

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
CURSO DE BACHARAL EM FISIOTERAPIA**

**ALCILENE RODRIGUES DA SILVA
LÍVIA DE SÁ MOURA**

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
MULHERES NA MENOPAUSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

**MOSSORÓ
2023**

ALCILENE RODRIGUES DA SILVA
LÍVIA DE SÁ MOURA

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
MULHERES NA MENOPAUSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Artigo Científico apresentado a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como requisito obrigatório, para obtenção do título de Bacharel em fisioterapia.

Orientador(a): Profa. Me. Joelma Gomes da Silva.

MOSSORÓ
2023

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

S586i Silva, Alcilene Rodrigues da.

Intervenção fisioterapêutica na incontinência urinária em
mulheres na menopausa: uma revisão integrativa da literatura
/ Alcilene Rodrigues da Silva; Lívia de Sá Moura. – Mossoró, 2023.
25 f. : il.

Orientadora: Profa. Ma. Joelma Gomes da Silva.
Artigo científico (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Menopausa. 2. Incontinência urinária. 3. Tratamento. 4.
Fisioterapia uroginecológica. I. Moura, Lívia de Sá. II. Silva, Joelma
Gomes da. III. Título.

CDU 615.8-055.2

ALCILENE RODRIGUES DA SILVA
LÍVIA DE SÁ MOURA

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
MULHERES NA MENOPAUSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Artigo Científico apresentado a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como requisito obrigatório, para obtenção do título de Bacharel em fisioterapia.

Aprovada em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Joelma Gomes Da Silva – Orientador(a)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

Prof. Esp. Graciliano Davi Santos Rodrigues – Avaliador(a)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

Profa. Ma. Elanny Mirelle da Costa – Avaliador(a)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NA MENOPAUSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN URINARY INCONTINENCE IN WOMEN IN THE MENOPAUSE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ALCILENE RODRIGUES DA SILVA
LÍVIA DE SÁ MOURA

RESUMO

Durante a menopausa o declínio do hormônio esteroide pode resultar em fraqueza muscular do assoalho pélvico, tornando a mulher suscetível à incontinência urinária; patologia multifatorial, caracterizada pela perda involuntária da urina. Neste sentido, a fisioterapia atua tanto no tratamento quanto na prevenção, promovendo uma melhor conscientização corporal e perineal, com a melhora do tônus muscular. Neste contexto, objetivou-se realizar um levantamento da literatura acerca do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária em mulheres durante a menopausa. Para isto, adotou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed, Biblioteca virtual da saúde (BVS) e Periódico Capes de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Artigos completos e capítulos de livros disponíveis na íntegra, escritos em língua portuguesa e/ou inglesa, publicados nos últimos dez anos (2013 a 2023) e que tivessem relação com tema proposto. Já os critérios de exclusão, foram aplicados para teses, dissertações, artigo de revisão, monografia, cartas aos editores e estudos duplicados em mais de uma base de dados. Após aplicação destes critérios este estudo foi composto por 6 artigos selecionados para a pesquisa e três capítulos de livros. A partir desta pesquisa, percebe-se que existem vários recursos para tratar a IU, sendo os mais utilizados: o cone vaginal, exercícios de kegel, eletroestimulação e biofeedback. Dentro deste tratamento, foi observado que a associação de exercícios com estes recursos terapêuticos surtem mais efeito na redução da perda da urina. Portanto, nota-se que a fisioterapia tem um papel essencial para o manejo da IU durante a menopausa, promovendo um tratamento focado na reeducação, prevenção e ganho de consciência corporal, diminuindo sua prevalência e impactando positivamente na qualidade de vida da paciente, sendo, portanto, considerada a intervenção padrão ouro na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: menopausa; incontinência urinária; tratamento; fisioterapia uroginecológica.

ABSTRACT

During menopause, steroid hormone decline can result in pelvic floor muscle weakness, making women susceptible to urinary incontinence; multifactorial pathology, characterized by involuntary loss of urine. In this sense, physiotherapy acts both in treatment and prevention, promoting better body and perineal awareness, with improved muscle tone. In this context, the objective was to carry out a survey of the literature about physiotherapeutic treatment in urinary incontinence in women during menopause. For this, an integrative literature review was adopted in the databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed, Virtual Health Library (BVS) and Periódico Capes, according to the following inclusion criteria: Complete articles and chapters of books available in full, written in Portuguese and/or English, published in the last ten years (2013 to 2023) and that were related to the proposed theme. Exclusion criteria were applied to theses, dissertations, review articles, monographs, letters to editors and duplicate studies in more than one database. After applying these criteria, this study consisted of 6 articles selected for the research and three book chapters. From this research, it is clear that there are several resources to treat UI, the most used being: the vaginal cone, kegel exercises, electrostimulation and biofeedback. Within this treatment, it was observed that the association of exercises with these therapeutic resources has more effect in reducing urine loss. Therefore, it should be noted that physiotherapy plays an essential role in the management of UI during menopause, promoting a treatment focused on re-education, prevention and gain in body awareness, observing its prevalence and positively impacting the patient's quality of life, being, therefore, considered a gold standard intervention in the literature.

KEYWORDS: menopause; urinary incontinence; treatment; urogynecological physiotherapy.

1 INTRODUÇÃO

A fase da menopausa pode ser marcada pela data do último ciclo da menstruação que consequentemente resulta em falência ovárica definitiva. É estabelecida após 12 meses consecutivos de amenorreia sem nenhum fator patológico associado, em geral ocorre por volta dos 40 a 58 anos de idade. Este período pode ser dividido em algumas fases, a saber: perimenopausa ou transição menopausal, que antecede a menopausa, ocorrendo várias alterações físicas, hormonais e psicológicas. Devido essas alterações hormonais surge os principais efeitos fisiológicos, como alterações no seu sistema reprodutivo acarretando diversos sintomas. E a pós-menopausa, onde os sintomas climatéricos podem ser evidenciados de maneira intensa, podendo durar 10 anos.¹

Durante esse processo pode ocorrer várias modificações sintomáticas, como: calor corporal, ressecamento vaginal, sudorese, diminuição da libido, alterações no sono, no humor e na função pélvica, o que pode levar ao aparecimento de prolapsos e da incontinência urinária (IU). Sobre esta, sabe-se, que 10% das mulheres entre as idades de 55 a 65 anos

quando vão ao ginecologista, relatam perda de urina, o que causa um forte impacto na qualidade de vida, afetando as esferas sexual, social e psicológica.²

Quanto a sua classificação, a IU possui 3 formas principais, a saber: Incontinência urinária de esforço (IUE), definida por perda involuntária de urina quando submetido a qualquer esforço físico, como tossir ou espirrar; Incontinência urinária de urgência (IUU), perda da urina no momento em que sente um forte desejo de urinar e incontinência urinária mista (IUM), quando há associação de ambas.¹ O diagnóstico é feito inicialmente por meio da investigação clínica, coletando o histórico da perda de urina, exames físicos e laboratoriais.³

