agradecer ao meu grupo, Michelle Lira, Kaelyne Jacinto, Giordana Paulino e Lorena Albuquerque que estiveram comigo essa trajetória inteira nos momentos bons e ruins sempre dando apoio e o suporte necessário para que eu conseguisse concluir o TCC. Quero fazer um agradecimento especial a Michelle, minha dupla, que nunca me deixou na mão em nenhum momento. Ela me fez rir em momentos que eu quis chorar, me levantou quando eu achava que não ia conseguir, esteve sempre do meu lado. A todas eu agradeço. Nosso respeito e parceria fizeram a nossa união e por isso comemoro o sucesso de cada uma de vocês.

Muito obrigada a todos que fizeram parte e contribuíram para a conclusão desse TCC. Gratidão.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A incontinência urinária (IU) é determinada como uma perda involuntária de urina, sendo a população feminina a mais afetada. É subdividida em 3 tipos, a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e Incontinência Urinária Mista (IUM). A Fisioterapia pélvica é tido como padrão ouro para o tratamento dessa disfunção dispondo de meios como a cinesioterapia, Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico (TMAP), eletroestimulação dentre outros. **OBJETIVO:** Identificar a influência do tratamento fisioterapêutico na qualidade de vida (QV) das mulheres com IU através de uma revisão integrativa da literatura (RIL). **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de RIL. O levantamento bibliográfico para alcançar os objetivos propostos na pesquisa, foi realizado através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e contemplou as bases de dados, LILACS e MEDLINE, com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Urinary Incontinence AND Physical Therapy Specialty AND Quality of Life”, com o texto completo, em português e inglês, e a 5 anos atrás, onde foram identificados 9 artigos, destes foram selecionados 5 para esta revisão, considerando os critérios de inclusão e exclusão. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Dentre os artigos que foram incluídos no estudo foi possível identificar a prevalência de IU no público feminino com idade >18 anos, sendo a IUE com maior incidência. Os meios avaliativos são os questionários de qualidade de vida, sendo percebido o King's Health Questionnaire (KHQ) e Incontinence Quality-of-Life Questionnaire (I-QoL) como os mais relevantes para a pesquisa. Os estudos apontaram a utilização de TMAP e eletroestimulação sendo benéficos para o tratamento da IU. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o tratamento fisioterapêutico trás impactos positivos na QV das mulheres incontinentes.

Palavras chave: Incontinência urinária; Especialidade de Fisioterapia; Qualidade de vida.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Urinary incontinence (UI) is defined as an involuntary loss of urine, with the female population being the most hospitalized. It is subdivided into 3 types, Stress Urinary Incontinence (SUI), Urge Urinary Incontinence (UII) and Mixed Urinary Incontinence (MUI). Pelvic Physiotherapy is considered the gold standard for the treatment of this dysfunction, available through means such as kinesiotherapy, Pelvic Floor Muscle Training (PFMT), electrostimulation, among others. **OBJECTIVE:** To identify the influence of physiotherapeutic treatment on the quality of life (QoL) of women with UI through an integrative literature review (ILR). **METHODOLOGY:** This is a RIL study. The bibliographic survey to achieve the objectives proposed in the research was carried out through the Virtual Health Library (VHL) and included the LILACS and MEDLINE databases, with the Health Sciences Descriptors (DeCS): "Urinary Incontinence AND Physical Therapy Specialty AND Quality of Life", with the full text, in Portuguese and English, and 5 years ago, where 9 articles were identified, of which 5 were selected for this review, considering the inclusion and exclusion criteria. **RESULTS AND DISCUSSION:** Among the articles that were included in the study, it was possible to identify the prevalence of UI in females aged >18 years, with SUI having the highest incidence. The means of evaluation are those evaluated for quality of life, with the King's Health Questionnaire (KHQ) and the Incontinence Quality-of-Life Questionnaire (I-QoL) being detected as the most relevant for the research. The studies pointed to the use of TMAP and electrostimulation as minerals for the treatment of UI. **CONCLUSION:** It is concluded that physical therapy treatment has positive effects on the QoL of incontinent women.

Keywords: Urinary Incontinence; Physiotherapy specialty; Quality of life.

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CCU	Câncer de Colo do Útero
UNIVS	Centro Universitário Vale do Salgado
DD	Decúbito Dorsal
DECs	Descritores em Ciência da Saúde
EENM	Estimulação elétrica Neuromuscular
PFMT	Exercícios de Treinamento dos músculos do Assoalho Pélvico
IEU	Incompetência do Esfíncter Uretral
I-QoL	Incontinence Quality of life Questionnaire
ICIQ-OAB	Incontinence Questionnaire Overactive Bladder
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IUM	Incontinência Urinária Mista
IMC	Índice de Massa Corpórea
IQIQ-SF	International Consultation of Incontinence Questionnaire – Short Form
KHQ	King’s Health Questionnaire
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
OAB-V8	Overactive Bladder Questionnaire
PVA	Parede Vaginal Anterior
PBE	Prática Baseada em Evidência
P-QoL	Prolapse Quality of Life Questionnaire
QV	Qualidade de Vida
OAB-V8	Questionário de Bexiga Hiperativa em uma Versão Abreviada
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SF-6D	Short-Form 6 Dimensions Brasil
SBH	Síndrome da Bexiga Hiperativa
SN	Sistema Nervoso
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
TC	Terapia Comportamental

TUI

Trato Urinário Inferior

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 FISIOLOGIA DA MICÇÃO E TEORIA DA CONTINÊNCIA	13
3.2 TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	14
3.3 IMPACTOS DA INCONTINÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES ..	16
3.4 RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NO TRATAMENTO DAS INCONTINÊNCIAS .	18
4 METODOLOGIA	22
4.1 TIPO DE PESQUISA	22
4.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS	23
4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
4.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	23
4.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS	24
4.3.1 ANÁLISE DOS DADOS	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é uma das principais disfunções do assoalho pélvico e é caracterizada pela perda de urina sem intenção, ou seja, involuntária. Existem 3 tipos de IU: IU de esforço (IUE) caracterizada pela perda de urina aos grandes esforços como espirrar, tossir, levantar peso dentre outros; IU de urgência (IUU) caracterizada pela perda de urina previamente a vontade súbita e irrefreável de urinar; e a IU mista (IUM) caracterizada pela junção das IUE e IUU (CAVENAGHI et al., 2020).

De acordo com Cavenaghi et al. (2020) a população feminina constava de 56% no ano de 2020, onde o número de habitantes era de 190.000.000 (cento e noventa milhões), no qual aproximadamente um terço (1/3) dessas mulheres foram acometidas pela IU, o que deixa essa patologia com uma prevalência alta na sociedade. Além do mais a IU tem uma incidência maior no sexo feminino, e isso se dá por fatores hormonais como, redução de estrogênio e a paridade, onde aumentam as chances de desenvolvimento dessa patologia e por isso se faz necessária uma intervenção.

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) tem como função sustentação dos órgãos pélvicos, dentre eles a bexiga, útero e ovários, e é nessa região onde passam a uretra, vagina e ânus, por isso esses músculos tem uma grande importância no controle da continência urinária e fecal. Os MAP são um conjunto de músculos que não podem ser contraídos isoladamente e isso implica que, ao realizar uma contração voluntária observa-se uma compressão da vagina e ânus que faz com que o assoalho pélvico suba e se volte para dentro e para frente (BO KARI, 2020).

Previamente ou enquanto ocorre a micção e a defecação há um relaxamento do MAP, e contrariamente quando há um aumento de pressão intra-abdominal implica em uma contração destes músculos. Em uma pessoa com o assoalho pélvico em bom funcionamento não necessita-se de pensar para realizar a contração, uma vez que é uma característica automática. Sendo assim quando o assoalho pélvico se encontra com alguma disfunção esse processo não ocorre de maneira natural, implicando em alterações durante a sua execução (BO KARI, 2020).

São vários os desconfortos decorrentes da IU, como vergonha, timidez, constrangimento onde estes ocasionam limitações sociais, pessoais, físicas, emocionais e/ou mentais que se intensificam a depender da gravidade da incontinência e acaba afetando negativamente a qualidade de vida (QV) das mulheres que apresentam essa patologia (WEBER-RAJEK et al., 2020).

Por isso o tratamento Fisioterapêutico que consta de cinesioterapia com fortalecimento dos MAP, treino para adequação do tônus muscular e percepção corporal, utilização de recursos como biofeedback, cones vaginais, exercitador perineal, eletroestimulação aliado a orientações para mudanças no estilo de vida, vão colaborar com o regresso dos sintomas e desconfortos advindos da IU. Então, o tratamento fisioterapêutico é considerado a primeira opção para a intervenção da IU, visto que terá impactos positivos na QV das mulheres de maneira não invasiva (CAVENAGHI et al., 2020).

Ademais a falta de informação acerca do tratamento dessa patologia, realizado através da Fisioterapia uroginecológica, é presente na população uma vez que já existe a normalização dos sintomas de perda urinária principalmente em idosos, durante a gravidez, aos grandes esforços como exercícios de alto impacto ou mesmo após a tosse ou espirro. Aliado a isto, também há certo constrangimento e receio de procurar tratamento. Por isso é de grande relevância a Fisioterapia para a prevenção e o tratamento dessa patologia, visto que o impacto positivo na QV das mulheres será notório (CAVENAGHI et al., 2020).

Após os dados acima apresentados chega-se a seguinte pergunta: Quais são as principais mudanças na QV das mulheres após o tratamento fisioterapêutico da IU?

Justifica-se a escolha do tema proposto por motivação pessoal do pesquisador ao conhecer, durante as aulas de urogineco-obstetrícia na sua faculdade o Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), mais sobre essa patologia e compreender as dificuldades perpassadas pelas pessoas que se encontram neste grupo. Além disso, adquirir essa patologia é comum e frequente e a Fisioterapia é uma peça chave para a mudança na QV das mulheres que a possuem, o que instigou ainda mais a curiosidade acerca do assunto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a influência do tratamento fisioterapêutico na QV das mulheres com IU através de uma revisão integrativa da literatura;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil sociodemográfico das mulheres incontinentes identificadas nos estudos;

- Descrever os tipos de incontinência detectados;

- Listar os principais questionários utilizados para avaliar a QV de mulheres incontinentes;

- Conhecer os principais recursos de fisioterapia utilizados no tratamento da IU.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FISIOLOGIA DA MICÇÃO E TEORIA DA INCONTINÊNCIA

O conhecimento acerca da do trato urinário inferior (TUI) e seus mecanismos de manutenção são importantes para a melhor compreensão da IU. Para a continência urinária e a micção ocorrerem de forma harmoniosa e voluntária, é necessário que haja uma coordenação e comunicação entre o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (SNP). Dito isso a micção é dividida em duas etapas, são elas: o enchimento e o esvaziamento vesical. Além disso a própria anatomia, a topografia abdominal, os diafragmas pélvico e urogenital, esfíncter uretral, ângulos de inclinação da uretra ou uretrovesical são fatores que também influenciam na manutenção da continência urinária (MORENO, 2009).

As principais estruturas importantes para o controle da micção que fazem parte do SN, são: córtex cerebral mais especificamente o lobo frontal; substância reticular ponto-mesencefálica; núcleos da base; sistema límbico; cerebelo; medula sacral ou centro sacral da micção (MORENO, 2009).

