

CINESIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NA MULHER

Talita Monteiro de Oliveira e Silva Valério¹, Jair Antonio de Carvalho²,
Elirez Bezerra da Silva¹

Considerando-se a incontinência urinária uma perda involuntária de urina, sua incidência ocorre na maioria dos casos, com o aumento da idade, atingindo uma média de 50% das mulheres na pós-menopausa. Esta patologia se manifesta gradativamente e se agrava de forma progressiva independente do gênero. São vários os tipos de classificação da incontinência urinária, no entanto, este artigo irá focar apenas a incontinência urinária de esforço (IUE) na mulher. Assim, o objetivo geral foi investigar o tratamento fisioterápico através da cinesioterapia nesta patologia na mulher, com intuito de obter maiores informações sobre os resultados alcançados. Dessa forma, será adotada a metodologia de revisão bibliográfica de caráter descritivo exploratório, para avaliar a opinião de diversos autores especialistas no assunto. Os dados coletados foram por meio de buscas em artigos e revistas disponibilizados pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com idéias associadas ao tema. Pode-se concluir que a frouxidão da musculatura pélvica é um dos principais fatores para o desenvolvimento da IUE, e que a cinesioterapia é o tratamento conservador mais recomendado para a solução do problema, por tratar especificamente do fortalecimento desta musculatura.

Palavras-Chave: Incontinência Urinária de Esforço. Cinesioterapia. Saúde da Mulher.

Considering urinary incontinence one involuntary loss of urine, its incidence occurs in most cases, with increased age, reaching an average of 50% of postmenopausal women. This pathology manifests itself gradually and worsens progressively independent of gender. There are several types of classification of urinary incontinence; however, this article will focus only on the stress urinary incontinence (SUI) in women. Thus, the overall objective was to investigate the physiotherapy treatment through kinesiotherapy this pathology in women, in order to obtain further information on the results achieved. Thus, it will be adopted a literature review methodology and a descriptive and exploratory research, in order to assess the opinion of experts authors that are connoisseurs on this subject. The data were collected through searches of articles and magazines provided by the Virtual Health Library (VHL) ideas associated with the topic. It can be concluded that the pelvic muscle laxity is a major factor for the development of SUI, and that conservative treatment kinesiotherapy is more suitable for the solution of the problem, specifically address strengthening these muscles.

Keywords: Stress Urinary Incontinence. Kinesiotherapy. Women's Health.

¹ UGF - Universidade Gama Filo, Rua Manuel Vitorino, 553 - Piedade, Rio de Janeiro - RJ - Email: tatafisio_1@hotmail.com.

² UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda, Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, 1325 - Três Poços - Volta Redonda - RJ. - Emails: carvalho@superonda.com.br.

1. INTRODUÇÃO

O avanço científico e tecnológico tem contribuído em diversas áreas do saber, principalmente na área da saúde.

A relevância deste tema se dá em decorrência da afirmativa de Botelho *et al.* (2007) que: a incontinência urinária de esforço (IUE) é uma das mais novas epidemias do século XXI que se agrava com o aumento da perspectiva de vida, sendo mais frequente nas mulheres, e sua prevalência é superior a 50%. Estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procura ajuda médica.

Norton & Brubaker (2008) consideram a IUE uma doença silenciosa e de consequência natural da idade. O fato de as mulheres não procurarem por um tratamento eficaz eleva o índice da patologia. Os casos de morbidades a respeito da doença podem estar associados a internações prolongadas; infecções urinárias; uso prolongado de cateteres uretrais, dentre outros.

Estudo apresentado por Oliveira *et al.* (2007) destacaram que o tratamento da IUE é basicamente cirúrgico, mas pode ser tratado de forma conservadora através de procedimentos fisioterápicos para o fortalecimento dos músculos pélvicos pela cinesioterapia, e terapêutica farmacológica.

No entanto, Marques & Freitas (2005) afirmaram que a eficácia do tratamento da IUE depende de diagnóstico preciso sobre o tipo de incontinência imediatamente ao surgimento dos sintomas, dando início ao tratamento.

