

**FACULDADE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

MONISE CRISTINA VIEIRA E SILVA

**INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE
MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

PATOS DE MINAS

2019

MONISE CRISTINA VIEIRA E SILVA

**INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE
MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso em Fisioterapia.

Orientador: Prof.^a Me. Ana Caroline
Fernandes Marafon

PATOS DE MINAS

2019

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
Curso de Bacharelado em Fisioterapia

MONISE CRISTINA VIEIRA E SILVA

**INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE
MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia, composta no dia 24
de junho de 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída
pelos professores:

Orientador: Prof.^o. Me. Ana Caroline Fernandes Marafon
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof. ^o. Dr. Mariane Fernandes Ribeiro
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.^a. Me. Carla Cristina Andrade
Faculdade Patos de Minas

INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

PHYSIOTHERAPY INTERVENTION IN THE TREATMENT OF WOMEN URINARY INCONTINENCE

Monise Cristina Vieira e Silva
monisycristina@hotmail.com

Prof.^a. Me. Ana Caroline Fernandes Marafon
anacarolmarafon@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária (IU) é uma perda involuntária de urina, mais prevalente nas mulheres, que pode interferir negativamente na qualidade de vida e causar constrangimento, baixo auto-estima, estresse, levando até mesmo a depressão. Através deste trabalho descrito, propõe-se soluções que podem ser aplicadas em mulheres que sofrem desse distúrbio. **Objetivos:** abordar os principais aspectos relacionados a incontinência urinária, compreendendo a importância da fisioterapia no tratamento das pacientes. **Métodos:** O estudo trata-se de uma revisão de literatura narrativa com a pesquisa de artigos científicos realizada nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Bireme, Medline, Google acadêmico e Scielo, através de artigos publicados no período de 2010 a 2018, foram coletadas as informações necessárias para o desenvolvimento dos parâmetros dada em cada situação que a paciente se encontra apontando sua causa e o melhor tratamento. **Considerações finais:** A fisioterapia dispõe de diversas técnicas para o tratamento da incontinência urinária, como, cinesioterapia, biofeedback, eletroestimulação e cones vaginais, variando de paciente para paciente e da intensidade dos sintomas.

Palavras-chaves: Fisioterapia. Fortalecimento. Assoalho pélvico. Incontinência urinária. Pós-parto.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence (UI) is an involuntary loss of urine, most prevalent in women, which can negatively interfere with quality of life and the effects of embarrassment, low self esteem, stress, even lead to depression. Present this work described, proposes solutions that can be applied to women who have this disorder.

Objectives: To address the improvement of urinary incontinence, understanding the importance of physiotherapy in the treatment of patients. **Methods:** The study is a review of narrative literature with a research of scientific data based on the databases Pubmed, Lilacs, Bireme, Medline, Google academic and Scielo, through articles published in the period from 2010 to 2018, were collected the information necessary for the development of the data is given in each situation that a patient presents himself and his best treatment. **Final considerations:** Physical therapy has several steps for the treatment of urinary incontinence, such as kinesiotherapy, biofeedback, electrostimulation and vaginal cones, variation of respiratory activity for patients with the intensity of symptoms. **Key-words:** Physiotherapy. Fortification. Pelvic floor. Urinary incontinence. Post childbirth.

INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Internacional de Continência, a incontinência urinária (IU) é considerada como qualquer perda involuntária de urina. É uma complicação que aflige milhares de mulheres de todas as idades do mundo. A incontinência urinária se tornou um problema social, levando situações constrangedoras que está reduzindo a qualidade de vida das mulheres que passam por esse mal por causar depressão, redução da relação sexual, isolamento e baixo-estima, além de causar estresse, sendo considerado o principal distúrbio do assoalho pélvico (1,2).

