

## A REPRESENTAÇÃO DAS MULHERES SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IU): um dos sofrimentos do gênero

Isadora Lara dos Santos<sup>1</sup>  
Eliana da Conceição Martins Vinha<sup>2</sup>  
Alex Rodrigo Borges<sup>3</sup>

341

**Resumo:** Devido a diversos fatores fisiológicos, a incontinência urinária é mais frequente nas mulheres, o que caracteriza mudanças de hábitos interferindo no estilo de vida desse gênero. Essa pesquisa tem como objetivo descrever as percepções das mulheres sobre a atuação da fisioterapia uroginecológica na incontinência urinária (IU). Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e de campo através do método qualitativo onde foi efetuada uma entrevista com 07 mulheres que possui a IU. As entrevistas semiestruturadas, tiveram como base perguntas subjetivas que foram gravadas e transcritas para análise dos dados obtidos. Após a pesquisa pode-se observar que a fisioterapia tem muitos recursos disponíveis para a reeducação uroginecológica, e que as mulheres que possuía a IU apresentavam sofrimentos, vergonha, falta de perspectiva de melhora além de não ter o conhecimento da atuação da fisioterapia e os seus benefícios no tratamento da IU.

**Palavras-Chave:** Fisioterapia Ginecológica. Incontinência Urinária. Fisioterapia na Incontinência Urinária.

**Abstract:** The UI is more frequent in women due to several physiological factors, which characterizes changes in habits that interferes with the lifestyle of this gender. This research aim is to describe women's perceptions about the performance of urogynecological physiotherapy in urinary incontinence (IU). A bibliographic and field research was conducted by the qualitative method, where an interview was performed with 07 women who have UI. The semi-structured interviews were based on subjective questions that were recorded and transcribed for analysis of the obtained data. After the research, it can be observed that physiotherapy has many resources available for urogynecological reeducation, women with the UI hey had suffering, shame, lack of perspective for improvement and lack of knowledge of the role of physical therapy and its benefits in the treatment of UI.

**Keywords:** Urogynecological physiotherapy. Urinary incontinence. Quality of life

<sup>1</sup>Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Cidade de João Pinheiro – FCJP. E-mail: isadoralarajp@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora Especialista na Faculdade Cidade de João Pinheiro – FCJP. Fisioterapeuta. Bacharel em Educação Física. Licenciada em Biologia. E-mail: elianafisio@gmail.com

<sup>3</sup> Mestre em Educação. Fisioterapeuta. Coordenador e Professor no curso de Fisioterapia na FCJP. E-mail: alexvz@hotmail.com

Recebido em 29/12/2019

Aprovado em 30/01/2020

## 1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto de pesquisa a percepção das mulheres sobre a fisioterapia na incontinência urinária (IU). Esta patologia atinge principalmente as mulheres, e acaba por afetar a socialização e autoestima da mulher que tem essa disfunção. Através de uma entrevista semiestruturada, pôde-se ver a percepção dessas mulheres que possuem a IU e seu conhecimento sobre a patologia, quais os tratamentos conhecidos por elas e sua compreensão sobre a fisioterapia na atuação desta disfunção.

Na ginecologia, a fisioterapia é papel importante na saúde da mulher. Há crescente procura de fisioterapeutas que tem o desejo de se especializar na especialidade de fisioterapia ginecológica e obstétrica. Na IU, o fisioterapeuta pode fazer uso de recursos, na tentativa de tratar esse distúrbio ginecológico. Entre os recursos cita-se: treinamento de relaxamento vesical, *biofeedback*, estimulação nervosa elétrica transcutânea – TENS e a cinesioterapia (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

A IU, de acordo com a Sociedade Internacional de Continências, é definida como uma perda involuntária da urina e compromete a socialização das pessoas com esta disfunção. A IU pode atingir homens e mulheres, sendo mais freqüente nas mulheres devido as alterações hormonais, gestações múltiplas, fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, prolapso da bexiga e uretra dentre outros, o que caracteriza mudanças de hábitos abruptos no estilo de vida desse gênero (BRITO; CALDAS, 2016).

O conceito de gênero aqui nessa pesquisa não tem a finalidade de ocultar as pluralidades e as outras formas de desigualdades, já que as próprias disparidades entre homens e mulheres são cruzadas e potencializadas por outras formas, sejam elas de desigualdades sociais, econômicas, como as de classe, raciais, étnicas, de geração ou capacidade. Cabe aqui apresentar uma proposta de reflexão, embora que ainda sejam relacionadas às patologias propensas ao gênero.

O termo gênero começou a ser usado pelas feministas como uma maneira de referir-se à organização das relações entre os sexos no referido espaço cultural. Gênero é um construto social, o sentido dado ao comportamento dos sexos masculino e feminino que é construído nas

relações socioculturais, na interdependência das práticas que constituem as instituições sociais e estão presentes nos indivíduos e nos espaços em que estes interagem. O estudo das relações de gênero vem sofrendo alterações, a partir de uma tendência que o liga mais à biologia do que ao social (ALVES, 2015).

Apesar de ser um imperativo ético a garantia de direitos humanos para todos, ainda é pouco discutida na área da saúde a matriz de socialização dos sexos que dá origem às identidades masculina e feminina e que levam a adoecimentos, afastamentos do convívio social e mortes evitáveis. A inclusão da perspectiva de gênero nos estudos acadêmicos é necessária para evidenciar adoecimentos evitáveis advindos das desigualdades construídas pelo viés de gênero (BATISTA et al, 2018).

Neste sentido, o sofrimento que as mulheres com IU demonstram é uma realidade com pouca visibilidade, acredita-se que se deve a este viés antagônico de que a mulher é um ser frágil, que adoece com facilidade.

A diferença entre sexo e gênero se dá pelo primeiro relacionar-se às diferenças biológicas, mais especificamente anatômicas entre o corpo do homem e da mulher, sendo o segundo produto de uma construção social. Neste sentido o gênero, enquanto um constructo social arrasta consigo o atributo de pertencer a ambos os sexos. Isso se deve as suas especificidades que, se bem equilibrada, promovem a satisfação plena do homem e da mulher (ALVES, 2015).

Quando se fala em relações de gênero, fala-se sobre formas de dar significado a relações de poder. Isto significa que o gênero não é apenas um critério de diferenciação e classificação dos seres e das coisas, mas, sobretudo, um sistema de desigualdade, de assimetria, um sistema hierárquico, que traduz certo estado das relações de poder entre homens e mulheres. Imitando a biologia, com base na diferença macho e fêmea, gênero proporciona formas hegemônicas de subjetivação: o masculino e o feminino (ALVES, 2017).

Apesar de haver lacunas relacionadas à compreensão dos aspectos associados a gênero e saúde e os possíveis efeitos dos entendimentos de gênero sobre a saúde de todos e considerando-se o caráter de gênero construído em territórios que separam atribuições masculinas e femininas, todos os indivíduos reproduzem essas diferenças e desigualdades, pois parte do princípio de que todos nascem em uma sociedade genderizada, ou seja, o significado social, cultural e psicológico imposto sobre a identidade sexual biológica da mulher, que como tal reproduz desigualdades, entre elas a de gênero (BATISTA et al, 2018).

Outrossim, enquanto um marcador sociocultural, considerando que gênero expressa diferenças e assimetrias entre homens e mulheres independentes da fase vivencial, inclui-se a IU em mulheres, que traz marcas profundas de vergonha, medo, sofrimento e falta de perspectiva de melhora às mulheres.

O sistema de gênero determina as maneiras pelas quais os corpos são lidos e interpretados. O gênero é uma construção cultural a respeito da organização social e da relação entre os sexos que se traduz por dispositivos e ações materiais e simbólicos, físicos e mentais. Remete a papéis socialmente construídos, bem como a definições e expectativas tidas como apropriadas para o ser homem e o ser mulher na sociedade (ALVES, 2017).

Desse modo o tema abordado nessa pesquisa despertou o interesse dos pesquisadores através de relatos de mulheres que possuem a IU fazendo com que surgisse o entusiasmo em adquirir conhecimentos sobre quais seriam as percepções das mulheres sobre a IU e os conhecimentos de quais seria os possíveis tratamentos que elas poderiam encontrar para minimizar o sofrimento advindo dessa disfunção.