Neste segmento, Oliveira & Garcia (2011) preconizaram o tratamento da IUE pela cinesioterapia como sendo conservador e eficaz no fortalecimento do assoalho pélvico, promovendo melhoras sobre a perda de urina diária; alívio nos sinais e sintomas; melhorando também a qualidade de vida da paciente.

A relevância do tema está exatamente nas condições de tratamento existentes, destacando-se principalmente o fisioterápico, que irá atender as mulheres em qualquer período da vida e em todas as faixas etárias, evitando o agravamento da patologia que reflete em uma série de consequências como físicas, econômicas, psicológicas, emocionais, sexuais e sociais, além

de interferir de forma negativa na qualidade de vida da mulher.

Assim, o objetivo deste artigo é investigar quais fatores que condicionam a IUE na mulher, e de que forma o tratamento fisioterapêutico pela cinesioterapia pode contribuir para a recuperação da paciente com IUE.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesse estudo é de caráter bibliográfico descritivo exploratório, e a produção de dados se deu através de pesquisa em Revistas e Artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) buscando por informações sobre esta temática.

A análise fundamentou-se em literatura nacional recente e relativa. Os resultados estão organizados em função dos objetivos em três categorias:

- A) Conceitos de incontinência urinária de esforço (IUE);
- B) Fatores condicionantes para o desenvolvimento da patologia;
- C) Tipos de Tratamento existente com enfoque na cinesioterapia.

3. ANATOMIA

A compreensão da anatomia da bexiga proporciona maior clareza sobre seu funcionamento e envolvimento com a IUE.

Segundo Carvalho & Holanda (2008) essa patologia se caracteriza pela eliminação involuntária de urina devido ao aumento súbito da pressão intra-abdominal, e a bexiga é o órgão envolvido nesse processo. A bexiga possui o formato de um saco côncavo e é composta por um músculo liso chamado de músculo detrusor. Sua localização está acima do assoalho pélvico, atrás da sínfise e do púbis, e na frente do útero e da vagina, tendo como função armazenar e evacuar a urina (Figura 1). Assim, qualquer afecção neste órgão pode repercutir no desempenho do aparelho urinário.

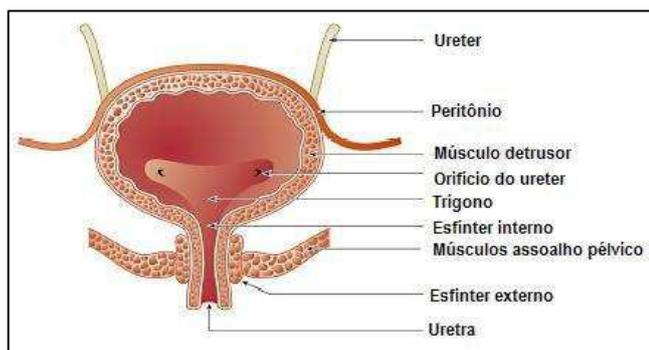


Figura 1. Bexiga e Uretra - Fonte: Netter, 1999.

A uretra, se estende a partir do colo vesical, atravessando o períneo, desembocando na parte superior da vulva, e com comprimento médio de 35mm, e possui uma musculatura própria, lisa e estriada, que a envolve toda. Essa musculatura lisa constitui o esfíncter liso, responsável pelo fechamento do colo em repouso (CARVALHO & HOLANDA, 2008).

No entanto, para se ter uma continência urinária, Ribeiro *et al.* (2009) destacaram fatores considerados necessários: obter uma bexiga e uretra estruturalmente normais e saudáveis. Anatomicamente a bexiga deve estar posicionada de forma que o seu colo fique bem apoiado e bastante alto para que seja capaz de se fechar; e a uretra de forma reta e não inclinada.