A incontinência urinária é uma doença crônica, é mais acometida em mulheres, e é um distúrbio do trato urinário inferior, podendo ocorrer, quando há uma modificação no processo fisiológico da micção ou nas sustentações envolvidas na estrutura das vísceras responsáveis pela micção. Nos homens, com a idade de 50 anos, devido a hiperplasia de próstata, pode aparecer a incontinência urinária (3,4).

As causas de incontinência urinária são: o desgaste natural das fibras musculares, idade avançada, mulheres com obesidade, redução da função ovariana logo após a menopausa, inúmeros partos vaginais (normais), anormalidades da bexiga, doenças neurológicas ou por modificações da força dos músculos da pelve, exercícios físicos de alto impacto, genética, peso do recém-nascido, tempo prolongado do segundo período do parto e a episiotomia (5,6,7).

Entretanto, sabe-se que a prevalência de IU costuma ser alta na terceira idade. Segundo Mardon et al e Huang et al. apontam uma prevalência de 44% e 53%, respectivamente, entre mulheres com 65 anos ou mais. Após a gravidez a prevalência da IU se torna versátil, 0,7 a 35%. No terceiro trimestre seu impacto se torna maior, reduzindo significativamente no pós parto (8,9).

Consequentemente, todos esses fatores colaboram com a diminuição da elasticidade da bexiga e provocam a irritabilidade deste órgão. Em 1948, Arnold Kegel instituiu o treinamento dos músculos do assoalho pélvico que declarou a taxa de cura de 84% em mulheres com IU (10,11).

Há três tipos de incontinência urinária: a incontinência urinária de esforço (IUE) a de urgência (IUU) ou bexiga hiperativa (BH) e a mista (IUM). A IUE é a perda involuntária de urina durante o esforço, atividades físicas, tosse ou espirro (perda involuntária de urina através de aumentos repentinos de pressão). A IUU é a perda

urinária involuntária acompanhada ou imediatamente precedida de urgência, vontade incontrolável de urinar, presença de noctúria, (quando a pessoa urina muito durante a noite) e polaquiúria (urinar pouca quantidade muitas vezes ao dia), e a IUM caracterizada pela incontinência urinária de urgência associada a incontinência urinária de esforço (12,13).

A IUE é a mais frequente e acontece em momentos de esforço físico, tosse, espirro e riso, pois tais situações, em um períneo com estruturas abaladas, ocasionam desequilíbrio entre as pressões uretral e vesical. As estruturas pélvicas por ser uma região pouco conhecida principalmente entre as mulheres que não têm o hábito de explorar o próprio corpo, o períneo torna-se fraco e frouxo devido à falta de exercício muscular. Há ainda o distúrbio hormonal considerado como fator que pode colaborar para tal flacidez (14).

Ao decorrer da gestação, as queixas perante a IU é frequente, devido a elevação da pressão intra-abdominal, pelo aumento do volume uterino e pela mudança do posicionamento da porção proximal da uretra. Neste período 57,5% das mulheres apresentam IUE e 56,5% se tornam assintomáticas três anos após o parto. Todo o processo da gestação quanto o parto, são momentos de muitas mudanças, tanto anatômicas e fisiológicas para o organismo materno, podendo haver como consequência a manifestação da IU através das alterações no trato urinário (15).

Pesquisas revelaram que a maioria das disfunções do assoalho pélvico está relacionada a sinais eletromiográficos de desnervação da sua musculatura. Uma das principais causas para essa desnervação, é o parto normal (vaginal) que tem sido relacionado como um dos fatores precipitantes da IU porque, no decorrer do segundo estágio do trabalho de parto, a cabeça do feto pode causar um aperto e estiramento do nervo pudendo (principal nervo do períneo), causando uma distensão dos tecidos e ligamentos da pelve ocorrendo danos neurológicos, mudanças na posição anatômica da pelve, na forma da musculatura pélvica e nas vísceras devido o trauma obstétrico (16).