No que se refere ao tratamento, o conservador ainda é considerado padrão ouro, com foco na intervenção fisioterapêutica, por ser seguro, com poucos efeitos colaterais, possuir baixo custo quando comparado com o método cirúrgico e medicamentoso; além de tratar de fato a causa do problema. Desta forma, por meio da cinesioterapia, que consiste em uma forma de contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP) para fortalecimento muscular, considerado alguns parâmetros como repetições, extensão de contração, duração de intervalo e intensidade; da eletroterapia, que por meio da estimulação de corrente elétrica aderida a pele por via de eletrodos, promove efeitos terapêuticos; além do uso de biofeedbacks e outros dispositivos auxiliares no tratamento, há uma promoção e reabilitação para este público com foco na melhora da qualidade de vida e funcionalidade do assoalho pélvico.¹

Sendo assim, a dificuldade pela busca do tratamento para a IU acontece ou por falta de conhecimento ou por todo estigma social e cultural em torno da doença. A partir disto, ainda se têm a ideia de que a sintomatologia está associada ao processo natural do envelhecimento. Isto é preocupante ao passo que a IU causa muitos transtornos como ansiedade, depressão, isolamento social devido ao constrangimento gerado e ao forte odor da urina.

Portanto, há uma necessidade de discussão do tema, tanto socialmente, entre os profissionais da área da saúde, como na academia. Nessa perspectiva, a ideia é que haja a difusão do conhecimento e fortalecimento desde o momento da formação dos agentes que irão cuidar destas mulheres até aqueles que já está no mercado de trabalho e precisam estar sensíveis as necessidades destas pacientes, bem como da família e ciclo social que precisa entender e saber a melhor forma de acolher nestes casos.

Desse modo, há uma necessidade de discussão em torno do manejo e diferentes aspectos de tratamento, para que haja um acompanhamento direcionado, humanizado e efetivo para este público. Neste sentido, o profissional de fisioterapia destaca-se pela sua contribuição nestes casos, com efetividade cientificamente comprovada. Porém, ainda há a necessidade de levantamento de dados acerca das diversas formas de intervenção e seus resultados.

Portanto, diante deste contexto, o presente artigo visará responder a seguinte pergunta problema: quais os impactos do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária em mulheres na menopausa? E como objetivo geral: Realizar um levantamento da literatura acerca da atuação da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres na menopausa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MENOPAUSA X INCONTINÊNCIA URINÁRIA: FISIOPATOLOGIA, FATORES ASSOCIADOS E CLASSIFICAÇÃO.

A menopausa tem origem de um declínio das células estrogênicas e é definida por amenorreia em até 12 meses consecutivos. Ela ocorre por volta dos 51 anos, porém pode acontecer em diferentes estágios da vida da mulher.⁴ Durante esta fase e suas transições os principais hormônios femininos são hormônio foliculoestimulante (FSH), luteinizantes (LH) e o estradiol, que nesta fase, apresentam uma volubilidade de seus níveis.¹ Portanto, proporcionalmente ao envelhecimento, existe uma intensa diminuição dos folículos ovarianos e células granulosas, que são produtoras principais de estradiol. Dessa maneira, a redução desse hormônio bloqueia o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano resultando em inexistência do ciclo ovariano, e em ciclos menstruais irregulares até cessar totalmente.³

Quanto a sua classificação, pode-se dividir este período em algumas fases, a saber: perimenopausa ou transição menopausal, que antecede a menopausa, ocorrendo várias alterações físicas, hormonais e psicológicas. Menopausa, definida como a ausência da menstruação durante um período de 12 meses consecutivos e onde inicia os principais efeitos fisiológicos, como alterações no seu sistema reprodutivo acarretando diversos sintomas. E a pós-menopausa, onde os sintomas climatéricos podem ser evidenciados de maneira intensa, podendo durar 10 anos.⁵

Dentre a sintomatologia presente durante este período têm-se: a sudorese noturna, dispareunia, fogachos, transtornos de sono, sintomas vasomotores graves que amplia os riscos de doenças cardiovasculares; depressão, irritabilidade, ansiedade, labilidade de humor, perda de memória; que podem afetar a função cognitiva; osteoporose, dores articulares, fadiga muscular, secura vaginal, disfunção sexual e incontinência urinária (IU). Vale salientar que essa sintomatologia afeta significativamente a qualidade de vida e saúde das mulheres.¹

Neste contexto, vale destacar a relação entre o envelhecimento, a menopausa e a disfunção do trato inferior; tanto no surgimento como no agravamento de patologias já presentes.⁶ Isto porque, o trato urinário inferior e o genital feminino compartilham origens embriológicas comuns e ambos são sensíveis aos hormônios esteroides sexuais femininos, pois os receptores, tanto de estrogênio, como de progesterona, se encontram na vagina, bexiga, uretra e musculatura do assoalho pélvico. Sendo assim, e devido aos eventos já citados anteriormente, há grandes impactos no trato urinário inferior com alterações atróficas, infecção recorrente, noctúria, atrofia urogenital, dispareunia, coceira, incontinência urinária, queimação vaginal e seca.⁷

Diante disto, surge a síndrome geniturinária (SGU) da menopausa que é definida como uma síndrome que contém um conjunto de sintomas relacionado a este trato, e com prevalência presente durante a pré-menopausa em 19% das mulheres entre 40 e 45 anos, e com tendência ao agravamento juntamente com o avançar da idade.⁸ Neste contexto, umas das principais afecções que acomete as mulheres na menopausa é a incontinência urinária (IU), com prevalência de 35% a 55% entre mulheres acima dos 55 anos.⁹

Conceitualmente, podemos definir a IU como qualquer perda de urina involuntária, com repercussão associadas a qualidade de vida e aspectos físicos.¹⁰⁻¹¹ O principal mecanismo está associado a frouxidão da parte suburetral da vagina e/ou de seus ligamentos de sustentação. Há ainda o envolvimento neurofisiológico, pois para se manter a continência é preciso que os nervos parassimpáticos, somáticos, simpáticos, sensoriais e os componentes musculares trabalhem em conjunto. Portanto, quando há a falha em algum desses mecanismos, pode resultar em incontinência urinária.¹²

Este quadro pode ser classificado de acordo com seu tipo em: incontinência urinária de esforço (IUE): origina-se pela diminuição da pressão uretral, tornando incapaz de impedir a saída da urina durante a execução de atividades que elevam a pressão intravesical, como tosses ou espirros. Incontinência urinária de urgência (IUU): ocorre devido distúrbios de hiperatividade motora do músculo detrusor ou distúrbios neurológicos sensitivos. Incontinência urinária mista (IUM): Há uma associação dos mecanismos fisiopatológicos da IUE e IUU. Têm-se ainda a Incontinência urinária paradoxal: quando há o forte desejo de urinar, porém só elimina em gotas, assim a bexiga não é capaz de esvaziar, deste modo fica completamente cheia e a urina transborda involuntariamente devido a problemas neurológicos ou obstrutivos intravesicais. E a Incontinência urinária contínua, que consiste na perda constante de urina provocada por graves lesões no sistema esfínteriano podendo ser secundária a ressecções pélvicas ou traumas genitais.¹⁻¹⁰