No SNP, três grupos de inervação controlam por meio de impulsos inibitórios e excitatórios a função do reservatório vesical: sistema nervoso autônomo (SNA) simpático, SNA parassimpático, SN somático (GROAT, GRIFFITHS e YOSHIMURA, 2015).

O SNA simpático origina-se dos segmentos de T10 A L2 na medula espinal onde o principal nervo representado é o hipogástrico. O neurotransmissor das fibras pós sinápticas é a noradrenalina. Este sistema atua na fase de armazenamento vesical inibindo a micção, uma vez que, ele atua nos receptores alfa ($\alpha 1$) que predominam na uretra e quando estimulados acabam promovendo uma contração do esfíncter externo da uretra (EEU) e beta ($\beta 2$ e $\beta 3$) que predominam na bexiga e atuam relaxando o músculo detrusor (YOSHIMURA e MIYAZATO, 2012).

O SNA parassimpático origina-se entre os segmentos de S2 a S4, na medula sacral onde o principal nervo representado é o nervo pélvico. As fibras pré-ganglionares são longas e o neurotransmissor desta, é a acetilcolina (ACh). Ela tem função antagônica da noradrenalina, uma vez que atua no esvaziamento vesical provendo a micção, já que relaxa o EEU e contrai o músculo detrusor (MORENO, 2009).

O SN somático origina-se no núcleo de Onuf entre os segmentos de S2 e S4 na medula sacral, onde o nervo pudendo é responsável por inervar o EEU e a musculatura do diafragma pélvico. Este é responsável por liberar ACh nos receptores do músculo estriado que faz com

que ocorra a contração muscular para assegurar o fechamento do EEU (YOSHIMURA e MIYAZATO, 2012).

Logo, durante a fase de enchimento vesical, há predomínio da atuação do SNA simpático e inibição do SNC. O início dessa fase começa logo após a micção, onde resulta num aumento da complacência vesical para acomodação da bexiga. Já na fase de esvaziamento vesical ocorre o oposto, a ativação excitatória do SNC sobre o SNA parassimpático promovendo a micção (MORENO, 2009).

Existem algumas teorias criadas por autores que propõem explicações do motivo pelo qual ocorre a perda de urina. São elas: a teoria da equalização da pressão intra-abdominal; a teoria integral da incontinência; deficiência esfinteriana intrínseca; e a teoria da rede (GIRÃO et al., 2015).

A teoria da equalização da pressão intra-abdominal foi proposta por Enhorning em 1961, e diz que a perda de urina deve ocorrer por conta das diferenças de pressão entre a bexiga e a uretra. De acordo com essa teoria, a topografia abdominal contribui para esse mecanismo uma vez que, a borda inferior da sínfise púbica se encontra acima da junção uretrovesical e o aumento da pressão intra-abdominal irá se transmitir sobre a bexiga e não sobre a uretra. Isto faz com que a pressão intravesical aumente sem que ocorra o aumento da pressão uretral o que explicaria a IUE (GIRÃO et al., 2015).

A deficiência esfinteriana intrínseca está associada a uma alteração do mecanismo intrínseco que não é capaz de manter a coaptação da mucosa. Este mecanismo pode ocorrer tanto durante o esforço físico como também durante o repouso (JR FELDNER et al., 2002).

A teoria integral da incontinência foi criada por Petros e Ulmsten em 1990 e propõe uma etiologia comum entre a urge-incontinência e o estresse feminino, onde uma frouxidão ou lesão da parede vaginal anterior (PVA) pode estar relacionada ao fator que acarreta numa micção indesejada. A PVA deficiente não vai transmitir uma pressão eficiente de fechamento da uretra, isso porque estruturas como, o pubococcígeo deve tracionar a PVA anteriormente para que haja compressão da uretra, o MAP deve está sob controle voluntário para tracionar a rede superiormente e o colo vesical é tracionado pela parede vaginal em sentido descendente. Se essas estruturas não estiverem em harmonia e preservadas, isso implicaria em instabilidade do detrusor, frequência, urgência e noctúria (PLZAK, STASKIN, 2002).

Por fim a teoria da rede criada por DeLancey em 1994, diz que a uretra repousa sobre uma rede, que nesse caso é a PVA e a fásia pubocervical e quando ocorresse um aumento na pressão abdominal a uretra seria jogada para baixo causando compressão da mesma. Caso

houvesse qualquer alteração nesse suporte haveria comprometimento e levaria a uma perda de urina (PLZAK, STASKIN, 2002).

3.2 TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Existem três tipos de IU, são elas, incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e a incontinência urinária mista (IUM), e cada uma tem suas particularidades (WEINSTEIN et al., 2022).

A IUE ocorre quando a pressão intra-abdominal é superior a resistência uretral onde o detrusor se encontra com sua atividade ausente. Esse processo intercorre principalmente em momentos de espirro, tosse, esforço físico que geram esse aumento da pressão intra-abdominal com ausência ou diminuição do reflexo da contração do esfíncter uretral. Porém, a perda de urina, também pode ocorrer durante a deambulação, ao mudar-se de posição, e até em decúbito dorsal com a musculatura relaxada (MACIEL, ARANTES E SILVA, 2015).

A prevalência da IUE feminina varia de 25% a 35% entre os 40 e 60 anos de idade, onde se foi feita uma comparação com outras patologias como o diabetes mellitus, a depressão e a hipertensão arterial sistêmica, a prevalência se encontra superior na IUE (MACIEL, ARANTES E SILVA, 2015).

Em se tratando da sua etiologia, a mesma é multifatorial. Mediante um estudo de coorte realizado com 8.457 mulheres onde, 986 sofreram perda de urina no último mês, foi realizado um questionário online onde as perguntas se tratavam de questões como: altura, peso, escolaridade, tabagismo, paridade, volume de atividade física e nível de angústia. Tais pontos estão diretamente ou indiretamente relacionados a presença da IU, seja como razão determinante causadora ou mesmo uma junção de fatores que corroboram para o aparecimento da perda de urina (LAMERTON; MIELKE; BROWN, 2020).

O tabagismo é considerado um fator de risco para o aparecimento da IUE, uma vez que o fumo contém substâncias gasosas e partículas que causam uma irritação na mucosa e geram tosse frequente. Como já visto anteriormente a tosse faz com que a pressão intra-abdominal aumente, onde durante esse processo pode haver escape da urina. Além disso o tabaco também causa deficiência de estrógeno, hormônio este, importante para o fortalecimento dos MAP (DA SILVA; SOLER; WYSOCKI, 2017).

O parto está associado ao aparecimento da IU, uma vez que a lesão do assoalho pélvico pode acarretar na perda de urina, já que a compressão de partes fetais contra tecidos maternos

pode está sendo a causa desse rompimento. Assim como o estiramento dos nervos e músculos que podem gerar um desarranjo na estrutura dos MAP (GIRÃO et al., 2015).

A afirmativa que o parto vaginal infere um maior risco para o aparecimento da IU, se comparado ao parto cesária é presente, uma vez que atribui mais traumas ao assoalho pélvico. Porém esta asserção está equivocada, já que, de acordo com as evidências científicas o parto normal bem conduzido demonstra mais benefícios para a mãe e o bebê. Além disso a literatura mostra que os riscos do aparecimento da IU após o parto normal e a cesariana são praticamente os mesmos e a proporção ainda se encontra maior em mulheres que só realizaram cesariana (DA SILVA; SOLER; WYSOCKI, 2017).

O parto normal com intervenção do uso de fórceps é considerado um fator que provoca maior laceração vulvoperineal, aumentando as chances de a mulher apresentar disfunções do assoalho pélvico que pode levar a IU. Ademais o peso do recém-nascido também é considerado um fator que potencializa o aparecimento da IU, visto que pode levar a incompetência do esfíncter uretral (IEU) e IU por conta dos danos ao MAP. Assim como, também está relacionada a IU, a utilização da manobra de Kristeller caracterizada como uma condução inadequada no trabalho de parto nos dias de hoje (DA SILVA; SOLER; WYSOCKI, 2017).

Se tratando do peso da mulher, tal ponto é relevante visto que é responsável por diversos efeitos adversos a saúde como o aumento de morbidades. É tido como um fator de risco para o desenvolvimento da IUE, potencialmente modificável. Se for feita a comparação entre indivíduos com peso considerado normal e indivíduos obesos, este último grupo tem 2 vezes mais chances de desenvolver a IU. Isso se deve a pressão crônica nos nervos e ligamentos causando um estiramento excessivo, como o aparecimento de distúrbios do assoalho pélvico (NYGAARD, et al., 2018).

Se tratando da IUU, esta está relacionada a perca de urina associada a urgência miccional. Esta tem como a principal característica contrações vesicais involuntárias que podem ser espontâneas ou ocorrer através de estímulos provocativos durante a fase de enchimento vesical. Outro ponto importante é a não apresentação de doença neurológica associada, sendo o diagnóstico feito através da avaliação urodinâmica, havendo detectado esta instabilidade detrusora. Caso haja patologia do sistema nervoso esta é caracterizada como hiperatividade detrusora neurogênica (DOS REIS et al., 2003).

A infecção do trato urinário inferior (TUI) tem fortes ligações com IU, e pode estar associada com o risco do seu aparecimento. Porém ainda não se sabe ao certo se essa infecção está relacionada como a causa ou como a consequência da IU (PARAZZINI et al., 2003).

A urge-incontinência é o tipo de IU mais presente na população idosa, onde a força da contração dos músculos vesicais pode estar diminuída ou preservada sendo causadores da hiperatividade detrusora. Se faz necessário então, a avaliação da força muscular para que se possa diferenciar a hipocontractilidade detrusora da obstrução infravesical em pacientes que apresentam resíduos pós miccional elevados (DOS REIS et al., 2003).

Sendo assim os distúrbios urinários como a IU, pode ser causada pela diminuição da capacidade da bexiga, onde anteriormente teria uma capacidade de 500 a 600 ml e com o tempo pode passar a ter metade, entre 250 a 300 ml. Dessa forma deve haver, como mecanismo desencadeante, um aumento na frequência urinária assim como na noctúria, que também podem estar relacionados com o baixo nível de estrogênio advindo da menopausa e aumento do índice de massa corpórea (IMC), fatores esses que estão relacionados principalmente com a IUU (HIGA, LOPES e REIS, 2008).

A IUM é dita como a junção da IUE e a IUU, sendo assim caracterizada pela perda de urina através de um aumento da pressão intra-abdominal concomitante a urgência miccional. A IU é uma condição dinâmica, e sua incidência tem interferência de diversos fatores. Em virtude desse achado é difícil estabelecer a prevalência da presença de IUM no público feminino variando entre 29% e 69% (GIRÃO et al., 2015).

Outro fator importante que deve ser levado em consideração tanto para diagnosticar como para tratar é a sua característica de ter duas etiologias diferentes, e isso faz com que as mulheres que são afetadas por esse tipo de incontinência tenham uma QV ainda mais afetada se comparada as mulheres com a IUE ou IUU. De acordo com pesquisas, foi visto que mulheres com IUM e urgência estão mais dispostas a procurar tratamento imediato do que mulheres com apenas a IUE (GIRÃO et al., 2015).