Considerando que a urina está sendo produzida de forma contínua, esta, vem dos rins através da uretra e passa pela bexiga em quantidades variáveis. Portanto, se a bexiga estiver em estado normal, irá aumentar de tamanho para conter e armazenar o líquido que chega, sem aumentar a pressão até que esteja completamente distendida. Isto ocorre sem contrações involuntárias do músculo detrusor, ou seja, mesmo que a paciente tenha crise de tosse e/ou mudanças de posição. (RIBEIRO, *et al.*, 2009).

Nesse segmento, Rodrigues (2008) complementou dizendo que os músculos do assoalho pélvico são responsáveis pelo suporte das vísceras abdominais e pélvicas, e é composto por músculos cocígeos e elevadores do ânus, chamados de diafragma pélvico, que é atravessado à frente pela vagina e uretra e ao centro pelo canal anal, exercendo importante papel na manutenção da continência urinária. Os músculos do assoalho pélvico são constituídos de

70% de fibras do tipo I, que formam uma contração lenta; e 30% de fibras do tipo II, que formam uma contração rápida. Desse modo, as fibras do tipo I são responsáveis pela ação antigravitacional dos músculos do assoalho pélvico, mantendo o tônus constante e manutenção da continência no repouso. Já as do tipo II, são recrutadas durante aumento súbito da pressão abdominal contribuindo para o aumento da pressão de fechamento uretral (Figura 2).

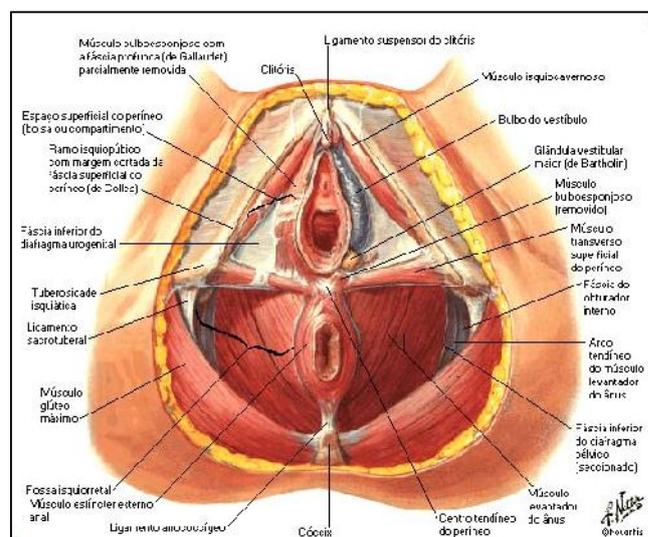


Figura 2. Musculatura do assoalho pélvico
Fonte: Netter, 1999.

Conforme Santos *et al.* (2010) situações de sobrecarga na musculatura do assoalho pélvico como partos, aumento excessivo de peso, dentre outras, sofrem alongamentos, e a mucosa vaginal acompanha, mas a fáscia não possui elasticidade, onde se rompe ou desprende-se de seu local, formando diferentes defeitos no assoalho pélvico, como as chamadas hérnias, desencadeando assim a incontinência urinária.

Assim como a continência urinária requer uma estrutura saudável da bexiga para acumular a urina, a incontinência urinária representa a ausência desta estrutura, requerendo tratamento imediato após sua classificação pelo diagnóstico correto (GUEDES & SEBEN, 2006).

4. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE)

Conforme a Sociedade Internacional de Continência (ICS) a incontinência urinária (IU) pode ser definida como qualquer perda involuntária de urina, menos para crianças. Este termo foi padronizado para a urologia com intuito de facilitar a compreensão dos protocolos de diagnóstico e tratamentos pelos profissionais, como nos casos da anamnese, exame clínico e imagens urodinâmicas. Pode ser classificada em IU de esforço (IUE), quando a perda urinária ocorre associada a esforços, atividade física, tosse ou espirro; IU de urgência, quando a perda urinária é associada à urgência, ou seja, a um desejo de urinar repentino e difícil de adiar; e IU mista, quando a perda urinária ocorre tanto com urgência quanto com esforços (SOUZA, 2011).

