

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM FISIOLOGIA DO TREINAMENTO  
ESPORTIVO**

**ANY SIMÃO SERAFIM**

**ÍNDICE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES PRATICANTES DE  
GINÁSTICA E MUSCULAÇÃO**

**CRICIÚMA/SC**

**2013**

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM FISIOLOGIA DO TREINAMENTO  
ESPORTIVO**

**ANY SIMÃO SERAFIM**

**ÍNDICE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES PRATICANTES DE  
GINÁSTICA E MUSCULAÇÃO**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, para a obtenção do título de especialista em Fisiologia do Treinamento Esportivo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Josete Mazon

**CRICIÚMA/SC**

**2013**

**Dedico este trabalho a meus pais que desde meu nascimento seguram minhas mãos em todos os obstáculos me ajudando sempre a dar o próximo passo...**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da vida, por mais um dia e por ter me presenteado por meio de meus pais, minha irmã, minha família e meus amigos.

Agradeço a meus pais Ana e Enio, que me deram a verdadeira formação com amor, honestidade e dignidade, e por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos de minha vida, sejam eles os mais simples aos mais inesquecíveis. Eu os amo muito!

Em especial a minha irmã Taiany que me alegra e contagia, ora como irmã mais velha, ora mais nova. Eu te amo e te adoro!

Ao meu namorado Graciano, que é mais que um companheiro, aceitando meus altos e baixos, com certeza aprendemos muito juntos com os erros e acertos. Te amo!

A todos os meus familiares, amigos e colegas de trabalho e de classe, que dividem uma boa parte do seu tempo comigo. Tenho certeza que vocês torceram por mim, embora às vezes em silêncio.

A minha orientadora Josete, que me orgulha desde quando foi minha professora na Graduação, aliás, uma professora exemplar.

Por fim, agradeço com meu mais forte abraço a todos que contribuíram para esta realidade. Muito obrigada!

**“Acredite que a vida vale à pena e a sua crença  
ajudará a fazer disso uma realidade.”  
(William James)**

## RESUMO

A Incontinência Urinária (IU) é uma doença que caracteriza-se pela perda involuntária de urina. Classifica-se em: IU de esforço, urge-incontinência e mista. Que a prática de exercícios físicos traz diversos benefícios à saúde do praticante já é sabido, mas o excesso dela pode trazer também alguns acometimentos, como a incontinência urinária de esforço. Sabe-se que nas aulas de ginástica, como exemplos jump e step, ocorre a predominância de impacto, e nas sessões de musculação há levantamento de carga, o que caracterizam-se como um esforço para mulheres que já possuem enfraquecimento no assoalho pélvico. Justifica-se este estudo por ser uma patologia de grande incidência em mulheres e por estas muitas vezes não saberem do que se trata, também pela importância do profissional de educação física na prevenção e controle dos FR. **Objetivo:** Comparar o índice de Incontinência Urinária em mulheres praticantes de ginástica e musculação com idade entre 18 e 40 anos de Sombrio/SC. **Metodologia:** A população deste estudo foi composta por 70 mulheres com idade entre 18 anos e 40 anos, participantes de academias nas modalidades de musculação e ginástica da cidade de Sombrio/SC, avaliadas por meio de um questionário de dados pessoais e profissionais; foram analisadas respostas ao questionário adaptado de protocolo de avaliação fisioterapêutica em uroginecologia e avaliação antropométrica (IMC). **Resultados:** Amostra foi 100% sexo feminino. Apenas 25,71% da população entrevistada expressou algum conhecimento sobre a Incontinência Urinária. Da população geral 20% responderam que perdem urina em algum esforço. O maior número de perda (14,75%) é em esforços intensos. O tempo desta perda de urina da amostra variou de “menos de um ano” a “6 anos ou mais”. As condições de perda urinária foram bem variadas, a que mais apareceu foi “praticando exercício”, o que equivale a 7,14% da amostra, ou seja, cinco mulheres responderam perder urina ao praticar exercício. A frequência da perda urinária variou entre raramente, durante o dia e durante a noite. O tipo de jato urinário que mais se faz presente é gotejamento (12,85%). Uma entrevistada realizou exames para o diagnóstico da IU e foi recomendada a fazer cirurgia. A maioria das mulheres nunca teve gestação (47,16%). O tipo de parto mais realizado foi a cesárea, onde 19 mulheres o realizaram. **Conclusão:** Se compararmos os grupos de ginástica e musculação, nos grupos G2, M1 e M2, onde aparece a maior perda urinária é em esforços intensos. Apenas no G1 a perda sem nenhum esforço e esforço mínimo ficam com 7,14% em cada. Nas praticantes de ginástica no grupo de idade entre 31 a 40 anos observou-se uma perda de urina maior (28,56%) enquanto no de idade entre 18 e 30 anos apenas 14,28% perdem, o que equivale o dobro de perda urinária em G2 comparado a G1. Sugerem-se mais estudos na área da educação física sobre o assunto e estudos que correlacionem os fatores de risco com a incontinência urinária, pois a grande maioria dos trabalhos que envolvem a incontinência urinária são elaborados por outros profissionais da área da saúde, como fisioterapeutas e enfermeiros.

**Palavras-chave:** Incontinência Urinária. Incontinência Urinária por esforços. Saúde da mulher. Ginástica. Musculação.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pelve.....	14
Figura 2 – Assoalho pélvico.....	15
Figura 3 – Diafragma pélvico.....	16
Figura 4 – Exemplos de exercícios de contração dos músculos do assoalho pélvico.....	29
Figura 5 – Dados profissionais.....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Divisão da amostra por modalidade e faixa etária.....	32
Tabela 2 – Dados pessoais.....	33
Tabela 3 – Perda Urinária.....	36
Tabela 4 – Tempo que detectou a perda urinária.....	37
Tabela 5 – Condições em que detectou a perda urinária.....	38
Tabela 6 – Frequência da perda urinária e Tipo de jato.....	39
Tabela 7 – Quantas vezes evacua na semana e Faz força para evacuar.....	40
Tabela 8 – Número de Gestações.....	42

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BFB – Biofeedback

CID – Classificação Internacional de Doenças

IMC – Índice de Massa Corporal

IU – Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

OMS – Organização Mundial de Saúde

SC – Santa Catarina

SIC ou CIS – Sociedade Internacional de Continência

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>14</b>
2.1 ANATOMIA DA PELVE.....	14
2.1.1 Assoalho (ou soalho) pélvico.....	15
2.1.2 Diafragma pélvico.....	15
2.2 TRATO URINÁRIO.....	16
2.2.1 Trato urinário superior.....	16
2.2.2 Trato urinário inferior.....	17
2.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IU).....	17
2.3.1 Incontinência Urinária por Esforços (IUE).....	19
2.3.2 Incontinência Urinária de Urgência (IUU).....	19
2.3.3 Incontinência Urinária Mista (IUM).....	20
2.3.4 Incidência de Incontinência Urinária.....	20
2.4 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	21
2.4.1 Gravidez, parto e pós-parto.....	22
2.4.2 Obesidade.....	23
2.4.3 Envelhecimento.....	23
2.4.4 Cirurgias ginecológicas.....	24
2.4.5 Outros fatores de risco.....	24
2.5 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E EXERCÍCIO FÍSICO.....	24
2.5.1 Benefícios do Exercício Físico para a Incontinência Urinária.....	24
2.5.2 Exercício Físico como um fator de risco para a Incontinência Urinária.....	25
2.5.3 Exercício Físico específico para prevenção e controle da Incontinência Urinária.....	26
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>30</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	30
3.2 POPULAÇÃO.....	30
3.3 PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE.....	30
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	30
3.5 CAMPO DE PESQUISA.....	31

3.6 MATERIAIS E PROTOCOLOS.....	31
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
4.1 DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS.....	33
4.2 DADOS ANTROPOMÉTRICOS.....	34
4.3 DADOS SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	36
4.3.1 Conhecimento sobre a Incontinência Urinária.....	36
4.3.2 Perda urinária.....	36
4.3.3 Tempo da perda urinária.....	37
4.3.4 Condições de perda urinária.....	38
4.3.5 Freqüência da perda urinária.....	39
4.3.6 Recurso higiênico.....	40
4.3.7 Evacuação.....	40
4.3.8 Exame, diagnóstico e tratamento da Incontinência Urinária.....	41
4.3.9 Gestações, filhos, parto e cirurgias na região pélvica.....	42
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO(S).....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO ADAPTADO DE PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UROGINECOLOGIA.....</b>	<b>52</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU), antes considerada um sintoma, é uma doença que caracteriza-se pela perda involuntária de urina e pode aparecer em mulheres e homens de qualquer idade, embora seja mais frequente em mulheres de idade avançada.

Podemos classificar a Incontinência Urinária em: de esforço, urge-incontinência e mista. Um dos causadores da IU é o enfraquecimento do períneo, estando este aliado a fatores de risco como: idade, obesidade, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, hereditariedade e outros.

Os malefícios desta doença para as mulheres estão relacionados com aspectos sociais. As mulheres com IU tendem a constranger-se em público devido a perda de urina constante, e a isolar-se, mantendo uma vida pouco ativa, do trabalho para casa e vice-versa, deixando de lado atividades esportivas e de lazer, o que pode trazer outros acometimentos para a saúde, como a obesidade, depressão, isolamento, perda da auto-estima e auto-imagem, diminuição da produtividade e falta de interesse sexual.

A Incontinência Urinária de esforços ocorre sempre paralelamente ao esforço (corrida, caminhada, riso, tosse, levantamento de cargas, impacto). Este é o tipo mais comum entre as mulheres incontinentes e trata-se de uma patologia que pode levar a um grande impacto na qualidade de vida das mulheres acometidas.

Que a prática de exercícios físicos traz diversos benefícios à saúde do praticante já é sabido, mas o excesso dela pode trazer também alguns acometimentos, como a incontinência urinária de esforço, principalmente nas mulheres, público de maior incidência da doença.

Sabe-se que nas aulas de ginástica, como exemplos jump e step, ocorre a predominância de impacto, e nas sessões de musculação há um levantamento de carga, o que caracterizam-se como um esforço para mulheres que já possuem enfraquecimento no assoalho pélvico.