Quanto a etiologia, vale destacar que possui uma origem multifatorial. Para Kubiak et al.¹³ têm-se como fatores predisponentes a genética, gênero, gravidez, parto normal, obesidade, histerectomia, e cirurgias pélvicas. Acrescenta-se ainda, apesar das controversas, atividades físicas de grande intensidade como CossFit e musculação.¹⁴

Quando relacionada a idade, associa-se a diminuição da capacidade vesical como minimização da função de inibir a micção, deste modo eleva a frequência de contrações involuntárias da bexiga, tornando a contratilidade alterada. Desta forma a micção torna-se mais difícil de conter e tende a não ser finalizada. Quando se têm ainda o fator menopausa associado, adiciona-se a diminuição de estrógeno causando uretrite, diminuição da resistência uretral, vaginite atróficas e pressão máxima de fechamento uretral.¹⁵

Neste contexto, por ser algo relacionado a fatores intrinsecamente ligados ao envelhecimento, é preciso dá uma atenção especial pois esta condição causa adversidades na qualidade de vida das mulheres acometidas com o desenvolvimento de quadros depressivos, isolamento social, constrangimento, comprometimento na função sexual, como falta de libido, problemas na qualidade do sono, limitações em algumas atividades diárias e ocupacionais.¹⁶

2.2 FISIOTERAPIA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Diante da complexidade da IU, é preciso sempre discutir formas de manejos resolutivos. Neste sentido, a fisioterapia, enquanto tratamento conservador, se configura dentre as primeiras escolhas de intervenção. Deste modo o fisioterapeuta pode atuar auxiliando o treino de normalização do tônus dos músculos do assoalho pélvico e percepção corporal por meio do treinamento via cinesioterapia, além da estimulação elétrica, biofeedback e terapia comportamental.¹⁻¹⁰⁻¹⁵

SILVA et al.¹⁷ definem o biofeedback como umas das principais técnicas de primeira linha para o tratamento da IU. Esta técnica consiste em apresentar contração muscular fisiológica para o paciente, sendo de forma visual ou acústica. Para obtenção de informações é necessário utilizar alguns equipamentos, como os manômetros, no qual capta informação através de uma sonda intracavitária e obtém os níveis pressóricos e o equipamento eletromiográfico, que possui um sensor de eletromiografia de superfície, monitor de vídeo e eletrodo.

Assim, quando conectado ao músculo recebe as informações sobre a contração muscular e repassa em forma acústica e/ou de vídeo na tela do computador. Por oferecer esse feedback a paciente, é um tratamento que incentiva o desempenho no tratamento, além de favorecer as contrações do períneo. Porém, possui algumas contraindicações como: gravidez, infecções

vaginais, diminuição da percepção sensorial da vagina, infecção urinária, arritmia cardíaca e menstruação.¹⁸

Quanto a terapia comportamental, esta representa um conjunto de técnicas que tem como objetivo trabalhar mudanças nos hábitos de vida que influenciam diretamente nos sintomas da IU, com foco na eliminação dos sintomas. Deste modo, vale salientar que esta intervenção é voltada para educação em saúde e prioritariamente deve ser feita de maneira individualizada de acordo com o quadro de cada paciente.¹⁹

Um dos métodos mais eficaz para auxiliar nesta terapia é o diário miccional, pois avalia o padrão miccional e monitora os registros diários por três dias, por meio de informações como data, horário de cada micção, volume e o tipo de líquidos ingeridos, data e hora de perdas de urina, quantidade de urina perdida, perdas de urina aos esforços e sintomas de urgência miccional.⁵

Outra intervenção bastante aplicada na atualidade, é a estimulação elétrica, porém vale lembrar que de maneira coadjuvante. Sua aplicação se dá através de eletrodos vaginais ou de superfície, além do método intracavitário que por sua vez atua reestabelecendo associações neuromusculares, melhorando a função de suas fibras musculares, força de contração e endurance. Esta aplicação pode ser feita principalmente em pacientes que não apresenta contração muscular dos MAPs ou exibe de uma forma enfraquecida, e como também aqueles que tem dificuldade de reconhecer a contração adequada. As suas principais contraindicações são: diminuição da percepção sensorial da vagina, arritmia cardíaca, gravidez, menstruação, infecções vaginais e infecção urinária.¹⁻¹⁵⁻¹⁹

Com relação ao treino dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), compreende um dos princípios básicos do tratamento da cinesioterapia, onde a paciente já possui boa percepção do assoalho e conseqüentemente consegue realizar os exercícios de contração com principal objetivo para suporte uretral. Os parâmetros utilizados são: intensidade, duração e frequência, levando em consideração o número de repetições, tempo de contração, tempo de intervalo, progressão e carga, que deve ser determinado no momento da avaliação uroginecológica. O TMAP, pode ser realizado em vários posicionamentos, entretanto umas das posições mais fáceis para realizar o exercício é em decúbito ventral e dorsal, tendo em vista ação da força da gravidade sobre MAPs.¹⁵⁻¹⁹

Diante dos principais tratamentos, a fisioterapia dispõe de diversos recursos terapêuticos como auxiliares nesse processo, a exemplo dos cones vaginais bastante utilizado no tratamento para fortalecimento do assoalho pélvico. Para utilizar é necessário um kit de 5 a 9 cones, no qual possui tamanho e pesos diferentes (20 a 100 gramas). Desse modo, é inserido

no terço médio do canal vaginal, logo em cima da MAPs, e provoca o estímulo proprioceptivo, realizando a contração desta musculatura.¹⁻¹⁷

O seu mecanismo de ação consiste em um treino funcional do assoalho pélvico, que causa uma contração reflexa com o objetivo de desencadear uma resposta proprioceptiva e ampliar uma sobrecarga muscular progressiva durante os exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Neste aspecto o cone vaginal apresenta uma grande vantagem, a saber: prática individualizada, de fácil aprendizado, aumento de sobrecarga de acordo com a motivação do paciente e menor necessidade de retornos ao fisioterapeuta. Contudo, exige cuidados com a higiene devido o contato direto com a mucosa vaginal, sendo assim passível a infecções, as suas principais contraindicações, são: Período menstrual, lesão na região vaginal, retenção urinária, gestantes, dificuldade de compreensão ou déficit cognitivo, gestantes, distopias acentuadas, retenção urinária e estenose vaginal.¹⁷

Ainda sobre o fortalecimento da musculatura pélvica, a ginástica hipopressiva (GH) vem se destacando na literatura para o tratamento da IU. É uma técnica recente que se baseia em contrações voluntárias do MAPs e dos músculos do abdômen, realizando manobra de aspiração diafragmática e sua respectiva contração, ativando os reflexos dos MAPs. É bastante utilizado como um complemento dos exercícios durante as intervenções. A técnica auxilia bastante atuando em pacientes que tem um grande impasse sobre a conscientização perineal, tanto na dificuldade de aprender, quanto na realização. Apesar de ser um método básico e simples existem algumas contraindicações, como gestantes, hipertensos, cardíacos e pessoas com doenças pulmonares.²¹

Diante desta discussão, nota-se a variabilidade de recursos dentro da fisioterapia para o tratamento da IU, porém é preciso ter em vista a complexidade deste tratamento e a necessidade de um protocolo individualizado para cada paciente. É importante destacar também que a educação em saúde e a complementação do tratamento em domicílio pela paciente são pontos imprescindíveis para o sucesso do tratamento.¹⁵

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida se caracterizou como sendo um estudo exploratório, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a partir de artigos científicos e capítulos de livros já elaborados. Baseando-se na pergunta norteadora: Quais os impactos do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária em mulheres na menopausa?