Segundo Arruda *et al.* (2009) existem outras causas possíveis de desenvolvimento da IUE, os efeitos colaterais de medicamentos; distúrbios que afetam a mobilidade ou causam confusão mental; consumo excessivo de bebidas que contêm cafeína e/ou álcool; e, as condições que irritam a bexiga ou a uretra como a vaginite e/ou constipação grave.

Por outro lado, Gomes & Silva (2010) destacaram que a IUE é o tipo mais comum no pós-parto vaginal, acometendo cerca de 15% a 30% das mulheres. Esta variação na prevalência se explica pelas diferentes investigações feitas no pós-parto. Para algumas mulheres, essa patologia no pós-parto é um problema que limita suas atividades diárias e impacta negativamente em sua qualidade de vida.

De acordo com Guedes & Seeben (2006) as pacientes com IUE normalmente se isolam socialmente, pois tem medo de ocorrer uma perda urinária quando estão em público. Na maioria dos casos, são prejudicadas até na prática de esportes dentre outras atividades que possam revelar o problema, até mesmo no frequentar algum ambiente social, que passa a depender da disponibilidade de banheiros. Outros aspectos negativos da IUE estão nas dificuldades sexuais; alterações no sono; queda na auto-estima; depressão; angústia; irritação; embaraços para falar do problema; e o sentimento de humilhação.

Nesse contexto, Botelho *et al.* (2007) relataram o fato de as mulheres não procurarem o serviço de saúde especializado para o tratamento, por acreditarem ser comum ou esperado este fato ocorrer com o avanço da idade. No entanto, quando a qualidade de vida está demasiadamente afetada pela IUE, elas procuram o atendimento médico.

No entanto, para se definir uma opção terapêutica torna-se necessário um diagnóstico preciso, pois na maioria dos casos, o relato pela paciente sobre a IUE fica mal definido e de difícil caracterização da incontinência, sendo necessário o profissional pedir uma avaliação urodinâmica para auxiliar no direcionamento do tratamento.

5. TIPOS DE TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE)

Segundo Sousa, *et al.* (2011) o tratamento da IUE pode ser cirúrgico e/ou conservador. Os profissionais de saúde que atuam nessa área, principalmente ginecologistas e urologistas, decidem a melhor forma após anamnese e diagnóstico preciso.

5.1 Tratamento Cirúrgico

Seguindo o diagnóstico estabelecido, o tratamento cirúrgico pode envolver procedimentos invasivos e trazer complicações; ser de alto custo e rejeitado pelas mulheres; e, contraindicado em alguns casos (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Souza *et al.* (2011) destacaram através de um experimento, que a cirurgia minimamente invasiva pode durar em média 27 minutos, além de um tempo de internação reduzido, 1,2 dias. No entanto, afirmaram ser uma técnica de correção de IUE tão segura quanto eficaz, mas podendo também trazer complicações de acordo com o caso. A utilização destas técnicas não deixa de ser uma opção válida em casos de cirurgias anteriores com insucessos.

Conforme Castro *et al.* (2009) os índices de cura imediato após procedimento cirúrgico pode variar de 80 a 98%, mas existe a possibilidade de recidivas em torno de 30% em um período de 5 anos, tendo como principal motivo, a fraqueza da musculatura do assoalho pélvico.

Por isso a reconstrução pélvica pela cirurgia é considerada como um desafio para os profissionais da área por envolver objetivos interligados, e ao mesmo tempo distintos como: restaurar a anatomia, manter ou restaurar a função urinária e vesical normal e manter a capacidade da vagina para o relacionamento sexual (BEZERRA, 2008).

Considerando que o procedimento cirúrgico foi a melhor opção para o tratamento da IUE por muitos anos, com o passar do tempo e o crescimento do índice de recidivas, as técnicas de tratamento conservador passaram a ser preconizadas, ganhando maior importância neste contexto.

Vale destacar que se torna relevante uma abordagem multiprofissional em relação a paciente com IUE, e uma perfeita interação entre os membros da equipe para que a mesma seja beneficiada e o diagnóstico seja seguro.