Este mecanismo, principalmente se for repetido, causa lesão no suporte pélvico e o corpo perineal, tornando a longo prazo o surgimento de perdas urinárias, perda da sustentação do colo vesical e da uretra proximal. Todavia, pesquisas relatam o surgimento dos sintomas no transcorrer da primeira gestação. Outras pesquisas evidenciaram que o parto normal pode reduzir a força do músculo do assoalho pélvico de mulheres que tiveram seu primeiro filho e em mulheres que já

tiveram inúmeros filhos em um mesmo parto, quando comparadas com mulheres sujeitas à cesárea e mulheres que nunca teve filhos (6).

A episiotomia é o motivo de várias controvérsias em sua eficácia na proteção do períneo. Segundo Oliveira e Miquilini, a episiotomia médio-lateral direita foi a mais utilizada (92,0%), comparando com a episiotomia mediana. Na episiotomia médio-lateral direita, além da pele e mucosa, normalmente são seccionados os músculos transverso superficial do períneo e bulbocavernoso (15).

Entretanto, ainda não há indícios suficientes para afirmar que o parto cesário reduz o risco de desenvolvimento de incontinência urinária ou fecal, enquanto alguns apoiam a prática da cesariana como forma de proteger o assoalho pélvico (AP). A operação cesariana não previne tais complicações, principalmente quando é precedida de trabalho de parto (10).

Este estudo, teve como objetivo, abordar os principais aspectos relacionados a incontinência urinária e compreender a importância da fisioterapia no fortalecimento do assoalho pélvico.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão de literatura narrativa com a pesquisa de artigos científicos, em português e espanhol, realizada nas bases eletrônicas de dados Pubmed, Medline, Lilacs, Google acadêmico e Scielo, através de artigos publicados no período de 2010 a 2018. A busca foi conduzida utilizando as palavras-chaves Fisioterapia, Fortalecimento do assoalho pélvico, Incontinência urinária. Foram inclusos os artigos que abordavam a etiologia e o tratamento da incontinência urinária, especificamente aqueles que utilizaram os exercícios de Kegel, o biofeedback perineal e a eletroestimulação transvaginal.

REVISÃO DE LITERATURA

Anatomia do assoalho pélvico

É importante entender a anatomia e fisiologia da musculatura do AP durante o parto normal para prevenir ou controlar traumas dos músculos relacionados ao parto.

O assoalho pélvico feminino é dividido em três compartimentos: anterior (bexiga e uretra), médio (vagina) e posterior (reto). É composto por estruturas de sustentação: fâscias pélvicas (ligamento pubo-vesical, redondo do útero, uterossacro e ligamento cervical transverso), diafragma pélvico (músculo elevador do ânus) (13).

A pelve é considerada uma estrutura óssea, composta pelos ossos ílio, ísquio, púbis, sacro e cóccix, da qual função é proteger os órgãos pélvicos, servir de ponto de fixação para músculos, sustentar o peso do corpo, além de transferir o peso corpóreo para os membros inferiores, principalmente o útero, a bexiga e o reto, além de fornecer ação esfinteriana para a uretra, reto e vagina, além de liberar a passagem do feto, por causa do parto (17).

O músculo elevador do ânus, é considerado um dos principais músculos do assoalho pélvico, que é composto pelos músculos íliococcígeo, pubococcígeo e puborretal. O diafragma urogenital é composto pelos músculos isquiocavernoso, bulbocavernoso, e transverso do períneo. Os sintomas dos músculos do assoalho pélvico (MAP) são divididos em cinco grupos: os sintomas do trato urinário baixo, sintomas intestinais, disfunções sexuais, prolapsos dos órgãos. A fraqueza dos MAP está associada aos distúrbios do assoalho (18).

Para evitar uma perda indesejada de urina, os músculos do esfíncter externo e do assoalho pélvico, podem-se contrair principalmente em situações de estresse. Portanto, um suporte uretral ou uma função ineficaz do complexo muscular, é uma causa comum na IUE (19).