Portanto, seguiu-se as seguintes etapas:

1ª ETAPA – FONTES

- a) Artigos sobre o tema foram acessados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), PubMed, Biblioteca virtual da saúde (BVS) e Periódico Capes. Os seguintes descritores aplicados: “Fisioterapia”, “Tratamento”, “Incontinência urinária”, “Menopausa”, com seus respectivos descritores na língua inglesa. Os conectivos booleanos “AND”, “OR” e “NOT” foram utilizados sempre que necessários. Alguns livros também foram consultados devido a necessidade de melhor fundamentar a discussão do tema.
- b) Como critérios de inclusão foram considerados: Artigos completos e capítulos de livros disponíveis na íntegra, escrito em língua portuguesa e/ou inglesa, publicados nos últimos dez anos (2013 a 2023), que tivessem relação com tema proposto e abordassem a atuação do fisioterapeuta no tratamento da incontinência urinária em mulheres na menopausa. Os critérios de exclusão, foram aplicados para teses, dissertações, artigo de revisão, monografia, cartas a editores e estudos duplicados em mais de uma base de dados.

2ª ETAPA – COLETA DE DADOS

Após a primeira etapa, seguiu-se para:

- a) Leitura exploratória de todo o material selecionado com objetivo de verificar se a obra era de relevância para o trabalho
- b) Leitura seletiva com aprofundamento do material que se mostrou relevante para a construção do trabalho
- c) Registro de informações extraídas das fontes em instrumentos específicos montados pelas autoras da pesquisa. Este se constituiu uma espécie de tabela contendo informações como autores, ano, objetivo, método, resultados.

3ª ETAPA – AVALIAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.

Nesta fase foram realizadas leituras analíticas com a intenção de classificar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitaram o alcance de respostas a problemática da pesquisa.

4ª ETAPA – RESULTADOS

Categorias que surgiram das etapas anteriores, foram analisadas e discutidas a partir das referências bibliográficas sugestivas ao tema proposto pela pesquisa para estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados nesta seção foram obtidos através da pesquisa de capítulos de livros e artigos científicos. Para realização da pesquisa nas bases de dados, foram realizadas combinações a partir dos descritores “Fisioterapia”, “Tratamento”, “Incontinência urinária”, “Menopausa”; juntamente com suas respectivas traduções para a língua inglesa. Foi realizada diversas combinações (tabela 1) para a busca dos estudos, pois deparou-se com uma escassez de artigos disponíveis na base de dados que atendessem aos critérios de inclusão desta pesquisa.

Tabela1. Combinações dos descritores com operadores booleanos nas bases de dados.

Combinação: Base de dados	Pesquisa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total:
Scielo	Total de Artigos	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	Artigos selecionados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Artigos duplicados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BVS	Total de Artigos	580	379	0	77	0	1.303	112	0	594	0	3.045
	Artigos selecionados	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4
	Artigos duplicados	6	3	0	2	0	13	3	0	5	0	32
Pubmed	Total de Artigos	8	0	0	0	0	87	0	0	2	0	97
	Artigos selecionados	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Artigos duplicados	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Portal capes	Total de Artigos	701	29	0	20	0	1.509	17	0	298	0	2.574
	Artigos selecionados	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Artigos duplicados	12	0	0	2	0	19	1	0	2	0	36
Total												6

1-("treatment") AND ("urinary incontinence") AND ("menopause"); 2- ("tratamento") AND ("incontinência urinária") AND ("menopausa"); 3- ("fisioterapia") AND ("tratamento") AND ("menopausa"); 4- ("fisioterapia") AND ("tratamento") AND ("menopausa"); ("physitherapy ") AND ("Treatment") AND ("Menopause"); 5- ("menopausa") AND ("incontinencia urinária"); ("menopausa") AND ("urinary incontinence"); 6- ("fisioterapia") AND ("menopausa"); 8- ("physiTherapy") AND ("menopausa"); 9- ("fisioterapia") AND ("incontinencia urinária"); 10- ("physiTherapy") AND ("urinary incontinence").

Fonte: Elaboração do próprio

No primeiro levantamento de dados após aplicar os filtros de busca, foram encontrados 5.721 artigos, destes 5 foram da SciELO, 3.045 da BVS, 97 na Pumed e 2.574 do Portal Capes. Logo após foi realizada a leitura de títulos e nesta etapa, foram excluídos 5.325 artigos por não ser relevantes ao tema, em razão de intervenções combinadas a terapia de reposição hormonal e sem atuação fisioterapêutica. Além disto, 99 artigos estavam duplicados e restaram 297 artigos para a leitura dos resumos. A partir desta análise, foram excluídos 258 artigos, por conter tratamento medicamentoso como intervenção coadjuvante.

Dessa maneira, ficaram 39 artigos para leitura completa. Após essa leitura, 33 artigos foram excluídos por utilizar o tratamento hormonal de forma coadjuvante em suas intervenções e intervenção com cirurgias reparadoras pós-menopausa. Assim restou um total de 6 artigos selecionados para a pesquisa.

A partir dos artigos selecionados foi feito um compilado apresentando informações sobre os estudos que pode ser conferido no Quadro 1. Além dessas informações, por questões didáticas foram atribuídos numeração para cada estudo a fim de facilitar a discussão dos resultados.

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados para pesquisa de acordo com o código, título, objetivo e método.

Código	Autor/Ano	Objetivo	Métodos	Resultados
1	Pereira et al. (2012)	Investigar os efeitos a longo prazo dos cones vaginais e do treinamento dos músculos do assoalho pélvico em mulheres na pós-menopausa com IUE.	Este estudo controlado randomizado incluiu 45 mulheres na pós-menopausa com IUE. Elas foram alocadas aleatoriamente em três grupos: cones vaginais (VC, n = 15), treinamento dos músculos do assoalho pélvico (PFMT, n = 15) e grupo controle (GC, n = 15). As mulheres nos grupos VC e PFMT foram tratadas por 6 semanas com duas sessões semanais. As mulheres do grupo VC realizaram o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico com cones vaginais. O GC não recebeu nenhum tratamento no tempo correspondente. As mulheres foram avaliadas antes do tratamento, ao final, 3 e 12 meses após o término do tratamento para desfecho primário (perda urinária) e desfechos secundários (força muscular do assoalho pélvico, qualidade de vida, satisfação com o tratamento e continuidade do treinamento).	Entre as 45 mulheres que iniciaram o tratamento, duas do grupo TMAP (11,7%) e duas mulheres do GC (11,7%) não completou o tratamento ou não realizou o tratamento final, devido a problemas de saúde da família e foram excluídos da amostra. Quarenta e um participantes completaram o estudo e foram incluídos na análise. Não houve diferenças significativas entre os grupos quanto às características demográficas e clínicas. Houve uma diminuição significativa da perda urinária no Grupo VC ao comparar valores ao final, 3 e 12 meses após o tratamento (todos $P < 0,001$; tamanho do efeito 0,96; intervalo de confiança de 95% de 0,65 a 6,65) para os valores basais.
2	Alves et al. (2016)	Avaliar a eficácia da	Ensaio clínico, randomizado com 42 mulheres na pós-menopausa divididas em	Grande parte das mulheres selecionadas aderiram ao tratamento, no total de