3.3 IMPACTOS DA INCONTIÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES

O escape de urina involuntário é uma condição que gera desconforto, desagrado e constrangimento a quem apresenta tal ocorrência. Isso gera baixa na autoestima, que pode acarretar a um isolamento social, uma vez que ocorre a desistência de práticas de esportes, atividades, trabalho, academia, problemas na vida sexual, por conta do receio de perder urina em público. Isso faz com que essas mulheres se sintam angustiadas, deprimidas e irritadas o que contribui também para a vergonha de compartilhar sua frustração com outras pessoas e até mesmo um profissional de saúde (MORENO, 2009).

Através de um estudo de corte realizado por Lamerton, Mielke e Brown (2020), com 986 mulheres que relataram perda de urina, constatou-se que são várias as justificativas pelas quais elas não procuraram um profissional de saúde. Dentre as principais são: não considerar a perda de urina um problema (n°=410); sentiram que poderiam conduzir o problema sozinhas (n°=372); sentiam constrangimento ao pensar em buscar ajuda (n°=217); achavam que os sintomas iam se resolver sozinhos (n°=165); estavam muito ocupadas (n°=156); e por fim, não sabiam o que falar se pedissem ajuda (n°=146). As 186 (18,9%) mulheres restantes relataram que procuraram ajuda ou orientação de um profissional de saúde.

A anamnese é um ponto muito importante para o início do conhecimento acerca da paciente, da sua patologia e de como esta influi no seu cotidiano. A mesma, além de constar pontos como, identificação, condição de saúde, fatores ambientais, fatores pessoais se faz necessário que tenham questões acerca de atividades (limitações) e participação (restrições) onde já é um primeiro passo para compreender como essa patologia está modificando o dia a dia da paciente (SILVA, MARQUES e AMARAL, 2018).

O problema é que muitos profissionais da área da saúde não se interessam em avaliar a QV dos seus pacientes, e pouco acham relevante para o tratamento. Porém esse parâmetro se mostra cada vez mais eficaz e fundamental para direcionar as intervenções que vão ser utilizadas na paciente. A QV é multidimensional e está correlacionada ao contexto cultural em que a pessoa está encaixada, e, portanto, é uma medida relevante significativa que deve ser avaliada constantemente (MORENO, 2009).

Já existem meios capazes de mensurar a QV das mulheres especificamente com IU, são eles os questionários. Estes, contribuem para medir o impacto da patologia sobre a vida do indivíduo e é um instrumento de extrema importância de avaliação da perspectiva da própria paciente. Sendo assim, os questionários não servem apenas para mensurar a QV das mulheres, mas quando bem utilizados podem servir como meio de comparação pré e pós tratamento, para verificar o quanto a paciente evoluiu (BARACHO, 2018).

Encontram-se vários questionários sobre QV, sejam eles genéricos ou específicos, porém os genéricos contem perguntas mais generalistas, enquanto que os específicos, vêm a ser mais sensíveis quanto a detecção de alterações presente na vida das pacientes (MORENO, 2009).

É necessário, para a aplicação desses questionários, que os mesmos sejam validados. Alguns exemplos de questionários já validados que avaliam a QV das mulheres com disfunções do assoalho pélvico são: king's Health Questionnaire (KHQ), Incontinence Quality of life Questionnaire (I-QoL), International Consultation on Incontinence Questionnaire –

Short Form (IQIQ-SF), Overactive Bladder Questionnaire (OAB-V8), Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QoL). Alguns desses questionários já são validados para o português no Brasil, como o KHQ e I-QoL que são específicos para a IU (GIRÃO et al., 2015).

O KHQ consta de diversas perguntas que se encontram em domínios, são eles: limitação física e social, relações pessoais, emoções, sono/energia e limitações no desempenho de tarefas. Para cada domínio se tem perguntas relacionadas ao tema onde a paciente pode responder com: nada; um pouco; médio; muito; muito boa; boa; normal; ruim; muito ruim; não; as vezes; várias vezes; e sempre. A pontuação é realizada por cada domínio e quanto maior, pior é a QV da paciente (GIRÃO et al., 2015).

Tomando por base os domínios propostos no KHQ são várias as limitações encontradas por mulheres com IU, que acabam afetando o seu cotidiano e suas práticas básicas de vida, que influenciam tanto na saúde psicológica como na física. Portanto o profissional de saúde deve comprometer-se com a melhora da QV da paciente, assim elevando sua autoestima e retorno gradual as suas atividades do dia a dia orientando o seu reestabelecimento (MORENO, 2009).

3.4 RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NO TRATAMENTO DAS INCONTINÊNCIAS

Arnold Kegel, um ginecologista californiano, apresentou a importância do treinamento dos MAP para o tratamento da IU, em 1940. Por mais que ele tenha comprovado índices de cura de aproximadamente 84%, a cirurgia ainda era tida como a primeira escolha para o tratamento da patologia. Somente após 40 anos, Alain Bourcier, um fisioterapeuta francês, principiou a divulgação desses exercícios na imprensa o que alavancou a tarefa de reeducação dos MAP como tratamento conservador. Por isso, atualmente a Fisioterapia é considerada padrão ouro para o tratamento da IU, se dispondo de mais de 50 estudos controlados e randomizados que comprovam clinicamente os efeitos trazidos pelo tratamento (GIRÃO et al., 2015).

A reeducação dos MAP consiste no treino da contração voluntária dessa musculatura. Dessa maneira, esse treinamento impossibilitaria a perda de urina tanto pela inibição da contração do detrusor como pelo aumento da pressão intra-abdominal, atuando no núcleo dessa patologia. Levando em consideração um dos motivos pelos quais o tratamento conservador se encontra como primeira linha para a IU, são os diversos efeitos colaterais que os medicamentos proporcionam a paciente, assim como sua eficácia máxima de 78% (VIANA, GEBER, 2012).

O tratamento Fisioterapêutico da IU, tem por base auxiliar na tomada de consciência da contração dos MAP, como foi dito anteriormente e o treinamento dessa musculatura é de total importância no processo de reabilitação, porém existem diversos outros recursos que podem e devem ser utilizados. O biofeedback, a eletroestimulação, utilização de cones vaginais e a terapia comportamental são alguns exemplos de recursos que a Fisioterapia contempla como meio de recuperar a função que se encontra prejudicada (SILVA, MARQUES e AMARAL, 2018).

Vale ressaltar que após a avaliação da paciente, seja feito um programa de tratamento que deve ser estabelecido respeitando alguns princípios básicos, são eles: a escolha dos métodos e técnicas apropriadas para a paciente, embasando-se na sua idade, perfil, tipo de incontinência, condições clínicas (senescência, gestação, climatério); objetivos do tratamento; domínio da técnica e métodos disponíveis (BARACHO, 2018).

O treinamento dos MAP ou cinesioterapia integra exercícios para os MAP como também para musculaturas adjacentes que são responsáveis pelo controle postural que envolvam a pelve como glúteo, diafragma, abdominais, multifídeos, eretores da espinha e dentre outros. Além disso, elementos significativos que devem ser trabalhados dentro da cinesioterapia, são, a consciência corporal, terapia manual, alongamento muscular, massagem perineal, liberação miofascial e a palpação digital, que vão contribuir para um melhor desenvolvimento e restauração da função (SILVA, MARQUES e AMARAL, 2018).

O biofeedback, de acordo com a Sociedade Internacional de Continência, é uma técnica utilizada na Fisioterapia, capaz de captar o processo fisiológico normal inconsciente da paciente e mostrá-la por meio de sinais, sejam estes, tátil, visual ou auditivo. O objetivo principal da utilização desse método é deixar consciente, o indivíduo, da sua força muscular. Este também tem o poder de elevar a motivação da paciente durante o treinamento sendo recomendado para aumentar a propriocepção, a ativação muscular, relaxar a musculatura perineal e estimular a contração muscular isolada uma vez que é capaz de monitorar a atividade de musculatura antagonista (GIRÃO, et al., 2015).

Os equipamentos de biofeedback podem ser eletromiográficos ou manométricos. O eletromiográfico tem um monitor de vídeo, sensor de eletromiografia de superfície e eletrodo terra onde quando conectado ao músculo transfigura as informações acústicas e visuais. Já o manométrico entra em contato com a parede vaginal por meio de uma sonda vaginal inflável de látex o que promove a captação dos níveis pressóricos. Todos os tipos de IU podem ser tratados através desse método que pode ser utilizado em conjunto com o treinamento dos MAP

tomando como parâmetros, tipo de contração, número de repetições, tempo de duração, intensidade, frequência e adequação a postura (BARACHO, 2018).

A eletroestimulação é utilizada uma vez que a partir do estímulo elétrico que age nos nervos eferentes cause um aumento da pressão uretral. Portanto teria efeito de melhora na fibra muscular e na sua atividade, uma vez que o fluxo sanguíneo na região iria aumentar, gerando um aumento das fibras musculares de contração rápida. Recomenda-se altas frequências para IUE de aproximadamente 50 a 100 Hz e para IUU frequências mais baixas variando de 5 a 20 Hz (FEBRASGO, 2018).

Plevnik, na busca por achar um meio que trabalhe resistência progressiva para os MAP apresentou a utilização de cones vaginais para o fortalecimento dessa musculatura. O cone vaginal é um objeto que pode ser inserido na vagina com intuito de trabalhar fortalecimento resistido e propriocepção com feedback sensorial dos músculos. Esse instrumento permite tratar a valsalva (perca de urina ao tossir), uma vez que quando ocorre, o cone é expulso. A propriocepção é trabalhada com o aumento do peso dos cones e é importante já que 30% das mulheres não conseguem diferenciar a contração dos MAP com as musculaturas antagonistas (MORENO, 2009).

Os cones são dispositivos de diferentes pesos e formatos e são inseridos no canal vaginal, mais especificamente no platô do músculo levantador do ânus, afim de atingir uma sobrecarga ainda mais elevada nos MAP. A progressão ocorre de acordo com a resposta a dificuldade da paciente durante os exercícios propostos, onde ela pode permanecer em pé por um tempo determinado sustentando o cone com a contração isométrica trabalhando a resistência ou pode ser realizada de 8 a 12 contrações com um número de séries programadas (GIRÃO, SARTORI e CASTRO, 2015).

A terapia comportamental (TC) compreende-se pela mudança nos hábitos que contribuem para os sintomas da IU na paciente, no seu dia a dia, sendo então composto por orientações de conscientização. A TC pode ser utilizada por todos os profissionais da saúde responsáveis pelo tratamento da IU, e utiliza de recursos como o diário miccional, treinamento vesical, orientações quanto a ingestão de alimentos e líquidos e o esvaziamento programado. A TC não pode ser utilizada isolada, mas sim como um mecanismo associado aos tratamentos vistos acima, uma vez que são observados ótimos resultados (SILVA, MARQUES e AMARAL, 2018).

Vale salientar que muitas das mulheres que não procuram por tratamento utilizam-se de meios para encobrir os seus sintomas como a utilização de absorventes, ir ao banheiro apenas por precaução, sair da cama mais de duas vezes a noite e correr para o banheiro com

urgência assim que sentiu necessidade. Essas atitudes, além de não contribuírem para o tratamento da patologia faz com que prolongue os sintomas e venha levar a piora dos mesmos. Muito disso ocorre pela falta de informação da população acerca da patologia assim como em vários casos se tem a normalização dos sintomas. Por isso se faz necessário o reforço não só do tratamento, mas também da promoção e prevenção a saúde (LAMERTON, MIELKE e BROWN, 2020).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL).