É devido as implicações negativas para a qualidade de vida das mulheres acometidas pela doença que este estudo procura ampliar os conhecimentos do profissional de educação física sobre a doença Incontinência Urinária, pois, há poucos estudos na área da educação física sobre este assunto, limitando, muitas vezes, a busca deste do conhecimento.

O conhecimento sobre a IU e a implantação de exercícios preventivos para a IU nos programas de exercícios físicos, por profissionais de educação física, podem ser um aliado na diminuição e prevenção das perdas urinárias.

Diante disso o trabalho vem responder a seguinte pergunta: As mulheres praticantes de ginástica têm um índice de Incontinência Urinária mais elevado que as praticantes de musculação?

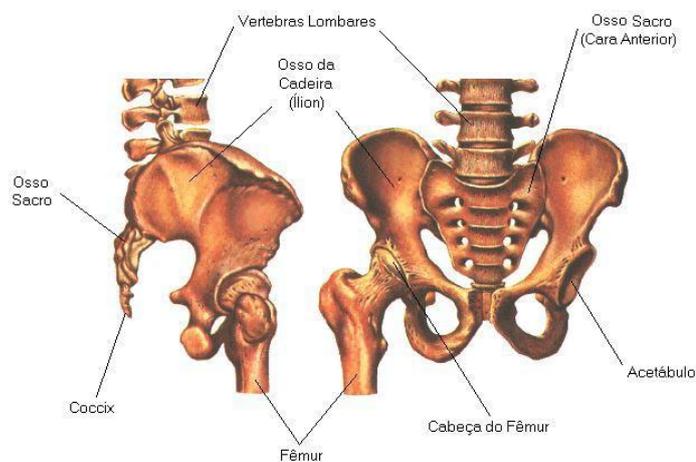
Para responder a esta pergunta este projetos têm como objetivo geral: comparar o índice de Incontinência Urinária em mulheres praticantes de ginástica e musculação com idade entre 18 e 40 anos de Sombrio/SC; e objetivos específicos: Verificar quais os fatores de risco presentes em mulheres com e sem Incontinência Urinária praticantes de ginástica e musculação.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 ANATOMIA DA PELVE

A pelve constitui a porção mais inferior do tronco e ocupa uma posição intermediária entre ele e os membros inferiores. É constituída por dois ossos ilíacos, articulados posteriormente com o sacro e anteriormente entre si por meio da sínfise púbica. (BARACHO, LOTTI & REIS, 2007).

Figura 1: Pelve.



Fonte: Anatomia Osteologia, 2008.

A pelve tem a função de proteger os órgãos pélvicos e transmitir o peso do tronco para o acetábulo passando pela linha arqueada e, portanto, para os membros inferiores na postura ereta. (BARACHO, LOTTI & REIS, 2007).

As estruturas anatômicas da pelve dividem-se em: passivas, ossos pélvicos (íleo, ísquio, sacro e púbis) e tecido conjuntivos (fáscias parietal e visceral, que compõem a fáscia endopélvica); e ativas, músculos e nervos (pudendo, plexo sacral). (DEVRESSE et al., 2004; GAMEIRO, 2003 apud AZEVEDO, 2005).

A fáscia endopélvica envolve e sustenta as vísceras abdominais e pélvicas. As estruturas ativas são responsáveis pela manutenção e pela contração muscular em resposta ao aumento súbito da pressão intra-abdominal. (GAMEIRO, 2003 apud AZEVEDO, 2005).

O períneo representa o conjunto das partes moles que fecham a pelve e suportam as vísceras em posição vertical, e o músculo elevador do ânus, localizado no períneo, é o principal responsável pela continência urinária na mulher. (CAETANO et al, 2009).

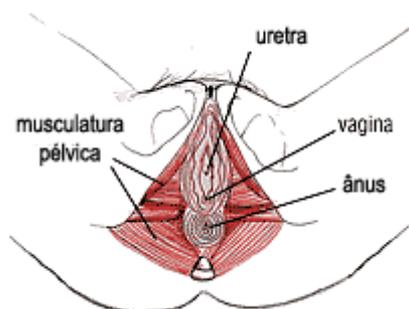
### 2.1.1 Assoalho (ou soalho) pélvico

É formado por músculos, ligamentos e fâscias e tem como objetivo sustentar os órgãos internos, principalmente o útero, a bexiga e o reto. (BARACHO, LOTTI & REIS, 2007).

Os músculos superficiais do soalho pélvico e os músculos perineal transverso superficial e profundo estabilizam e fecham a uretra; os esfíncteres uretral e anal também têm função de fechamento. (STROHBEHN et al., 1996; KEANE, 2000 apud AZEVEDO, 2005).

A continência urinária é mantida por forças passivas e ativas, que dependem da integridade do soalho pélvico, do qual o músculo elevador do ânus é um dos componentes funcionais mais fortes. (DELANCEY, 1990; TOOZ-HOBSON et al., 2001 apud AZEVEDO 2005).

Figura 2: Assoalho pélvico.



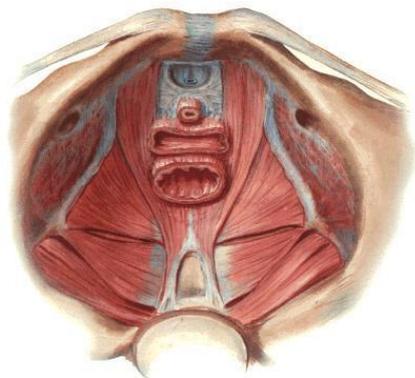
Fonte: Ocanhas, 2007.

### 2.1.2 Diafragma pélvico

É formado pelos músculos levantador do ânus e coccígeo e pelas fâscias. Tem a função de transmissão de pressão tanto para bexiga quanto para a uretra, o que faz

com a pressão uretral permaneça maior que a pressão vesical, favorecendo o mecanismo de continência. (BARACHO, LOTTI & REIS, 2007). É uma estrutura formada por grande quantidade de tecido conjuntivo, o que lhe confere ampla elasticidade e maleabilidade. (GÉO et al, 2007).

Figura 3: Diafragma pélvico.



Fonte: Fisioterapia uroginecológica, 2009.

## **2.2 Trato urinário**

Pode ser dividido em duas porções: trato urinário superior e trato urinário inferior.

### **2.2.1 Trato urinário superior**

É constituído pelos rins e ureteres. Os rins são órgãos pares, localizados na parede posterior do abdome de ambos os lados da coluna vertebral, sendo o rim direito mais baixo que o esquerdo devido à presença do fígado. É responsável pela produção de urina. (BARACHO, LOTTI & REIS, 2007).

Os ureteres são tubos pares constituídos de músculo liso, sua origem dá-se na junção de cada rim, e sua função é o transporte de urina até a bexiga. (BARACHO, LOTTI & REIS, 2007).

### **2.2.2 Trato urinário inferior**

É formado pela bexiga e uretra, que tem como função o armazenamento urinário na bexiga e sua evacuação através da uretra para o meio externo durante a micção. (BARACHO, LOTTI & REIS, 2007).

A bexiga é um órgão muscular oco com uma capacidade média de 350 a 450 ml no adulto. É formada por uma musculatura lisa denominada de detrusor, com a dupla função de reservatório de urina e de proporcionar uma contração eficaz para promover o esvaziamento durante a micção. (BARACHO, LOTTI & REIS, 2007).

A bexiga funciona como um sistema de baixa pressão que acomoda crescente volume de urina sem haver elevação da pressão vesical. (MONTEIRO & FILHO, 2007).

A uretra é um complexo tubo muscular, que mede 3 a 4 cm na mulher, e estende-se até o meato (orifício) urinário externo. (BARACHO, LOTTI & REIS, 2007).

### **2.3 Incontinência Urinária (IU)**

A incontinência urinária é um sintoma multifatorial e inúmeras patologias podem provocá-la. A ICS (International Continence Society) definiu-a, em 1979, como uma condição na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social ou de higiene, e pode ser objetivamente demonstrada. (GROSSE & SENGLER, 2002).

A IU era apenas um sintoma até 1998, quando passou a ser considerada uma doença nas Classificações Internacionais de Doenças (CID/OMS). (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

Caracteriza-se como uma condição que gera grandes transtornos para a vida das pessoas e que apresenta aspectos fisiopatológicos, sociais, psicológicos e econômicos que devem ser sempre avaliados em conjunto. (ABRAMS et al, 2003).

A perda da continência urinária é uma condição desconfortável, embaraçosa e estressante, que pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas. Cerca de 60% das mulheres acima de 60 anos apresentam incontinência urinária. (LUFT & NICHOLS, 1998 apud FONSECA & FONSECA, 2004).

É muito provável que os sintomas da IU no passado tenham sido idênticos aos atuais, mas essa patologia era considerada inevitável e normal. (GROSSE & SENGLER, 2002).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) propõe algumas definições com relação aos termos utilizados para a IU: deficiência corresponde ao mau funcionamento do baixo aparelho urinário em consequência de diversos traumatismos, doenças ou anomalias, podendo ser avaliada por exames clínicos ou complementares; incapacidade é representada pela perda involuntária de urina, qualquer que seja sua causa, podendo ser avaliada por entrevista, observação da vida cotidiana ou utilização dos *pads tests* (teste do absorvente); e *handicap* está relacionado com a qualidade de vida das pessoas, e pode ser avaliado através de um questionário, levando em conta o meio habitual da pessoa. (GROSSE & SENGLER, 2002).

Os episódios de IU durante as atividades desenvolvidas diariamente são causadores de constrangimento social, disfunção sexual e baixo desempenho profissional. Estas alterações são causas determinantes de isolamento social, estresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa auto-estima que resulta em significativa morbidade. (SIMEONOVA et al, 1999 apud HIGA, LOPES & REIS, 2008).