O elevador do ânus é conciliado para preservar o tônus por períodos longos, do mesmo modo para persistir a ascensões repentinas em pressão intra-abdominal, como, por exemplo, ao tossir, espirrar ou correr. Assim sendo devido ao fato de conter dois tipos de fibras musculares, tipo 1 (contração lenta) e tipo 2 (contração rápida). As fibras do tipo 1 são altamente robustas e, formam a contração por períodos prolongados, apesar da força de contração tender a ser de baixa ordem. Já as fibras do tipo 2 são altamente fadigantes, mas produzem alta ordem de força na contração rápida. As fibras musculares tipo 2, tem uma contração voluntária do assoalho pélvico proporcionando hipertrofia e aprimorando a força de contração perineal (20)

O feixe puborretal apresenta uma origem na superfície inferior do púbis. Origina-se medialmente à origem do músculo pubococcígeo. O feixe puborretal é um feixe relativamente espesso situado na face inferior atrás do reto, ao nível da junção anorretal, onde suas fibras são cruzadas. O feixe pubococcígeo origina-se na sínfise púbica, ultrapassando o reto e inserindo-se ao nível do cóccix. O feixe iliococcígeo se origina nas regiões laterais da sínfise púbica e na região do arco tendíneo do elevador do ânus e se insere no cóccix e ligamento anococcígeo (21).

Anatomia e fisiopatologia da micção

A bexiga urinária é um órgão muscular elástico e oco com paredes musculares resistentes. A sua principal função é armazenar e eliminar urina. A bexiga adulta situa-se na pelve menor, e é livre dentro do tecido gorduroso subcutâneo extraperitoneal, exceto pelo colo que é fixo pelos ligamentos que é preservado firmemente pelos ligamentos puboprostáticos, em homens, e pelos ligamentos pubovesicais, em mulheres. Este órgão é dividido em ápice (anterior), corpo, fundo (posterior), colo e úvula (22).

O armazenamento de urina e o esvaziamento da bexiga é um processo complexo e, para que possa acontecer de forma correta, é fundamental que diferentes músculos, nervos parassimpáticos, simpáticos, somáticos e sensoriais trabalhem em conjunto. A falha de qualquer uma dessas estruturas pode resultar no desenvolvimento de IU. Didaticamente, as causas mais comuns encontradas de IU podem ser classificadas em dois grupos: as resultantes de mudanças vesicais primárias ou secundárias; e as de distúrbios uretrais (23).

O Sistema Nervoso Autônomo (SNA) regula o mecanismo de continência urinária, e o trato urinário inferior é inervado por um complexo neuronal integrado dos circuitos neuronais periféricos aferentes e eferentes, envolvendo o SNA simpático e parassimpático e por neurônios somáticos. O sistema nervoso simpático incentiva o fechamento do esfíncter da uretra, bem como o relaxamento do músculo detrusor no decorrer do enchimento da bexiga. Durante a micção, o sistema nervoso parassimpático é responsável pela contração do músculo detrusor, enquanto, relaxa o esfíncter uretral (3).

O leito da bexiga é formado por estruturas que tem contato direto com ela: De cada lado púbis e fâscias que revestem o músculo obturador interno e o músculo elevador do ânus e, posteriormente, pelo reto ou pela vagina. As paredes da bexiga são formadas principalmente pelo músculo detrusor. Fibras internas em direção ao colo da bexiga masculina, formam o esfíncter interno involuntário. O trígono da bexiga, é uma região triangular e é encontrada ínfero-posteriormente nesta víscera, e é limitado pelos óstios ureterais (esquerdo e direito) e o óstio interno da uretra (inferiormente). Os ureteres situam-se obliquamente em relação à parede da bexiga em uma direção ínfero-medial, o que, em situações de aumento de pressão intravesical, comprime as paredes ureterais evitando refluxo urinário (22).