A RIL está associada a uma temática específica e sobre o conhecimento atual acerca do assunto abordado e tem como objetivo principal, analisar, identificar e sumarizar os resultados de pesquisas independentes sobre a mesma temática. Isto traz uma contribuição para um desenvolvimento da interpretação e do pensamento crítico assim como repercute beneficemente na extensão de políticas, protocolos e conhecimento (SOUZA; DA SILVA; CARVALHO, 2010).

De acordo com Souza, da Silva e Carvalho (2010) a construção de uma revisão integrativa consta de 6 passos, são eles: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e por fim a apresentação da revisão. A descrição das fases da RIL, são descritas no quadro a seguir:

Quadro I - Fases operacionais que compõe uma RIL.

FASE	DEFINIÇÃO	PROCESSOS
1°	Elaboração da pergunta norteadora	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos incluídos; - Meios adotados para a identificação; - Informações coletadas de cada estudo selecionado.
2°	Busca ou amostragem na literatura	<ul style="list-style-type: none"> - Busca manual em periódicos e em bases eletrônicas; - Referências descritas nos estudos selecionados; - Utilização de material não publicado.
3°	Coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> - Definição dos sujeitos; - Tamanho da amostra; - Mensuração de variáveis; - Método de análise;
4°	Análise crítica dos estudos incluídos	<ul style="list-style-type: none"> - Ponderar o rigor e características do estudo; - Interpretação e síntese dos resultados.
5°	Discussão dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar possíveis vieses; - Delimitar prioridades para estudos futuros;

		- Salientar suas conclusões e inferências.
6°	Apresentação da revisão integrativa	- Informações pertinentes e detalhadas; - Conclusão e verificação dos dados.

Fonte: Souza, da Silva e Carvalho, 2010

4.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS

1 – BASES DE DADOS PESQUISADAS

Esse estudo foi realizado em bases de dados indexadas à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

2 – COMO FOI FEITA A BUSCA DOS ARTIGOS

Para serem buscados os artigos originais, anteriormente foram procuradas as seguintes palavras chaves no site Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Physical Therapy Specialty; Urinary Incontinence; e Quality of Life. Para uma busca mais enfocada no assunto principal utilizou-se o operador booleano *AND*, assim cruzando os descritores apresentados anteriormente.

A busca por estudos ocorreu por meio das bases de dados entre os meses de janeiro a março de 2023, onde posteriormente foi submetida a apresentação que terá como trabalho avaliador a banca examinadora com professores do curso de Fisioterapia da UNIVS.

4.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão consistiram-se em: artigos que envolvam o público feminino, onde o texto seja disponibilizado de forma completa, nos idiomas inglês e português com intervalo de tempo de publicação definido entre 2018-2023, com propósito de alcançar informações atualizadas que colaborem com as apurações do presente estudo.

4.2.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão utilizados nesse estudo foram: revisões de literatura, teses, monografias, relatos de caso, artigos que não contemplem a temática e que estejam duplicados nas bases de dados.

Logo abaixo a tabela 2 detalha a elegibilidade do estudo através dos critérios da PICO.

Tabela 2 – Estratégia de PICO

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
P	Participante	Mulheres com incontinência urinária	Mulheres com outras patologias que não seja incontinência urinária
I	Intervenção	Artigos que falem sobre o tratamento Fisioterapêutico da incontinência urinária	Estudos que retratam outros tipos de tratamento para a incontinência urinária
C	Comparação	Não se aplica	
O	Outcomes	Impactos na qualidade de vida das mulheres após o tratamento fisioterapêutico	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

4.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS

Para achar os artigos foram realizadas pesquisas na BVS com os seguintes descritores: Physical Therapy Specialty *AND* Urinary Incontinence *AND* Quality of Life. Logo após, para separar os artigos será utilizada a seguinte etapa:

- 1 – Aplicar filtros dos critérios de inclusão;
- 2 – Leitura do resumo para verificar se o estudo irá contribuir com a pesquisa;
- 3 – Seleção dos artigos e descarte dos demais;
- 4 – Leitura dos artigos na íntegra.

4.3.1 Análise dos dados

A organização dos resultados desta pesquisa foi submetida ao quadro de síntese produzido no excel, onde constam dos seguintes pontos: Título; Ano de publicação; Método; Local de estudos; e Resultados obtidos.

Esta etapa é responsável pela interpretação e resultados advindos das buscas. Deve ser feita uma análise crítica dos estudos incluídos, onde cabem comparações, desfechos e

conclusões para que ao final o pesquisador aponte sugestões adequadas para possíveis pesquisas futuras (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

FLUXOGRAMA

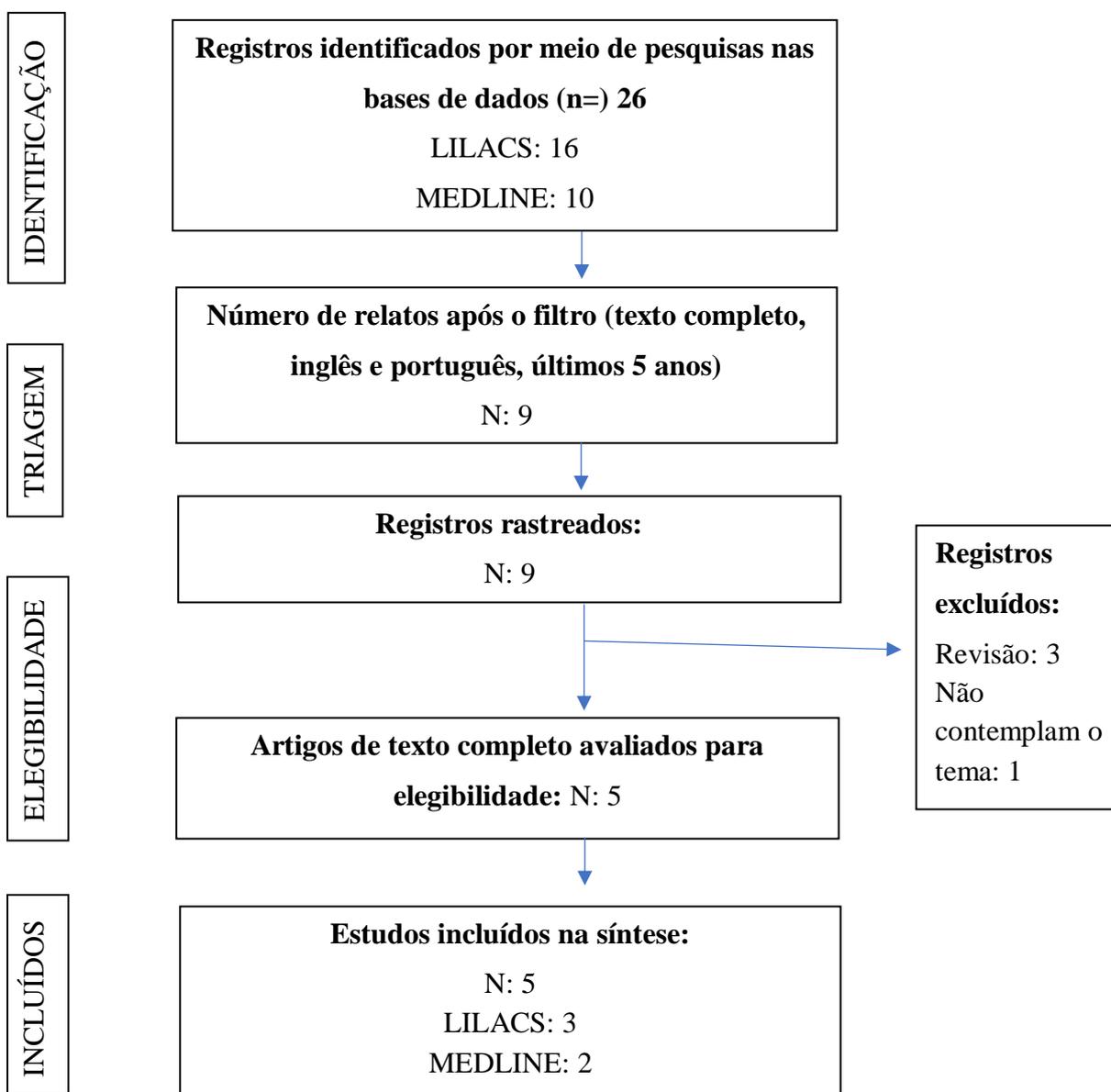


Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos.

Conforme o fluxograma verifica-se que no rastreo, após serem utilizados os descritores “Urinary Incontinence”, “Physical Therapy Specialty”, “Quality of life” com o operador booleano *AND*, apareceram 26 artigos sendo 16 do LILACS e 10 da MEDLINE. Após serem aplicados os filtros (texto completo, inglês e português, e últimos 5 anos) o número de artigos reduziu-se para 9. Depois foram excluídos do rastreo as revisões (3) e artigos que não contemplassem o tema (1), restando 5 artigos incluídos para a construção do estudo.

Tabela 01 – Distribuição dos estudos por Perfil sociodemográfico

AUTOR/ ANO	TÍTULO ARTIGO	DO	AMOSTRA	OBJETIVO DO ESTUDO
REIS et al (2021)	Estimulação elétrica intravaginal associada ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para mulheres com IUE: protocolo de estudo para ensaio clínico randomizado com avaliação econômica.	ao	Mulheres, com idade ≥ 18 anos e com relato de IUE \geq uma vez/semana.	Avaliar os efeitos da estimulação elétrica neuromuscular (EENM) intravaginal associada ao protocolo com exercícios de treinamento dos músculos do assoalho pélvico (PFMT) na perda urinária e qualidade de vida em mulheres com IUE e avaliar a relação custo efetividade e custo utilidade e músculo do assoalho pélvico em mulheres com IUE.
FITZ et al (2020)	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico para incontinência urinária de esforço feminina: um estudo controlado randomizado comparando o treinamento domiciliar e ambulatorial.	o e	Mulheres, >18 anos, com IUE e/ou IUM com sintomas predominantes de IUE.	Comparar a eficácia da realização do TMAP ambulatorial e domiciliar em mulheres brasileiras incontinentes e verificar se o TMAP domiciliar pode ser uma alternativa àquelas que não podem comparecer às consultas ambulatoriais.
CAVEN AGHI et al (2020)	Efeitos da fisioterapia na incontinência urinária feminina.	da na	Mulheres, >18 anos, com diagnóstico médico e urodinâmico de incontinência urinária.	Avaliar os efeitos da fisioterapia na incontinência urinária feminina.
DUARTE et al (2021)	Efeito da fisioterapia nos sintomas da síndrome da bexiga hiperativa decorrente do tratamento do câncer de colo de útero.	da nos de do do de	Mulheres com faixa etária de 18 a 59 anos, diagnosticadas com câncer do colo do útero (CCU) que realizaram tratamento de radioterapia pélvica por teleterapia associada ou não a braquiterapia, histerectomia e quimioterapia, que houvessem terminado o	Verificar os efeitos da fisioterapia nos sintomas da síndrome da bexiga hiperativa em mulheres submetidas ao tratamento do câncer do colo do útero.

			tratamento de 60 dias a 5 anos e com queixa de urgência miccional após o tratamento.	
PIERRE et al (2021)	Comparação da estimulação elétrica transcutânea do nervo tibial para o tratamento da bexiga hiperativa: um estudo randomizado controlado multibraço com avaliação cega.	da	Mulheres com idade >18 anos e com diagnóstico clínico de bexiga hiperativa pelo menos seis meses antes do estudo.	Comparar a eficácia da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) do nervo tibial para bexiga hiperativa, considerando os locais de aplicação e frequência de atendimento.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Elaboração: autor da pesquisa.