A IU, mesmo mínima, pode ser vivenciada de forma dramática pelas mulheres: associação de um fenômeno de senilidade (envelhecimento) precoce, medo de ficar molhada, medo de cheirar mal, temor de passar a vida inteira no banheiro para evitar a eliminação involuntária de urina, proteção sistemática mesmo para eliminações excepcionais, abandono das atividades esportivas ou ginásticas, e modificações dos hábitos vestimentários para adaptar-se a situações de urgência. (GROSSE & SENGLER, 2002).

A paciente tende a sofrer com dificuldades sexuais, alterações do sono e repouso. Essas mulheres, silenciosamente, têm uma queda na auto-estima, tornam-se deprimidas, angustiadas e irritadas. Frequentemente sentem-se humilhadas e embaraçadas demais para falar sobre seu problema. (FONSECA & FONSECA, 2004).

Por todos esses fatores a Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) tem recomendado que um questionário de qualidade de vida seja incluído em todo e qualquer estudo de incontinência urinária. (FONSECA & FONSECA, 2004).

Diante disso, podemos observar que a incontinência urinária não coloca a saúde da mulher em risco, seu impacto está relacionado com o constrangimento social. Esse constrangimento é que pode levar a mulher a outras patologias, como a depressão, por exemplo.

### **2.3.1 Incontinência Urinária por Esforços (IUE)**

Ocorre sempre paralelamente ao esforço (corrida, caminhada, riso, tosse, levantamento de cargas), nunca independente dele. (GROSSE & SENGLER, 2002).

É o tipo mais comum entre as mulheres incontinentes, sendo responsável por 50 a 70% dos casos. Ocorre quando o colo vesical e a uretra não conseguem manter uma vedação hídrica com o aumento da pressão abdominal (devido tosse, espirros, risadas) ou até mesmo em repouso. (BURROWS & CUNDIFF, 2006).

Tem alta prevalência, sendo considerada a causa mais frequente de perda urinária na mulher. Trata-se de patologia que pode levar à grande impacto na qualidade de vida das mulheres acometidas. (GÉO et al, 2007).

Pode ser dividida em três graus: Grau I: devido à tosse, aos espirros, ao riso, à ativação da prensa abdominal, Grau II: ao correr, carregar ou levantar pesos, Grau III: em posição deitada. (INGELMANN-SUNDBERG apud HENSCHER, 2007).

As alternativas de tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) envolvem o uso de medicamentos diversos, procedimentos cirúrgicos ou abordagens conservadoras denominadas reabilitação do trato urinário inferior. (ABRAMS et al, 2003).

### **2.3.2 Incontinência Urinária de Urgência (IUU)**

É a perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência urinária. Sendo que urgência urinária caracteriza-se pelo desejo repentino, dificilmente inadiável de urinar. (MONTEIRO & FILHO, 2007).

A incontinência de urgência é aquela na qual a perda de urina está associada à urgência miccional. Esse termo refere-se aos sintomas de freqüência (definida como mais de 8 micções ao dia) e urgência com ou sem incontinência de urgência. Algumas

mulheres apresentam apenas frequência ou urgência e não possuem incontinência urinária. (BURROWNS & CUNDIFF, 2006).

### **2.3.3 Incontinência Urinária Mista (IUM)**

É a perda involuntária de urina associada à urgência e também com exercício, tosse, espirro ou esforço. (MONTEIRO & FILHO, 2007).

### **2.3.4 Incidência de Incontinência Urinária**

A incidência da IU é significativamente maior no sexo feminino e o tipo mais comum é a IU de esforço - perda involuntária de urina aos esforços, exercícios, espirro, tosse, responsável por quase metade dos casos, principalmente devido a razões anatômicas, mudanças hormonais e consequências de partos e gestações, que podem deslocar e enfraquecer os músculos do períneo. (Seim, Eriksen & Hunskaar, 1996 apud CAETANO et al, 2009).

Abaixo de 5 anos as perdas de urina não são consideradas anormais. O controle de esfíncteres inicia aos 3 anos de idade da criança, antes disso a criança não consegue reter a urina. Com 3 anos de idade então, 15% das crianças conseguem reter a urina durante a noite e 25% de dia. Aos 4 anos, 75% não se molham a noite. A partir dos 5 anos deve-se prestar atenção a perda de urina e verificar qual a sua real causa, podendo ser esta uma anormalidade. (GROSSE & SENGLER, 2002).

Vários estudos têm demonstrado que 30% das mulheres em uma primeira consulta não são capazes de contrair o assoalho pélvico corretamente, portanto um programa de conscientização da contração da musculatura pélvica é fundamental. (BARACHO & MORENO, 2007).

Em estudo com mulheres entre 18 e 27 anos foi encontrado incontinência urinária desencadeada principalmente por ataques de risos (47,4%). Em outro estudo dos mesmos autores de 260 mulheres, observou-se em 253 eliminações mínimas e ocasionais de urina. (GROSSE & SENGLER, 2002).

Silva & Lopes (2009), realizou um estudo na cidade de São Paulo com o objetivo de verificar as razões da não procura pelo tratamento da incontinência urinária

(IU) entre 213 mulheres, dessas 35 eram incontinentes. Grande parte dos sujeitos (45,7%) não conhecia nenhuma forma de tratamento para a IU e mais da metade (65,7%) não buscou tratamento para o problema, sendo as principais razões apontadas o fato de achar normal a perda de urina, não considerá-la algo importante e a questão do médico dizer que não era necessário. Conclui-se que o desconhecimento sobre os tipos de tratamento pode contribuir para não procurarem ajuda profissional.

Guarisi et al (2001), realizou em São Paulo, através de um inquérito populacional domiciliar, um estudo para investigar a prevalência de incontinência urinária de esforço em mulheres climatéricas. Das mulheres entrevistadas, 35% referiram ter perda urinária aos esforços.

Tamanini et al (2006), realizou um estudo com o objetivo de identificar a taxa de prevalência, fatores associados e de risco para incontinência urinária bem como impacto na qualidade de vida em 646 mulheres que compareceram ao programa de prevenção do câncer ginecológico. Os fatores de risco identificados foram faixa etária, escolaridade, diabetes e número de gestações. De maneira geral, no estudo foi encontrado que mulheres idosas têm alto risco de apresentarem IU.

## **2.4 Principais fatores de risco da Incontinência Urinária**

Um dos causadores da IU é o enfraquecimento do períneo, estando este aliado a fatores de risco como: idade, obesidade, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, tabagismo e outros.

Segundo D'Ancona, (1995) e Heritz & Blaivas, (1995) apud Azevedo (2005), as principais causas da IU são:

- Perda de suporte pélvico anatômico subsequente a partos complicados, hipoestrogenismo, condições genéticas;
- Doenças ou lesões neurológicas (lesão medular, anomalias congênitas do tubo neural, processos infecciosos, doenças degenerativas, diabetes);
- Traumas de períneo ou denervations pós-cirúrgicas (cesarianas, prostatectomia radical, cirurgias ginecológicas ou proctológicas);
- Tumores na região pélvica;

- Doenças diversas (cistites, doenças do trato urinário e da próstata, obesidade, constipação intestinal, problemas pulmonares);
- Incompetência do esfíncter.

#### **2.4.1 Gravidez, parto e pós-parto**

A incontinência urinária não é rara durante a gravidez, na gestação frequentemente uma circunstância que favorece o desencadeamento de distúrbios urinários é o número de partos, um dos fatores que mais se procura associar com o desenvolvimento de IU. (GROSSE & SENGLER, 2002).

Em estudo realizado, constatou-se uma prevalência de 40,6%, sendo que 24,8% já eram incontinentes antes de ficarem grávidas. Para os autores é provável que a gravidez torne sintomática uma fragilidade preexistente. (GROSSE & SENGLER, 2002).

O parto normal está associado com o aumento de casos de IU quando comparado com o parto cesáreo, no entanto, o parto vaginal isoladamente não é o causador da IU e sim, quando associado às lesões e traumas do assoalho pélvico. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

Contudo, quando comparado com nulíparas (mulher que nunca teve filhos), tanto o parto vaginal como o cesáreo mostraram associação com a IU. (RORTVEIT et al, 2003 apud HIGA, LOPES & REIS, 2008).

O peso do recém-nascido, tanto durante a gravidez quanto no parto vaginal, influenciam o aumento da prevalência de IU. Este fator pode estar relacionado com o aumento da pressão intra-abdominal, e, conseqüentemente, com o aumento da pressão intra-vesical. Além disto, existe o risco para lesão do assoalho pélvico durante o parto vaginal. (PERSSON, HANSSSEN & RYDHSTROEM, 2000 apud HIGA, LOPES & REIS, 2008).

O parto em si não tem um papel no surgimento de uma incontinência, mas seu papel como fator de desencadeamento é sem dúvida superestimado. Em muitos casos, ele atua mais como um revelador de fragilidade preexistente, ou seja, agravando incontinências já existentes. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

Essa incontinência do pós-parto evolui, na maior parte das vezes, para a regressão e a cura espontânea em 60 a 80% dos casos. Podendo ser chamada de incontinência urinária transitória. (GROSSE & SENGLER, 2002).

#### **2.4.2 Obesidade**

A obesidade agrava ou contribui para o desenvolvimento da IU e a prevalência aumenta com o aumento do peso. Presume-se que a associação da IU com a obesidade seja consequência da alta pressão intra-abdominal provocada, principalmente, pelo aumento de peso na região da cintura-quadril e, conseqüentemente, do aumento da pressão intra-vesical alterando o mecanismo do trato urinário. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

#### **2.4.3 Envelhecimento**

Este é considerado o principal fator de risco para a IU feminina, afeta significativamente as mais idosas, em geral a partir do climatério/menopausa. Na população geral, a prevalência de IU aumenta com o aumento da idade. Alguns dos distúrbios urinários em mulheres mais idosas podem ser causados pela diminuição da capacidade da bexiga, que passa de 500 a 600ml para 250 a 300ml, contribuindo para o aumento da freqüência urinária e da noctúria, pelo baixo nível de estrógeno após a menopausa, doenças crônicas e aumento do índice de massa corpórea (IMC). (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

Muitos autores constataam uma prevalência progressivamente crescente da incontinência nas faixas etárias de 70 a mais de 85 anos. O que chama a atenção nas pessoas idosas é a proporção elevada de homens incontinentes. (GROSSE & SENGLER, 2002).