Muitas mulheres apresentam os sintomas da IU sem saber que possuem a patologia, por isso essa pesquisa possui relevância social por isso propiciar conhecimentos sobre a IU, prevenção e tratamentos para resolução ou atenuação dos sintomas ainda pouco conhecidos pelas mulheres. Com esta pesquisa, através das entrevistas concedidas, tanto os profissionais da saúde, quanto a sociedade, poderão ver que a fisioterapia atua na prevenção e na reabilitação de mulheres com IU. A fisioterapia beneficia a obtenção de um tratamento adequado às mulheres e oferece uma melhora da autoestima e qualidade de vida, e auxilia também outros pesquisadores, como forma de instigar o alcance de novos conhecimentos.

Os acadêmicos e outros profissionais podem ter acesso a esta pesquisa como fonte de novos conhecimentos, pois é um tema pouco abordado e discutido. Pesquisas nesta área ainda pouco estudada podem estimular os profissionais da área da saúde a se especializarem oferecendo as mulheres incontinentes um atendimento mais adequado além de promover a reflexão sobre gênero e saúde.

Esse estudo se deu através de problemáticas para que assim possa ter os esclarecimentos das dúvidas, sendo elas: Quais são os conhecimentos das mulheres com a IU sobre a patologia apresentada? Quais são os fatores que levam as mulheres a sofrer com a IU? Quais são os recursos utilizados pela a fisioterapia na IU em mulheres? Quais os principais benefícios que a fisioterapia traz para mulheres idosas que sofrem com a incontinência urinária de esforço?

Essa pesquisa objetivou investigar quais são os conhecimentos das mulheres inseridas acerca da IU e sobre os tratamentos da patologia apresentada, além de identificar quais são os fatores que levam as mulheres a sofrer com a IU na perspectiva teórica; analisar quais são os recursos utilizados pela fisioterapia na IU em mulheres, como também, averiguar os principais benefícios que a fisioterapia traz para mulheres que sofrem com a IU.

Supostamente, várias mulheres não possuem conhecimentos de que a fisioterapia atua na IU, e também por pensarem que esta disfunção se desenvolveu devido ao processo natural do envelhecimento, não procuram um tratamento adequado, começam a utilizar absorventes e se afastam da socialização com receio de ter perdas de urina em público. Acredita-se que o tratamento fisioterapêutico desta disfunção uroginecológica em mulheres favorece melhor socialização devido ao aumento do período maior entre as micções e a diminuição de perdas involuntárias durante algum esforço. Acredita-se que a mulher incontinente terá melhor qualidade de vida com a intervenção da fisioterapia.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Essa pesquisa foi realizada através de uma pesquisa de campo e bibliográfica de forma qualitativa. Entende-se como pesquisa, o processo, a maneira e o caminho seguido para atingir respostas para dúvidas acerca de um fato ou problema cumprindo as normas e técnicas estipuladas (SANTOS, 2016).

O método qualitativo tem como exemplos a pesquisa participante, pesquisa-ação, história oral, levantamentos realizados com entrevistas gravadas, de forma que todos esses exemplos citados recebem horizontes heterogêneos. O primeiro problema é definir a qualidade, para que seja algo mais que somente “não quantidade”. Ainda segundo o autor, a pesquisa qualitativa caracteriza-se pela abertura das perguntas negando toda resposta fechada e busca o aprofundamento através da convivência e a comunicação (DEMO, 2014).

Foi realizada uma entrevista semiestruturada com 07 mulheres que possuem IU e teve como item inclusivo: mulheres com IU a faixa etária entre 40-80 anos de idade, que já tiveram acima de 02 gestações através de parto natural e mulheres que passaram por intervenção cirúrgica ginecológica e ocorreu a IU devido ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico com diagnóstico clínico. Como itens exclusivos: etnia, mulheres primíparas, idade

inferior a 40 e superior a 80 anos, que não tenha diagnóstico médico de fraqueza muscular do assoalho pélvico e mulheres que não se encaixava nos critérios de inclusão da pesquisa

A entrevista semiestruturada conteve perguntas que abordaram o tema em questão, que posteriormente foram gravadas e transcritas para uma análise das respostas obtidas. A entrevista foi composta de 06 perguntas onde abordou quais os conhecimentos, sintomas apresentados pelas as mulheres com incontinência urinária e tratamentos para a patologia. Antes da gravação, foi explicado para as participantes como seria o decorrer da entrevista e foi pedido à autorização para que fossem gravadas. Com a autorização da mulher entrevistada, fez a gravação em áudio, posteriormente as respostas foram transcritas e analisadas para a tabulação dos resultados obtidos.

A entrevista ocorreu em domicílio das mulheres participantes. Para a efetuação da entrevista, as mesmas foram antecipadamente agendadas de forma a ser em dia e horário que fosse adequado à participante.

Todas as entrevistadas participaram de forma voluntária e não houve custos financeiros para as participantes. As entrevistadas poderiam suspender a participação a qualquer momento e seus nomes não foram revelados em nenhum momento. As entrevistadas foram identificadas como: Mulheres por M1 a M7.

Foi feita uma pesquisa exploratória em todos os PSF's – Programa de Saúde da Família na cidade de João Pinheiro- MG, para identificar se possui mulheres que possui a incontinência urinária que se encaixe nos critérios de inclusão proposto, para a seleção de voluntárias da pesquisa. Após a pesquisa exploratória, foi possível identificar 03 mulheres com diagnóstico de IU através do enfermeiro responsável do PSF 10 da Cidade de João Pinheiro- MG, e 04 mulheres com IU através da fisioterapeuta do Núcleo de Assistência a Família – NASF.

Para a realização das entrevistas, as pesquisadoras entraram em contato com o enfermeiro e a fisioterapeuta, onde os mesmos puderam viabilizar os acessos as mulheres que possui a IU. Ao entrar em contato através de telefone com as mulheres indicadas, as pesquisadoras perguntaram se elas aceitariam participar da entrevista, e foi explicado sobre como seria o decorrer da entrevista, como seria feito a gravação a aplicação do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e armazenamento dos mesmos.

Após as respostas serem positivas, as pesquisadoras agendaram previamente as realizações das entrevistas com as voluntárias. As entrevistadas não precisaram se identificar,

como forma de preservação da privacidade das mesmas. Ao aceitarem ser entrevistadas, foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.

As gravações em áudio foram armazenadas em um *pendrive* separado somente para arquivo da pesquisa, e os termos de consentimento livre e esclarecido serão armazenados juntamente com o *pendrive* em uma pasta, e a mesma ficará sob responsabilidade das pesquisadoras sem que nenhuma outra pessoa tenha acesso a estes dados, para que possa manter o sigilo total dos dados informados pelas entrevistadas.

Essa pesquisa poderia oferecer riscos de constrangimentos para as entrevistadas por abranger uma situação comprometedoras de suas funções urinárias podendo despertar nelas as dificuldades em expor momentos de sofrimento e preconceitos. Para que possam ser minimizados os riscos de constrangimentos, foi feito o contato prévio por telefone com as mulheres as serem entrevistadas, momento que foi realizado o convite para participação na pesquisa, expondo com clareza os objetivos da investigação e a relevância da sua resposta para compreender melhor o objeto de estudo. Explicou-se também sobre o sigilo e privacidade das informações divulgadas por elas.

Para a entrevista foi proposto a elas que o local de realização da entrevista seria em lugar que contenha mais privacidade para a entrevistada e as pesquisadoras, caso ela acanhe-se de falar próximo de conhecidos e familiares, garantindo assim o sigilo dos dados informados por elas, e tentou-se primeiramente criar laços de amizade e confiança entre a entrevistada e pesquisadores para que a mesma ficasse mais à vontade para se expressar.

A fim de identificar quais são os fatores que levam as mulheres a sofrer com a IU, bem como analisar quais são os recursos utilizados pela a fisioterapia na IU em mulheres e para averiguar os principais benefícios que a fisioterapia proporciona às mulheres que sofrem com a IU, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre esta temática e confrontar com a entrevista aplicada às participantes da pesquisa.

E ao saber dos conhecimentos das mulheres com IU, pôde-se analisar até que ponto está o conhecimento das mesmas sobre a patologia que elas apresentam. Após a entrevista, as mulheres que não tinham conhecimento que a fisioterapia tem atuação na saúde da mulher, foram realizadas uma breve apresentação da patologia, sintomas e tratamentos para a reabilitação da mesma e a importância da fisioterapia na saúde da mulher e no tratamento da IU. Na oportunidade as mulheres foram capazes de compreender que a fisioterapia poderia ser um tratamento conservador para reabilitação da IU melhorando sua qualidade de vida.