A tabela acima mostra o perfil sociodemográfico das mulheres incontinentes onde todos os estudos são com mulheres acima de 18 anos, e um desses, Duarte et al., (2021), é mais específico sendo com mulheres que tiveram CCU, realizaram o tratamento e se queixam de urgência miccional. Em relação aos objetivos, três artigos buscam avaliar técnicas fisioterapêuticas no tratamento da IU e dois artigos comparam a eficácia de mudanças na utilização de métodos Fisioterapêuticos.

Alguns dos fatores que tornam o sexo feminino o mais acometido pela IU são, paridade, que acarreta num aumento de 27,3% as chances de IU para cada parto e a deficiência de estrógeno, uma vez que este é importante no suporte da pelve assim como no controle da formação e degradação do colágeno (CAVENAGHI et al., 2020).

No estudo de Ferreira (2013), feito com 150 idosas para saber a ocorrência de bexiga hiperativa nesse público foi visto que: 105 obtinham a síndrome, 10 fumavam, 92 tinham o 1º grau incompleto, 65 eram casadas, e 107 tinham entre 1 e 2 salários mínimos. Em relação influência do nº de gestações no aparecimento da síndrome tem-se que das 105 idosas que possuem a síndrome, 23 são nulíparas e 82 são múltíparas (3 ou mais gestações).

De acordo com Cavenaghi et al., (2020), há diversos fatores de risco que estão ligados ao surgimento da IU, como obesidade, menopausa, asma crônica, tabagismo, uso de medicações, paridade, assim como o tipo de parto, ingestão diária de café, hereditariedade, estilo de vida, gravidez dentre outros.

No estudo de Castaneda et al., (2019), foi verificado a presença de incapacidades em 116 mulheres com câncer do colo do útero (CCU). Se tratando do grau de escolaridade, 47

mulheres tinham apenas o ensino fundamental incompleto, 55 tinham um companheiro, 11 fumavam, 20 relataram ingerir bebida alcoólica na semana. De acordo com os resultados quando questionadas se tem dificuldade em controlar a urina, sentem incomodo ou ardor ao urinar, 45 responderam que sim.

No estudo de Frigo e Zambarda (2015), foi feita a aplicação de uma ficha de avaliação em 9 mulheres no período climatérico que realizaram tratamento de CCU (cirúrgico ou conservador), em sua maioria a radioterapia. Foi verificado a presença de alguns sintomas nessas mulheres, como: linfedema, vaginismo, diminuição da lubrificação, dispareunia, estenose, IU e fecal.

No estudo de Cavenaghi et al. (2020), a maior parte das mulheres com IU são casadas, e este é um fato significativo uma vez que pode-se pensar no impacto negativo a essas mulheres sexualmente ativas, causado proveniente ao constrangimento pela perda de urina.

Fitz et al. (2019) faz uma comparação com o tratamento ambulatorial e em domicilio sozinho evidenciando melhores índices de cura e fortalecimento muscular ao grupo ambulatorial. Porém há uma dificuldade seja por recursos financeiros que incluem afastamento do trabalho, gastos com transportes e a acessibilidade, por parte do público feminino brasileiro ao sistema público de saúde onde fica mais viável que esse grupo precise optar pelo tratamento a domicilio.

Tabela 02 – Distribuição dos estudos pelo tipo de incontinência detectado

AUTOR/ ANO	TIPO DE INCONTINÊNCIA
REIS et al (2021)	IUE
FITZ et al (2020)	IUE e/ou IUM
CAVENAGHI et al (2020)	IUE e IUM
DUARTE et al (2021)	IUU
PIERRE et al (2021)	IUU

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Elaboração: autor da pesquisa.

A tabela acima mostra a distribuição dos estudos pelo tipo de incontinência urinária detectada onde a prevalência é maior da IUE com três estudos sendo dois desses com associação da IUM e dois apontam a IUU (síndrome da bexiga hiperativa).

A IU é toda perda de urina não intencional e é dividida em três tipos, sendo: a IUE quando se há perda de urina ao realizar algum esforço físico como tossir ou espirrar; a IUU é caracterizada pela perda de urina previamente a vontade súbita de urinar; e por fim a IUM que é uma junção das explicadas anteriormente (MORENO, 2009).

A IUE tem prevalência de 3 a 25% nas mulheres, sendo o público idoso o mais acometido nesse meio. Alguns dos fatores correlacionados a esse tipo de incontinência são,

sedentarismo, isolamento social e mudanças de hábitos, uma vez que há certo constrangimento decorrente dos sintomas dessa patologia (REIS et al., 2021).

De acordo com Braga et al., (2021), a IUE é a mais prevalente dentre as incontinências com 10 a 39% seguida da IUM com 7,5 a 25% e por fim a IUU isolada de 1 a 7%. Assim como no presente estudo, 3 de 5 artigos retratam sobre IUE, demonstrando e reafirmando que é o tipo de IU mais frequente.

A SBH é caracterizada como a presença de urgência, constantemente associada ao aumento da frequência urinária e noctúria, onde não necessariamente vem acompanhada de IU. É a segunda maior causa de incontinência no sexo feminino e surge em 34% de mulheres no pós tratamento de câncer do colo do útero (DUARTE et al., 2021).

De acordo com Girão et al., (2015), os sintomas da bexiga hiperativa podem causar, vergonha, ansiedade, isolamento social, diminuição da produtividade dentre outros, e em comparação com a IUM e IUE, os índices de depressão são bem mais altos chegando a 60% (urge-incontinentes), seguida de 42% para a incontinência mista e 14% para a de esforço.

De acordo com Baracho (2018), a SBH é a segunda maior causa para o aparecimento de IU nas mulheres. É uma síndrome que acomete todas as idades causando repercussão econômica e psicossocial. Das mulheres que possuem IU a prevalência da SBH variam entre 9 a 55% e mulheres idosas que procuram assistência.

Se tratando da prevalência da IUM, ainda é bem variável, ficando entre 29% a 69%, e isso se dá pela pouca quantidade de estudos comparando, através de entrevistas, diários miccionais, questionários dentre outros, as diferenças da prevalência, ou seja, a forma de investigação. Assim como nesse estudo mostra a IUM com menos frequência (GIRÃO et al., 2015).

Tabela 03 – Distribuição dos estudos pelos recursos Fisioterapêuticos utilizados para o tratamento

AUTOR/ANO	RECURSOS UTILIZADOS	MÉTODO
REIS et al (2021)	Estimulação elétrica intravaginal associada ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP).	Os participantes serão alocados aleatoriamente em 3 grupos: GC (grupo controle), IG 1 grupo de intervenção 1, treinamento dos músculos do assoalho pélvico (PFMT) e IG2 grupo intervenção 2, PFMT + estimulação elétrica neuromuscular (NMES)
FITZ et al (2020)	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP).	Grupo PFMT ambulatorial (PFMT ambulatorial + PFMT domiciliar) Durante os 3 meses, os pacientes realizaram 24 sessões ambulatoriais de MAP sob a orientação de um

		fisioterapeuta (duas vezes por semana) e exercícios adicionais de MAP em casa. Grupo PFMT inicial (PFMT inicial) Durante os 3 meses, os pacientes realizaram o MAP em casa com três sessões ambulatoriais de MAP sob a orientação de um fisioterapeuta.
CAVENAGHI et al (2020)	Cinesioterapia e eletroestimulação tibial posterior	As pacientes realizavam uma sessão de fisioterapia por semana, com duração de 45 minutos, totalizando 10 sessões
DUARTE et al (2021)	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico, eletroestimulação transcutânea do nervo tibial e terapia comportamental	Protocolo de TMAP através do treinamento dos 4 Fs'': find (encontrar), feel (sentir), force (incremento de força), functional training (treino funcional) e follow through (seguimento)
PIERRE et al (2021)	Estimulação elétrica transcutânea do nervo tibial posterior	Os pacientes foram divididos aleatoriamente em 5 grupos: uma perna, 1x por semana; uma perna, 2x por semana, duas pernas, 1x por semana; duas pernas, 2x por semana; e placebo. Os participantes de todos os grupos de intervenção receberam 30 min de aplicação da TENS. Os eletrodos foram colocados ao longo do trajeto do nervo tibial, um próximo ao maléolo medial e outro 10 cm acima, feito com os pacientes sentados. O tratamento teve duração de 12 sessões.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Elaboração: autor da pesquisa.

A tabela acima mostra a distribuição dos estudos pelos recursos Fisioterapêuticos utilizados para o tratamento, sendo de igual utilização o TMAP isolado ou com associação (4/5) e a eletroestimulação isolada ou com associação (4/5).

No estudo de Reis et al., (2021), foram feitas 10 sessões, 1x na semana por 10 semanas. As pacientes foram instruídas a realizar o protocolo todos os dias em seu domicílio. O GC recebeu uma cartilha de orientação do protocolo. O IG1 realizou o protocolo com supervisão do fisioterapeuta 1x na semana e foi ensinado a fazer em casa sem acompanhamento do profissional. O IG2 realizou o protocolo apenas em posição deitada com associação da técnica EENM intravaginal com acompanhamento do fisioterapeuta durante 20 minutos 1x na semana.

O TMAP foi feito nas posições deitado, ajoelhado, sentado e em pé, sendo 1 série para cada posição com 12 contrações sustentadas de 6 segundos e descanso de mesmo tempo. Logo em seguida são feitas 4 contrações rápidas, sendo a intensidade máxima da paciente e a duração geral da sessão de 45 minutos.

Os parâmetros utilizados no tratamento foram: duração de fase = 700 μ s (1° a 10° sessão); frequência = 50 Hz (1° a 10°); aumento = 1 s (1° a 10° sessão); estímulo no tempo = 5 s (1° a 10° sessão); desaceleração = 0 s (1° a 10° sessão); tempo de folga do estímulo = 15

s (1° a 5° sessão) e 10 (6° a 10° sessão); taxa de ciclo de trabalho = 1:3 (1° a 5; sessão) e 1:2 (6° a 10° sessão); por fim tempo = 20 min (1° a 10° sessão).

No estudo de Fitz et al., (2020), o grupo ambulatorial fez os exercícios com supervisão do fisioterapeuta nas seguintes posições: supina no 1° mês, sentada no 2° mês e em pé no 3° mês. No grupo domiciliar as pacientes voltavam a clínica 1x por mês para receber uma nova rotina de exercícios para realizar a domicilio sendo sempre encorajadas através do comando verbal da profissional para manter a contração dos MAP.