A estática pélvica pode ser afetada com as mudanças hormonais durante a menopausa. O hipoestrogenismo na pós-menopausa predispõe a mulher à IU e contribui para sintomas urinários como aumento da freqüência, urgência e disúria. Contudo, o papel da menopausa no surgimento ou no agravamento da incontinência é difícil de ser avaliado. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

#### **2.4.4 Cirurgias ginecológicas**

Há associação significativa entre a IU e cirurgias ginecológicas. Acredita-se que a remoção do útero pode causar danos nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra, visto que, este órgão suporta parte deste assoalho pélvico. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

#### **2.4.5 Outros fatores de risco**

A constipação intestinal pode vir a ser um fator de risco pelo fato da força realizada durante a evacuação intestinal poder lesar a musculatura pélvica e, através da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

O aumento do volume e da frequência urinária devido ao tratamento da hiperglicemia em diabéticos pode ser um fator de risco para a IU. Pois, o tratamento para diabéticos é realizado com medicamentos diuréticos, que alteram o mecanismo urinário. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

### **2.5 Incontinência Urinária e Exercício Físico**

Cerca de 50% das mulheres, sem os clássicos fatores de risco para a incontinência urinária, paridade, idade, obesidade ou uso de medicamento, podem apresentar perda urinária durante atividades simples ou eventuais exercícios provocativos. (BOURCIER, JURAS & JAQUETIN, 1999, e NYGARD, 1990 apud MORENO, ZUCCHI & SARTORI, 2004).

#### **2.5.1 Benefícios do Exercício Físico para a Incontinência Urinária**

Sabemos dos benefícios que a prática esportiva e de exercícios físicos trás para a qualidade de vida das pessoas, evitando o aparecimento de patologias – osteoporose, obesidade, doenças coronarianas. Por isso, a incontinência urinaria não deve ser um fator para desistência dessa prática. Deve-se integrar a essa prática

exercícios específicos para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico como prevenção dessa patologia.

Um estudo publicado em 2004 por profissionais de Educação Física, sugere uma proposta de atividades físicas que incluam, nos programas desenvolvidos em escolas, academias, clubes e centros de treinamento, exercícios específicos para o fortalecimento da musculatura responsável pela continência urinária na mulher. (CAETANO, TAVARES & LOPES, 2004).

### **2.5.2 Exercício Físico como um fator de risco para a Incontinência Urinária**

Segundo Moreno, Zucchi & Sartori (2004), a prevalência de incontinência urinária de esforço em mulheres atletas jovens e as que praticam exercícios de forma irregular é, respectivamente, de 40% e 8%.

Esportes que incluem saltos ou exercícios de contração abdominal máxima, de forma repetitiva, constituem um importante fator na gênese da incontinência urinária. Desta forma podemos classificar os esportes de acordo com o risco que representam para o assoalho pélvico, segundo Moreno, Zucchi & Sartori (2004, apud BOURCIER & JURAS, 1990, e NYGARD, ALBRIGHT & SVENGALIS, 1994):

- Atividades de alto risco: atletismo, ginástica olímpica, artes marciais, fisiculturismo, equitação, jogos de equipe (vôlei, basquete, futebol, handebol);
- Atividades de médio risco: tênis, corrida, esqui, skate;
- Atividades de baixo risco: natação, iatismo, ciclismo.

Movimentos de alto impacto resultam em força de impacto no assoalho pélvico de 2 a 4 vezes maior que o peso corporal do atleta. Esse impacto sobre a ação de suporte do assoalho pélvico pode ser amenizado com uma contração simultânea e igualmente forte desses músculos. (MORENO, ZUCCHI & SARTORI, 2004 apud BOURCIER, JURAS & JAQUETIN, 1999).

Um estudo realizado por Grosse & Sengler (2002), com 825 mulheres que praticavam ginástica pouco intensa voluntária em grupo, encontrou 22,6% de mulheres com incontinência apresentada apenas durante essa sessão de ginástica.

A partir desse conhecimento cabe aos profissionais envolvidos nesses esportes (treinadores, preparadores físicos, médicos, fisioterapeutas) incentivar e incluir em seus

treinamentos a estimulação para o fortalecimento do assoalho pélvico, melhorando a qualidade de vida dos atletas.

### **2.5.3 Exercício Físico específico para prevenção e controle da Incontinência Urinária**

O primeiro a desenvolver técnicas de reeducação perineal através de uma série de exercícios para esta musculatura foi Arnold Kegel, em 1948. E apenas em 1970 o seu trabalho teve continuidade na Europa. Porém, o maior reconhecimento veio, em 1992, quando a Sociedade Internacional de Continência – SIC, validou cientificamente as técnicas de recuperação funcional do assoalho pélvico para o tratamento das desordens perineais. (BARACHO & MORENO, 2007).

Os objetivos básicos da reeducação perineal podem ser divididos em profilaxia e tratamento das disfunções do assoalho pélvico. (BARACHO & MORENO, 2007).

O programa de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico é geralmente iniciado com uma sessão na qual todas as pacientes são conscientizadas sobre as estruturas e função dos órgãos pélvicos, podendo ser feita por meio de figuras ilustrativas. (BARACHO & MORENO, 2007).

O fortalecimento da musculatura pélvica está fundamentado no preceito de que movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular. Dessa forma, os exercícios perineais são benéficos por acarretar o fortalecimento dos elementos de sustentação e por melhorar a resistência uretral. (AMARO & GAMEIRO, 2000 apud MATHEUS et al, 2006).

O fortalecimento do assoalho pélvico é alcançado através de exercícios específicos que devem ser supervisionados, realizados de forma regular e auxiliados por alguma forma de feedback para que a paciente possa avaliar seu processo. (MONTEIRO & FILHO, 2007).

Segundo Burns (2000) apud Azevedo (2005), biofeedback consiste em “técnica de treinamento que auxilia o paciente a aprender exercícios efetivos para os músculos do soalho pélvico, enquanto relaxa os músculos abdominais. O paciente é quem faz o trabalho”.

Para mulheres que apresentam grande dificuldade em distinguir os feixes musculares a serem trabalhados o biofeedback (BFB) esfinteriano apresenta-se como uma alternativa importante, sendo assim descrito: prática de exercícios de contração e relaxamento esfinteriano. (AZEVEDO, 2005).

A pessoa a ser tratada precisa ser conscientizada de que ela não é um agente passivo, mas sim um sujeito que participa ativamente do seu processo de cura. (BARACHO & MORENO, 2007).

Atualmente, o fortalecimento do assoalho pélvico deve ser a primeira alternativa terapêutica a ser oferecida à paciente. Suas vantagens são baixo risco e ausência de efeitos colaterais, e as desvantagens são: necessidade de participação ativa da paciente e tempo consumido. (MONTEIRO & FILHO, 2007).

A literatura tem demonstrado redução e cura dos sintomas de perda urinária com utilização dos exercícios, variando de 40 a 60%. (BARACHO & MORENO, 2007).

Os benefícios apresentados por esses exercícios consistem na melhora da contração da musculatura do períneo tornando-a mais potente (forte e rápida), ajuda na compressão da uretra contra a sínfise púbica, aumento da pressão intra-uretral no momento do aumento da pressão intra-abdominal, hipertrofia dos músculos pélvicos e aumento do volume dessa musculatura. Dessa forma, o suporte estrutural dessa região fica mais eficiente impedindo a descida da uretra quando há aumento da pressão intra-abdominal, diminuindo assim as perdas urinárias. (PALMA & RICCETTO, 1999 apud CAETANO, TAVARES & LOPES, 2004).

O estímulo mais importante é a intensidade com que a contração deve ser realizada – o mais próximo possível do ponto máximo – e os princípios a serem seguidos para o treinamento de força são a especificidade, a sobrecarga e a progressão. (AZEVEDO, 2005).

O princípio da especificidade deve ser seguido de forma que para conseguirmos o aprimoramento na atividade em questão deve-se analisar o gesto motor dos esforços escolhidos. (HERNANDES Jr., 2002).

O princípio da sobrecarga deve ser seguido, aumentando-se o volume (repetições, séries, tempo) ou a intensidade (carga, amplitude) do treinamento, pois, segundo Hernandez Jr. (2002, p. 27): Para que o treinamento gere aumento de performance é preciso que exponhamos o organismo a estímulos maiores que os

normalmente encontrados, ou seja, sempre que o estímulo se estabilizar o organismo também estabilizará sua resposta.

O fundamento fisiológico do princípio da progressão é que, a eficiência do organismo e a capacidade para a realização de trabalho aumentam gradualmente após um longo período. A carga de treinamento precisa aumentar gradualmente, de acordo com as capacidades fisiológicas e psicológicas individuais. (BOMPA, 2002).

O aumento da força acontece em razão de dois fatores primordiais: neurais e hipertróficos. Sendo que os ganhos através das adaptações neurais estão ligados ao “aprendizado do exercício” por meio da coordenação do movimento executado, influenciando assim, o aumento do número de unidades motoras recrutadas e redução da co-contracção, que é a redução do recrutamento dos músculos antagonistas no momento da contracção. Conforme o treinamento avança, os ganhos de força tornam-se mais dependentes das alterações da hipertrofia muscular, que são bem mais lentas e graduais do que as adaptações neurais. (FLECK & SIMÃO, 2008).

Nas primeiras oito semanas, o ganho é consequência das adaptações neurais, como frequência mais alta de estímulo e resposta de recrutamento de neurônios motores cada vez mais eficientes, sendo que somente depois desse tempo se inicia a hipertrofia das fibras musculares. (AZEVEDO, 2005).

A conscientização da contracção do assoalho pélvico é de difícil aprendizado, e a maioria dos autores concorda que de 30 a 50% das mulheres são incapazes de fazê-la espontaneamente, sendo que o comando verbal correto facilitará essa conscientização. (MATHEUS et al, 2006).