A fundamentação teórica foi baseada em livros, teses, monografias, e artigos científicos. Os critérios de inclusão em relação aos artigos foram estar relacionados com o tema abordado pela pesquisa e serem publicados em português. Os anos dos artigos foram no período de 2011 a 2017. Ao todo foram utilizadas 20 obras literárias entre 1999 a 2018.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa sob o nº CAAE: 21480719.5.0000.8078.

### **3. A FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA E A SAÚDE DA MULHER**

A fisioterapia, segundo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO (2018) é uma ciência da saúde que estuda a prevenção, e tratamento de distúrbios cinéticos funcionais irregulares em órgãos ou qualquer sistema do corpo humano, que são desencadeados por alguma modificação genética, traumas, e por patologias adquiridas. As ações desencadeadas na fisioterapia são através da fundamentação sobre vários mecanismos terapêuticos próprios, e também baseados através de várias matérias, podendo citar, a biologia, biomecânica e cinesioterapia.

Há conhecimentos desde os princípios da civilização, a utilização de recursos naturais para a reabilitação de lesões e afecções variadas. A argila era comumente usada em batalhas, para recuperações de lesões ou até mesmo quando o homem ia à busca de alimentação. Os peixes elétricos também eram utilizados como recursos para tratamentos de certas patologias (PINHEIRO, 2017).

A utilização da eletroterapia inicialmente foi datada em meados do ano 1750, como forma de reabilitação de pacientes que continha paralisias. Já no período renascentista, já houve a colocação de exercícios voltados para o cuidado com o corpo, e da ginástica médica, onde juntamente foi inserida a regularização nos exercícios, exercícios para enfermos, e também para pessoas com ocupações sedentárias. Aí surge o nascimento de pensamentos para a prevenção primária em saúde (PINHEIRO, 2017).

Na era da industrialização, muitas pessoas saíram do meio rural e encaminharam-se para a cidade a procura de melhor qualidade de vida. Porém com o abuso da exploração operária, como a grandes jornadas de trabalho, condições precárias sendo as de alimentação e sanitárias, fez com que houvesse o desenvolvimento de várias epidemias, que até então eram desconhecidas, e que impressionavam. Com isso fez com que voltassem à atenção e os estudos



para a saúde do indivíduo doente. O tratamento incluía a parte farmacológica, clínica, cirúrgica, aplicação de recursos elétricos, térmicos e hídricos, e também de exercícios físicos, tornando este período à predominância de uma assistência voltada para a reabilitação, cura e recuperação (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

No Brasil, a fisioterapia era dirigida para a reabilitação, de forma que fizesse a todos a pensar que sua assistência era voltada só para a assistência de reabilitar um indivíduo enfermo. Outros fatores também podem ter contribuído para que a população pensasse que a fisioterapia teria só a atuação reabilitadora. Um destes fatores estaria o grande índice de poliomielite na década de 1950 que como consequência desta patologia, os pacientes desencadeavam sequelas motoras (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999).

A partir deste momento, onde a fisioterapia entrava para reabilitar uma grande faixa populacional para que possa ser reintegrada ao sistema produtivo, a fisioterapia deixava de ser somente uma área de estudo e vista como um campo de trabalho. A partir deste momento é criada a legislação que regulamentavam a atuação de fisioterapeutas no Brasil (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999).

A fisioterapia foi regulamentada como profissão através do decreto-lei n.º 938 de 13 de outubro de 1969 onde foi definido que a fisioterapia seria um profissional de ensino superior, e outras definições como, por exemplo, a finalidade da atuação do fisioterapeuta. A fisioterapia na área da ginecologia e obstetrícia é uma área relativamente nova, mas que já é obrigatória pelo o MEC desde ano de 1980, que conste na grade curricular do curso de fisioterapia (PINHEIRO, 2017).

A fisioterapia uroginecológica veio de forma a auxiliar o estudante para que possam adquirir novos conhecimentos sobre a área, e a melhor forma de tratamento para patologias, como o câncer de mama, disfunções uroginecológicas como a incontinência urinária e também um enfoque na área do período gestacional, parto e pós-parto (PINHEIRO, 2017).

### **3.1. Anatomia da Pelve, órgãos do sistema urinário e assoalho Pélvico**

É fundamental conhecer as estruturas anatômicas da pelve, dos órgãos e a musculatura do assoalho pélvico – MAP, para entender melhor como ocorre à IU.

A pelve é composta pelos os ossos ílio, ísquio e púbis, têm formato irregular e durante a puberdade ocorre a fusão destes três ossos, tornando-o um grande osso dividindo-se em direita

e esquerda. Possui articulação com o sacro, onde recebe o nome de sacroilíaca e estes ossos da pelve são unidos também pela articulação da sínfise púbica. A pelve feminina possui características diferentes em alguns pontos quando comparada a pelve masculina. Entre essas diferenças pode-se perceber que a abertura superior da pelve feminina é oval ou arredondada enquanto o do masculino é em formato de coração. Possui também ângulo subpúbico e arco púbico largo, onde a pelve masculina é mais estreita (MOORE; AGUR; DALLEY, 2017).

Os Rins se assemelham a um formato de feijão, contendo dois rins, um em cada hemisfério. Estão localizados acima da pelve, entre o peritônio e a parede posterior do abdômen, sendo denominados também de órgãos retroperitoneais. Entre suas funções podemos citar: a regulação do volume e da composição do sangue, regulação da pressão arterial, do pH e os níveis de glicose, produção de hormônios e excreção de resíduos na urina, onde a urina irá ser conduzida até a bexiga através dos ureteres (TORTORA; NIELSEN, 2013).

A bexiga tem sua forma como de um saco côncavo, possui elasticidade, sendo formada por musculatura lisa, podendo ser chamado também de músculo detrusor. O músculo detrusor faz a realização da contração durante a micção, e anatomicamente é coberto por fibras elásticas e tecido conjuntivo composto por colágeno. Suas fibras musculares estão alojadas de forma que, durante a contração da bexiga, tenha-se uma contração simétrica. Sua posição é posteriormente a sínfise púbica. Ela é mantida também na sua posição através de ligamentos como o ligamento fibroareolares laterais, ligamentos pubovesicais, e ligamento umbilical médio. É inervada através dos nervos aferentes que são originados da medula entre a S2-S4, e possui também tem inervação por fibras simpáticas (POLDEN; MANTLE, 2002).

O assoalho pélvico ou diafragma pélvico é definido como uma rede de musculatura, de fáscia e órgãos pélvicos (útero, bexiga e reto), que entre todas as funções, está à função de sustentação dos órgãos pélvicos e função no esfíncter anal e uretral. Caso possui alterações na função do assoalho pélvico, pode gerar as disfunções dos esfíncteres, levando a pessoa a possuir a incontinência urinária e/a fecal. Os músculos profundos que compõem o MAP são: pubococcígeo, puborretal, iliococcígeo, transverso profundo do períneo, e esfíncter da uretra, e os músculos superficiais são os denominados de: isquiocavernoso, transverso superficial do períneo, bulbocavernoso e esfíncter do ânus (BARACHO; ROSSI; LOPES, 2018).

### **3.2. Fisiologia da incontinência urinária e suas classificações**

As somas de forças entrecruzadas é o que dá a origem da contração do musculo detrusor e da musculatura que realizam a pressão para baixo do conteúdo da bexiga (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

O assoalho pélvico também transmite a pressão para a bexiga e para a uretra, levando a um nível maior de pressão uretral do que a pressão vesical, para que possa assim, contribuir no mecanismo de continência urinária (BARACHO; ROSSI; LOPES, 2018).

A continência tem sua definição como à capacidade normal de um indivíduo, que consegue fazer o controle urinário e fecal, e ter a consciência do local e o horário adequado para tal fim. Em bebês, este controle não é presente no início da vida, mas com o passar do tempo, os bebês vão criando maturidade neurológica, e os hábitos necessários. Já no adulto há variáveis quando se trata na relação de micção, o volume acumulado, e a frequência de micção e fecal. A continência não é só devido a uma boa integridade dos órgãos, músculos e ligamentos, mas também é levada em conta, a saúde geral do indivíduo, tanto sua capacidade física como a mental (POLDEN; MANTLE, 2002).