Em ambos os grupos foram feitas 3 séries com 10 repetições todos os dias por 3 meses. Uma série eram de 10 repetições máximas mantidas por 6 segundos no 1° mês, 8 segundos no 2° mês e 10 segundos no 3° mês com descanso duplo entre cada contração seguido de 3 contrações rápidas no 1° mês, 4 no 2° mês e 5 no 3° mês. Os posicionamentos seguiram a mesma regra e ambos os grupos foram avaliados por mês quanto a progressão dos treinos.

O estudo de Cavenagui et al., (2020), foi constituído em 4 exercícios onde o 1° as pacientes se encontravam em pé com as mãos na cintura e as pernas afastadas sendo orientadas a contrair os MAP por 10 segundos e relaxar sendo repetidas 10 vezes. No 2° as pacientes se encontravam sentadas com uma almofada entre as pernas sendo orientadas a apertar a almofada e contrair os MAP por 10 segundos e relaxar sendo repetidas 10 vezes. No 3° as pacientes se encontravam em decúbito dorsal (DD) e elevavam o quadril contraindo os MAP por 10 segundos e relaxar voltando a posição inicial repetindo 10 vezes. No 4° as pacientes ficavam encostadas numa parede sendo orientadas a inspirar e expirar descendo flexionando os joelhos contraindo os MAP repetindo 10 vezes.

Para a eletroestimulação as pacientes ficavam posicionadas em DD com os joelhos semiflexionados e 2 eletrodos de silicone posicionados com gel sendo um atrás do maléolo medial do tornozelo D e outro 10 cm acima sendo fixados com fita micropore. Os parâmetros ajustados variavam de acordo com o tipo de IU, sendo: para IUE P07, frequência de 50 Hz, tempo de 20 min e intensidade de acordo com a sensibilidade da paciente; e para IUM P01, frequência de 04 Hz, tempo de 20 min e sensibilidade de acordo com a paciente.

No estudo de Duarte et al., (2021), foi utilizado o protocolo dos 4 F's onde o 1° consiste em aprender a contrair os MAP, o 2° dominar a contração e o relaxamento sem contração de musculatura acessória e dominar a manobra de Knack com a participante em DD, o 3° aumentar força, potência, endurece (resistência) e treinar pré-contração, e 4° dá seguimento ao tratamento.

Na sessão 1 foi feita a conscientização dos MAP, e dadas orientações comportamentais. Na 2 e 3 foi feito massagem perineal (deslizamento, inibição, digito-

pressão) por 10 minutos. Além disso foi feita a eletroestimulação do nervo tibial por 30 minutos com modulações de: largura da onda – 200 μ s, frequência – 10 Hz, intensidade – submáxima do limite tolerável pela paciente.

Além disso foi solicitada a contração seletiva e precisa ao comando, onde a paciente se encontra em DD em situações de aumento da pressão intra-abdominal e contraia os MAP. As sessões 4, 5 e 6 tinham objetivo de ganhar força, potência e resistência onde foram feitas 10 contrações máximas sustentadas por 8 segundos com 10 segundos de relaxamento e para a explosão foram feitas 15 contrações máximas com relaxamentos totais e para resistência contrações máximas sustentadas por 30 segundos com 30 segundos de relaxamento. A partir da 4ª sessão as pacientes foram instruídas a realizar os exercícios em seu domicílio 2 vezes por semana.

A massagem perineal e eletroestimulação foi utilizada em todas as sessões. As sessões 7 e 8 além da eletroestimulação ocorreu um treino funcional onde a paciente foi submetida a situações em que houvesse aumento da pressão intra-abdominal fazendo simulações como subir e descer escadas e agachamento em 3 séries com 8 repetições associada a contração dos MAP. A intervenção foi feita no consultório em 8 sessões e a domicílio em 10 sessões 2x na semana.

No estudo de Pierre et al., (2021), os participantes foram divididos em 5 grupos e todos receberam 30 minutos de aplicação da TENS. Os eletrodos foram colocados ao longo do trajeto do nervo tibial um próximo ao maléolo medial e outro 10 cm acima, na perna D ou em ambas. A frequência da intervenção perdurou por 12 sessões onde para o grupo de 1x na semana durou 12 semanas e para o grupo de 2x na semana durou 6 semanas. O posicionamento dos pacientes era sentado. A modulação da TENS foi de: frequência – 10 Hz, duração de pulso – 200 μ s, intensidade – ajustada de acordo com a sensibilidade da paciente. Em relação ao grupo placebo, tiveram participação 1x na semana por 12 semanas, os eletrodos foram colocados na perna D por 30 minutos, mas a TENS permaneceu desligada. Os participantes não haviam sido informados sobre o equipamento desligado porém após o fim do estudo todos foram convidados a realizar o tratamento fisioterapêutico.

É importante salientar que apesar que, de acordo com o questionário OAB não houve diferenças após o tratamento, o diário miccional mostrou que houve melhora nos sintomas de: frequência urinária (no protocolo de 1 perna 2x na semana), noctúria (protocolos bilaterais) urgência (1 perna 1x por semana), e incontinência (protocolos unilaterais). O grupo de 1 perna 1x na semana foi superior a 2 pernas e placebo assim como o grupo de 1 perna 2x na semana foi superior a 2 pernas 1 x na semana e placebo.

O tratamento Fisioterapêutico (conservador), é tido como a primeira linha terapêutica da IU, uma vez que se trata de um método seguro, não invasivo, eficaz e de baixo custo se for comparado com outros métodos invasivos como por exemplo a cirurgia (SILVA, MARQUES e AMARAL, 2018).

A eletroestimulação é uma forma de tratamento utilizado na Fisioterapia, capaz de estabelecer a contração dos músculos pélvicos, assim permitindo a consciência corporal por parte da própria paciente. Isto traz benefícios ainda melhores quando a paciente é incapaz de contrair voluntariamente os MAP, e quando o recurso é utilizado fica mais fácil dela reconhecer e tentar reproduzir a contração voluntária (MORENO, 2009).

O TMAP, foi utilizado por muito tempo como tratamento apenas para a IUE, porém por volta de 1980 foi verificada a importância da utilização da contração voluntária da musculatura pélvica, também para pacientes com IUM e bexiga hiperativa. Para a utilização desse treinamento é importante que durante a avaliação a paciente consiga realizar a contração voluntária dos MAP, assim como o protocolo tem que ser individualizado determinando a frequência, intervalo, intensidade e tipo de exercício (BARACHO, 2018).

A cinesioterapia integra não somente o TMAP, mas também orienta exercícios para músculos abdominais, glúteos, paravertebrais, diafragma respiratório dentre outros que são estabilizadores posturais. É de extrema importância o trabalho de tomada de consciência muscular corporal, dos MAP, o fortalecimento e treino das atividades funcionais (SILVA, MARQUES e AMARAL, 2018).

De acordo com Oliveira e Rodrigues (2012), a cinesioterapia associada ao biofeedback de pressão mostrou-se ser mais eficaz se comparada a cinesioterapia aplicada de forma isolada, contribuindo para melhora dos sintomas de perda urinária, com a força muscular e QV das pacientes. Apesar do resultado positivo, sugere-se que o estudo continue futuramente com uma amostra maior e que seja a longo prazo para a avaliação dos efeitos terapêuticos.

O mecanismo capaz de explicar o controle da urgência miccional através do TMAP é que: ocorre o enchimento vesical; logo a paciente sente a urgência; há distensão da bexiga; ocorre um estímulo aferente do nervo pudendo; aumento automático do tônus dos MAP e do esfíncter estriado da uretra; a paciente tem um reflexo de guarda; e então há um controle da urgência miccional (BARACHO, 2018).

De acordo com Oliveira et al., (2017), os exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico combinados com utilização de cones vaginais, biofeedback e palpação digital, assim como treinamento durante 12 semanas com 10 repetições por cada série em posições diferentes trouxeram efeitos melhores na IUE, se comparado ao fortalecimento dos

MAP isolado ou sem tratamento. O que confirma o estudo de Duarte et al., (2021) e Cavenhagui et al., (2020) com resultados semelhantes, sendo o resultado de ambos, positivos para o tratamento com TMAP e eletroestimulação para a melhora na QV da mulher incontinente. Já Kakihara, Sens e Ferreira (2007), mostraram, através do seu estudo que a associação da eletroestimulação com o TMAP não potencializou os efeitos positivos, não tendo diferença significativa nos resultados.

De acordo com Virtuoso et al., (2016), o tratamento resistido para a IU mostra-se com níveis de melhora nos itens do PERFECT quando comparados pré e pós intervenção fisioterapêutica, assim como há melhora da aptidão física e manutenção da continência podendo reduzir o reaparecimento da IU após as intervenções.

De acordo com Santos et al., (2009) foi utilizado a eletroestimulação, através de um estudo com 24 pacientes com IUE que se submeteram a esta terapia, 2 vezes na semana durando 20 minutos cada atendimento. A intensidade variou de 10 a 100 mA de acordo com a sensibilidade de cada paciente e a frequência se manteve em 50 Hz e duração de pulso de 1 ml. Por meio do IQOL foi percebido uma grande diferença onde antes da terapia o índice teve resultado de 40,3 e pós terapia ficou 82,9.

De acordo com Lindh et al., (2016), o tratamento baseado em um programa de treinamento muscular do assoalho pélvico em mulheres com IUE, com duração de 1 ano, não presencial, é tido como um preditor de sucesso e satisfação a longo prazo. Entretanto Fitz et al., (2020) no seu estudo comparativo em PFMT ambulatorial e domiciliar sozinho, trouxe ao final, taxas de 75% de cura objetiva em pacientes com IUE para o grupo atendido com supervisão do Fisioterapeuta e apenas 35% para as pacientes que realizavam os exercícios em casa, após 3 meses de tratamento (curto prazo).

De acordo com Rufino e Leme (2018), a eletroestimulação percutânea do nervo tibial posterior é tida como um método eficiente para a melhora de sintomas como noctúria, incontinência, frequência urinária e urgência miccional, assim sendo uma forma de tratamento para a síndrome da bexiga hiperativa.

De acordo com Tomasi et al. (2014), a eletroestimulação do nervo tibial posterior como meio de tratamento para a IU obteve-se resultados positivos, mas de acordo com o questionário de QV os resultados foram estatisticamente insignificantes apesar das alterações positivas. Ressalta-se também uma amostra relativamente pequena necessitando de mais estudos sobre o assunto.

O estudo de Pierre et al. (2021), que compara o TENS utilizado em uma e duas pernas demonstrou que o primeiro, aplicado uma vez por semana, trouxe resultados melhores nos

sintomas de incontinência, frequência urinária diária e urgência e o segundo foi mais eficaz nos sintomas de noctúria, mostrando a importância da avaliação de cada sintoma da bexiga hiperativa.

