



CAMILA BURIHAN POLISELI
GIOVANNA CHARRON DE MACEDO
LÍVIA NOGUEIRA DE FREITAS
VEIDA SABRINA FERREIRA

INTERVENÇÃO GINECOLÓGICA PARA A PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: EFICÁCIA DOS EXERCÍCIOS DE KEGEL

Umuarama, PR
2025

CAMILA BURIHAN POLISELI
GIOVANNA CHARRON DE MACEDO
LÍVIA NOGUEIRA DE FREITAS
VEIDA SABRINA FERREIRA

INTERVENÇÃO GINECOLÓGICA PARA A PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: EFICÁCIA DOS EXERCÍCIOS DE KEGEL

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I.

Orientador: Ceres Giacometti
Co-Orientador: Carla Andressa Dal Ponte
Colaborador: Camila Amaral Coracini

Umuarama, PR
2025

CAMILA BURIHAN POLISELI
GIOVANNA CHARRON DE MACEDO
LÍVIA NOGUEIRA DE FREITAS
VEIDA SABRINA FERREIRA

**INTERVENÇÃO GINECOLÓGICA PARA A PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA: EFICÁCIA DOS EXERCÍCIOS DE KEGEL**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I, avaliado pela seguinte banca examinadora:

Dra. Carla Andressa Dal Ponte
Professora do curso de Medicina da UNIPAR - Umuarama

Dra. Dagna Karen de Oliveira Correa
Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama

Dr. Michel Roberto Mandotti
Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama

Umuarama, 24 de setembro de 2025.

AGRADECIMENTOS

À Deus, nossa eterna gratidão. Foram Dele a força nos dias de cansaço, a luz nas horas de incerteza e a serenidade para seguir adiante mesmo quando o caminho parecia impossível. Sem Sua presença e cuidado, nada disso teria sido possível.

Aos nossos pais e familiares, nosso mais profundo e sincero agradecimento, vocês nos apoiaram e investiram em nosso caminho para que tudo isso se tornasse realidade. Vocês são nossa base, nosso porto seguro. Com amor, paciência e incentivo, nos sustentaram nos momentos mais difíceis, celebraram nossas vitórias e acreditaram em nós até quando nós mesmos duvidávamos. Nossa gratidão é impossível de mensurar, vocês sacrificaram e abdicaram de desejos pessoais, para tornarem o nosso sonho possível.

Aos nossos amigos, que compreenderam nossas ausências, que souberam oferecer apoio, escutar e dar risadas nos momentos em que mais precisávamos. Saber que tínhamos vocês foi essencial para mantermos o equilíbrio em dias sombrios.

Aos professores, mestres e doutores, que nos transmitiram não apenas conhecimentos técnicos, mas principalmente valores éticos, humanos e a responsabilidade que esta profissão exige. Cada ensinamento ficará para sempre marcado em nossa prática e em nosso compromisso com a vida. Somos gratas por cada ensinamento compartilhado e cada exemplo e demonstração do quão importante é ser humano, empático, saber ouvir o outro e acolher a quem está confiando a nós as suas angústias e dores.

Concluir Medicina é realizar um sonho, mas é também assumir a missão de cuidar do próximo com dedicação, ciência e empatia. Nada disso teria sido possível sem o apoio incondicional, a força e o amor de cada um de vocês.

De coração, nosso muito obrigado por fazerem parte dessa história. Essa conquista é nossa.

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana."

(Carl Jung)

POLISELI, Camila B. 1; DE MACEDO, Giovanna C. 2; DE FREITAS, Livia N. 3, FERREIRA, Veida S. 4. **Intervenção Ginecológica para a Prevenção da Incontinência Urinária:** eficácia dos exercícios de Kegel. Orientador: Ceres Giacometti. 2025. 32 f. Projeto de Intervenção (Curso de Graduação em Medicina) - Universidade Paranaense, Umuarama, 2025.