Em quanto tiver a pressão dentro da bexiga inferior a pressão de fechamento da uretra, a continência é mantida. A micção é a palavra que define o ato de eliminar a urina armazenada pela bexiga urinária (POLDEN; MANTLE, 2002).

Esta micção ocorre através de combinações de contrações musculares, sendo elas contrações voluntárias e involuntárias. Quando o nível de urina dentro da bexiga chega entre aproximadamente, 200 a 400 ml há aumento considerado da pressão intravesical, e os receptores de estiramentos que são encontrados na parede, eles fazem a transmissão dos impulsos nervosos para a medula espinal, entre a sacral S2 e S3, gerando um reflexo espinal denominado reflexo de micção. Os impulsos nervosos são propagados em toda a parede da bexiga urinária e no musculo do esfíncter interno da uretra. Esses impulsos levam a contração do musculo detrusor da bexiga, e o relaxamento do músculo esfíncter interno da uretra (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

As mulheres têm para si que a perda de xixi, ou seja, a IU é um processo normal do envelhecimento. Mas estes pensamentos que surgem são decorrentes da falta do conhecimento dos fatores desencadeantes deste distúrbio miccional, e que é possível através da reabilitação, que esses fatores sejam melhorados ou controlados, facilitando assim a melhora na qualidade de vida das idosas. Elas têm que ter o conhecimento de que fazer o uso de absorventes, fraldas, e a perca do xixi não é decorrente da velhice. Ao ocorrer este distúrbio uroginecológico, a

pessoa idosa tende a se recluir em casa, evitando assim o contato com a sociedade, perde a autoestima, e ter todo o desenvolvimento de problemas psicossociais (AGOSTINI; AQUARONE, 2014).

Aproximadamente 27 % da população mundial e de ambos os sexos possui esta disfunção urinária e que é duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens. 30 a 70% das mulheres atingidas são após a menopausa. Dentro de todos os tipos de incontinência urinária a que mais prevalece é a incontinência urinária de esforço (IUE), com 86% dos casos (MONTEIRO; SILVA, 2018).

A incontinência urinária se subdivide em: IU de urgência ou de urge-incontinência, IU de esforço, IU mista. A IU de urgência ou urge-incontinência é definida como uma perda de urina após a um forte desejo de miccionar. A IU inconsciente ocorre sem urgência ou que a pessoa tenha a consciência que teve a perda de xixi, micciona sem perceber que está havendo o extravasamento de urina (MONTEIRO, SILVA, 2018).

A IU de esforço é considerada como um problema de saúde pública mundial. É definida como a eliminação involuntária da urina durante algum esforço, exercícios, espirros ou tosses. Quando as estruturas que fazem esta continência urinária como músculos do assoalho pélvico, ligamentos, nervos entre outros estão frágeis, pode desenvolver o que é denominado de incontinência urinária de esforço (IUE) (FIORELLI; HADDAD, 2015).

A IU de esforço pode ter sua apresentação juntamente com a incontinência urinária de urgência. As duas associadas recebem o nome de incontinência urinária mista. A incontinência urinária de esforço ocorre quando a pressão abdominal é elevada através tosses, espirros, mudanças bruscas de posição, esforços físicos, e na ausência de desejo de micção prévio (ROCHA, 2010).

Acredita-se que mulheres que possui IU, geralmente há algum grau de disfunção do esfíncter. Já na hiper mobilidade e na disfunção do esfíncter as causas exatas ainda não são totalmente conhecidas, mas alguns fatores podem levar essas alterações como o peso, idade, mulheres com antecedentes obstétricos (principalmente em mulheres que tiveram partos normais). Outros fatores que podem levar a uma disfunção no assoalho pélvico e esfíncter urinário são alterações no colágeno, genética, e aumento crônico da pressão intra-abdominal (mais frequentes em mulheres obesas, pacientes com distúrbios respiratórios dentre outros (RIOS; GOMES, 2010).

Com a idade, as células lisas da uretra diminuem a densidade, e são substituídas por células adipócitos e células do tecido conjuntivo; quando atingem o limite de células substituídas ocorre o comprometimento da função do esfíncter, podendo assim surgir à IU. Há elevados índices de IU decorrentes dos fatores que alteram a dinâmica do assoalho pélvico tendendo a aumentar após a menopausa e na fase do envelhecimento (RIOS; GOMES, 2010).

Outros fatores podem comprometer a continência urinária na mulher, por exemplo, as hérnias discais, diabetes, doença de Parkinson, acidentes vasculares encefálicos – AVE, demências senis, alterações hormonais e psicológicas, malformações congênitas, podem ser um dos fatores que acarretam a incontinência urinária de esforço. Em pacientes com doenças pulmonares obstrutivas crônicas – DPOC fazem a elevação da pressão intra-abdominal, mas de forma crônica, e podem estar correlacionadas ao tabagismo e asma (PRADO; ARAUJO, 2013).

Outras patologias podem efetuar o mesmo mecanismo da incontinência urinária, por isso é de grande importância realizar um diagnóstico diferencial, pois o tratamento cirúrgico e o conservador para a correção de incontinência urinária, muito das vezes, não são benéficos e o mais correto. Assim pode levar a pessoa a realizar um cateterismo intermitente ou outra cirurgia específica para tal patologia (PRADO; ARAUJO, 2013).

Com o envelhecimento, todos os órgãos do corpo humano sofrem alterações, e desequilíbrios da homeostase. Nos órgãos do sistema urinário não é diferente, onde os rins, ureteres, bexiga e uretra sofrem estas mudanças decorrentes do processo de envelhecimento. Os rins perdem sua função renal com o passar da idade, o peso é menor quando comparado na idade adulta, e redução da área de filtração glomerular. Já os ureteres em estudos realizados anteriormente, foram observados diâmetro maior, e uma maior contratilidade do ureter, que seria decorrente da expansão da camada muscular (CARVALHO, 2016).

A bexiga também é um órgão que sofre estas mudanças neste processo do envelhecer. Com o envelhecimento da bexiga, pode ocorrer o desequilíbrio entre os músculos estriados, ou seja, os voluntários e o músculo liso (o autônomo) (CARVALHO, 2016).

Com a idade ocorrem depósitos de colágeno e alterações histológicas nas três camadas do músculo detrusor, que levam assim, conseqüentemente à hiperatividade muscular. O estímulo de estrógeno sobre a bexiga, uretra, ureter e trato genital, na mulher, há um declínio que se inicia no período do climatério, o que podem ser um dos facilitadores também para o surgimento de infecções urinárias e conseqüentemente resultando na IU (CARVALHO, 2016).

### 3.3. Diagnóstico da incontinência urinária na mulher e os recursos utilizados pela fisioterapia para o tratamento conservador

Para realizar o diagnóstico da IU engloba a anamnese, o exame uroginecológico, exame de urina rotina juntamente com a urocultura, medida do volume residual pós miccional, o teste do absorvente e do diário miccional. Já o teste urodinâmico será recomendado a aquelas pacientes que necessitam de um estudo mais aprofundado do perfil biofísico vesical, antes de iniciar um tratamento (MONTEIRO; SILVA, 2018).

A anamnese precisará conter dados da paciente, tendo como exemplo, a frequência que ocorre às perdas de urina, a quantidade de xixi perdida, e como ocorrem estas perdas. Caso houver tratamentos anteriores, deverá ser comunicado pela paciente ao fisioterapeuta (MONTEIRO; SILVA, 2018).

Ao fazer a avaliação da paciente, é necessário que seja realizado em um ambiente calmo, particular e sem pressa, e que todos os testes efetuados na avaliação devem ser informados a paciente, onde a mesma terá de ceder o seu consentimento para a efetuação dos exames (POLDEN; MANTLE, 2002).

Já no exame físico o fisioterapeuta irá fazer a palpação abdominal para eliminar possíveis tumores, e hérnias que possa provocar o aumento da pressão abdominal. Já o exame urodinâmico irá incluir vários aspectos entre eles poderemos citar a avaliação do trofismo genital; avaliação do prolapso genital, que irá verificar quantos centímetros os órgãos irão fazer a descida durante manobras de esforço; avaliação funcional do assoalho pélvico, incluindo a avaliação da capacidade contrátil do assoalho pélvico através da inspeção e palpação, e utilizando mais comumente a escala de *Oxford*; teste da perda urinária, onde é usada própria urina ou instilado soro a bexiga da paciente, e pede-se a mesma que faça movimentos de esforço onde é observado se há perdas e quantidade desta perda de xixi (MONTEIRO; SILVA, 2018).