Com os avanços nos estudos voltados para o trato urinário inferior e aprimoramento das técnicas e diagnósticos, o tratamento conservador tem assumido papel importante na reabilitação das pacientes com IUE, e dentre eles a cinesioterapia se destaca com resultados positivos para cada tipo de incontinência a ser tratada.

5.2 Tratamento Conservador pela Cinesioterapia

Segundo Rodrigues (2008): a cinesioterapia tem sido considerada uma ferramenta-chave utilizada no tratamento fisioterápico para o fortalecimento do assoalho pélvico. Basicamente, ela trabalha os músculos pelo movimento e trata da enfermidade, podendo ser utilizada de duas formas: ativa e passiva.

Na forma ativa, o paciente executa por si mesmo os movimentos de forma voluntária. Já na forma passiva, os movimentos são executados pelo fisioterapeuta através de aparelhagens especiais, que imitam os exercícios físicos passivos, ou manualmente, executando diferentes segmentos com o auxílio de diversas metodologias especiais (RETT, *et al.*, 2007).

Conforme esclareceram Oliveira & Garcia (2011) o músculo é capaz de se contrair repetidamente, gerar tensão, e sustentação muscular por um período prolongado de tempo. No entanto, em pacientes mulheres com idade mais avançadas e portadoras de IUE, torna-se necessário um programa de exercícios específicos para o fortalecimento desta cadeia de músculos. Com este fortalecimento, certamente a resistência aumentará, e os músculos estarão aptos a um número maior de contrações e sustentações de cargas por um período maior.

Oliveira *et al.* (2007) descreveram um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, preconizados por Kegel, o primeiro a descrever de modo sistêmico, este método de tratamento conservador.

Caetano *et al.* (2008) complementaram que os exercícios perineais preconizados por kegel é uma opção simples e de baixo custo, mas requer motivação e colaboração do paciente para que se possa alcançar um resultado eficaz.

Kegel, ao desenvolver este programa, apoiou-se na tese de que a musculatura do assoalho pélvico era responsiva a medidas que promovessem sua contração. A partir daí, aplicou este programa clinicamente por 17 anos, ao que chamou de terapia fisiológica. Esta consistia em exercícios para o fortalecimento dessa cadeia muscular com sequências diárias.

Kegel utilizava o perineômetro por ser um aparelho muito usado na reabilitação da

musculatura pélvica, se associado a outras técnicas de reabilitação como a cinesioterapia, se torna mais eficaz no trabalho do fisioterapeuta, podendo observar a contração ativa da musculatura de imediato.

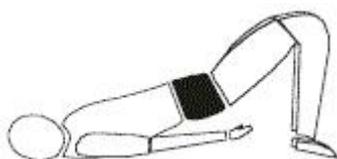
Complementando, Martins (2009) afirmou que: o tratamento conservador através de exercícios com contrações repetidas são eficazes em alguns casos de IUE devido ao aumento do tônus das fibras musculares, que associados ao perineômetro, promovem de forma mais rápida um restabelecimento mais eficaz nas pacientes.

5.2.1 Cinesioterapia e Programa de Exercícios por Kegel

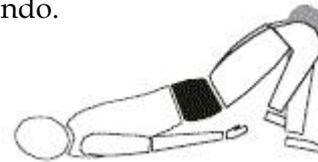
A cinesioterapia no restabelecimento da IUE está compreendida na realização dos exercícios de Kegel por objetivar trabalhar a hipotonia da musculatura perineal do assoalho pélvico. Nolasco *et al.* (2007) relataram que 30% das mulheres não conseguem exercitar corretamente a musculatura do assoalho pélvico, com isso, preconiza-se que os músculos abdominais, glúteos e adutores, devem ficar em repouso ou em tensão constante para se evitar uma contração conjunta. Esse procedimento facilitará a realização, desempenho e sucesso nos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.

Nolasco *et al.* (2007) apresentaram algumas imagens que exemplificam os exercícios que compõem o programa de kegel para o fortalecimento dos músculos perineal:

- Decúbito dorsal Pernas semifletidas, pés no chão, expirar, colocar a pelve em retroversão e em seguida elevar as nádegas mantendo a retroversão. Repousar lentamente inspirando, desenrolando lentamente a região lombar até o solo.