RESUMO

Este projeto de intervenção abordará o tema incontinência urinária (IU) em mulheres, sendo essa caracterizada pela perda de urina involuntária. A IU possui prevalência elevada principalmente nas mulheres no período pós menopausa. Apesar de ter impacto negativo na qualidade de vida, a IU muitas vezes é subdiagnosticada e pouco tratada. Desse modo, a intervenção proposta irá elaborar a criação de materiais educativos, como uma cartilha e vídeo informativo sobre os exercícios de Kegel, que tem por objetivo fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e a prevenção da incontinência urinária. Sendo assim, a metodologia abordará ações educativas para as mulheres no período de menopausa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), iniciando no Centro de Saúde Escola (CSE) do município de Umuarama, Paraná. As participantes serão selecionadas de forma voluntária, priorizando aquelas que têm queixas do aparelho geniturinário. Atrelado a isso serão disponibilizados vídeos explicativos, encontros com palestras e materiais ilustrativos contendo a execução correta dos exercícios. Após a apresentação do conteúdo teórico, será realizado um questionário em forma de formulário para avaliação da efetividade da técnica realizada. Espera-se que após a intervenção as participantes demonstrem melhora da força do assoalho pélvico, diminuição dos episódios de IU e melhora da qualidade de vida e autoestima. Ao final, os resultados obtidos serão de grande valia para mensurar o impacto da intervenção proposta e realizar possíveis expansões do programa, promovendo cuidado preventivo e humanizado para a saúde da mulher.

Palavras-chave: Atenção básica. Atenção primária. Enurese diurna. Incontinência de urgência.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Músculos do assoalho pélvico em plano sagital.....	19
Figura 2 – Músculos do assoalho pélvico vista interna.....	19
Figura 3 – Músculos do assoalho pélvico vista externa.....	20
Figura 4 – Exercício de ponte: paciente ficará em decúbito dorsal em um colchonete ou lugar confortável, com a cabeça bem apoiada pede-se para que o mesmo realize elevação da cintura pélvica, flexionando os joelhos. Realizar a contração pélvica por 5 segundos, voltando à posição inicial relaxando por 5 segundos. Repetir 10 vezes.....	23
Figura 5 – Agachamento: o paciente realizará uma flexão de quadril a 90° juntamente com uma flexão de joelho a 90°. realizar a contração pélvica por 5 segundos, voltando à posição inicial relaxando por 5 segundos. Repetir 10 vezes.....	23
Figura 6 – Exercício deitado: Paciente ficará em decúbito dorsal em um colchonete ou lugar confortável, com a cabeça bem apoiada pede-se para que o mesmo realize uma flexão máxima de quadril, juntamente com uma flexão de joelho. Realizar a contração pélvica por 5 segundos, voltando à posição inicial relaxando por 5 segundos. Repetir 10 vezes.....	24
Figura 7 – Exercício sentado: com o paciente sentado pede-se que realize a contração pélvica por 5 segundos, voltando à posição inicial relaxando por 5 segundos. Repetir 10 vezes.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma de atividades do projeto de intervenção..... 28

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	JUSTIFICATIVA	12
3.	OBJETIVOS	13
3.1	OBJETIVO GERAL	13
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
4.1.	INCONTINÊNCIA URINÁRIA	14
4.1.1	Incontinência urinária de esforço.....	14
4.1.2	Incontinência urinária de urgência	15
4.1.3	Incontinência urinária mista	15
4.1.4	Incontinência urinária de transbordamento	15
4.2.	SÍNDROME GENITOURINÁRIA DA MENOPAUSA	16
4.3.	ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO	18
4.4.	EXERCÍCIOS DE KEGEL	20
4.4.1	Demonstração de alguns exercícios de Kegel	22
5.	METODOLOGIA.....	25
5.1.	LOCAL DA INTERVENÇÃO	25
5.2.	SUJEITOS DA INTERVENÇÃO	25
5.3.	ESTRATÉGIAS E AÇÕES	25
5.4.	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	26
6.	RESULTADOS ESPERADOS	27
7.	CRONOGRAMA	28
8.	VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS	28
9.	REFERÊNCIAS	30
10.	APÊNDICE.....	33

1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU), é uma condição crônica, multifatorial e progressiva, caracterizada pela perda involuntária de urina. Sua evolução costuma ser insidiosa, com agravamento gradual dos sintomas ao longo do tempo. Embora possa afetar ambos os sexos, é especialmente prevalente entre as mulheres, impactando negativamente sua qualidade de vida. Estima-se que sua incidência anual varie entre 1% e 35%, refletindo sua relevância epidemiológica. Além das limitações físicas, a IU também acarreta importantes repercussões emocionais e sociais, como sentimentos de vergonha, isolamento e aumento nos índices de sintomas depressivos (PEREIRA; RIBEIRO, 2022).