Um exemplo comum de alteração vesical é a diminuição da complacência vesical. Fisiologicamente, a bexiga apresenta um aumento da complacência. Ou seja, ela é capaz de armazenar grandes quantidades de urina, sem que sua pressão interna seja elevada. Entretanto, quando essa propriedade é diminuída, mesmo pequenas alterações de volume são capazes de gerar grandes pressões intravesicais, estimulando o desejo miccional do paciente. No decorrer de alterações elásticas da bexiga, ela é mais comum relacionada a lesões neurológicas motoras baixas, como espinha bífida e síndrome da cauda equina (23).

Treinamento e reabilitação do assoalho pélvico

O tratamento da incontinência urinária pode ser cirúrgico ou conservador. O tratamento cirúrgico pode trazer complicações, pois se trata de um procedimento invasivo e de alto custo, porém, a fisioterapia seja indicada como primeira escolha de tratamento, por ser uma técnica menos invasiva, por ter baixo riscos de complicações e por ter uma comprovação da eficácia. A fisioterapia é muito importante na reabilitação dos pacientes e também pode exercer no auxílio de outros distúrbios do AP melhorando os resultados e a qualidade de vida das mulheres (5,25).

Para que se tenha um fechamento uretral, é importante fazer um treinamento da contração da musculatura do assoalho pélvico, pois aproxima e eleva a musculatura além de ter um aumento do recrutamento das fibras tipos 1 e 2 e estimular a função da contração sincrônica do diafragma pélvico interrompendo a perda de urina e distopias genitais. O período do tratamento para que o músculo tenha uma hipertrofia, é de no mínimo 3 meses (13).

Os recursos fisioterapêuticos, abrangem exercícios para os músculos do assoalho pélvico (MAP), eletroestimulação perineal, cinesioterapia (exercícios de Kegel), biofeedback, cones vaginais.

A eletroestimulação perineal promove potentes estímulos elétricos na região pudenda. Essa técnica é um meio utilizado para aumentar a pressão intra-uretral através da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral, apresentando uma importância na conscientização da contração desta musculatura em pacientes que não consegue identifica-la. Pode ser praticada por meio de eletrodos endovaginais conectados a um gerador de impulsos elétricos, que proporciona a contração do períneo (24).

Os cones vaginais é uma técnica utilizada em mulheres para melhorar o tônus da musculatura pélvica, introduzindo na cavidade vaginal, exercitando e ajudando no fortalecimento dos músculos perineais, por meio do estímulo para recrutamento da musculatura pubococcígea e auxiliar periférica que devem reter os cones cada vez mais pesados além de proporcionar à mulher uma conscientização da contração do assoalho pélvico (12,24).

A cinesioterapia concebe na realização de exercícios de Kegel. São realizadas atividades repetitivas que objetivam reforçar a resistência uretral e fortalecer os músculos responsáveis pela sustentação dos órgãos pélvicos. Essas atividades consistem basicamente na realização de rápidas contrações da musculatura pélvica. Portanto, a cinesioterapia é uma técnica que permite, por meio da contração e do relaxamento da musculatura pélvica, resultados mais efetivos, observando-se melhora ou cura em vários pacientes. A técnica de biofeedback tem como função registrar os potenciais de ação das contrações musculares do assoalho pélvico traduzindo sua intensidade através de sinais visuais e auditivos. É uma estratégia prática para mulheres que tem dificuldade de contrair a musculatura e precisam de ser ensinadas de maneira correta (5,13,23).

A reeducação da musculatura do assoalho pélvico e seu fortalecimento, são os principais objetivos da fisioterapia, uma vez que, na maioria dos tipos de incontinência urinária que está exposto uma diminuição da força desses músculos (12).

Os benefícios da fisioterapia são vários, pois representam a melhora da percepção e consciência corporal da região pélvica, aumento da vascularização da região, aumento da tonicidade e da força dos músculos do assoalho pélvico (24).

São utilizados diferentes exames para o diagnóstico das disfunções do AP, como: Eletromiografia, perineometria, ressonância magnética, manometria, palpação digital, endossonografia anal e ultrassonografia translabial (26).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foi descrito as causas que provocam o desenvolvimento da incontinência urinária, dentre seus diferentes fatores de riscos assim como seu tratamento.