Segundo Azevedo (2005) adaptado de Miller, Kasper & Sampsel (1994), o treinamento de força para a musculatura pélvica deve ser gradativo, seguindo algumas etapas, que devem ser seguidas em ordem progressiva de acordo com a evolução do indivíduo:

- Etapa 1: Iniciação a identificação muscular, onde as metas são contrações curtas e rápidas, usando somente os músculos pélvicos, evitando contrair os músculos abdominais, da coxa ou das nádegas, pode-se realizar todos os dias;

- Etapa 2: Avanço na identificação muscular, onde a meta é identificar níveis mais altos de contrações musculares, contrações executadas progressivamente em três níveis, sendo curtas e rápidas, pode-se realizar todos os dias;

- Etapa 3: Iniciação ao treinamento de força, onde a meta é em cada contração mover lentamente todos os níveis musculares, a contração deve ser com força máxima e ter duração de 3 segundos, pode-se realizar todos os dias;

- Etapa 4: Avanço no treino de força, onde a meta é segurar cada contração no topo por 5 segundos, relaxando no nível médio e segurar neste nível por mais 5 segundos, pode-se realizar todos os dias;

- Etapa 5: Por último a etapa de manutenção de exercícios para a musculatura pélvica, onde a concentração nas contrações fortes deve tornar-se um hábito principalmente ao tossir, espirrar, rir, entre outras ações do dia-a-dia que aumentam a pressão intra-abdominal.

Azevedo (2005) adaptado de Gameiro & Amaro (2003), cita alguns exemplos de exercícios para a musculatura pélvica:

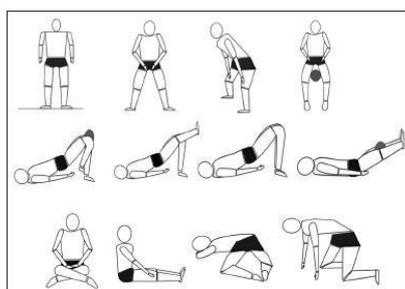
- Deitada em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos, pés posicionados na largura dos ombros e com uma bolinha entre os joelhos. Deve-se apertar a bolinha contraindo os músculos abdominais e glúteos, elevando a pelve (fazendo uma ponte);

- Deitada em decúbito ventral com um travesseiro sob o abdômen e as pernas estendidas, contrair os glúteos;

- Deitada em decúbito dorsal em posição de abdominal, com as mãos na nuca e os joelhos fletidos, elevar a cabeça e o tronco sentindo apenas o abdômen contrair, tendo cuidado para não forçar o pescoço.

Na figura 4 segue alguns exemplos de exercícios de contração dos músculos do assoalho pélvico utilizados em um estudo como proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço.

Figura 4: Exemplos de exercícios de contração dos músculos do assoalho pélvico.



Fonte: Caetano, Tavares & Lopes, 2004.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

O modelo desta pesquisa é descritivo do tipo estudo de caso, segundo Cervo & Bervian (2002), este modelo busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto no indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas. Para Thomas, Nelson & Silverman (2007), o estudo de caso reúne grande quantidade de informações sobre um ou alguns poucos participantes. O estudo de caso não se restringe ao estudo de um indivíduo, mas pode ser utilizado em pesquisas que envolvam programas e instituições.

#### **3.2 População**

A população deste estudo foi composta por 70 (setenta) mulheres com idade entre 18 anos e 40 anos, participantes de academias nas modalidades de musculação e ginástica da cidade de Sombrio/SC.

#### **3.3 Privacidade e Confidencialidade**

Foi respeitada a privacidade e a confidencialidade das participantes desta pesquisa. Os dados coletados foram estritamente utilizados nesta pesquisa. As participantes tiveram o direito de querer ou não participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão foram: estar devidamente matriculada na academia na modalidade de ginástica ou musculação; ser voluntária; ter idade entre 18 e 40 anos; ser do sexo feminino; ter disponibilidade de responder o questionário; e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Os critérios de exclusão foram: não estar devidamente matriculada na academia na modalidade de ginástica ou musculação; ter idade inferior a 18 anos ou superior a 40 anos; ser do sexo masculino; não ter disponibilidade de responder o questionário e participar da análise antropométrica; e não apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

### **3.5 Campo de pesquisa**

A pesquisa foi realizada em uma academia de musculação e ginástica da cidade de Sombrio/SC.

### **3.6 Materiais e Protocolos**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Foi elaborado de acordo com os dados da pesquisa a ser realizada. É de fundamental importância que a população seja informada sobre o objetivo da pesquisa e sua finalidade.

#### **I – DADOS PESSOAIS**

Questionário de dados pessoais contém 06 (seis) perguntas, sendo elas abertas e/ou fechadas. Contém informações necessárias para a identificação do grupo a ser estudado.

#### **II – DADOS SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Questionário sobre a incontinência urinária contém 22 (vinte e duas) perguntas, sendo elas abertas e/ou fechadas. Contém informações necessárias para a verificação da incidência de incontinência urinária no grupo a ser estudado. Questionário adaptado de Protocolo de avaliação fisioterapêutica em uroginecologia – Unifesp – EPM. (MORENO, 2004).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi composta por 70 indivíduos (n=70) do sexo feminino (100%) com idade entre 18 e 40 anos. Sendo essas voluntárias devidamente matriculadas e praticantes das modalidades de ginástica (g=28) e musculação (m=42). Os resultados coletados seguem abaixo de forma descritiva, tabelas e figuras, fundamentados de acordo com a revisão de literatura.

Para melhor compreensão e explanação dos dados, os indivíduos participantes desta pesquisa foram divididos em dois grupos, e em cada grupo em dois grupos etários, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 1: Divisão da amostra por modalidade e faixa etária

<b>Grupo</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>
<b>Modalidade</b>	Ginástica	Ginástica	Musculação	Musculação
<b>Tempo de Prática (Média)</b>	1 ano e 6 meses	2 anos e 6 meses	11 meses	2 anos e 7 meses
<b>Idade</b>	18 a 30	31 a 40	18 a 30	31 a 40
<b>Número</b>	14	14	21	21
<b>%</b>	20	20	30	30

Fonte: Serafim, 2013.

Segundo a literatura, o envelhecimento, em geral a partir da menopausa, é considerado o principal fator de risco para a IU feminina. Na população geral, a prevalência de IU aumenta com o aumento da idade. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

Desta forma, neste estudo, um dos principais fatores de risco para a IU por esforços, a idade, já foi descartado antes mesmo de analisarmos os dados, pois a população tem idade máxima de 40 anos.

#### 4.1 Dados pessoais e profissionais

Os dados pessoais foram agrupados em idade, estado civil, escolaridade e renda familiar para melhor compreensão, reconhecimento e caracterização do grupo.

Tabela 2: Dados pessoais

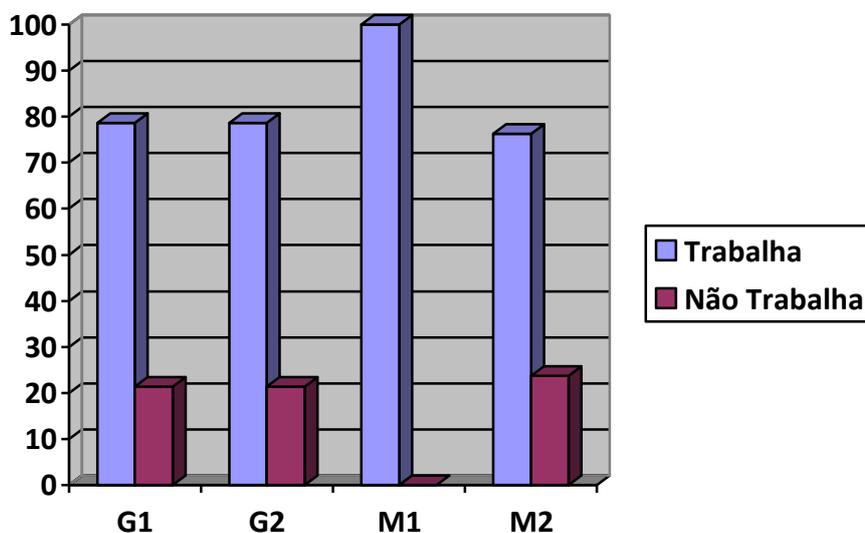
		<b>Ginástica</b>	<b>Musculação</b>
<b>Idade</b>	Média	29,29 anos	30,71 anos
	DP	7,01	7,82
<b>Estado Civil</b>	Solteira	42,86%	33,34%
	Casada	50%	52,38%
	Divorciada e Separada	3,57%	11,9%
	Viúva e outros	3,57%	2,38%
<b>Escolaridade</b>	Primário/EF incompleto	3,57%	11,9%
	EF completo/EM incompleto	14,28%	16,66%
	EM completo/ES incompleto	42,86%	45,26%
	ES completo/PG	39,29%	26,18%
<b>Renda Familiar</b>	1 a 2 SM	21,43%	19,04%
	3 a 4 SM	42,86%	50%
	5 a 6 SM	21,43%	26,18%
	Mais de 6 SM	14,28%	4,78%

Legenda: EF = Ensino fundamental; EM = Ensino Médio; ES = Ensino Superior; PG = Pós-Graduação; SM = Salário Mínimo.

Fonte: Serafim, 2013.

As profissões que apareceram nos questionários foram as mais variadas e a carga horária geral variou de quatro a doze horas. A ocupação “Do Lar” e estudante também apareceu como resposta a esse questionamento, e foram incluídas na opção “Não trabalha”.

Figura 5: Dados profissionais



Fonte: Serafim, 2013.

Observando a figura 5 verificamos que a maioria das mulheres trabalha. Com isso a maioria deve manter uma dupla jornada aliando trabalho e casa, levando em consideração que a maioria também é casada (observar tabela 2 anteriormente). Mas mesmo com essa dupla jornada de seus cotidianos elas foram à procura de exercícios físicos e o praticam por no mínimo três meses. Fator esse que tem um impacto positivo sobre suas vidas, pois elas ajudam no controle do peso, mantendo bons níveis de gordura, glicose, colesterol, e melhorando a sua auto-estima e auto-imagem, entre outros benefícios que o exercício físico traz.