- Decúbito dorsal: nádegas ligeiramente elevadas com uma almofada, pernas flexionadas e cruzadas, pés no chão; sustentar entre as faces internas do joelho: elevar o assento o mais alto possível expirando, voltar à posição de partida inspirando.



- Decúbito dorsal, nádegas apoiadas no chão, colocar entre as pernas um *medicine-ball* e elevar as duas pernas semi-estendidas.



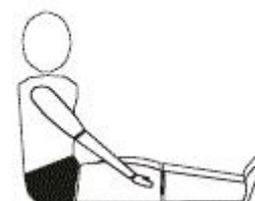
- Decúbito dorsal, nádegas ligeiramente elevadas, perna de apoio flexionada e que fará a elevação estendida. Realizar o exercício com as duas pernas.



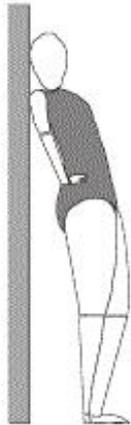
- Em pé, com uma bola entre as faces internas da coxa, ficar na ponta dos pés, contraindo o períneo e relaxando-o ao voltar com as plantas dos pés no chão.



- Sentada com as duas pernas estendidas realizar contrações da musculatura perineal.



- Em pé, encontrada em uma parede realizar retroversão da pelve com a musculatura pélvica contraída.



Diante do exposto, Nolasco *et al.* (2007) complementaram ainda que: a cinesioterapia não possui efeitos colaterais e morbidade no tratamento do assoalho pélvico, riscos estes encontrados no tratamento cirúrgico.

Por isso, hoje o tratamento fisioterapêutico tem sido mais recomendado e utilizado pelos fisioterapeutas devido o resultado do tratamento ser positivo na IUE na mulher. No entanto, esta decisão requer uma boa avaliação da paciente pelo profissional, para que a escolha da técnica e parâmetro de tratamento seja adequada para cada tipo IU a ser tratada.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nos resultados encontrados nesse trabalho, Botelho, *et al.* (2007) afirmaram que: a Incontinência urinária de esforço (IUE) é uma perda involuntária de urina que acomete as mulheres mais na idade pós menopausa, atingindo um percentual considerável. Norton & Brubaker (2008) concordaram dizendo que a não procura pelo tratamento imediato pode levar ao agravamento do caso.

Oliveira *et al.* (2007) consideraram o tratamento da IUE pelo procedimento fisioterápico mais eficaz ganhando maior projeção em função de seus resultados, dos poucos efeitos colaterais, baixo custo, e menor risco à paciente se comparado ao tratamento cirúrgico.

Já na opinião de Oliveira & Garcia (2011) em estudos com mulheres pós-parto e com perda urinária, preconizaram o tratamento conservador pela cinesioterapia com intuito de fortalecer os músculos do assoalho pélvico e verificaram que houve uma redução significativa da perda urinária e alívio dos sinais e sintomas, melhorando também a qualidade de vida delas.

Nos aspectos anatômicos, Carvalho & Holanda (2008) destacaram a bexiga como sendo o principal órgão responsável pela continência urinária, devendo estar em perfeito funcionamento para seu desempenho normal. Desse modo, se houver qualquer afecção neste órgão, certamente repercutirá no seu desempenho, surgindo assim, a incontinência urinária (IU), que poderá ser classificada de várias formas.

Sendo o foco deste estudo a IU de esforço (IUE), Souza (2011) informou que seu principal sintoma é quando a perda urinária ocorre associada a esforços, atividade física, tosse ou espirro.

Rodrigues (2008) concordou complementando que os músculos do assoalho pélvico possuem papel importante neste processo, e que seu afrouxamento promove a perda urinária.

Ainda neste segmento, encontrou-se em Arruda *et al.* (2009) possíveis fatores que são responsáveis pelo desenvolvimento da IUE: efeitos colaterais de medicamentos; distúrbios mentais; consumo de bebidas com cafeína e/ou álcool; dentre outros. Valorizaram as modalidades conservadoras como terapêutica destacando: exercícios perineais; eletroestimulação; e tratamento farmacológico.