Por meio do desenvolvimento deste trabalho foi possível analisar o quanto vem se tornando frequente, casos de mulheres que sofrem com este distúrbio, necessitando de tratamentos eficazes, menos invasivo, com uma boa reabilitação. A intervenção fisioterapêutica atende perfeitamente essas necessidades, possibilitando ao paciente uma recuperação tranquila.

A falta de informação para a sociedade é um dos fatores de grande relevância para este cenário. A incontinência urinária pode ser evitada através do fortalecimento da musculatura, com exercícios diários, realizado dentro de casa.

A IUE pode ser uma complicação comum no período pós-parto em uma decorrência de uma lesão muscular ou nervosa no aparelho genitourinário. Diante disso, é importante que todo profissional envolvido na área de obstetrícia, tanto médicos como fisioterapeutas, tenham reconhecimento dessa alteração.

Antes de escolher o tratamento mais adequado, é importante que seja realizada uma avaliação minuciosa para que seja descoberta a causa da IU e como a mesma ocorre.

Uma das modalidades utilizadas é a eletroestimulação, que traz benefícios que resultam em melhora do quadro da paciente. O biofeedback também é citado como um recurso adequado ao ser utilizado isoladamente ou associado a outras técnicas. Um grande benefício observado no biofeedback, é que a pessoa que faz uso dele, e consegue ter uma maior percepção da área a ser trabalhada. Os cones vaginais também são tidos como bons recursos.

Em algumas pesquisas, a cinesioterapia, ao ser comparada com outros tipos de terapia (cinesioterapia, eletroestimulação, cones vaginais) demonstra ser a técnica mais apropriada.

Com isso, conclui-se que a fisioterapia possui vários recursos que podem ser utilizados no tratamento da incontinência urinária com resultados evidentes, sendo que a escolha do tipo do tratamento ideal dependerá do caso de cada paciente.

REFERÊNCIAS

1. Korelo RIG, Kosiba CR, Grecco L, Matos RA. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal associado ou não a orientação de contração do assoalho pélvico em nulíparas. *Fisioter Mov.* 2011;24(1):75-85.
2. Beuttenmüller L, Cader SA, Macena RHM, Araújo NS, Nunes EFC, Dantas EHM. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia. *Fisioter Pesq.* 2011; 18(3):210-216.
3. Padilha JF, Braz MM, Seidel EJ, Mazo GZ, Marques JLB, Marques CMG. Avaliação da modulação autonômica cardíaca no processo de enchimento da bexiga em mulheres com incontinência urinária: perspectiva da fisioterapia. *Fisioter Pesq.* 2017;24(4):363-370.
4. Roing JJ, Souza DLB, Lima KC. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013;16(4):65-879.
5. Sousa JG, Ferreira VR, Oliveira RJ, Cestari CE . Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioter. Mov.*2011;24(1):39-46.
6. Lopes DBM, Praça NS, Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e fatores relacionados. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):574-80.