#### 4.2 Dados Antropométricos

A análise antropométrica das avaliadas foi realizada por meio do IMC (Índice de massa corporal). O Índice de Massa Corporal (IMC) é calculado por meio da razão entre a Massa Corporal (kg) e a Estatura (m) ao quadrado. Classifica-se o estado nutricional, levando em consideração a idade do indivíduo através de tabela de Petroski (2009).

O IMC das praticantes de Ginástica foi (n=28) em média 26,09 (DP  $\pm$  4,23), onde o menor valor foi 20,02 e o maior valor 33,32. Classificamos o IMC das praticantes de Ginástica como:

- Faixa recomendável: 53,57% (n= 15)
- Sobrepeso: 32,14% (n= 9)
- Obesidade Grau I: 14,29% (n= 4)

O IMC das praticantes de Musculação foi (n=42) em média 23,29 (DP  $\pm$  3,87), onde o menor valor foi 18,98 e o maior valor 40,05. Classificamos o IMC das praticantes de Musculação como:

- Faixa recomendável: 80,96% (n= 34)
- Sobrepeso: 11,9% (n= 5)
- Obesidade Grau I: 4,76% (n= 2)
- Obesidade Grau III: 2,38% (n= 1)

A obesidade agrava ou contribui para o desenvolvimento da IU e a prevalência aumenta com o aumento do peso, em consequência da alta pressão intra-abdominal provocada que altera o mecanismo do trato urinário. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

Sabe-se que em mulheres obesas, existe acúmulo de gordura no interior do abdômen, causando aumento da pressão intra-abdominal, que é transmitida a bexiga. (NETTO.Jr, 1999). Essa pressão abdominal pode ser um fator de risco para a incontinência urinária por esforços, pois desta forma o assoalho pélvico não consegue manter uma vedação hídrica.

Porém, segundo os dados analisadas a maioria das mulheres mantêm-se na faixa recomendável, em ambos os grupo, Ginástica (53,57%) e Musculação (80,96%). Descartamos assim a obesidade como um fator de risco da amostra deste estudo.

### 4.3 Dados sobre a Incontinência Urinária

O questionário aplicado nas mulheres desta amostra é um Diagnóstico da Incontinência Urinária (Anexo B), que é composto por 22 perguntas, que poderiam ter mais de uma alternativa assinalada pelas mulheres entrevistadas e que em sua análise foram agrupadas por grau de afinidade.

#### 4.3.1 Conhecimento Sobre a Incontinência Urinária

Apenas um quarto da população entrevistada (25,71%) expressou algum conhecimento sobre a Incontinência Urinária. Em suas respostas apareceram algumas frases, como: “dificuldade em segurar a urina”, “perda de urina com frequência”, “conhecida como bexiga caída”, “molha facilmente as roupas íntimas”, “quadro frequente em pessoas com idade avançada”, entre outras.

Sabemos que o conhecimento sobre a doença é primordial para o diagnóstico da mesma, pois muitas vezes pela falta de conhecimento, as pessoas não realizam exames, nem fazem tratamento, pois muitas vezes pensam que é algo “natural” da mulher, mas sabemos que ao contrário, há prevenção, diagnóstico, tratamento e cura.

#### 4.3.2 Perda Urinária

Com relação à perda urinária da população geral (n=70), 14 mulheres, ou seja, 20% responderam que perdem urina em algum esforço, seja ele mínimo, moderado ou intenso. Como mostra a tabela 3:

Tabela 3: Perda Urinária

Grupo	G1 (n=14)	G2 (n=14)	M1 (n=21)	M2 (n=21)
Sem nenhum esforço	7,14% (n=1)	7,14% (n=1)	4,76% (n=1)	-
Em esforços mínimos	7,14% (n=1)	-	-	-
Em esforços moderados	-	7,14% (n=1)	-	4,76% (n=1)

<b>Em esforços intensos</b>	-	14,28% (n=2)	14,28% (n=3)	14,28% (n=3)
<b>Não perdem</b>	85,72% (n=12)	71,44% (n=10)	80,96% (n=17)	80,96% (n=17)

Fonte: Serafim, 2013.

Observou-se na Tabela 3 que a maioria das pessoas entrevistadas não observou perda de urina em esforços (80% da amostra). E onde há o maior número de perda (14,75% da amostra) são em esforços intensos.

Se compararmos os grupos de ginástica e musculação, nos grupos G2, M1 e M2, onde aparece a maior perda urinária é em esforços intensos. Apenas no G1 a perda sem nenhum esforço e esforço mínimo ficam com 7,14% em cada. Nas praticantes de ginástica no grupo de idade entre 31 a 40 anos observou-se uma perda de urina maior (28,56%) enquanto no de idade entre 18 e 30 anos apenas 14,28% perdem, o que equivale o dobro de perda urinária em G2 comparado a G1.

#### 4.3.3 Tempo de Perda Urinária

O tempo de perda de urina da amostra variou de “menos de um ano” a “6 anos ou mais”. Conforme a tabela abaixo:

Tabela 4: Tempo que detectou a Perda Urinária

<b>Grupo</b>	<b>G1 (n=14)</b>	<b>G2 (n=14)</b>	<b>M1 (n=21)</b>	<b>M2 (n=21)</b>
<b>Menos de 1 ano</b>	14,28% (n=2)	28,56% (n=4)	-	9,52% (n=2)
<b>1 a 3 anos</b>	-	-	14,28% (n=3)	4,76% (n=1)
<b>6 anos ou mais</b>	-	-	4,76% (n=1)	4,76% (n=1)
<b>Não perdem</b>	85,72% (n=12)	71,44% (n=10)	80,96% (n=17)	80,96% (n=17)

Fonte: Serafim, 2013.

Observando o tempo de perda urinária observa-se que ocorre a menos de um ano em G1, G2 e M2. Em M1 a perda ocorre entre 1 a 3 anos.

Se formos analisar essa tabela e a tabela dos dados pessoais, onde encontra-se o tempo de prática de exercícios, observamos que a média de tempo de prática de exercícios é de no mínimo 11 meses em M1 e máximo 2 anos e 7 meses em M2, e na ginástica temos como mínimo 1 ano e seis meses em G1 e máximo 2 anos e 6 meses em G2. O tempo de prática é em média baixo, igualmente o tempo de perda, isso pode significar que as mulheres podem ter adquirido essa perda urinária após o início da prática de exercícios físicos.

#### 4.3.4 Condições de perda urinária

As condições de perda urinária foram bem variadas, a que mais apareceu foi “praticando exercício”, o que equivale a 7,14% da amostra, ou seja, cinco mulheres responderam perder urina ao praticar exercício. A opção “erguendo peso” não foi assinalada nenhuma vez, o que descarta a possibilidade das mulheres perderem urina enquanto praticam musculação, levando em consideração que a musculação tem esta característica de utilizar peso, é um exemplo de treinamento resistido.

Tabela 5: Condições em que detectou a Perda Urinária

Grupo	G1 (n=14)	G2 (n=14)	M1 (n=21)	M2 (n=21)
<b>Praticando Exercícios</b>	-	28,57% (n=4)	-	4,76% (n=1)
<b>Rindo</b>	-	-	4,76% (n=1)	4,76% (n=1)
<b>Tosse</b>	-	-	4,76% (n=1)	4,76% (n=1)
<b>Espirro</b>	-	7,14% (n=1)	-	4,76% (n=1)
<b>Ao andar</b>	7,14% (n=1)	-	4,76% (n=1)	-
<b>Ao correr</b>	-	7,14% (n=1)	-	-
<b>Parada</b>	7,14% (n=1)	-	-	-
<b>Erguendo Peso</b>	-	-	-	-

Fonte: Serafim, 2013.

A incontinência urinária por esforços é o tipo mais comum entre as mulheres e ocorre quando o colo vesical e a uretra não conseguem manter uma vedação hídrica com o aumento da pressão abdominal, devido tosse, espirros, risadas, etc. (BURROWS & CUNDIFF, 2006).

Essa tabela é de suma importância para este estudo, pois a condição de perda que mais apareceu foi “praticando exercícios”, a qual foi citada por 5 mulheres no questionário. Isso significa que as mulheres que tem essa perda urinária observam essa perda durante a prática de exercícios, ocorrendo em 4 mulheres praticantes de ginástica e uma musculação. As demais condições não aparecem mais do que em duas mulheres.

Também podemos salientar que a condição “carregando peso” não aparece nenhuma vez, lembrando que durante a prática de musculação as mulheres carregam anilhas e halteres para montagem e execução de seus exercícios, e muitas vezes esses pesos ficam guardados próximo ao chão, o que acarreta uma pressão abdominal no momento de erguê-los.

#### 4.3.5 Frequência da Perda Urinária

A frequência da perda urinária variou entre raramente, durante o dia e durante a noite. A opção todos os dias e todas as noites não foi assinalada nenhuma vez. O tipo de jato urinário que mais se faz presente entre a perda urinária dessas mulheres é Gotejamento (12,85%):

Tabela 6: Frequência da Perda Urinária e Tipo de Jato

Grupo		G1 (n=14)	G2 (n=14)	M1 (n=21)	M2 (n=21)
Frequência da Perda	Raramente	-	14,28% (n=2)	14,28% (n=3)	14,28% (n=3)
	Durante o dia	14,28% (n=2)	7,14% (n=1)	4,76% (n=1)	4,76% (n=1)
	Durante a noite	-	7,14% (n=1)	-	-
	Gotejamento	7,14% (n=1)	14,28% (n=2)	14,28% (n=3)	14,28% (n=3)
Tipo de Jato	Jato Fraco	7,14% (n=1)	14,28% (n=2)	-	4,76% (n=1)

<b>Jato Intermitente</b>	-	-	4,76% (n=1)	-
--------------------------	---	---	-------------	---

Fonte: Serafim, 2013.

Analisando a tabela podemos perceber que as perdas não são constantes, a maioria delas acontece raramente ou durante o dia, relacionando-se com as condições de perda de urina, que ocorrem mais durante o dia, como “praticando exercícios”.