Tabela 04 – Distribuição do estudo pelos principais questionários utilizados

AUTOR/ANO	QUESTIONÁRIO	IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA
REIS et al (2021)	Short-Form 6 Dimensions—Brazil (SF-6D), King's Health Questionnaire (KHQ) e King's Health Questionnaire for Scoring Algorithm.	“ Após a conclusão desta pesquisa, os resultados serão apresentados em periódicos por meio de publicações revisadas por pares e eventos científicos, incluindo o Congresso Internacional.” (pesquisa inconcluída).
FITZ et al (2020)	Incontinence Quality-of-Life Questionnaire (I-QoL).	O grupo PFMT ambulatorial apresentou resultados significativamente melhores em comparação com o grupo PFMT domiciliar na gravidade da perda urinária ($p = 0,031$). Em relação aos episódios de perda de urina por semana, ambos os grupos apresentaram diminuição significativa e semelhante na média de episódios após o período de treinamento de 3 meses ($p = 0,703$).
CAVENAGHI et al (2020)	Questionário de qualidade de vida (ICIQ-FS).	A frequência de perdas urinárias antes do tratamento na maioria das mulheres (55,6%) era diversas vezes ao dia e após o tratamento relataram perder uma vez por semana ou menos, 48,1%.
DUARTE et al (2021)	Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB).	A mediana em relação aos sintomas da SBH e o escore total do questionário ICIQ-OAB depois do protocolo fisioterapêutico indica melhora estatisticamente significantes nessas variáveis, exceto no sintoma relacionado a frequência urinária visto que a mediana inicial já era 0 antes do protocolo o que representa a frequência de 1 a 6 micções por dia.
PIERRE et al (2021)	Questionário de Bexiga Hiperativa em uma versão abreviada (OAB-V8)	Não houve diferença nas pontuações OAB-V8 entre os grupos após o tratamento.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Elaboração: autor da pesquisa.

A tabela acima mostra a distribuição do estudo pelos questionários utilizados e pode-se perceber que não houve repetições, onde para cada estudo se optou por questionários diferentes. Apenas o questionário SF-6D é generalizado sendo todos os outros específicos para a IU e bexiga hiperativa assim como todos avaliam a QV.

Os questionários são instrumentos importantes para avaliação de sintomas assim como medir o impacto da patologia na vida do paciente. É excelente a sua colaboração para utilização pré e pós-intervenção uma vez que contribui ao terapeuta com o êxito ou não, do tratamento que está sendo utilizado assim como serve de ferramenta para quantificar e mostrar ao paciente a sua melhora. Estes devem ser adaptados e validados para o português e são respondidos pelos próprios pacientes como por vezes tendo auxílio do profissional (BARACHO, 2018).

O SF-6D tem como objetivo obter medidas de preferência por estados de saúde. Para a construção da primeira versão do SF-6D (1998), no Reino Unido, foram extraídos alguns itens do questionário de qualidade de vida SF-36 e posteriormente, este, ganhou uma versão atualizada em 2002. No Brasil a versão de 1998 já se encontra adaptada e validada, porém a nova versão ainda não se encontra disponível (CAMPOLINA et al., 2011).

Os itens avaliados pelo questionário SF-6D são: capacidade funcional, limitação global, aspectos sociais, dor, saúde mental e vitalidade. Estes, são pontuados de 4 a 6 níveis, onde quanto maior a pontuação, menor é o índice de saúde do paciente e quanto menor a pontuação, maior é o índice de saúde do paciente (CAMPOLINA et al., 2010).

O KHQ tem como objetivo principal avaliar a QV das mulheres com IU e foi construído em 1997 no idioma inglês, onde três anos depois já havia sido validado para 7 idiomas e ainda em processo para mais validações (TAMANINI et al., 2003).

O KHQ, é dividido em itens sobre: limitações no desempenho de tarefas; limitação física/social (relações pessoais); problemas de bexiga e quanto afetam; e emoções (sono/energia). As respostas para tais perguntas são ‘nada’, ‘um pouco’, ‘mais ou menos’, ‘médio’ e ‘muito’. (MORENO, 2009).

O KHQ tem em seu total 21 questões e se tratando da sua pontuação, há uma variação de 0 a 100, onde quanto menor for, melhor é a QV da mulher com os sintomas urinários (TAMANINI et al., 2003).

O I-QOL é um questionário com níveis altos de confiabilidade e validade tanto na bexiga hiperativa como na IUE, e por isso é considerado específico uma vez que é utilizado como ferramenta avaliativa para pessoas com IU. Este, foi desenvolvido e avaliado a partir de entrevistas com mulheres e homens em estudos na Europa e Estados Unidos (Schurch et al., 2007).

A respeito do número de questões do I-QOL, são 22 itens sendo que, cada um deles tem uma escala de 5 pontos do tipo Likert e quanto menor é o escore, pior é o nível de QV da pessoa avaliada (NOJOMI et al., 2009).

O ICIQ-SF é um questionário capaz de avaliar de forma simples e rápida o impacto da IU na QV assim como também é capaz de qualificar a perda de urina no sexo feminino e masculino. Este, é um questionário auto administrável, adaptado e traduzido para a língua portuguesa (TAMANINI et al., 2004).

Se tratando da divisão do ICIQ-SF, é feito da seguinte forma, são 6 questões dentre elas: data de nascimento, sexo, frequência das perdas de urina, quantidade de urina que a pessoa em questão pensa que perde, o quanto essa perda interfere no cotidiano e em que ocasião a mesma ocorre. Para cada resposta das 3 questões do meio é distribuído um escore parcial sendo assim a partir da somatória desses, é obtido o escore total, onde quanto menor o valor, menor é o impacto na QV (SILVA e LOPES, 2009).

O ICIQ-OAB é um questionário validado para a língua portuguesa, que tem o objetivo de avaliar de forma específica a bexiga hiperativa no sexo masculino e feminino assim como também avalia o impacto dos sintomas da incontinência, noctúria, urgência e frequência miccional (PEREIRA et al., 2010).

Este questionário tem em sua totalidade 4 itens que retratam sobre noctúria/frequência noturna, frequência diurna, urgência e IUU, onde obtém duas subescalas que avaliam a QV em indivíduos continententes e incontinententes e com bexiga hiperativa assim como também avaliam sintomas incômodos (LAI et al., 2015).

O OAB-V8 é um questionário validado para o português capaz de avaliar os sintomas da bexiga hiperativa. Este contém 8 itens que variam entre: urgência miccional, urge-incontinência, IU, noctúria, aumento da frequência miccional e enurese. Sobre sua pontuação, para cada domínio esta varia de 0 a 5 e ao final se o somatório for igual ou maior que 8 é provável que o indivíduo tenha a síndrome da bexiga hiperativa (BONTEMPO et al., 2017).

De acordo com Schurch et al., (2007), são dois os questionários fortemente recomendados, são eles o KHQ e I-QOL, uma vez que já existem evidências através de vários estudos demonstrando a sua capacidade, validade e confiabilidade de respostas a mudanças avaliando de forma específica o impacto da IU na QV tanto de mulheres como em homens.

O SF-6D tem menor sensibilidade para detectar QV especificamente para mulheres com IU, uma vez que é um questionário genérico e inespecífico. Não tem validade de conteúdo para IU em comparação com o KHQ, já que este se trata de um instrumento específico relacionado a QV e IU nas mulheres (TAMANINI et al., 2003).

O questionário ICIQ-SF demonstrou-se bastante eficaz sendo aplicado como meio de comparação pré e pós intervenção fisioterapêutica, mostrando índices para quantidade de urina perdida: (nenhuma), pré=0 e pós=5; (pequena quantidade), pré=4 e pós=15; (moderada

quantidade) pré=13 e pós=7; (grande quantidade) pré=10 e pós=0. Percebe-se então que houve melhora significativa pelo teste de Wilcoxon quando foi feita a comparação do antes e depois do tratamento por meio deste questionário (CAVENAGHI et al., 2020).

De acordo com Duarte et al., (2021), o grau de incômodo em relação aos sintomas da síndrome da bexiga hiperativa, calculado através do ICIQ-OAB pré e pós tratamento fisioterapêutico, demonstrou um valor de $p \leq 0,05$ de acordo com o teste de Wilcoxon pareado. O score total antes da intervenção, se tratando do intervalo interquartilico, foi de 14,25 – 29,25 e depois da intervenção foi para 0 – 4,75 evidenciando uma melhora significativa estatisticamente no resultado final das variáveis avaliadas.

De acordo com Silva, Marques e Amaral (2018), de maneira geral todos os questionários tem suas vantagens e desvantagens, são elas respectivamente: no SF-36, fácil compreensão e aplicação e inespecífico para IU assim como generalista; no KHQ, simples de responder, viabiliza mensuração global e trata-se do impacto e gravidade da IU na QV e é um questionário extenso assim como o cálculo realizado é para cada domínio; no I-QOL, é específico e a taxa de resposta alta e o cálculo é complexo assim como é extenso; no ICIQ-SF, avalia prevalência, gravidade e impacto na QV de mulheres incontinentes e poucas questões assim como aborda poucos aspectos da QV.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi citado anteriormente, percebe-se que a IU, dividida em IUE, IUU e IUM, é uma disfunção capaz de influenciar diretamente na QV do indivíduo sendo o público alvo mulheres acima de 18 anos. Sabendo disso existem meios de avaliar o impacto dessa disfunção no cotidiano das pessoas que a possuem.

Os questionários de QV são instrumentos utilizados para investigar e recolher informações de determinado grupo com objetivo de quantificar o impacto na vida das pacientes. O SF-6D mostrou-se o menos eficiente para a presente pesquisa uma vez que este é inespecífico para a IU já que avalia de forma generalista a QV em todos os aspectos. No entanto o KHQ e o I-QOL são questionários específicos para a IU sendo importante a sua utilização para avaliação dessa patologia.

O tratamento Fisioterapêutico é tido como padrão ouro e de primeira escolha para pacientes com IU, sendo um método não invasivo e eficaz para a melhora e/ou cura dos casos. O TMAP se mostra como o tipo de tratamento mais eficaz com excelente qualidade para a IU, e a eletroestimulação tem sua importância quando utilizada de maneira associada ao TMAP, mas vale salientar a recomendação de mais estudos acerca da eletroestimulação sendo utilizada de maneira associada. Vale salientar que a presença do fisioterapeuta junto com o paciente dispôs com contribuições mais consistentes para o sucesso do tratamento

Por fim, conclui-se que o tratamento fisioterapêutico tem impacto positivo na QV das mulheres que possuem IU.

REFERÊNCIAS

BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788527733281. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527733281/>. Acesso em: 20 out. 2022.

BO, Kari. Physiotherapy management of urinary incontinence in females. **Journal Of Physiotherapy**, Austrália, v. 66, n. 3, p. 147-154, jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.011>.

Gomes Braga, Francisca Das Chagas Sheyla & Benício, Claudia & Bezerra, Sandra Marina & Silva, Alice & Costa, Allyne & Santos, Edvania & Siqueira, Roxana. (2021). PERFIL DE PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM UM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. ESTIMA, **Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**. 19. 10.30886/estima.v19.997_PT.

Bontempo, AP dos S., Alves, AT, Martins, G. de S., Jácomo, RH, Malschik, DC, & Menezes, RL de.. (2017). Fatores associados à síndrome da bexiga hiperativa na comunidade idosa: um estudo transversal. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 20 (4), 474–483. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170030>.

Campolina, A. G., Bortoluzzo, A. B., Ferraz, M. B., & Ciconelli, R. M.. (2010). O questionário SF-6D Brasil: modelos de construção e aplicações em economia da saúde. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 56(4), 409–414. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000400012>.