A Tabela 01 demonstra a escala de *Oxford* que é uma escala avaliada em graus e realizada através da palpação bidigital simples, que pode gerar um pouco desconforto a paciente, mas que é colocada em prática por fisioterapeutas a fim de avaliar a resistência muscular e a sustentação dos músculos do assoalho pélvico (DIAS, et al, 2016).

**Tabela 1:** Escala de Oxford

Grau	Características
------	-----------------

0	Ausência de contração dos músculos perineais;
1	Apresenta um esboço de contração dos músculos, mas não é sustentada;
2	Demonstra uma <u>contração muscular de pequena intensidade</u> ;
3	Contração que é sentida com um aumento da pressão intravaginal (realizada uma compressão dos dedos do avaliador com pequena elevação da parede posterior);
4	Contração satisfatória dos músculos onde tem a compressão dos dedos do avaliador juntamente com elevação da parede posterior em direção a sínfise púbica;
5	Ocorre uma contração forte dos músculos e uma firme compressão dos dedos do avaliador, junto com um movimento positivo da parede posterior em direção a sínfise púbica.

**Fonte:** Adaptado de Dias et al, 2016.

Observa-se na Tabela 1 que a escala de *Oxford* vai de 0 a 5 e apresenta características que variam da ausência total da contração da musculatura pélvica até a contração máxima.

Outra forma de avaliar a IU é por meio do teste do absorvente que é usado para verificar os efeitos normais sobre a IU, ou seja, irá avaliar quanto de volume de urina eliminada no tempo transcorrido. Pode ser feito com os absorventes de 1 hora ou de 12 horas, onde após o tempo eles serão pesados e anotados para fins comparativos (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Através do exame de urina rotina e urocultura é possível averiguar se há presença de infecções, anormalidades metabólicas ou patologias renais, e é um dos aspectos indispensáveis na detecção da incontinência urinária (IU) (MONTEIRO; SILVA, 2018).

É solicitada a paciente a anotar a hora, dia e a quantidade de volume de urina de toda vez que ela vai ao banheiro, para realizar o diário miccional. Muitas mulheres acham incômodo, um processo que exige muito delas, pois isso dificulta a paciente a sair de casa, trabalhar, por ter que fazer necessário uma jarra medidora para tal fim. É preciso também que a paciente tenha certa destreza e agilidade, fazendo com que nem todas as pacientes consigam realizar este diário miccional. O prazo aceitável para a realização deste diário é de dois a sete dias (POLDEN; MANTLE, 2002).

O tratamento da IU em geral pode ser por meio farmacológico, conservador ou cirúrgico. Muitas das vezes os tratamentos são combinados com a finalidade de ser mais eficaz para a melhora ou a resolução da incontinência urinária (MASCARENHAS, 2011).

O tratamento farmacológico para a IUE é realizado através de medicamentos que contem fármacos que realiza o aumento do tônus da musculatura lisa da uretra. Fármacos que possui ações adrenérgicas (alfaestimulantes) promovem uma pequena elevação da pressão de

fechamento da uretra fazendo com que estes pacientes consigam realizar a continência por mais tempo. Mas ainda não é totalmente comprovada a eficácia dos resultados destes tipos de medicações e nem sobre seus efeitos colaterais (RIOS; GOMES, 2010).

As medicações como fenilpropanolamina, efedrina e pseudoefedrina, hoje são praticamente deixadas de lado para o uso no tratamento da IUE. Já o medicamento como a Duloxetina, tem como função de aumentar a atividade do esfíncter estriado externo, porém este medicamento foi introduzido no mercado europeu para ser usado como um recurso para o tratamento da IUE e no Brasil foi colocado para ser utilizado em outro tipo de patologia como a depressão e não para o uso dela em IU de esforço (RIOS; GOMES, 2010).

O tratamento cirúrgico na IU é recomendado para que possa melhorar o suporte vesical e uretral e diminuir um pouco a hipermobilidade, que pode ocorrer em alguns casos, e tendo também como objetivo a redução do ato de perda de urina durante os esforços e uma maior adaptação aos esforços que são aplicados nos órgãos ou musculatura pélvica (ROCHA, 2010). O tratamento conservador é aquele em que são optados os recursos em que não são cirúrgicos e são utilizados como um dos tratamentos possíveis para a IU (MASCARANHAS, 2011).

Em mulheres, principalmente as idosas, é indicada as alternativas do tratamento conservador e a reabilitação do assoalho pélvico como o objetivo de fortalecer a musculatura perineal e favorecer um melhor suporte vesical, através de várias técnicas fisioterapêuticas (ROCHA, 2010).

Dentre vários recursos existentes para a realização no tratamento conservador pode-se citar: a fisioterapia para a reabilitação do assoalho pélvico, dispositivos de suporte intravaginal (conhecidos também como pessários – são componentes de uso ginecológico produzidos com silicone e utilizados no tratamento conservador do prolapso uterino, prolapso da vagina após remoção do útero, prolapso da bexiga. Existe em diferentes modelos e tamanhos, cada um tendo indicação para cada tipo de prolapso), terapia comportamental, produtos absorventes e terapias alternativas (MONTEIRO; SILVA, 2018).

O uso dos pessários são umas das alternativas do tratamento conservador para aquelas pacientes que são contraindicadas a cirurgia, ou aquelas que não optam a realização da cirurgia, e também a aquelas que estão na fila de espera para efetuar a cirurgia, podendo ser utilizados por mulheres sexualmente ativas ou inativas. Os pessários são objetos parecidos com um anel com uma pequena saliência que tem efeito compressor relativo da uretra contra o púbis durante a algum esforço e tendo também a função de diminuir prolapsos associados ao esforço. A



higienização e a colocação e o ato de retirar o pessário fica sob a responsabilidade da paciente (MONTEIRO; SILVA, 2018).

Os estrogênios usados através da via vaginal favorecem o aumento do tônus uretral, melhorando a resposta alfa-adrenérgica e também a melhora das respostas ao fortalecimento do assoalho pélvico. Eles são considerados um tratamento adjuvante na incontinência urinária de esforço. Elas apresentam bons resultados quando associada a outros tratamentos, como por exemplo, o fortalecimento do assoalho pélvico e o uso de medicações (MONTEIRO; SILVA, 2018).

A escolha de recursos para traçar um plano de tratamento a paciente com IU dependerá do qual objetivo seria a sua utilização no caso da paciente sendo cada caso de forma individual, e as contraindicações e indicações e a anamnese de cada paciente, e o domínio da técnica a ser utilizada, deverá ser levado em conta (BARACHO; BOTELHO; NAGIB, 2018).

Geralmente o protocolo terapêutico realiza uma associação de técnicas de reequilíbrio postural, normalizações de tensões de musculaturas e aponeuroses e técnicas de controle como contração e relaxamento seja ele voluntária ou involuntário, treino da coordenação dos MAP, o uso de pessários e o treinamento de fortalecimento dos MAP. O treinamento de fortalecimento dos MAP pode ser realizado através da cinesioterapia com ou sem o auxílio do *biofeedback*, cones vaginais, e eletroestimulação (BARACHO; BOTELHO; NAGIB, 2018).

A instrução de exercícios para os músculos do assoalho pélvico (Kegel), treinamento da musculatura vaginal, um aconselhamento nutricional onde são recomendados a evitar a ingestão de bebidas que contem cafeína que provoca irritação da bexiga e evitar também diuréticos, são formas que podem ser incluídas no tratamento conservador da IUE (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

O Doutor Arnold Kegel instruiu vários estudos para verificar a eficácia do treinamento da musculatura do assoalho pélvico no tratamento da incontinência. Os exercícios de *Kegel* como são conhecidos, ativam a alça IV para utilizar impulsos corticais para que se possam contrair os músculos estriados de contração rápida e as de contração lenta do esfíncter periuretral através do nervo pudendo. No treinamento do MAP é pedido a paciente que se realize uma contração rápida e sustentada, onde durante a realização dos exercícios o fisioterapeuta deverá observar se há presença do sinal de valsava, e também poderá solicitar a paciente que mantenha a contração até que ela sinta que o musculo enfraquecendo durante a realização da contração. (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

A cinesioterapia é compreendida simplesmente através dos exercícios de *Kegel*, onde se tem o objetivo de treinar a musculatura perineal para que se tenha um bom tratamento da hipotonia dos músculos do assoalho pélvico (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

O *biofeedback* tem um papel fundamental no auxílio do tratamento de disfunções neuromusculares. Ele irá complementar os protocolos de treinamento da musculatura do assoalho pélvico, favorecendo assim a reeducação e a consciência sobre o treinamento muscular e sobre as funções fisiológicas inconscientes, deixando isolados os grupos musculares acessórios (BARACHO; BOTELHO; NAGIB, 2018).