		<p>inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) na Atenção Básica de Saúde (ABS) nos sintomas urinários e na força muscular e atividade eletromiográfica em mulheres na pós-menopausa.</p>	<p>dois grupos: Grupo Tratado (GT) (n=21) e Grupo Controle (GC) (n=21). A avaliação foi realizada por meio de dois questionários de sintomas urinários (ICIQ-UI SF e ICIQ-OAB), palpação digital, eletromiografia (EMG) de dois músculos abdominais pélvicos (MAP) e escala visual analógica de satisfação com o tratamento. O protocolo de tratamento consistiu em 12 sessões grupais de 30 minutos.</p>	<p>85,72%. A satisfação foi significativamente melhor neste grupo ($p < 0,001$). No GT, houve diminuição significativa em dois sintomas de IU, com diferença entre GT e GC ($p = 0,03$; ICIQOAB $p = 0,002$), diminuição no escore do ICIQ-OAB ($p < 0,001$) e aumento tanto a força muscular avaliada por meio da palpação digital ($p = 0,001$) quanto a quantidade de atividade eletromiográfica do MAP ($p = 0,003$).</p>
3	Sran et al. (2016)	<p>Avaliar a eficácia de 12 sessões semanais de fisioterapia para (IU) em comparação com uma intervenção de controle, para reduzir o número de episódios de IU medidos com o diário da bexiga de 7 dias, em 3 meses e 1 ano após a randomização.</p>	<p>Estudo controlado randomizado de grupo paralelo foi conduzido em um centro de saúde pública ambulatorial, em mulheres na pós-menopausa com idade igual ou superior a 55 anos com osteoporose ou baixa densidade óssea e IU. As mulheres foram conduzidas a fisioterapia para educação sobre IU ou osteoporose. O desfecho primário foi o número de episódios de vazamento no diário da bexiga de 7 dias, avaliado no início, após o tratamento e em 1 ano. As medidas de resultados secundários incluíram o pad test e a qualidade de vida específica da doença e questionários de autoeficácia avaliados nos mesmos pontos de tempo.</p>	<p>Quarenta e oito mulheres participaram (24 por grupo). Dois participantes desistiram de cada grupo e um participante faleceu antes de 3 meses de acompanhamento. A análise de intenção de tratar foi realizada. Aos 3 meses e 1 ano, houve uma diferença estatisticamente significativa no número de episódios de vazamento no diário da bexiga de 7 dias (3 meses: $P = 0,04$; 1 ano: $P = 0,01$) em favor do grupo PT. O tamanho do efeito foi de 0,34 em 1 ano. Não houve relatos de danos.</p>
4	Bertotto et al. (2017)	<p>Avaliar o uso de cones vaginais no fortalecimento do assoalho pélvico (AP) em mulheres com incontinência urinária pós-menopausa.</p>	<p>Ensaio clínico randomizado com 49 mulheres na pós-menopausa com incontinência urinária de esforço. Os participantes foram alocados em três grupos: Grupo 1, grupo de exercícios para os músculos do assoalho pélvico (PFME); Grupo 2, exercício dos músculos do assoalho pélvico + biofeedback grupo (PFME + BF); Grupo 3, grupo controle (GC) Quarenta e cinco mulheres completaram o estudo (14 controle, 15 PFME, 16 PFME + BF; média de idade 58,26 anos). A avaliação do desfecho foi realizada por meio de palpação digital (escala de classificação de Oxford modificada), eletromiografia e instrumento de qualidade de vida do International Consultation Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF). O protocolo de tratamento consistiu em oito sessões individuais de 20 minutos, duas vezes por semana. Os controles foram avaliados apenas no início e após 1 mês.</p>	<p>Os grupos PFME e PFME + BF exibiram aumentos significativos na força muscular (escala de Oxford) ($P < 0,0001$), pré-contracção durante a tosse ($P < 0,0001$), contracção voluntária máxima, duração da contracção de resistência e pontuações do ICIQ-SF ($P < 0,0001$). PFME + BF foi associado com melhora significativamente superior da força muscular, pré-contracção durante a tosse, contracção voluntária máxima e duração da contracção de resistência em comparação com PFME sozinho ($P < 0,05$).</p>

5	Holzschuh et al. (2019)	Avaliar o uso de cones vaginais no fortalecimento do assoalho pélvico (AP) em mulheres com incontinência urinária pós-menopausa.	Estudo quantitativo, de delineamento observacional exploratório do tipo estudo de casos, realizado com 2 mulheres inscritas para tratamento de IU. Foi realizado a aplicação do questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) e avaliação funcional do AP por meio do perineômetro, antes e após 10 sessões, realizadas 3 vezes por semana, durante 45 minutos, através de um programa de tratamento com uso de cones vaginais e cinesioterapia, associando aos exercícios de Kegel.	Quanto ao ICIQ-SF, a paciente 1, na avaliação pontou o escore de 10 pontos (muito grave) e na reavaliação 2 (leve impacto). A paciente 2, inicialmente pontuou 9 (grave impacto) e após o tratamento, 1 (leve impacto).. Na avaliação da contração muscular a paciente 1 obteve 40 pontos (normal) e passou para 44 (bom). A paciente 2 passou de 16 pontos (regular) para 28 (normal).
6	Wang et al. (2019)	Verificar a eficácia e a segurança da eletroacupuntura para o tratamento de mulheres na pós-menopausa com incontinência urinária de esforço (IUE).	Estudo foi uma análise secundária de um estudo controlado randomizado multicêntrico que recrutou 504 mulheres com IUE e randomizou 349 mulheres na pós-menopausa para receber 18 sessões de tratamento de eletroacupuntura ou eletroacupuntura simulada durante 6 semanas, com uma avaliação de acompanhamento de 24 semanas. A resposta ao tratamento foi definida como uma redução de 50% ou mais no vazamento de urina, medida por um teste de absorvente de 1 hora na semana 6.	Das 349 mulheres randomizadas, 332 completaram o estudo. A taxa de resposta foi de 61,0% na eletroacupuntura grupo em comparação com 18,9% no grupo de eletroacupuntura simulada (diferença de 42,5%; intervalo de confiança de 95%, 33,3–51,7; p<0,001). Após 6 semanas de tratamento, a frequência média de episódios de incontinência urinária de 72 horas, proporção de participantes com redução de pelo menos 50% na frequência média de episódios de incontinência em 72 horas, gravidade da IUE relatada pelo participante, Internacional Consulta sobre as pontuações do Questionário de Incontinência - Formulário Curto e auto-avaliação dos participantes sobre os efeitos terapêuticos melhorou em ambos os grupos, com diferenças significativas entre os grupos. Eventos adversos relacionados ao tratamento ocorreram em 2,1% dos mulheres durante o tratamento de 6 semanas.