As mulheres são particularmente suscetíveis à IU devido a fatores hormonais, obstétricos e anatômicos. A redução dos níveis de estrogênio, especialmente após a menopausa, compromete a sustentação pélvica e o equilíbrio na produção de colágeno, aumentando o risco de disfunções urogenitais. A literatura aponta que a prevalência da IU em mulheres com idade entre 20 e 89 anos varia de 14% a 57%, sendo que a paridade é um fator de risco significativo — a cada gestação, as chances de desenvolver IU aumentam em aproximadamente 27,3% (FRANÇA; LIVRAMENTO, 2023).

Apesar de sua alta incidência, a IU ainda é subdiagnosticada e subtratada. Estima-se que até metade das mulheres afetadas não relatam o problema aos profissionais de saúde, muitas vezes por vergonha ou por acreditarem que se trata de uma consequência natural do envelhecimento. No entanto, diversos fatores contribuem para o desenvolvimento da IU, incluindo idade, obesidade, menopausa, via de parto, constipação crônica, tabagismo e doenças do tecido conjuntivo (FREITAS, 2023; RUSSO *et al.*, 2021).

O adequado funcionamento do assoalho pélvico é essencial para a continência urinária, pois essa estrutura anatômica é responsável pela sustentação de músculos, ligamentos e órgãos pélvicos. Assim como outros grupos musculares, os músculos do assoalho pélvico podem enfraquecer ao longo do tempo, aumentando o risco de perda urinária. Nesse contexto, os exercícios de fortalecimento, como os exercícios de Kegel, têm se mostrado eficazes na prevenção e no tratamento da IU, reduzindo os episódios de escape urinário e a

sensação de pressão vaginal (TUNN *et al.*, 2023).

Diante deste panorama, torna-se evidente a importância da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) na promoção da saúde ginecológica, já que esse é o primeiro nível de atenção responsável por ações de prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e cuidado contínuo. Estratégias de intervenção precoce podem evitar complicações como infecções recorrentes, dores crônicas e diagnósticos tardios de doenças ginecológicas (FREITAS, 2023; CECILIANO *et al.*, 2024).

Portanto, intervenções voltadas ao fortalecimento do assoalho pélvico, como programas educativos e práticos com exercícios de Kegel, apresentam-se como medidas eficazes, de baixo custo e grande impacto na qualidade de vida das mulheres. Essas ações, além de promoverem o autocuidado e a prevenção de doenças, fortalecem o cuidado integral na atenção básica e contribuem para um envelhecimento mais saudável e ativo (CECILIANO *et al.*, 2024).

2. JUSTIFICATIVA

A incontinência urinária é uma condição multifatorial que impacta significativamente a qualidade de vida feminina. O índice de mulheres acometidas que procuram atendimento médico para orientação a respeito, é abaixo do esperado. Métodos que auxiliem na identificação e prevenção de quaisquer fatores modificáveis pertinentes que corroborem para minimizar os impactos ocasionados por essa doença são extremamente vantajosos. O fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico através de exercícios, mudanças do estilo de vida e o treinamento da bexiga são medidas conservadoras, úteis, seguras e eficazes para casos de menor gravidade (PONTES; DOMINGUES; KAIZER, 2021).

A realização de projetos de intervenção e de conscientização para a população faz-se necessário para aumentar o entendimento a respeito das mudanças que estão acontecendo com o corpo em cada fase da vida. Infelizmente, alguns assuntos não são facilmente abordados e são pouco esclarecidos para a população, ainda mais quando se trata de queixas ginecológicas e algumas pessoas ficam constrangidas em compartilhar suas dúvidas íntimas.