Campolina, A. G., Bortoluzzo, A. B., Ferraz, M. B., & Ciconelli, R. M.. (2011). Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3103–3110. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800010>.

Castaneda, L., Bergmann, A., Castro, S., & Koifman, R.. (2019). Prevalência de incapacidades e aspectos associados em mulheres com câncer de colo do útero, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(3), 307–315. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900030440>.

CAVENAGHI, Simone; LOMBARDI, Bruna da Silva; BATAUS, Sandy Carolina; MACHADO, Beatriz Pereira Barbosa. Effects of physiotherapy on female urinary incontinence. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, São José do Rio Preto, v. 10, n. 4, p. 658-665, 27 nov. 2020. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i4.3260>.

DA MACIEL, Gustavo Arantes R.; SILVA, Ismael Dale Cotrim Guerreiro. **Manual Diagnóstico em Saúde da Mulher**. [Digite o Local da Editora]: Editora Manole, 2015. E-book. ISBN 9788520450178. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520450178/>. Acesso em: 20 out. 2022.

Duarte, Natália & Pereira, Marina & Costa, Hellem & Cruz, Bianca & Fernandes, Camila & Carneiro, Erica. (2021). Efeito da fisioterapia nos sintomas de síndrome da bexiga hiperativa decorrente do tratamento do câncer de colo de útero. **Fisioterapia Brasil**. 22. 205-215. 10.33233/fb.v22i2.4414.

Fitz, FF, Gimenez, MM, de Azevedo Ferreira, L. et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico para incontinência urinária de esforço feminina: um estudo controlado randomizado comparando o treinamento domiciliar e ambulatorial. *Int Urogynecol J* 31 , 989–998 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04081-x>.

GROAT, William C. de; GRIFFITHS, Derek; YOSHIMURA, Naoki. Neural Control of the Lower Urinary Tract. **Comprehensive Physiology**, Pennsylvania, p. 327-396, 23 dez. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/cphy.c130056>.

FEBRASGO. **Febrasgo - Tratado de Ginecologia** . [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788595154841. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595154841/>. Acesso em: 20 out. 2022.

FELDNER JUNIOR, Paulo Cezar; BEZERRA, Leonardo Robson Pinheiro Sobreira; GIRÃO, Manoel João Bastista Castelo; CASTRO, Rodrigo Aquino de; SARTORI, Marair Gracio Ferreira; BARACAT, Edmund Chada; LIMA, Geraldo Rodrigues de. Correlação entre a pressão de perda à manobra de Valsalva e a pressão máxima de fechamento uretral com a história clínica em mulheres com incontinência urinária de esforço. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 24, n. 7, p. 433-438, ago. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032002000700002>.

FERREIRA, Claudia Cristina dos Santos. Ocorrência de síndrome da bexiga hiperativa em idosas residentes na região administrativa de Ceilândia, Distrito Federal. 2013. 39 f. Monografia (Bacharelado em Fisioterapia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Frigo, Letícia & Zambarda, Simone. (2015). Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. **Cinergis**. 16. 10.17058/cinergis.v16i3.6211.

GIRÃO, Manoel João Batista C.; SARTORI, Marair Gracio F.; RIBEIRO, Ricardo M.; CASTRO. **Tratado de Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico**. Editora Manole, 2015. E-book. ISBN 9788520441206. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520441206/>. Acesso em: 20 out. 2022.

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; REIS, Maria José dos. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, Pernambuco, v. 42, n. 1, p. 187-192, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342008000100025>.

Lai, H., Gardner, V., Vetter, J. *et al.* Correlação entre os níveis de estresse psicológico e a gravidade dos sintomas de bexiga hiperativa. **BMC Urol** **15**, 14 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12894-015-0009-6>.

LAMERTON, Tayla J.; MIELKE, Gregore I.; BROWN, Wendy J.. Urinary incontinence in young women: risk factors, management strategies, help seeking behavior, and perceptions about bladder control. **Neurourology And Urodynamics**, Austrália, v. 39, n. 8, p. 2284-2292, 17 ago. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.24483>.

Lindh A, Sjöström M, Stenlund H, Samuelsson E. Tratamento não presencial da incontinência urinária de esforço: preditores de sucesso após 1 ano. *Int Urogynecol J*. 2016 dez;27(12):1857-1865. doi: 10.1007/s00192-016-3050-4. Epub 2016 3 de junho. PMID: 27260323; PMCID: PMC5124436.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

MORENO, Adriana L. **Fisioterapia em uroginecologia 2a ed.** . [Digite o Local da Editora]: Editora Manole, 2009. E-book. ISBN 9788520459539. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520459539/>. Acesso em: 20 out. 2022.

Nojomi, M., Baharvand, P., Moradi Lakeh, M. et al. Questionário de qualidade de vida para incontinência (I-QOL): estudo de tradução e validação da versão iraniana. *Int Urogynecol J* **20**, 575–579 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0808-y>.

NYGAARD, Christiana; SCHREINER, Lucas; MORSCH, Thiago; SAADI, Rodrigo; FIGUEIREDO, Marina; PADOIN, Alexandre. Urinary Incontinence and Quality of Life in

Female Patients with Obesity. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, Rio Grande do Sul, v. 40, n. 09, p. 534-539, set. 2018. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1670626>.

OLIVEIRA, Helen K. F. C. L. O., RODRIGUES, M. C. Estudo comparativo entre cinesioterapia e biofeedback de pressão associado a cinesioterapia no tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço e mista., (2012).

Oliveira, M., Ferreira, M., Azevedo, MJ, Firmino-Machado, J., & Santos, PC. (2017). Protocolo de treinamento dos músculos do assoalho pélvico para incontinência urinária de esforço em mulheres: uma revisão sistemática. *Revista Da Associação Médica Brasileira* , 63 (7), 642–650. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.642>.

PARAZZINI, Fabio; CHIAFFARINO, Francesca; LAVEZZARI, Maurizio; GIAMBANCO, Vincenzo. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Itália, v. 110, n. 10, p. 927-933, out. 2003. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2003.02343.x>.

Pereira, S. B., Thiel, R. do R. C., Ricetto, C., Silva, J. M. da ., Pereira, L. C., Herrmann, V., & Palma, P.. (2010). Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, 32(6), 273–278. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000600004>.

Pierre ML, Friso B, Casarotto RA, Haddad JM, Baracat EC, Ferreira EAG. Comparison of transcutaneous electrical tibial nerve stimulation for the treatment of overactive bladder: a multi-arm randomized controlled trial with blinded assessment. **Clinics** (Sao Paulo). 2021 Aug 16;76:e3039. doi: 10.6061/clinics/2021/e3039. PMID: 34406271; PMCID: PMC8341038.

PLZAK, Louis; STASKIN, David. Genuine stress incontinence. **Urologic Clinics Of North America**, Boston, v. 29, n. 3, p. 527-535, ago. 2002. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0094-0143\(02\)00059-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0094-0143(02)00059-9).

Reis BM, da Silva JB, Rocha APR, Liebano RE, 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*. 2021 Nov 20;22(1):823. doi: 10.1186/s13063-021-05781-w. PMID: 34801063; PMCID: PMC8606065.

REIS, Rodolfo Borges dos; COLOGNA, Adauto José; MARTINS, Antonio Carlos Pereira; PASCHOALIN, Edson Luis; TUCCI JUNIOR, Silvio; SUAID, Haylton Jorge.

Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirurgica Brasileira**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 47-51, 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-86502003001200018>.

RUFINO, P. T. S. de O.; LEME, A. P. C. B. P. Efeito da eletroestimulação no nervo tibial posterior para bexiga hiperativa em mulheres: revisão sistemática. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 430–436, 2018. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v8i3.1966. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1966>. Acesso em: 7 jun. 2023.

Santos, P. F. D., Oliveira, E., Zanetti, M. R. D., Arruda, R. M., Sartori, M. G. F., Girão, M. J. B. C., & Castro, R. A. (2009). Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. **Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia**, 31(9), 447–452. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000900005>.

SCHURCH, Brigitte; DENYS, Pierre; KOZMA, Chris M; REESE, Pat Ray; SLATON, Terra; BARRON, Rich, Confiabilidade e validade do questionário de qualidade de vida para incontinência em pacientes com incontinência urinária neurogênica. **Arch Phys Med Rehabil** Vol 88, maio de 2007, <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.02.009>.

SILVA, Juliana Cristina Pereira da; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldês; DOMINGUESWY SOCKI, Anneliese. Associated factors to urinary incontinence in women undergoing urodynamic testing. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 51, p. 1-9, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016140903209>.

Silva, L. da ., & Lopes, M. H. B. de M.. (2009). Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, 43(1), 72–78. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100009>.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? how to do it?. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

SILVA, Marcela Ponzio Pinto E.; MARQUES, Andréa de A.; AMARAL, Maria Teresa Pace D. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher, 2ª edição**. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788527734660. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734660/>. Acesso em: 20 out. 2022.

Tamanini, J. T. N., D'Ancona, C. A. L., Botega, N. J., & Rodrigues Netto Jr, N.. (2003). Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Revista De Saúde Pública*, 37(2), 203–211. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000200007>.

Tamanini, J. T. N., Dambros, M., D'Ancona, C. A. L., Palma, P. C. R., & Rodrigues Netto Jr, N.. (2004). Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Revista De Saúde Pública*, 38(3), 438–444. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>.

TOMASI, A. V. R. HONÓRIO, G. J. S. SANTOS, S. M. A. BRONGHOLI, K. O uso da eletroestimulação no nervo tibial posterior no tratamento da incontinência urinária **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5):597-602.

VIANA, Luiz C.; GEBER, Selmo. **Ginecologia** . [Digite o Local da Editora]: MedBook Editora, 2012. E-book. ISBN 9786557830604. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830604/>. Acesso em: 20 out. 2022.

Virtuoso, J. F., Menezes, E. C., Silva, L. L. da, Capeletto, E., Cunha, L. S. de O., & Mazo, G. Z. (2016). Treinamento resistido para manutenção da continência urinária após tratamento fisioterapêutico em mulheres na terceira idade: um estudopiloto. **Revista Kairós Gerontologia**, 19(4), 273-291. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

WEBER-RAJEK, Magdalena; STRĄCZYŃSKA, Agnieszka; STROJEK, Katarzyna; PIEKORZ, Zuzanna; PILARSKA, Beata; PODHORECKA, Marta; SOBIERSKA-MICHALAK, Kinga; GOCH, Aleksander; RADZIMIŃSKA, Agnieszka. 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. **Biomed Research International**, Torun, v. 2020, p. 1-7, 17 jan. 2020. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2020/1019872>.

WEINSTEIN, Milena M.; DUNIVAN, Gena; GUADERRAMA, Noelani M.; RICHTER, Holly E.. Digital Therapeutic Device for Urinary Incontinence. **Obstetrics & Gynecology**, Boston, v. 139, n. 4, p. 606-615, 10 mar. 2022. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000004725>.

YOSHIMURA, Naoki; MIYAZATO, Minoru. Neurophysiology and therapeutic receptor targets for stress urinary incontinence. **International Journal Of Urology**, Pittsburgh, v. 19, n. 6, p. 524-537, 9 mar. 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2042.2012.02976.x>.