Fonte: Elaboração do próprio

No que se refere a literatura, há uma grande variedade no contexto sobre a saúde da mulher idosa no período da menopausa, entretanto, nota-se que a maioria dos artigos abrange tratamentos clínicos, como, cirurgias, terapias hormonais e medicamentosas. Pode-se observar que a grande parte de dados encontrados está na língua inglesa. Sendo sua predominância de estudo, controlado e ensaio clínico. Os anos de publicação variaram entre 2012 e 2019, e o país predominante de publicações foi o Brasil.

Entre os dados obtidos nota-se que a maior dificuldade relatada de maneira comum entre os autores que foi o abandono do tratamento por motivos pessoais, desistência por falta

de interesse e conflitos de agenda, entretanto houve continuidade ao estudo, mesmo com essas limitações²²⁻²³⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷.

Portanto, diante dos desafios impostos a esta pesquisa e partindo do objetivo de fortalecer a discussão dentro das intervenções fisioterapêuticas, propõe-se a discussão da literatura dentro da conceituação abordada nos principais livros relacionados à fisioterapia uroginecológica, conforme pode ser observado no quadro 2. Assim, para sistematizar a discussão dos resultados, foi atribuída uma numeração para cada referência, bem como foi descritos os principais pontos de interesse desta pesquisa.

Quadro 2. Descrição dos capítulos de livros selecionados para pesquisa de acordo com o código, autor, ano, título do livro, capítulo e principais recursos utilizados.

Código:	Autor/Ano:	Livro:	Capítulo do livro:	Principais recursos utilizados:
1	Ferreira et al. (2019)	Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher	Recursos Fisioterapêuticos e Aplicabilidade ao Tratamento da Incontinência Urinaria.	<p>Cinesioterapia: Recurso mais utilizado pelo fisioterapeuta na prevenção e reabilitação das disfunções uroginecológicas, foi inicialmente citada e estudada por Kegel.</p> <p>Engloba não apenas os exercícios específicos para os MAP, mas também direciona os exercícios para outros grupos musculares que envolvem a pelve e que atuam na estabilidade postural (abdominais, diafragma respiratório, glúteos, eretores da coluna, multifídios entre outros).</p> <p>Treinamento Muscular do assoalho pélvico: são exercícios de contração do MAP</p> <p>Outras técnicas de cinesioterapia:</p> <p>Terapia manual no músculo do assoalho pélvico: é de fácil aplicabilidade e baixo custo.</p> <p>Alongamentos muscular do assoalho pélvico: Reorganizar as miofibrilas musculares que estão conformação de nós (pontos de gatilho) ou com hipomobibilidade contrátil (hipertonia por espasmo muscular).</p> <p>Massagem Perineal: promove a normalização da sensibilidade local.</p> <p>Liberção Miofascial: visa restaura a mobilidade entre a fásia e o musculo que se associa.</p> <p>Palpação bidigital: é um método simples e barato, oferece a paciente uma conscientização da função dos MAP.</p> <p>Biofeedback: o threshold (limite ou meta) é um recurso do biofeedback eletromiografico e monométrico.</p> <p>Biofeedback Monométrico: avalia e demonstra a pressão exercida pelos músculos elevadores do ânus durante sua contração e o relaxamento dos MAP. Exemplo: eletrodo intracavitário para aplicação da eletromiografia.</p> <p>Biofeedback Ultrassonográfico: Fornece informações objetivas quanto a ação de levantamento dos MAP.</p> <p>Cones vaginais: Desencadeia uma resposta proprioceptiva e promover uma sobrecarga muscular durante os exercícios de fortalecimento do MAP.</p> <p>Eletroterapia: Promove estímulos elétricos como tratamento, realiza o</p>

				trabalho muscular e inibi o detrusor por neuromodulação vesical.
2	Matiello et al. (2021)	Fisioterapia Urológica e Ginecológica	Fisioterapia Aplicada à Incontinência Urinaria	<p>Biofeedback: Consiste em uma técnica na qual a atividade de contração muscular fisiológica é registrada, aprimorada e apresentada ao paciente, por meio de sinais visuais e acústicos, sempre em tempo real.</p> <p>Eletroestimulação: tem sido utilizada como terapia coadjuvante no tratamento de incontinência urinária, podendo ser empregada através de eletrodos endovaginais ou endorretais (intracavitários), de eletrodos transcutâneos (superfície), que podem ser posicionados na região sacral, perineal ou em trajetos nervosos específicos, ou de eletrodos em forma de agulha (percutâneos), aplicados em trajetos nervosos.</p> <p>Cones Vaginais: Para o tratamento, é utilizado um jogo/kit de cones: cinco a nove cones, que possuem tamanhos e pesos distintos (de 20 a 100 gramas), são inseridos no terço médio do canal vaginal (acima dos MAP) de modo a provocarem um estímulo proprioceptivo e, com isso, a contração dos MAP.</p> <p>Terapia Comportamental: inclui uma associação de técnicas que visam a minimizar ou eliminar sintomas relacionados com a incontinência urinária por meio de mudanças de hábitos.</p>
3	Baracho et al. (2022)	Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher	Atuação da Fisioterapia no Tratamento Conservador da Incontinência Urinaria Feminina	<p>Treinamento da Musculatura do Assoalho pélvico: Na prática clínica, o TMAP pode ser realizado com base em diferentes técnicas disponíveis na fisioterapia.</p> <p>Associar contrações dos MAP durante a realização do Pilates, por exemplo, tem sido orientado rotineiramente às mulheres.</p> <p>Biofeedback: Importante no tratamento das disfunções neuromusculares, complementando os protocolos de TMAP de modo a reeducar, proporcionando consciência sobre o treinamento muscular e a função fisiológica inconsciente, isolando grupos musculares acessórios.</p> <p>Eletroestimulação: A estimulação elétrica (EE) dos MAP tem sido utilizada como terapia coadjuvante no tratamento de IU de esforço, síndrome da bexiga hiperativa e IU mista. Sua indicação se estende a disfunções urinárias de causa neurológica, disfunções proctológicas e dores pélvicas.</p> <p>Cones Vaginais: Os cones vaginais podem ser utilizados como ferramentas de TMAP na prática clínica, podendo ser indicados para uso domiciliar diariamente. Os exercícios com cones vaginais associados a outras técnicas também demonstram eficácia nos resultados.</p>

Fonte: Elaboração do próprio

Sobre a forma de avaliação, nota-se a prevalência da palpação bidigital para averiguar a força dos MAP's²³⁻²⁴⁻²⁵. Segundo Baracho et al.¹, um grande auxiliador na avaliação pélvica se encontra a intervenção da palpação bidigital, simples e de baixo custo, onde sua função primária é avaliar a parede vaginal, examinar a força dos MAP's, presença de assimetria, áreas atróficas e cicatrizes.