Apesar de o tratamento cirúrgico ter sido evidenciado por Ribeiro (2009) como sendo necessário em alguns casos mais crônicos. Mas, o autor advertiu sobre os riscos inerentes deste procedimento, devendo a equipe multiprofissional promover uma anamnese bastante eficaz antes mesmo de decidir pelo procedimento correto.

A relevância da cinesioterapia como tratamento conservador, foi visto nos estudos de Guedes & Seeben (2006) onde destacaram o programa de exercícios de Kegel como sendo fundamental para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, e combate da IUE.

Encontrou-se em Caetano *et al.* (2008) recomendações sobre o aparelho perineômetro preconizado por Kegel que também é muito utilizado no tratamento da IUE, por ser muito usado na reabilitação da musculatura pélvica, auxiliando o fisioterapeuta a conseguir um resultado mais eficaz sobre o fortalecimento dos músculos pélvicos.

Como bem colocou Nolasco *et al.* (2007) os riscos de morbidade encontrados no procedimento cirúrgico são nulos no procedimento conservador, pois a cinesioterapia não possui efeitos colaterais e é muito eficaz no processo restaurador das musculaturas flácidas e com problemas.

Dáí a justificativa de tamanha concordância na literatura sobre o tratamento fisioterapêutico conservador na IUE na mulher. Esta repercussão está respaldada na cinesioterapia devido à mesma está especificamente voltada para o fortalecimento da musculatura pélvica, técnica esta, adequada para cada tipo de IU a ser tratada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema proposto trouxe como resultados o entendimento do objetivo desse trabalho sobre os fatores que promovem a incontinência urinária de esforço na mulher, e um deles foi a frouxidão da musculatura pélvica, surgindo no período de pós-menopausa, pós-parto, em suma com o aumento da idade.

O tratamento pela cinesioterapia foi bastante recomendado na literatura avaliada por ser um programa de exercícios específicos para o fortalecimento da musculatura de um modo geral. No entanto, verificou-se que o programa de exercícios preconizados por Kegel é específico para o fortalecimento da musculatura pélvica, e que muito contribui para a eficácia do tratamento conservador nos casos de IUE.

Os conceitos de IUE, fatores que contribuem para seu desenvolvimento, e os tipos de tratamentos existentes, foram abordados neste estudo, e percebeu-se na

revisão de literatura resultados eficazes sobre o exercício da musculatura pélvica que apontou para taxas de melhoria da IUE que variaram de 31 a 96%, conforme Guedes & Sabben (2006). Esses pesquisadores recomendaram intensamente o início do tratamento com o exercício da musculatura pélvica independentemente da idade do paciente, levando em consideração problemas como os de saúde, história cirúrgica, e/ou dificuldades de acesso ao tratamento cinesioterápico.

Pode-se concluir que os benefícios do exercício da musculatura pélvica estão visivelmente na melhora do desempenho da continência urinária além de preservar a saúde da bexiga.

No entanto, vale destacar a necessidade de maior compreensão da paciente com IUE, e conscientização de procurar o quanto antes o atendimento médico para que se possa fazer um diagnóstico mais preciso e dar início ao tratamento adequado.

8. REFERÊNCIAS

- ARRUDA, R.M.; SOUSA, G.O.; CASTRO, R.A.; SARTORI, M.G.F.; BARCAT, E.C.H.; GIRÃO, M.J.B.C. Hiperatividade do detrusor: comparação entre oxibutinina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais: Estudo randomizado. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.29, n.9, pp.452-8, 2009.
- BEZERRA, C.A. Incontinência urinária. Sociedade Brasileira de Uroginecologia. *Rev. de Uroginecologia.* v.1, n.2, pp.113-122, ago/2008.
- BOTELHO, F.; SILVA, S.; CRUZ, F. Incontinência Urinária Feminina. *Rev. Acta Urológica.* v.24, n.1, pp.79-82, 2007.
- CARVALHO, M. & HOLANDA, P. Atuação Fisioterapêutica na Incontinência Urinária em Mulheres na Terceira Idade. Artigo Original. Universidade da Amazônia. Belém, 2008.
- CAETANO, A.S.; TAVARES, M.C.G.C.F.; LOPES, M.H.B.M. Proposta de atividades físicas para