#### 4.3.6 Recurso Higiênico

Apenas duas mulheres responderam que fazem uso de recursos higiênicos, citado o absorvente, estando uma delas no grupo G2 e a outra no M1. Elas representam 2,85% das mulheres na amostra, e analisando os questionários observou-se que ambas assinalaram que perdem urina durante o dia.

#### 4.3.7 Evacuação

Com relação à evacuação das mulheres, 22,85% evacuam todos os dias e 11,42% das mulheres não necessitam realizar força alguma para evacuar.

Tabela 7: Quantas vezes evacua na semana e Faz força para evacuar

	<b>Grupo</b>	<b>G1 (n=14)</b>	<b>G2 (n=14)</b>	<b>M1 (n=21)</b>	<b>M2 (n=21)</b>
<b>Quantas vezes evacua na semana</b>	<b>1 a 2 vezes</b>	14,28% (n=2)	14,28% (n=2)	-	4,76% (n=1)
	<b>2 a 3 vezes</b>	28,56% (n=4)	14,28% (n=2)	33,32% (n=7)	14,28% (n=3)
	<b>4 a 5 vezes</b>	42,88% (n=6)	57,16% (n=8)	42,88% (n=9)	47,64% (n=10)
	<b>7 vezes ou mais</b>	14,28% (n=2)	14,28% (n=2)	23,8% (n=5)	33,32% (n=7)

	<b>Faz pouca força</b>	57,16% (n=8)	64,3% (n=9)	42,88% (n=9)	47,6% (n=10)
<b>Faz força para evacuar</b>	<b>Faz força moderada</b>	35,7% (n=5)	21,42% (n=3)	33,32% (n=7)	38,08% (n=8)
	<b>Faz muita força</b>	-	-	4,76% (n=1)	9,56% (n=2)
	<b>Não faz força</b>	7,14% (n=1)	14,28% (n=2)	19,04% (n=4)	4,76% (n=1)

Fonte: Serafim, 2013.

Quando fazemos força no momento da evacuação temos uma pressão intra-abdominal, o que pode ser considerado um fator de risco para a incontinência urinária. Observando a tabela notamos que apenas 16 das 70 mulheres entrevistadas evacuam todos os dias, o que não é um dado agradável, levando em consideração que geralmente quem tem constipação intestinal provavelmente exerce alguma força para evacuar. O que comprovamos na tabela em sequência, onde apenas 8 das mulheres entrevistadas não fazem nenhuma força para evacuar.

#### 4.3.8 Exames, diagnósticos e tratamento para a Incontinência Urinária

Apenas uma entrevistada, pertencente ao grupo M2, realizou exames para o diagnóstico da IU. Esta, não foi recomendada para nenhum tratamento alternativo, ela foi recomendada a fazer cirurgia. Segundo ela fez cirurgia para “levantar a bexiga e períneo”.

Em Campinas/SP, foi realizado um estudo onde 45,7% das mulheres não conheciam nenhum tipo de tratamento da IU e 37,1% conheciam apenas a cirurgia. Entre as incontinentes 65,7% não procuraram tratamento, e das que procuraram 17,1% foi cirúrgicos. (SILVA & LOPES, 2009).

Esses resultados podem ter dado devido à falta de conhecimento que as mulheres têm sobre a IU e seus tratamentos, também por que a maioria pensa que as perdas urinárias são normais devido ao parto e outros fatores.

Observa-se também que o profissional de educação física não foi citado nenhuma vez como tratamento alternativo ou até mesmo preventivo.

#### 4.3.9 Gestações, filhos, parto e cirurgias na região pélvica

A maioria das mulheres nunca teve gestação (47,16%), 5 mulheres tiveram uma gestação interrompida, sendo elas participantes do G2 e M1 (uma mulher em cada) e M2 (três mulheres neste grupo).

Tabela 8: Número de Gestações

Grupo	G1 (n=14)	G2 (n=14)	M1 (n=21)	M2 (n=21)
Nenhuma	100% (n=14)	28,6% (n=4)	57,16% (n=12)	14,28% (n=3)
Uma	-	35,7% (n=5)	33,32% (n=7)	38,08% (n=8)
Duas	-	35,7% (n=5)	9,52% (n=2)	19,04% (n=4)
Três	-	-	-	23,84% (n=5)
Quatro	-	-	-	4,76% (n=1)

Fonte: Serafim, 2013.

O tipo de parto mais realizado entre as entrevistadas foi a cesárea, onde 19 mulheres realizaram um ou mais. Já o parto normal foi realizado uma ou mais vezes por 15 mulheres.

Assemelhando-se ao estudo de Caetano et al (2009) no parto mais praticado com o parto cesáreo (44,4%) em primeiro lugar, seguido do parto normal (37,7%). O parto normal está associado com o aumento de casos de IU quando comparado com o parto cesáreo. (HIGA, LOPES & REIS, 2008).

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como principal objetivo comparar o índice de Incontinência Urinária em mulheres praticantes de ginástica e musculação com idade entre 18 e 40 anos de Sombrio/SC.

Apenas um quarto da população entrevistada (25,71%) expressou algum conhecimento sobre a Incontinência Urinária. Sabemos que o conhecimento sobre a doença é primordial para o diagnóstico da mesma, pois muitas vezes pela falta de conhecimento, as pessoas não realizam exames, nem fazem tratamento, pois muitas vezes pensam que é algo “natural” da mulher, mas sabemos que ao contrário, há prevenção, diagnóstico, tratamento e cura.

Com relação à perda urinária da população geral 20% responderam que perdem urina em algum esforço, seja ele mínimo, moderado ou intenso. E onde há o maior número de perda (14,75% da amostra) são em esforços intensos. O tempo desta perda de urina da amostra variou de “menos de um ano” a “6 anos ou mais”.

As condições de perda urinária foram bem variadas, a que mais apareceu foi “praticando exercício”, o que equivale a 7,14% da amostra, ou seja, cinco mulheres responderam perder urina ao praticar exercício.

A frequência da perda urinária variou entre raramente, durante o dia e durante a noite. O tipo de jato urinário que mais se faz presente entre a perda urinária dessas mulheres é Gotejamento (12,85%).

Com relação à evacuação das mulheres, 22,85% evacuam todos os dias e 11,42% das mulheres não necessitam realizar força alguma para evacuar.

Apenas uma entrevistada, realizou exames para o diagnóstico da IU. Esta, não foi recomendada para nenhum tratamento alternativo, ela foi recomendada a fazer cirurgia.

A maioria das mulheres nunca teve gestação (47,16%). O tipo de parto mais realizado entre as entrevistadas foi a cesárea, onde 19 mulheres realizaram um ou mais. Já o parto normal foi realizado uma ou mais vezes por 15 mulheres.

Uma questão de suma importância que devemos salientar aqui na conclusão foi com relação à condição de perda que mais apareceu foi “praticando exercícios”, a qual foi citada por 5 mulheres no questionário. Isso significa que as mulheres que tem essa

perda urinária observam essa perda durante a prática de exercícios, ocorrendo em 4 mulheres praticantes de ginástica e uma musculação.

Também podemos salientar que a condição “carregando peso” não aparece nenhuma vez, lembrando que durante a prática de musculação as mulheres carregam anilhas e halteres para montagem e execução de seus exercícios, e muitas vezes esses pesos ficam guardados próximo ao chão, o que acarreta uma pressão abdominal no momento de erguê-los.

Na revisão de literatura realizada para a construção deste estudo observou-se poucos estudos na área da educação física sobre este assunto, principalmente sobre a relação da prática de musculação e ginástica com a IU, limitando a associação dos resultados deste trabalho a outros.

Sugerem-se mais estudos na área da educação física sobre o assunto e estudos que correlacionem os fatores de risco com a incontinência urinária, pois a grande maioria dos trabalhos que envolvem a incontinência urinária são elaborados por outros profissionais da área da saúde, como fisioterapeutas e enfermeiros.

A implantação de exercícios preventivos para a IU nos programas de exercícios físicos, por profissionais de educação física, são um aliado na diminuição e prevenção das perdas urinárias, e devem ser implantados nos programas de treinamentos nas academias.

A partir desse conhecimento cabe aos profissionais de educação física incentivar e incluir em seus treinamentos a estimulação para o fortalecimento do assoalho pélvico, diminuindo os fatores de risco e as perdas urinárias das mulheres com a patologia e prevenindo as mulheres que não perdem urina, mas que tem um ou mais fatores de risco.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. Padronização da terminologia da função do trato urinário inferior: relato do Subcomitê de Padronização da Sociedade Internacional de Continência. **Urodinâmica & Uroginecologia**. [S.l.], v. 6, n. 2, p. 29-41, abr./jun., 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.10052/pdf>>. Acesso em: 13 de setembro de 2010.

ANATOMIA osteologia. **Pelve**. 1 fotografia, color. Disponível em: <<http://mclocosta.sites.uol.com.br/OsteologiaPelve.htm>>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.

AZEVEDO, Gisele Regina. Curso incontinência. In: **Enfermagem atual em cursos**. Petrópolis, RJ: EPUB, 2005. p. 75-102.

BARACHO, Elza; LOTTI, Renata Cardoso Baracho; REIS, Augusto Barbosa. Anatomia Feminina. In: **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 1, p. 1-16.

BARACHO, Elza; MORENO, Adriana Luciana. A reeducação da musculatura do assoalho pélvico como método de tratamento conservador da incontinência urinária. In: **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 34, p. 430-442.

BOMPA, Tudor O. **Periodização**: teoria e metodologia do treinamento. São Paulo: Phorte, 2002. p. 423.

BURROWS, Lara; CUNDIFF, Geoffrey W. Uroginecologia e cirurgia pélvica reconstrutiva. In: **Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artmed S.A, 2006. cap. 27, p. 363-377.

CAETANO, Aletha Silva; et al. Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. [S.l], mar./abr. 2009. v.15 (2), p. 93-97. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n2/v15n2a02.pdf>>. Acesso em: 19 de outubro de 2010.