Entretanto outras formas de avaliação também estão disponíveis na literatura a exemplo do biofeedback²⁶, ele atua como um processo de avaliação do TMAP, através da possibilidade de captar a contração muscular e realizar sua identificação por monitores, ondas

sonoras ou eletromiografia de superfície¹⁻¹⁹⁻¹⁷. Pode-se citar ainda o emprego de questionários, a exemplo do International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) a fim de avaliar o impacto da IU na qualidade de vida e qualificar a perda urinária das pacientes²²⁻²³⁻²⁵⁻²⁷. Têm-se ainda o Pad-test, que consiste em um monitoramento da perda de urina em um absorvente íntimo padronizado, onde é observado desde 1 a 72 horas, assim é possível classificar a incontinência urinária em leve, moderada e grave²⁴⁻²⁷. Já a classificação de Oxford propõe avaliar a força muscular²²⁻²⁵ e sua relação com o índice de massa corporal (IMC)²²⁻²⁴⁻²⁷.

Ao investigar o protocolo de tratamento fisioterapêutico, verificou que alguns artigos citam a cinesioterapia para o fortalecimento dos MAP's²²⁻²³⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷, exercícios dinâmicos associados ao cone vaginal²²⁻²⁶⁻²⁷, a conscientização dos MAP's²²⁻²³⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷ e a eletroestimulação²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷.

De acordo com Ferreira et al.¹⁷, no que se refere a cinesioterapia no fortalecimento dos MAP's, é considerada como tratamento padrão ouro para IU. Esta intervenção se constitui da contração muscular do assoalho pélvico e tem como objetivo a conscientização desta musculatura e quando realizado com perfeita performance, apresenta contração muscular gerando fortalecimento. Além disso, uma grande vantagem desta intervenção é o fácil acesso e baixo custo.

Sobre isto, Bertotto²⁵, afirma que o uso da cinesioterapia auxilia na retenção da urina, coordenação dos MAP's, velocidade, resistência e força de contração. A partir desta perspectiva, sua pesquisa utilizou o protocolo com treinamento de coordenação, palpação vaginal e biofeedback perineal que resultou em uma melhora de 67% para mulheres com IUE e 78% para aquelas com bexiga imperativa.

Outro recurso utilizado, é o TMAP que Ferreira et al.¹⁷, informa que deve considerar particularidades dos músculos trabalhados e deve ser embasado no tipo de exercício a ser realizado (frequência, intensidade e duração). Assim, parâmetros como número de repetições, tempo de contração, tempo de intervalo, carga e progressão devem ser estabelecidos previamente, com base na avaliação uroginecológica do paciente.

Concordando com esta ideia, Sran et al.²⁴ em seu estudo com 48 mulheres utilizou somente o TMAP e afirmaram que pode haver melhoras bastante significativas. Desse modo, seu estudo utilizou o TMAP em seu tratamento com acompanhamento dos fisioterapeutas durante um ano e após esse período obteve melhorias na avaliação do Pad test e no diário miccional, com 75% de redução de IU, em relação aos episódios durante a semana.

Já Pereira et al.²², afirmam que o TMAP é mais eficaz sendo coadjuvante a outro equipamento, como cone vaginal e exercícios de kegel. Em seu estudo foi aplicado o TMAP nas posições sentado, supina e em pé. Foram realizadas repetições com contrações sustentadas, de acordo com a posição adotada ampliava a dificuldade, aumentando o tempo de contração e repetições. Após reavaliação observou-se grandes ganhos.

Neste contexto, a literatura aponta que é possível realizar exercícios dinâmicos associados ao cone vaginal que é um equipamento simples, de fácil acesso e vem ganhando um grande espaço entre os pacientes. Sua proposta é proporcionar um aumento de carga progressiva realizando o fortalecimento do MAP, com foco na melhora da propriocepção e IU.¹

Corroborando com isto, Holzschuh et al.²⁶, evidenciaram que o uso dos cones associado a exercícios obteve bons resultados na melhora do grau da força muscular. O protocolo de tratamento seguiu-se através da cinesioterapia associados a exercícios de kegel e cones vaginais, sendo realizado em 10 sessões e 3 vezes por semana com duração de 45 minutos.

Ainda pode-se citar como ferramenta coadjuvante a eletroestimulação¹⁵. Sua aplicação pode se dá de diversas formas, podendo ser endovaginais ou endorretais, e seu principal efeito é o estímulo elétrico que é conduzido por ondas elétricas que podem realizar conexões musculares, assim consequentemente reunindo a função das fibras musculares agindo na melhora da contração dos MAP's.

Dentro desta possibilidade, Wang et al.²⁷, utilizaram a eletroacupuntura em seu ensaio clínico com 349 participantes, com média de idade de 58,8 anos. Elas foram separadas em grupo de eletroacupuntura (EA) e a falsa eletroacupuntura (SA). Houve uma melhora na incontinência de 50% ou mais, porém o grupo EA apresentou uma melhora de 61% onde o grupo SA apresentou 18,9% tendo uma diferença de 42,5% no resultado. A reavaliação foi realizada através do Pad tast.

Sobre adesão ao tratamento, Alves et al.²³, discutem a dificuldade no aprendizado para realização sequencial e execução dos exercícios, o que impacta negativamente na motivação, e consequentemente limitando a adesão, neste sentido, os autores incentivam o acesso a informação e ampla instrução, principalmente nos atendimentos em grupo.

Neste contexto é possível avaliar que o tratamento fisioterapêutico trouxe uma melhora nos sintomas da IU e na qualidade de vida dessas participantes, bem como em suas atividades de vida diária, limitações psicossociais, melhora no sono e na disposição.

5 CONCLUSÃO

O período da menopausa está diretamente associado ao aumento da prevalência da IU. Neste sentido, é imprescindível a análise e discussão de protocolos de tratamentos e recursos fisioterapêuticos neste contexto no sentido de possibilitar aprimoramentos e consolidação desta prática.

A cerca do levantamento da literatura nota-se que a fisioterapia tem um papel essencial para o manejo da IU durante a menopausa, promovendo reeducação, prevenção e tratamento, diminuindo sua prevalência; sendo considerada a intervenção padrão ouro na literatura. A compreensão disto é crucial para a prática clínica visando a necessidade de reduzir aspectos negativos da IU, instauração de resultados eficazes e duradouros, além de auxiliar na melhora na qualidade de vida destas pacientes.

No entanto, mesmo tendo seu efeito comprovado na literatura, há ainda alguns desafios a serem vencidos e elucidados dentro desta temática, logo é essencial que haja uma ampliação de pesquisas na área, estabelecimentos de protocolos e diretrizes e comprovações da aplicação dos diversos recursos.