- mulheres com incontinência urinária de esforço. *Revista Digital. Buenos Aires*, ano10, n.76, set/2008.
- CASTRO, R.A.; PALHARES, D.J.; SARTORI, M.G.F.; BARACAT, E.C.; GIRÃO, M.J.B.C. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço. *Rev. de Uroginecologia. Escola Paulista de Medicina, São Paulo*, v.2, n.5, pp.125-30, jun/2009. Disponível em <http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/pdf>. Acesso em jan/2013.
- GOMES, G.V. & SILVA, G.D. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de dourados (MS). *Rev Assoc Med Bras.* v.56, n.6, pp.649-54, set/2010.
- GUEDES, J.M.; SEBEN, V. Incontinência Urinária no Idoso: Abordagem Fisioterapêutica. *Rev. Bras. Ciências do Envelhecimento Humano.* v.3, n.1, pp.105-113, jan/jun, 2006.
- MARQUES, S.M.F. & FREITAS, P.A.C. A cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na unidade básica de saúde. *Rev. Fisioterapia em Movimento.* v.18, n.4, pp.63-67, 2005.
- MARTINS, F.G. Tratamento conservador da incontinência urinária feminina. *Órgão Oficial do Departamento de Urologia da Associação Paulista de Medicina. Rev. Urologia Contemporânea.* v.6, n.1, jan/mar, 2009.
- NETTER, F.H. *Atlas Interativo de Anatomia Humana.* Rio de Janeiro: Artmed, 1999.
- NOLASCO, J.; MARTINS, L.; BERQUO, M.; SANDOVAL, R.A. Cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino. *Artigo Original.* ed.56, mai/jun, 2007.
- NORTON, P. & BRUBAKER, L. Urinary incontinence in women. *Rev. Lancet.* v.3, n.6, pp.56-58, 2008.
- OLIVEIRA, K.A.C.; RODRIGUES, A.B.C.; PAULA, A.B. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Revista Eletrônica F@pciência.* v.1, n.1, pp.31-40, jun/2007.
- OLIVEIRA, J.R. & GARCIA, R.R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro*, v.14, n.2, pp.343-351, ago/2011.
- RETT, M.T.; SIMÕES, J.A.; HERRMANN, V.; GURGEL, M.S.C.; MORAIS, S.S. Qualidade de Vida em Mulheres após Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço com Fisioterapia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro*, v.29, n.3, mar/2007.
- RIBEIRO, M.O.; AMARAL, R.G.; BERQUÓ, M.S. Fisioterapia no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev. Feminina.* v.37, n.7, jul/2009.
- RODRIGUES, B.P. Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço na mulher idosa. *Rev. da Universidade Veiga de Almeida.* out/2008.
- SANTOS, A.L.; OLIVEIRA, D.S.; BIANCHI, F.R.; LIMA, A.P.B.; CASTILHO, J.; LUCATO JUNIOR, R.V.; LORENZETTI, M.I. Intervenção Fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço em mulheres, com ênfase no tratamento postural e comportamental. *Rev. Unorp. São José do Rio Preto*, v.5, n.12, pp.25-47, 2010.
- SOUZA, C.E.C. Incontinência urinária. *Jornal saúde em movimento.* out/2011. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/jornal/2011>. Acesso em jan/2013.
- SOUSA, S.; CASTRO, M.G.; PEREIRA, N.; RODRIGUES, C.; APARÍCIO, C.; CATARINO, A.; NEGRÃO, L. Cirurgia minimamente invasiva na mulher com incontinência urinária de esforço. *Rev. Acta Med Port.* v.24, pp.517-520, 2011.