Diversos são os tratamentos para controlar a fraqueza do assoalho pélvico, incluindo medicamentos e cirurgias. Entre as terapias populares estão os exercícios de Kegel, considerados como uma terapia de primeira linha, devido seu impacto benéfico e sua facilidade de implementação no cotidiano, além de apresentar poucos efeitos colaterais relatados.

Oferecer métodos na atenção primária que auxiliem mulheres através de medidas preventivas contra disfunções do assoalho pélvico são essenciais para que as causas reversíveis potenciais possam ser avaliadas e tratadas precocemente, para que não seja necessário a intervenção cirúrgica premeditadamente.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma cartilha e um vídeo informativo e demonstrativo que contenha os exercícios pélvicos para que a população feminina possa realizá-los e auxiliar na prevenção da incontinência urinária.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver uma cartilha e um vídeo educacional sobre a incontinência urinária;
- Elucidar um questionário abordando as principais queixas;
- Conscientizar à população a respeito do que é a incontinência urinária;
- Abordar os diferentes tipos de incontinência urinária;
- Ilustrar sobre os exercícios de Kegel;
- Identificar as queixas pertinentes à respeito do tema;
- Implantar a cartilha e o vídeo educacional nos centros de saúde escola.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A Sociedade Internacional de Continência (*The International Continence Society - ICS*) define a incontinência urinária (IU) como uma perda involuntária de urina que pode ser causada por diversos fatores que interferem na qualidade de vida (HANDLER; ROSENMAN, 2019). A condição afeta mulheres de diferentes faixas etárias, com prevalência especialmente mais elevada em idosas (BATMANI *et al.*, 2021). De acordo com Tozzi (2021), a etiopatogênese da IU está relacionada à disfunção dos músculos da bexiga ou do assoalho pélvico.

Os fatores de risco incluem idade, obesidade, paridade, parto vaginal, histórico familiar, comorbidade médicas (como o diabetes), o uso de certos medicamentos, tabagismo, consumo de cafeína e álcool, além da prática de exercícios de alto impacto (HANDLER; ROSENMAN, 2019; BATMANI *et al.*, 2021).

Existem dois subtipos principais da IU: a de esforço (IUE) e a de urgência (IUU). O diagnóstico envolve anamnese, exame físico e exames complementares como diário miccional, avaliação do resíduo pós-miccional, exames de urina, ultrassonografia e estudos urodinâmicos (RUSSO *et al.*, 2021).

A severidade da IU pode ser classificada em: grau I, perda urinária a grandes esforços; grau II, perda urinária a médios esforços e atividades físicas leves; grau III, perda urinária contínua ou a mínimos esforços (PEREIRA, *et al.* 2021). O tratamento inicial é conservador, com destaque para o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), considerado a terapia de primeira linha (RUSSO *et al.*, 2021).

4.1.1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE)

A incontinência urinária de esforço (IUE), ocorre quando há aumento da pressão intra-abdominal, devido a espirros, tosse, riso e esforço, levando à perda involuntária de urina por deficiência no suporte da uretra ou no fechamento do esfíncter uretral (HANDLER; ROSENMAN, 2019; RUSSO *et al.*, 2021).

Russo *et al.* (2021), relata que os mecanismos que a ocasionam é resultante da hipermobilidade uretral, devido a uma insuficiência da musculatura do assoalho pélvico e do tecido conjuntivo vaginal para a uretra e o colo da bexiga, dificultando a capacidade da uretra e o do colo da bexiga de realizar o fechamento por completo contra a parede vaginal anterior. Outra causa está associada à deficiência esfinteriana intrínseca, onde ocorre a perda do tônus intrínseco da mucosa uretral e do músculo que mantém a uretra fechada.

4.1.2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA (IUU)

A incontinência urinária de urgência (IUU), é caracterizada por um desejo súbito e intenso de urinar, podendo ser acompanhada por perdas involuntárias antes de alcançar o banheiro. Está frequentemente associada à bexiga hiperativa e pode coexistir com síndrome de urgência urinária com ou sem incontinência, muitas vezes acompanhada de noctúria e frequência urinária (SUSSMAN; SYAN; BRUCKER, 2020; RUSSO *et al.*, 2021).