REFERÊNCIAS

- 1 Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda. [Internet]. 2022 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; 6(34): 327-29. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527733281/epubcfi/6/10%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dcopyright%5D!/4/10/5:30%5Bimp%2Cres%5D>
- 2 Souza THC, Perazzoli BL, Cestari CE. Implicações anatomofuncionais e fatores de riscos associados à incontinência urinária de esforço na mulher: revisão integrativa. Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina [Internet]. 2022 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; 16(1). Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/5672>
- 3 Peacock K, Ketvertis KM, Doerr C. Menopause (Enfermagem). PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [internet]. 2021 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568694/> .
- 4 Lay AAR. Idade da menopausa em mulheres idosas do município de São Paulo: fatores associados e análise de sobrevivência. Faculdade de Saúde Pública [internet]. 2018 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31102018-113901/pt-br.php>.
- 5 Eduardo FC, Felipe SSM. Febrasgo - Tratado de Ginecologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. [Internet]. 2019 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; 9(53): 613-53. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595154841/epubcfi/6/8%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dcopyright.xhtml%5D!/4/2/2/80/1:190%5B201%2C9.%5D>.

6 Davis SR, Lambrinouaki I, Lumsden M, Mishra GD, Pal L, Rees M, et al. Menopause. Nature Reviews Disease Primers [Internet]. 2015 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.4>.

7 Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. Nature Reviews Endocrinology [Internet]. 2018 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; 14: 199–215. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>.

8 Valadares ALR, Kulak Junior J, Paiva LHS C, Nasser EJ, Silva CR, Nahas EAP, et al. Síndrome geniturinária da menopausa. FEMINA [Internet]. 2022 [Acesso em: 2022 Nov. 04];50(3): 164-170. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1367569>

9 Cestari ST, Perazzoli LB, Cestari C. Implicações anatomofuncionais e fatores de riscos associados à incontinência urinária de esforço na mulher: revisão integrativa. Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina [internet]. 2022 [Acesso em: 2022 Nov. 04];1:21–34. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/5672>

10 Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence. 6 ed. Reino Unido: Sociedade Internacional Continência. [Internet]. 2017 [Acesso em: 2022 Nov. 04]. Disponível em: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf.

11 Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. Climacteric: The Journal of the International Menopause Society [Internet]. 2019 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; 22:217-222. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263>.

12 Girão CM, Sartori FM, Ribeiro MR, Castro AR, Jármy KZ. Tratado de uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico. 1 ed. São Paulo: Manole Ltda. [Internet] 2015 [Acesso em: 2022 Nov. 04]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520441206/pageid/4>.

13 Kubiak K, Husejko J, Malgorzata G, Wysocka O, Martyna L, Modlińska A, et al. Manejo da incontinência de esforço em mulheres idosas. Zenodo [Internet]. 2019 Ma 18 [Acesso em: 2022 Nov. 04]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2898653>.

14 Araujo MP, Brito LGO, Pochini AC, Ejnisman B, Sartori MGF, Girão MJBC. Prevalence of Urinary Incontinence in CrossFit Practitioners before and during the COVID-19 Quarantine and its Relationship with Training Level: An Observational Study. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics. [Internet] 2021 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; 43:847–852. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1739463>.

15 Matiello AA, Souza Madeira F, Vasconcelos G, Lujan Ferraz N, Meirelles Borba R. Fisioterapia urológica e ginecológica. Porto Alegre: Sagah educação. [Internet] 2021 [Acesso em: 2022 Nov. 04]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786556902623/pageid/3>.

16 Rapkevicz JD, Saraiva L, Wibelinger LM, Batista JS. Fatores associados à qualidade de vida em mulheres idosas pós-menopausa. Saúde e Pesquisa [Internet]. 2020 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; 13:779–87. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020>

17 Silva PM, Vasconcelos GA, Oliveira NA, Gonçalves PB, Souza CB, Schneider GC, et al. Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan ltda. [Internet] 2018 [Acesso em: 2022 Nov. 04]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527734660/epubcfi/6/10%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dcopyright%5D!4/12/3:18%5B%C3%A1fi%2Cca%5D>.

18 Selbac MT, Fernandes CGC, Marrone LCP, Vieira AG, Silveira EF, Morgan-Martins MI. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino: climatério à menopausa. Aletheia. [Internet]. 2018 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; 51:177–190. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942018000100016

19 Moreno A. Fisioterapia em uroginecologia. 2nd ed. São Paulo: Manole Ltda. [Internet] 2009 [Acesso em: 2022 Nov. 04] Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520459539/pageid/5>.

20 Azevedo MAR, Lisboa LL, Medeiros CEB, Almeida VA, Gonçalves RP. Terapia comportamental associada a neuromodulação no tratamento da bexiga e intestino em indivíduos com Parkinson: um estudo piloto. Revista Pesquisa em Fisioterapia. [Internet] 2021 [Acesso em: 2022 Nov. 04]; 11:50–58. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i1.3313>.

21 Berbam L, Dreher Z. Exercícios de kegel e ginástica hipopressiva como estratégia de atendimento domiciliar no tratamento da incontinência urinária feminina: relato de caso [Internet]. Rio Grande do Sul: UNIJUÍ. [Internet] 2011 [Acesso em: 2022 Nov. 04]. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/506/TCC%20Laura%20Wuttig%20Berbam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

22 Pereira VS, de Melo MV, Correia GN, Driusso P. Long-term effects of pelvic floor muscle training with vaginal cone in post-menopausal women with urinary incontinence: a randomized controlled trial. Neurourol Urodyn [Internet]. 2013 [Acesso em: 2023 Mar 25];32:48–52. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.22271>

23 Alves FK, Adami DB de V, Marques J, Pereira L, Riccetto C, Botelho S. Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa. Fisioter Bras [Internet]. 2016 [Acesso em: 2023 Mar 25];17:1: 131–I: 139. Disponível em: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/199/1419>

24 Sran M, Mercier J, Wilson P, Lieblisch P, Dumoulin C. Physical therapy for urinary incontinence in postmenopausal women with osteoporosis or low bone density. Menopause [Internet]. 2016 [Acesso em: 2020 Apr 2];23:286–293. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000594>.

25 Bertotto A, Schwartzman R, Uchôa S, Wender MCO. Effect of electromyographic biofeedback as an add-on to pelvic floor muscle exercises on neuromuscular outcomes and

quality of life in postmenopausal women with stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2017 [Acesso em: 2023 Mar 25]; 36:2142–2147. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.23258>.

26 Holzschuh JT, Sudbrack AC. Eficácia dos cones vaginais no fortalecimento do assoalho pélvico na incontinência urinária feminina pós- menopausa: estudo de casos. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* [Internet]. 2019 [Acesso em: 2022 Mar 2];9:498–504. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i4.2542>

27 Wang W, Liu Y, Sun S, Liu B, Su T, Zhou J, Liu Z. Electroacupuncture for postmenopausal women with stress urinary incontinence: secondary analysis of a randomized controlled trial. *World J Urol* [Internet]. 2019 [Acesso em: 2023 Mar 25];37:1421–1427. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00345-018-2521-2>