O *biofeedback* manométrico é constituído de uma sonda vaginal inflável, o material utilizado da sonda é látex, que em contato com a parede vaginal da paciente irá gerar a possibilidade de recolher informações sobre a captação dos níveis pressóricos dentro da sonda vaginal. O *biofeedback* também ajuda no planejamento de um programa de treinamento dos MAP, onde através dele poderá ser observado qual tipo de contração pode ser utilizada sejam rápidas ou sustentadas, quantas repetições, e o tempo de contração e o intervalo de relaxamento (BARACHO; BOTELHO; NAGIB, 2018).

A fabricação e a comercialização dos cones deram início em 1988, onde eles são compostos de uma serie entre 05 a 09 cilindros pequenos, com pesos variantes entre 10 a 100 gramas, constituídos com chumbo revestidos de plástico e tem tamanho semelhante a um tampão com um cordão de *nylon*, onde e ligado a uma ponta um tanto quanto estreita. Quando se é introduzido, o cone tem a ação de forçar para baixo a musculatura do assoalho pélvico, e o sentimento de soltar o cone faz com que o músculo realize uma contração para sustentá-lo. É usado primeiramente o cone com o menor peso e conforme a paciente consiga efetuar a sustentação do mesmo por um minuto, as dificuldades vão aumentando através do aumento do peso (POLDEN; MANTLE, 2002).

A estimulação elétrica dos músculos do assoalho pélvico é considerada um tratamento coadjuvante no tratamento da IUE, na bexiga hiperativa e na IU mista, podendo-se distender a disfunções urinarias de origem neurológica, disfunções proctológicas e dores pélvicas. A aplicação das correntes elétricas pode ser feita através de eletrodos intracavitários seja endovaginais ou endorretais, pode ser eletrodos de superfícies como, por exemplo, o transcutâneo, por meio também de agulhas (BARACHO; BOTELHO; NAGIB, 2018).

Há o uso também de eletrodos implantáveis, denominadas também de neuromodulação, mas são colocadas por um cirurgião, por ser bastante invasiva. Por ter capacidade de ser

estímulo proprioceptivo, ele é muito usado na fase inicial do tratamento das pacientes em que possui a diminuição da capacidade em reconhecer a contração adequada dos músculos do assoalho pélvico, ou seja, aqueles em que a contração é ausente ou fraca (BARACHO; BOTELHO; NAGIB, 2018).

A paciente também pode realizar escolhas quando se fala na reeducação da bexiga. A paciente deverá ter em mente que, para a reeducação da bexiga, ela necessitará manter o gráfico de volume e frequência, ou realizar o diário miccional, podendo também incluir o quanto de líquido que foi ingerido. Ainda assim a paciente precisará ser cooperativa e seguir as instruções dadas pelo fisioterapeuta. Esta reeducação é muito indicada para aquelas mulheres que já possui o hábito de muitas vezes ao toalete para evitar acidentes de perda de urina, e para em casos de perda, tenha uma pequena quantidade. Após todo estudo urodinâmico da paciente, ela é orientada a realizar manobras ou recursos que possam auxiliar no retardo do esvaziamento, seja realizado através de contrações máximas e repetidas durante a urgência de urinar, pressão no períneo até a distrações como conversar ou músicas (POLDEN; MANTLE, 2002).

### **3.4. Os benefícios da fisioterapia na incontinência urinária na mulher**

Segundo Baracho, Botelho, Nagib (2018), pesquisas científicas demonstram que o tratamento conservador para o tratamento da incontinência urinária na mulher tem grandes eficácias, e possui métodos e técnicas pouco invasivos, de baixo custo e que oferecem aperfeiçoamento da função tais como também a melhora dos sinais e sintomas e da qualidade de vida das mulheres que possuem a incontinência urinária.

De acordo com Rios e Gomes (2010), estudos apontam que a fisioterapia pode ser muito eficaz de tratamento da IU se realizada de forma e com técnica adequada. E os índices de cura da IU são muito maiores quando ela se apresenta como uma incontinência leve, sendo assim a fisioterapia indicada em tratamentos de incontinência leve à moderada.

Há estudos em que comprovam o uso da cinesioterapia para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, foi bastante positivo, apresentando melhoras nos escores do questionário de qualidade de vida medias e medianas em quase todos os domínios apresentados no questionário (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

A cinesioterapia para o treinamento do MAP é uma das técnicas utilizadas para o tratamento da IU e apresenta bons resultados, demonstrando boas melhoras ou até mesmo a

cura dos desconfortos urinários, mas sem deixar esquecer que para bons resultados há uma série de fatores que auxiliam um bom tratamento, onde poderá citar a motivação, a frequência, o desempenho e participação das pacientes durante o tratamento e um bom desempenho dos profissionais (LIRA, 2017).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

360

Ao iniciar a entrevista com as mulheres, após a toda explicação sobre sua privacidade, sigilo, segurança das informações dados por elas e todas as outras explicações sobre o decorrer da entrevista, foi feita a primeira pergunta sobre se elas sabiam o que é a IU:

*Eu sei que é problema que dá na barriga (M1).*

*Eu não sei te falar (M2).*

*Sim, no caso que a gente aprendeu antes, seria bexiga caída (M3).*

*Eu sei, é quando o xixi é solto né? Aí não dá pra segurar (M4).*

*Sei, perca de urina (M5).*

*Eu sei que a gente espirra, a gente tosse, vai ter relação sai muita água, é desconfortável quanto pra mim quanto pra ele, é isso (M6).*

*Não (M7).*

Brito e Caldas (2016) relata que a IU é uma patologia definida pela Sociedade Internacional de Continências como a perda da urina de modo involuntário, que compromete a socialização e autoestima da pessoa. Ao analisar as respostas, pode-se perceber que a maioria das mulheres não sabe ao certo qual a patologia que ela apresenta.

A falta de esclarecimentos e informações contribui para que as mesmas não consigam realizar a definição de sua disfunção. Por mais que a IU seja uma patologia que possui uma definição, muitas mulheres na sociedade e todas as entrevistadas não tem o conhecimento concreto de que a IU e pensam que é um sintoma que tem o surgimento com o passar dos anos.

Na segunda pergunta foi indagado a elas sobre quais são os sintomas que elas sentiam no dia a dia quando se trata de incontinência:

*Às vezes eu sinto aquela água descendo assim, de certo que é do rim né? Desce aquela água que se eu tiver dormindo de manhazinha, 6 horas da manhã eu tenho que levantar depressa e sair correndo pro banheiro, se eu não for depressa molha tudo, meu Deus! Ou qualquer hora que dá vontade de ir que eu já sinto, e se eu tivesse assim espirrando aí ela já espirra também, é*

*desse jeito! Será que é por que fiquei grávida muito tempo ou pegava peso? sei lá... (M1).*

*Meu xixi é assim, eu tenho ele solto, o xixi é solto, se dá vontade na igreja [...] se eu não fizer naquela hora, eu faço, eu não consigo segurar. Quando dá vontade de fazer xixi na caminhada, não consigo como que faz? [...] então eu não vou mais, parei. [...] quando eu quero fazer é àquela hora, eu não consigo segurar é desse tipo que eu sou. Não tô indo na missa de manhã mais [...] se tiver como eu ir à tarde eu vou, de manhã eu não vou mais pra evitar [...] (M2).*

*Quando eu tusso, quando caminho rápido, espirra... ri, aí tem perda (M3).*

*Eu sentia muita dor no pé da barriga, era só o que eu sentia (M4).*

*Se eu tiver com bexiga cheia e eu for tossir, espirrar, passar da hora, aí acaba que faz sem esperar, né? Se tiver imaginando então que tá chegando num banheiro e tiver fechado... (M5).*

*Uai a barriga fica direto inchada, tá doendo, é muito desconfortável, é muito ruim! Não pode espirrar, não pode tossir, não pode nada, incomoda demais (M6).*

*Quando eu chego num lugar que deu vontade de fazer xixi eu tenho que fazer xixi! Aí não dá pra segurar. Já fiz xixi na roupa por conta disso, de tá com vontade e não conseguir chegar no banheiro (M7).*

Segundo Monteiro e Silva (2018), a incontinência urinária pode ser dividida em várias classificações, onde cada classificação apresenta diversos sintomas.