CAETANO, Aletha S.; TAVARES, Maria Consolação Cunha F.; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço. **Revista Digital EFDEPORTES**. Buenos Aires, set./2004. Ano 10, n. 76. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd76/mulheres.htm>>. Acesso em: 27 de outubro de 2010.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 242 p. 56

FLECK, Steven J.; SIMÃO, Roberto. **Força**: princípios metodológicos para o treinamento. São Paulo: Phorte, 2008. 251 p.

FISIOTERAPIA uroginecológica. **Diafragma pélvico**. 1 fotografia, color. Disponível em: <<http://fredericogarcia.wordpress.com/tag/diafragma-pelvico/>>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.

FONSECA, Eliana Sueloto Machado; FONSECA, Marcelo Cunio Machado. Incontinência urinária feminina e qualidade de vida. In: MORENO, Adriana L. (Org.) **Fisioterapia em Uroginecologia**. 1ª Ed brasileira. São Paulo: Manole. 2004, cap. 08, p. 95-98.

GÉO, Márcia Salvador; Et al. Fisiopatologia e Abordagem Conservadora dos Prolapsos Genitais. In: **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 28, p. 300-322.

GÉO, Márcia Salvador; Et al. Tratamento cirúrgico da Incontinência Urinária de Esforço. In: **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 29, p. 323-342.

GONÇALVES, Leciane. **Contribuição do exercício físico em mulheres com incontinência urinária de esforço**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Educação Física Bacharelado. Unesc. 2009, p.61.

GROSSE, Dominique; SENGLER, Jean. **Reeducação Perineal**. 1ª ed brasileira. São Paulo: Manole. 2002, p.143.

GUARISI T.; PINTO NETO A.M.; OSIS, M.J.; PEDRO, A.O.; PAIVA, L.H.C.; FAÚNDES, A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**. Ano 2001; vol. 35(5): p. 428-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n5/6580.pdf>>. Acesso em: 28 de outubro de 2010.

HENSCHER, Ulla. **Fisioterapia em Ginecologia**. São Paulo: Santos, 2007, p. 218.

HERNANDES JÚNIOR, Benito Daniel Olmos. **Treinamento desportivo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2002. 387 p.

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; REIS, Maria José dos. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Ano: 2008; n. 42 (1); p. 187-192. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/25.pdf>>. Acesso em: 28 de outubro de 2010.

MATHEUS, LM; MAZZARI, CF; MESQUITA, RA; OLIVEIRA, J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Revista brasileira de fisioterapia** [online]. 2006, vol.10, n.4, p. 387-392. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/04.pdf>>. Acesso em: 28 de outubro de 2010.

MONTEIRO, Marilene Vale de Castro; FILHO, Agnaldo Lopes da Silva. Incontinência Urinária. In: **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 26, p 280-290.

MORENO, Adriana L. Protocolo de avaliação fisioterapêutica em uroginecologia – Unifesp – EPM. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 1ª Ed brasileira. São Paulo: Manole. 2004, p.103-104.

MORENO, Adriana L.; ZUCCHI, Eliana V. Monteiro; SARTORI, Marair Grácio Ferreira. Incontinência urinária e prática esportiva. In: MORENO, Adriana L. (Org.) **Fisioterapia em Uroginecologia**. 1ª Ed brasileira. São Paulo: Manole. 2004, p. 187.

NETTO Jr., Nelson Rodrigues. **Urologia Prática**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 425.

OCANHAS, Mirca. **Assoalho pélvico**. 1 figura color. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/menospausa/incont1.htm>>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.

PETROSKI, Edio Luiz. **Antropometria: técnicas e padronizações**. 3. ed. rev. e ampl. Blumenau, SC: Nova Letra, 2009. 182 p.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Ed. Atlas, 1999. 287 p.

SILVA, Lígia da; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2009, vol.43, n.1, p. 72-78. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/09.pdf>>. Acesso em: 28 de outubro de 2010.

TAMININI, José Tadeu; et al. Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres Atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. **Boletim**

**Epidemiológico Paulista – BEPA.** São Paulo, SP. out. - 2006. Volume 3. Número 34.  
Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa34\\_incon.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa34_incon.htm)>. Acessado em: 11 de novembro de 2010.

THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K.; SILVERMAN, Stephen J.. **Métodos de pesquisa em atividade física.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 396 p. 58

**ANEXO (S)**

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

**TEMA: “ÍNDICE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES PRATICANTES DE GINÁSTICA E MUSCULAÇÃO.”**

Prezada senhora,

Por Favor, leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir se deseja participar do estudo.

O projeto, Tema: **“ÍNDICE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES PRATICANTES DE GINÁSTICA E MUSCULAÇÃO”** deseja comparar o índice de Incontinência Urinária em mulheres praticantes de ginástica e musculação com idade entre 18 e 40 anos de Sombrio/SC. Justifica-se este projeto pela necessidade de qualidade de vida e saúde as interessadas.

1. A avaliação a ser utilizada neste estudo é um questionário. Sendo que os resultados serão confidenciais e que serão utilizados unicamente para fins de pesquisa.
2. Participaram do estudo apenas mulheres voluntárias que devolverem o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a sua participação no estudo.
3. Se houver alguma dúvida a respeito, favor contatar com a pesquisadora acadêmica do curso de Pós Graduação em Fisiologia do Treinamento Esportivo Any Simão Serafim pelo telefone: 9611-7407.
4. A participante terá liberdade de encerrar a sua participação a qualquer momento no projeto, ficando apenas com o compromisso de comunicar o responsável pelo projeto de sua desistência, para que a pesquisa não seja prejudicada.
5. Caso concorde em participar desta pesquisa realizando o questionário proposto pelo estudo, assine e entregue ao responsável este termo de consentimento. Este consentimento será arquivado juntamente com as demais avaliações.

Antecipadamente agradecemos a colaboração.

\_\_\_\_\_  
Profª Josete Mazon

Professora responsável pelo Projeto

\_\_\_\_\_  
Any Simão Serafim

Acadêmica de Educação Física

Eu, \_\_\_\_\_ declaro-me ciente das informações sobre o estudo **“ÍNDICE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES PRATICANTES DE GINÁSTICA E MUSCULAÇÃO”**. E concordo em participar como voluntária.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

## ANEXO B - Questionário adaptado de Protocolo de avaliação fisioterapêutica em uroginecologia

### I – DADOS PESSOAIS

1.1 Número: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo: M [1] F [2]

1.3 Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1.4 Estado Civil: Solteiro [0]; Casado [1]; Viúvo[2];  
Divorciado [3]; Separado [4]; Outros [5]

1.5 Grau de instrução (escolaridade):

[1] Não estudou / Primário incompleto

[2] Primário Completo / Ensino Fundamental Incompleto

[3] Ensino Fundamental Completo / Ensino Médio Incompleto

[4] Ensino Médio Completo / Ensino Superior Incompleto

[5] Ensino Superior Completo / Pós Graduação Incompleta

[6] Pós Graduação Completa

1.6 Profissão: \_\_\_\_\_

1.7 Carga horária diária de trabalho: \_\_\_\_\_

### II – DADOS SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Algumas perguntas podem ter mais de uma alternativa assinalada.

2.0 Você tem algum conhecimento sobre incontinência urinária?

sim  não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

2.1 Você perde urina aos esforços?

não  sim, sem nenhum esforço  sim, em esforços mínimos

sim, em esforços moderados  sim, em esforços intensos

2.2 A quanto tempo detectou a perda urinária?

menos de 1 ano  1 a 3 anos  4 a 5 anos  6 anos ou mais

2.3 Condições em que perde urina?

parada  ao andar  ao correr  risos  tosse

espirro  erguer peso  praticando exercícios

2.4 Frequência das perdas urinárias?

raramente  durante o dia  durante a noite

todos os dias e todas as noites  todos os dias e algumas noites

2.5 Faz uso de recursos de proteção higiênicos?

sim  não

Se sim:  absorventes  fraldas  outros: \_\_\_\_\_

2.6 Tipo de jato urinário?

gotejamento  jato fraco  jato intermitente

2.7 Quantas vezes evacua ao dia?

nenhuma vez  1 vez  até 2 vezes  mais de 2 vezes

outros: \_\_\_\_\_

2.8 Quantas vezes evacua na semana?

- nenhuma vez  1 a 2 vezes  2 a 3 vezes  4 ou 5 vezes  
 outros: \_\_\_\_\_

2.9 Tem problemas para evacuar?

- faz pouca força  faz força moderada  faz muita força

2.10 Realizou exames para o diagnóstico de incontinência urinária?

- sim  não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

2.11 Foi recomendado algum tratamento?

- sim  não

Se sim:  alternativo  cirúrgico

Especifique: \_\_\_\_\_

2.12 Se recomendado para tratamento alternativo com exercícios, para qual profissional foi indicado?

\_\_\_\_\_

2.13 Qual a renda familiar?

- 1 a 2 salários mínimos  3 a 4 salários mínimos

5 a 6 salários mínimos  outros: \_\_\_\_\_

2.14 Quantas gestações?

- nenhuma  uma  duas  três  outros: \_\_\_\_\_

2.15 Alguma gestação interrompida?

- sim  não

2.16 Número de filhos?

- nenhum  um  dois  três  outros: \_\_\_\_\_

2.17 Tipo de parto?

- normal  cesariana  uso de fórceps

2.18 Cirurgias na região pélvica?

- sim  não

Se sim, quantas?  uma  duas  mais que duas

Se sim, qual ou quais? \_\_\_\_\_

Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

2.19 Faz algum exercício físico?

- sim  não

Se sim, qual?

- caminhada  dança  musculação  ginástica

hidroginástica  outros: \_\_\_\_\_

2.20 Qual a frequência que pratica exercícios?

- diariamente  1 a 2 vezes na semana  3 a 4 vezes na semana  4 a 5 vezes na semana  outros:

\_\_\_\_\_

2.21 Há quanto tempo você pratica exercícios físicos? \_\_\_\_\_

2.22 É fumante?

- sim  não

Se sim, quanto tempo:  menos de um ano  mais de um ano

mais de dois anos  outros, quantos anos? \_\_\_\_\_