Acredita-se que a IUU, esteja relacionada à hiperatividade do músculo detrusor, levando a contrações musculares detrusoras involuntárias durante o preenchimento da bexiga, de causa idiopática, ou pode ocorrer secundariamente a distúrbios neurológicos como lesão na medula espinhal, anormalidade na bexiga, aumento do microbioma vesical (RUSSO *et al.*, 2021).

4.1.3. INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA

Trata-se da combinação de sintomas de IUE e IUU, com diferentes graus de predominância entre os componentes. É comum em mulheres idosas (SUSSMAN; SYAN; BRUCKER, 2020).

4.1.4. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE TRANSBORDAMENTO

A incontinência urinária de transbordamento ocorre quando a bexiga não esvazia completamente, levando ao vazamento por excesso de enchimento. Pode estar associada com fluxo urinário fraco ou intermitente, hesitação, frequência e

noctúria. Os sintomas são semelhantes ao de estresse ou incontinência urinária de urgência ou ambos (HANDLER; ROSENMAN, 2019; RUSSO *et al.*, 2021).

As causas incluem a subatividade do detrusor ou obstrução da saída da bexiga. A subatividade do detrusor pode ser ocasionada quando a contratilidade do músculo estiver prejudicada, ou da função sensorial urotelial. Danos musculares lisos por hiperdistensão sustentada aguda crônica ou grave da bexiga, síndrome de Fowler, fibrose, baixo estado de estrogênio, neuropatia periférica e danos aos nervos eferentes do detrusor espinhal por patologias que afetam a medula espinhal também são etiologias que causam essa condição. A obstrução da saída da bexiga em mulheres é rara, normalmente ocasionada pela compressão externa da uretra devido a miomas ou prolapso do órgão pélvico, mas também é uma das causas da incontinência urinária (RUSSO *et al.*, 2021).

4.2. SÍNDROME GENITOURINÁRIA DA MENOPAUSA (SGM)

A Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM), anteriormente denominada atrofia vaginal ou vaginite atrófica, corresponde a um conjunto de alterações nas regiões genital, urinária e sexual, derivadas da carência estrogênica pós-menopausal (KAGAN; KELLOGG-SPADT; PARISH, 2019). Esse déficit hormonal provoca afinamento da mucosa vaginal e da bexiga, perda de elasticidade tecidual e diminuição da lubrificação, resultando em sintomas como secura vaginal, prurido, dispareunia, urgência miccional, incontinência e disúria (SARMENTO *et al.*, 2021).

A SGM é consideravelmente prevalente: estudos apontam que entre 27 % e 84 % das mulheres na pós-menopausa apresentam sintomas significativos, de acordo com diferentes estudos populacionais. Apesar disso, a maioria não busca atendimento médico adequado, motivada por constrangimento ou por considerar que tais sintomas fazem parte do envelhecimento natural. Esse subdiagnóstico pode levar a complicações como infecções urinárias recorrentes, desconforto persistente e prejuízos na qualidade de vida (SARMENTO *et al.*, 2021; KAGAN; KELLOGG-SPADT; PARISH, 2019).

O déficit de estrogênio desencadeia alterações anatômicas e funcionais no epitélio geniturinário. Observa-se redução da espessura epitelial, diminuição da vascularização e menor produção de glicogênio, com consequente alteração do pH vaginal, e isso facilita os processos inflamatórios, infecciosos e desconfortos prolongados. Simultaneamente, pode haver enfraquecimento da musculatura vesical e uretral, agravando sintomas urinários (KAGAN; KELLOGG-SPADT; PARISH, 2019).

O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico e ferramentas específicas, como o Índice de Saúde Vaginal (*Vaginal Health Index – VHI*), Índice de Maturação Vaginal (*Vaginal Maturation Index – VMI*) e mensuração do pH vaginal (SARMENTO *et al.*, 2021). Tais instrumentos auxiliam na avaliação objetiva do grau de atrofia e inflamação genital.