7. Schrader EP, Frare JC, Comparin KA, Diamante C, Araújo BG, Danielli C et al. Eficácia do método Pilates e do biofeedback manométrico em mulheres na menopausa com incontinência urinária. *Ciênc. Biol. Saúde*. 2017;38(1):61-78.
8. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. *Fisioter Mov*. 2012;25(3):571-82.
9. Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. *Acta Med Port*. 2017;30(7-8):568-572.
10. Frederice CP, Amaral E, Ferreira NO. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2011;33(4):188-95.
11. Camillato ES, Barra AA, Silva Jr AL. Incontinência urinária de esforço: fisioterapia versus tratamento cirúrgico. *FEMINA*. 2012;40(4):188-194.
12. Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2011;14(2):343-351.
13. Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Bras. Clin Med*. 2011;9(6):408-13.
14. Ramos AL, Oliveira AAC. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. *Rev Hórus*. 2010;5(2):264-275.
15. Knorst MR, Lisot FE, Zollner LL, Barbosa MC, Resende TL. Influência do tipo de parto no resultado do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária. *Rev. Ciênc. Saúde*. 2012; Porto Alegre. 5(2):117-124.
16. Assis TR, Sá ACAM, Amaral WN, Batista EM, Formiga CKMR, Conde DM. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2013;35(1):10-5.
17. Bertoldi JT, Ghisleri AQ, Piccinini BM. Fisioterapia na incontinência urinária de esforço: revisão de literatura. *Rev. Dep. Educ. Fis. Saúde*. 2014;15(4):224-229.
18. Nascimento MS, Trippo KV, Saraiva A. Terapia por exposição a realidade virtual no fortalecimento do assoalho pélvico: uma revisão sistemática. *SFM*. 2017;5(1):47-60.
19. Silva JC, Prado MC, Romão JFF, Cestari CE. Grau de força muscular do assoalho pélvico em mulheres incontinentes obesas e não obesas. *Rev. Ciênc. Saúde, Porto Alegre*. 2011;4(2):37-44.

20. Moreira ECH, Arruda PB. Força muscular do assoalho pélvico entre mulheres continentais jovens e climatéricas. *Semina: Ciênc. Biol. Saúde*. Jan/jun. 2010; Londrina. 31(1): 53-61.
21. Carrilo GK, Sanguinete MA, Anatomia del piso pélvico. *rev. med. clin. Condes*. 2013; 24(2):185-189.
22. Juc RU, Colombari E, Sato MA. Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário. *ABC*. 2011;36(1):55-60.
23. Cândido FJLF, Matnei T, Galvão LC, Santos VLJ, Santos MC, Sarris AB et al. Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. *Visão Acadêmica*. 2017;Curitiba.18(3):67-80.
24. Delgado AM, Ferreira ISV, Sousa MA. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Revista científica da escola da saúde*. out. 2014/ jan. 2015;4(1):47-56.n
25. Stein SR, Pavan FV, Nunes EFC, Latorre GVS. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. *Rev. Ciênc. Méd.* 2018;27(2):65-72.
26. Riesco MLG, Caroci AS, Oliveira SMJV, Lopes MHBM. Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós-parto: correlação entre perineometria e palpação digital vaginal. *Rev.Latino Am. Enfermagem*. 2010;18(6):[7 telas].

AGRADECIMENTOS

Eu, Monise Cristina Vieira e Silva.

Primeiramente, agradeço a Deus pela vida e saúde que tens me dado e a oportunidade e força para concluir esta etapa de minha vida, pois sabemos que sem sua graça não tinha chegado a este tão sonhado momento e nada disso seria possível. Agradeço aos meus pais Jorge Vieira e Maria do Socorro Vieira e Silva por serem tão amáveis e importantes na minha vida e por ter sempre me apoiado durante todos os anos da faculdade, ao meu companheiro Eloísio que sempre me motivou e que nunca me negou nenhuma ajuda e atenção, as minhas amigas em especial a Milce e Andressa, por sempre está do meu lado sempre que eu precisasse, aos meus professores pelo conhecimento que nos concederam e

agradeço especialmente a minha orientadora Ana Carolina Marafon, que através de seu conhecimento direcionou meu estudo sempre ajudando e disposta a ensinar.

Obrigada a todos que torceram por mim, que desejaram que tudo desse certo, isso será um momento inesquecível para mim, guardarei eternamente na minha memória. Gratidão!

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, _____ de _____ de _____.

Nome do Orientando

Nome do Orientador

DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA

Eu _____,
matriculado sob o número _____ da FPM, DECLARO que efetuei
as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública
do meu TCC intitulado:

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas
de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no
Curso de Graduação em _____ da
Faculdade Patos de Minas.

Assinatura do Aluno Orientando

Graduando Concluinte do Curso

DECLARO, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está
AUTORIZADO a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

Professor(a) Orientador(a)