Dentre as 07 mulheres entrevistadas, 04 relataram que apresentam os sintomas da IU de esforço, onde se caracteriza pela perda de xixi durante algum esforço físico, duas apresentaram os sintomas de IU de urgência, e uma relatou que o sintoma seria a dor na parte inferior do abdômen, apresentando o diagnóstico médico de IU mais leve. Percebe-se que de todos os tipos citados pelos autores pesquisados, o tipo mais prevalente é a IU de esforço que afeta mais as mulheres entrevistadas.

Já na terceira pergunta, foi questionado a elas se já realizou algum tratamento para a incontinência urinária e em caso positivo, qual:

*Nunca fiz, e nem remédio (M1).*

*Não, não (M2).*

*Não, nunca fiz não (M3).*

*Eu já realizei com a cirurgia né? [...] tem muito tempo já (M4).*

*Já, fiz cirurgia, fiz períneo (M5).*

*Eu já fiz a cirurgia já e não adiantou nada, como se diz, vou ter que fazer de novo por que não adiantou. Meu caso tá muito sério (M6).*

*Não. Nunca fiz tratamento (M7).*

Observa-se que de todas as 07 entrevistadas, três mulheres realizaram a cirurgia ginecológica, enfatizando assim que essa seria a única opção conhecida e informada a elas através do médico ou de outras pessoas do convívio delas que passaram a elas sobre a realização da cirurgia para o tratamento da IU.

Sendo assim, as respostas das entrevistadas confirmam o que Fonseca e Fonseca (2009) ressaltaram ao dizer que muitas mulheres não se sentem à vontade de falar com seu médico sobre sua patologia, deixando-as constrangidas de falar sobre algo tão íntimo e pessoal, o que contribui para que elas demorem a buscar auxílio para o tratamento da disfunção, e resolve buscar esta ajuda somente quando a patologia afeta sua vida social de forma mais grave e intensa.

Na quarta pergunta, foi questionado a elas sobre quais são as opções conhecidas por elas para o tratamento da IU:

*Ah também não sei não, não sei (M1).*

*Eu penso que é a cirurgia, eles dizem que ajudam muito, né? Eu não sei. Eles falam que ajuda muito pra isso, pra quem tem a bexiga baixa (M2)*

*A única que eu conheço até hoje é a períneo, já fui informada do períneo pelo médico (M3).*

*Só a cirurgia nesse tempo, né? Nem os médicos não falavam com a gente nisso, fazer ginástica, fazer exercícios, fazer a fisioterapia, agora não, de uns anos pra cá melhorou muito, a saúde melhorou bastante. Com a cirurgia ficou tudo certinho (M4).*

*Eu só sabia da cirurgia (M5).*

*Eu nunca tive contato com outros tratamentos nenhum porque eu morei a vida toda em roça e agora que fui mexer na cidade, eu não tenho estudo nenhum e eu nunca tive informação dessas coisas, passei por nada disso ainda não. A cirurgia é a única (M6).*

*Olha que eu tô sabendo agora é a fisioterapia e caso cirúrgico também, mas eu não sabia (M7).*

Mascarenhas (2011) ressalta que para o tratamento da IU, pode ser utilizado o tratamento medicamentoso, cirúrgico e/ou conservador, mas que em alguns casos pode ser utilizado estes tratamentos de forma combinada, a fim de trazer melhores resultados para a resolução e a reabilitação da IU da mulher.

Ao observar as respostas das mulheres entrevistadas, muitas não têm conhecimento de outros tipos de tratamento, e o método mais conhecido entre elas e o mais informado a elas seria somente a cirurgia de períneo.

Baracho, Botelho e Nagib (2018) relatam que muitas pesquisas científicas demonstram os bons resultados dos recursos da fisioterapia no tratamento desta disfunção uroginecológica.

Durante a quinta pergunta foi pedido a elas que relatassem o quanto a IU afeta suas atividades de vida diária:

*Incomoda se eu sair com pouca roupa, quando dou fé a roupa tá molhada, né? Aí é ruim, né? [...] se eu vou na igreja, tô sentindo a barriga meio assim, aquela coisa, eu tenho que levantar e ir no banheiro, [...] quando vou na igreja domingo, meu Deus do céu!! [...] aí até que a gente sai e aquele tanto de gente, eles ficam pensando [...] olha lá, lá vai pro banheiro, é ruim, né? [...] se eu não levantar cedo e ir pro banheiro depressa molha a roupa, né? não dá pra segurar não! [...] eu não posso andar com pouca roupa [...] é muito ruim a gente andar desse tipo (M1).*

*Conforme for à viagem eu evito, né? Evito de fazer caminhada. [...] eu tive pior, mas por milagre de Deus eu miorei [sic] bastante (M2).*

*Deixa a gente assim, muito incomodada, né? Às vezes a gente tá no meio da sociedade, das pessoas, a gente fica assim com vergonha, né? Por que às vezes a gente tá de boa, aí de repente o xixi sai ou dá vontade. Ai sempre eu previno, coloco um absorvente pra amenizar (M3).*

*Eu passava muito tempo costurando aí quando levantava doía muito no pé da barriga, que aí pesava, né? Aí podia ficar até pior se eu não fizesse a cirurgia, né? (M4).*

*Ah afeta muito porque se eu for sair eu tenho que prevenir, eu uso absorvente, sempre vou ao banheiro antes de sair, toda oportunidade que tenho eu já vou pra evitar de passar aperto, né? Aí acaba que afeta a gente (M5).*

*É coisa tudo, é tudo. Eu fui no aniversário da minha mãe, tosi em volta da minha mãe, mijei nas minhas pernas tudinho! Só não passei vergonha porque tava na casa da minha família porque se eu tivesse fora eu tinha passado vergonha demais. Eu evito de ficar saindo, evito de ficar bebendo coisa sabe? Evito muita coisa. [...] eu sempre uso roupa escura, né? Que se acontecer algum imprevisto não dá pra ver (M6).*

*Olha quando eu tô... às vezes a gente tá conversando e se eu começar a rir eu faço xixi, faço xixi sem ver, se eu espirrar eu faço xixi também. Pra mim fazer caminhada eu tenho que vir aqui pra vir no banheiro e voltar e continuar a caminhada. Já fiz xixi na rua, não deu tempo de chegar. [...] no dia que afeta mais, por exemplo, eu já deixei de assar, amassar biscoito por conta da vontade de toda hora querer ir no banheiro, como a gente vai ocupar as mãos, eu deixei de fazer, que era os dias que tava mais atacado. Tem dia que tá mais, eu acho que tem a ver com a lua, eu acho... mudanças de lua eu acho que piora (M7).*

Percebe-se que na maioria das vezes as mulheres não saem de casa sem realizar a prevenção com absorventes e as idas ao banheiro. Desta forma, a restrição de interação com a sociedade, pode abalar a mulher de forma física, psicológica e social.

De acordo com Fonseca e Fonseca (2009) é possível observar que esta disfunção uroginecológica afeta muito a socialização e autoestima destas mulheres, onde a patologia faz com que elas evitem socializar com amigos, ficar muito tempo fora de casa, fazer exercícios físicos, como forma de prevenir as perdas de xixi.