A abordagem terapêutica incluem as não-hormonais e hormonais, de acordo com *American Urological Association* e colaboradores (2025):

- Tratamentos não hormonais: hidratantes e lubrificantes vaginais, que proporcionam alívio sintomático imediato, sem restaurar alterações estruturais.
- Terapia hormonal local: a aplicação de estrogênio vaginal em doses baixas é considerada padrão-ouro, promovendo melhora na regeneração epitelial da mucosa, lubrificação e sintomas geniturinários
- Alternativas emergentes: uso de moduladores seletivos do receptor estrogênico (ex.: ospemifeno), prasterona vaginal e terapias por radiofrequência ou laser, estão em destaque em diversos estudos, apresentando resultados promissores quando há contraindicação à terapia hormonal.

A SGM é uma condição crônica, progressiva e incapacitante, que exige atenção rotineira na atenção primária à saúde. O conhecimento limitado por parte de pacientes e profissionais da saúde contribui para diagnósticos tardios e tratamentos menos eficazes, uma vez que a SGM persiste ao longo da vida e impacta o bem-estar físico e psicológico. A abordagem precoce, com diagnóstico adequado e escolha terapêutica individualizada, tende a melhorar o conforto, prevenir

complicações e preservar a qualidade de vida das mulheres nesta fase da vida (SARMENTO *et al.*, 2021; KAGAN; KELLOGG-SPADT; PARISH, 2019).

4.3. ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO

Ele é composto de elementos ósseos, musculares e ligamentares, responsáveis pela sustentação dos referidos órgãos (BEZERRA *et al.*, 2001).

Do ponto de vista anatômico, de acordo com Bordoni, Sugumar e Leslie (2023), o assoalho pélvico (AP) pode ser dividido em 4 compartimentos:

- Anterior ou urinário (bexiga, colo da bexiga e uretra);
- Médio ou genital (vagina e útero em mulheres, próstata em homens);
- Posterior ou retal (ânus, canal anal, sigmoide e reto);
- Peritoneal (fáscia endopélvica e membrana perineal);

A classificação funcional da pelve é a seguinte:

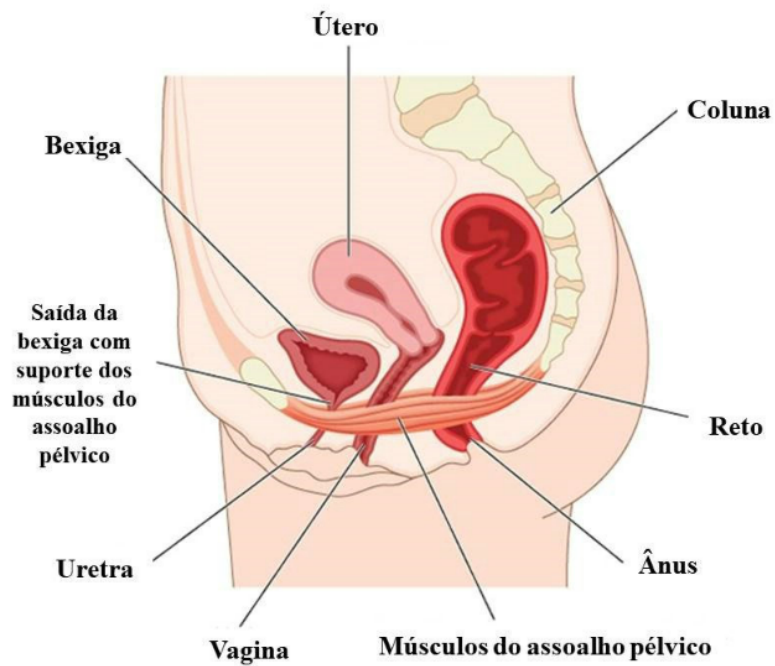
- Diafragma e assoalho pélvico (músculo isquiococcígio e músculos levantadores do ânus), fechado acima pela fáscia endopélvica.
- O diafragma urogenital (ligamento triangular/fáscia de Carcassonne) está localizado caudalmente entre o ísquio e a sínfise púbica e é atravessado pela uretra e pela vagina.
- O períneo ou membrana perineal é a continuação da fáscia de Carcassonne, conectando a camada profunda da musculatura do assoalho pélvico, o cóccix e o esfíncter anal.

O AP é composto por dois tipos de fibras musculares, fibras do tipo 1 de contração lenta, correspondem a 70% e ajudam na manutenção do tônus muscular e favorece o fechamento do hiato urogenital mantendo uretra, ânus e vagina tracionados em direção ao púbis, o que contribui para a continência, tipo 2 que são fibras de contração rápida, correspondem a 30% e são ativadas harmonicamente durante aumentos de pressão intra-abdominal (SILVA, 2023).

Os ligamentos mais importantes na fixação dos órgãos pélvicos são o pubocervical, o cardinal, o pubovesical, o uterossacral e o pubouretral. Destes, os

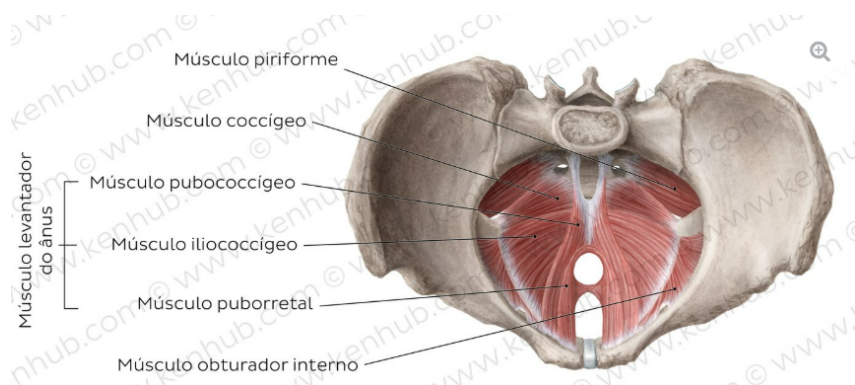
responsáveis pela sustentação do colo vesical e da uretra proximal são, respectivamente, o pubovesical e o pubouretral (BEZERRA, 2001).

Imagem 1 - Músculos do assoalho pélvico em plano sagital



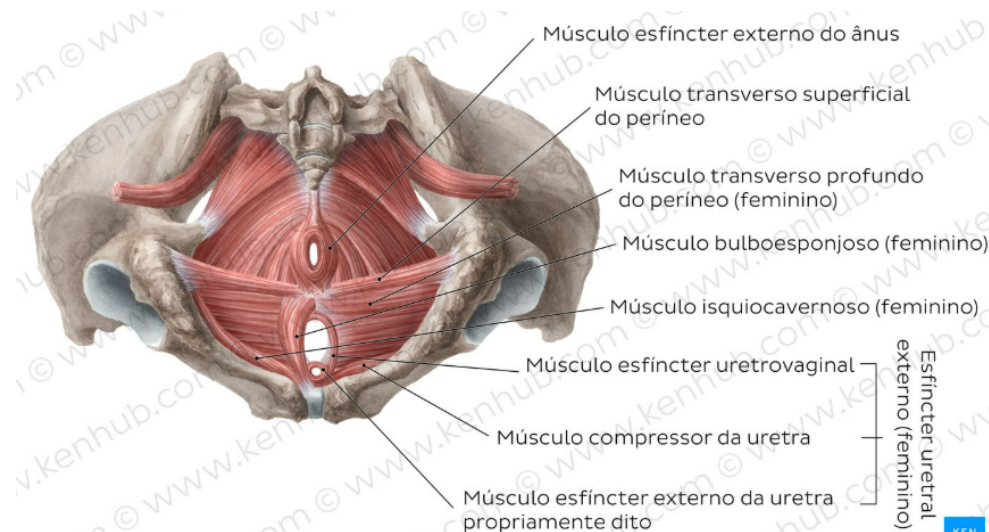
Fonte: Google Imagens, 2025

Imagem 2 - Músculos do assoalho pélvico vista interna



Fonte: Google Imagens, 2025

Imagem 3 - Músculos do assoalho pélvico vista externa



Fonte: Google imagens, 2025

4.4. EXERCÍCIOS DE KEGEL

Santos (2021) e Medeiros (2023), apontam que os exercícios de Kegel, descritos pelo ginecologista Dr. Arnold Kegel em 1948, têm como objetivo fortalecer os músculos do assoalho pélvico para prevenir e tratar a incontinência urinária em homens e mulheres, apresentando eficácia comprovada em até 95% dos casos.