E por último, as mulheres foram questionadas se elas têm conhecimento que a fisioterapia atua no tratamento e na prevenção da IU:

*Eu tenho conhecimento sim, eu já fiz aqueles exercícios pra fazer em casa [...] eu andei fazendo aí parece que melhorou um tiquinho (M1).*

*Eu acho que ela ajuda com certeza (M2).*

*Não eu não sabia (M3).*

*Eu tenho. Até por que a gente já conhece, já tem informação, nas ginásticas que a gente já fez, né? Já fiz muita ginástica, os professores ensinavam, agora os médicos mesmo depois que a gente já passou por médico, agora eu já sei que tem [...] agora a gente sempre vai tendo conhecimento, né? Sabe que deve fazer que ajuda bastante (M4).*

*Não tinha (M5).*

*Não sabia desse tratamento, não sabia. De muitas pessoas eu já vi falar, mas eu ver assim fazendo, como que explica [...] fazendo eu nunca vi não (M6).*

*Antes eu não sabia. Agora eu sei por que você me explicou agora (M7).*

Ao analisar as respostas, das 07 mulheres só uma tinha conhecimentos de exercícios de fortalecimento de assoalho pélvico, mas não sabia ao certo a atuação da fisioterapia na saúde da mulher e no tratamento da incontinência urinária, e que deu início na realização destes exercícios, mas não deu continuidade na efetuação do mesmo. As outras 06 não possuía o conhecimento da atuação da fisioterapia na prevenção e no tratamento da IU. Observa-se que há falta de divulgação e esclarecimentos da atuação da fisioterapia na saúde da mulher e no tratamento conservador da IU.

Silva e Lopes (2009) ressaltam que para que se tenha uma abordagem da população feminina, deveriam ser realizados projetos e ações para que estas informações sobre a patologia, o manejo e os recursos disponíveis para o tratamento da IU, chegue tanto para a sociedade quanto para os profissionais da saúde, onde estes profissionais podem se adequar para favorecer a recuperação da qualidade de vida das mulheres com IU.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Durante a realização da pesquisa bibliográfica e de campo pôde-se notar que a IU atinge muitas pessoas de ambos os gêneros, mas com maior prevalência no gênero feminino, e que a afeta por completo, de forma biopsicossocial levando a mulher a mudar o seu estilo de vida, principalmente para que não tenha perdas de urina em público.

Vários são os fatores que podem levar a IU e ocasionar, seja ela devido a perda de hormônios ou diminuição da força dos MAP. Vários autores referenciados ressaltam que os variados recursos disponíveis da fisioterapia para o tratamento, trazem ótimos resultados para a IU, podendo ser observados por meio da diminuição dos sintomas que a mulher venha a ter com a patologia.

O uso dos aparelhos como eletroestimulador, utilização de pessários, cones vaginais, *biofeedback*, e a realização dos exercícios de cinesioterapia, exercícios de *Kegel*, podem trazer benefícios, tais como: o ganho de força dos MAP, aumento da capacidade de segurar por mais tempo, auxiliando na diminuição das percas de urina, melhora da percepção corporal e da qualidade de vida.

Ao observar as percepções das mulheres que possui a IU, muitas não sabem realmente o que seria a sua patologia, mas sabem relatar a sua realidade, e dificuldades que elas encontram através dos sintomas da IU presentes em sua vida, e observa-se que também que a fisioterapia não é muito conhecida ou não é conhecida pelas entrevistadas como um método disponível de tratamento para a IU, e que o único recurso que elas têm ou teve acesso é a cirurgia ginecológica de períneo.

Mesmo sendo útil e valorosa, a fisioterapia uroginecológica na IU ainda não é umas das opções mais recomendadas e informadas às mulheres, o que faz com que possa perceber que ainda é preciso que a fisioterapia seja mais difundida, esclarecida para a população para que as mulheres que possui a IU possam procurar um auxílio para o tratamento da incontinência urinária, para que assim possa favorecer na melhor qualidade de vida e na autoestima.

Todas as problemáticas foram respondidas no decorrer no trabalho, e todos os objetivos foram alcançados, mas a pesquisa ainda está aberta para outras indagações que possam surgir a partir dessa leitura. Sugerem-se mais estudos sobre a IU em mulheres de forma que o sofrimento vivenciado por elas vá além de uma cultura de gênero.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L. M. N. **Masculino e feminino**: uma construção social. I Seminário Científico da FACIG, 29, 30 e 31 de outubro de 2015. Disponível em <<http://www.pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiarociencia/article/view/254>> Acesso em dez. 2019.

ALVES, M. A. Gênero e saúde mental: algumas interfaces. **Working Paper**, Série 2, n., 2017. Disponível em <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/118155/1/ppec\\_8635337-4604-1-SM.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/118155/1/ppec_8635337-4604-1-SM.pdf)> Acesso em dez. 2019.

AGOSTINI, P.; AQUARONE, R. L. Incontinência. In: MENDES, T. A.B. (Coord.) **Geriatria e gerontologia**. Barueri: Manole, 2014. Pp. 397-398.

BATISTA, G. F. et al. Reflexão sobre gênero na produção científica brasileira de saúde. **Saúde em Redes**. 2018; 4(1):85-94. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/888>> Acesso em dez. 2019.

BARBOSA, S. S. D. et al. Capítulo 2: Anatomia em urologia. In: LOPES, R. M.; TAJRA, L. C. F. (org.) **Atlas de pequenas cirurgias em urologia**. São Paulo: Gen Roca, 2011. Pp. 7-10.

BARACHO, E.; ROSSI, L.; LOPES, G. C. Anatomia da pelve feminina. In: BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Pp: 03-13.

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**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Pp. 369-373.

BRITO A. C.; CALDAS, G. O. Incontinência urinária. In: FREITAS, E. V.; P. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Pp. 787-796.

CARVALHO, F. J. W. Envelhecimento do sistema urinário. In: FREITAS, E. V.; P. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Pp. 754-758.

COFFITO. Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Formação acadêmica e profissional**. Disponível em: <[https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=2344](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2344)> Acesso em: out. de 2018.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas S.A., 2014. Pp. 145-159.

DIAS, E. M. et al. Cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária de esforço- estudo de caso. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, São Paulo, V. 5, 2016. Disponível em: <<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/2229/1054> > Acesso em: dez. 2018.

FIGURELLI, L.; HADDAD, J. M. Incontinência urinária de esforço. In: BARACAT, E. C.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R. **Terapêutica clínica em ginecologia**. Barueri: Manole, 2015. Pp. 323- 329.

FONSECA, E. S. M.; FONSECA, M. C. M. Incontinência urinária feminina e qualidade de vida. In: MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecológica**. 2ª Ed. Barueri: Manole, 2009. Pp. 99-100.

LIRA, L. D. B. **Fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço**: uma revisão sistemática. Campina Grande, 2017. Universidade estadual da Paraíba. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/15090/1/PDF%20-%20Larissa%20Duarte%20de%20Britto%20Lira.pdf>> Acesso em: dez. 2018.

MASCARENHAS, T. Disfunções do pavimento pélvico: incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. In: OLIVEIRA, C. F. (Org.). **Manual de Ginecologia**. V. 2. Lisboa. Permanyer. Portugal, 2011. Disponível em: <[http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap\\_30.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_30.pdf)> Acesso em: dez. 2018.

MONTEIRO, M. V. C.; SILVA, A. L. Incontinência urinária. In: BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Pp. 327-331.

MOORE, K. L.; AGUR, A. M. R.; DALLEY, A. F. In: capítulo 3: **Pelve e Períneo**. Fundamentos de anatomia clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Pp. 204-235.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, V. 14(2), 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/SciELO.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000200014](http://www.scielo.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200014)> Acesso em: dez. 2018.

PINHEIRO, G. B. **Introdução à fisioterapia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. P. 2.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Santos, 2002. Pp. 16-20, 335-342.

PRADO, M. J.; ARAÚJO, R. M. Capítulo 49: Incontinência urinária feminina e prolapso pélvico- epidemiologia, fisiopatologia e diagnóstico. In: NARDI, A. C. et al. **Urologia Brasil**. São Paulo: planmark, 2013. Pp. 506-510.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. Barueri: Manole, 1999.

RIOS, L. A. S.; GOMES, H. P. Capítulo 29: incontinência urinária de esforço. In: NARDOZZA, A.; ZERATI, M.; REIS, R. B. **Urologia fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. Pp. 260-263.

ROCHA, F. E. T. Capítulo 25: Incontinência urinária feminina. In: NARDOZZA, A. REIS, R. B.; CAMPOS, R. S. M. **MANU: Manual de urologia**. São Paulo: Planmark, 2010. Pp. 185-188.

SANTOS, I. E. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. 12. ed. Niterói: Impetus, 2016. Pp. 181-196.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da escola de enfermagem da USP**. Vol. 43 n.1. São Paulo, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100009) . Acesso em: nov. de 2019.

368

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2004. Pp. 12-20, 106-121.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Pp. 987-1025.

TORTORA, G. J.; NIELSEN, M. T. **Princípios da anatomia humana**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Pp. 922-933.