Como citado por Santos *et al.* (2025) e Santos (2021), Kegel identificou que a incontinência urinária de esforço está relacionada à falta de consciência e coordenação desses músculos, propondo contrações voluntárias que aumentam o tônus muscular, a resistência uretral e o suporte dos órgãos pélvicos, prevenindo também condições como cistocele e retocele. Santos (2021), complementa que para melhores resultados, ele recomendava supervisão e acompanhamento frequente, com melhorias ocorrendo em cerca de 20 a 60 dias.

De acordo com Silveira e Cabral (2025) e Santos (2021), a prática correta envolve contrair e relaxar regularmente os músculos pubococcígeos, que sustentam a bexiga, e exige dedicação por várias semanas para que os benefícios sejam percebidos. Os exercícios são práticas simples que garantem o fortalecimento da

musculatura pélvica, assim controlando o fluxo de urina e fezes, auxiliando no desempenho sexual, podendo até mesmo diminuir os casos de ejaculação precoce ou disfunção erétil e tratam quadros de incontinência urinária (MEDEIROS, 2023).

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico leva à hipertrofia das fibras dos músculos e maior recrutamento de neurônios motores ativos, promovendo elevação permanente da musculatura do assoalho pélvico e melhor suporte para as vísceras dentro da pelve (LIMA, 2022).

Para que os exercícios sejam efetivos, Medeiros (2023) diz que é fundamental que o paciente mantenha a prática regularmente, superando desafios como falta de informação, motivação e tempo. Lima (2023) acrescenta que o protocolo de Kegel permite que os exercícios sejam feitos em qualquer lugar, facilitando a adesão ao tratamento.

Lima (2022), fala que o assoalho pélvico sustenta órgãos fundamentais e ajuda nas funções urinárias e anais, e sua fraqueza aumenta o risco de incontinência e prolapso. Como não existe um protocolo padrão para os exercícios de Kegel, Silveira e Cabral (2025) informam que cada paciente deve ter um programa personalizado, com número e duração das contrações ajustados conforme suas necessidades. É essencial identificar os músculos corretos, evitar ativar músculos vizinhos como abdômen e glúteos, e repetir os ciclos de forma adequada para maximizar os benefícios.

Medeiros (2023) e Santos *et al.* (2025) mencionam que atualmente, existem diversas opções para tratar a incontinência urinária, desde mudanças no estilo de vida, fisioterapia, biofeedback e eletroestimulação até medicamentos e cirurgias, como implante de esfíncteres artificiais. Embora eficazes, procedimentos invasivos e fármacos podem causar complicações e efeitos colaterais, o que torna os exercícios uma alternativa segura e acessível.

Silveira e Duarte (2025) relatam que apesar da alta prevalência, a incontinência urinária ainda é subdiagnosticada, pois muitas mulheres sentem vergonha ou acreditam que os sintomas fazem parte do envelhecimento, o que dificulta a busca por tratamento. Santos *et al.* (2025) e Medeiros (2023) acrescentam que além dos aspectos físicos, fatores como postura, respiração, mobilidade, estado

emocional, menopausa e baixa autoestima influenciam na gravidade da condição e no interesse pelo tratamento.

Por isso, Santos *et al.* (2025) dispõe que o papel dos profissionais de saúde é essencial para orientar, prevenir e incentivar o uso correto dos exercícios de Kegel, promovendo a melhora dos sintomas e a qualidade de vida das pacientes.

4.4.1 Demonstração de alguns exercícios de Kegel

Lima (2022) e Santos (2021), dissertam que a escolha dos exercícios para o assoalho pélvico deve levar em conta a força muscular da região, a capacidade de reconhecer os músculos corretos e o grau da incontinência urinária. Apesar de simples e de baixo custo, os exercícios exigem motivação e prática para alcançar bons resultados. Entre os benefícios estão o aumento da circulação sanguínea, melhora da percepção corporal durante o contato íntimo e o auxílio no tratamento do vaginismo. No início, pode ser difícil contrair apenas os músculos certos — sem envolver abdômen, glúteos ou coxas — e manter a contração por 8 a 10 segundos, mas com o tempo e a prática, o fortalecimento se torna mais fácil e eficaz.

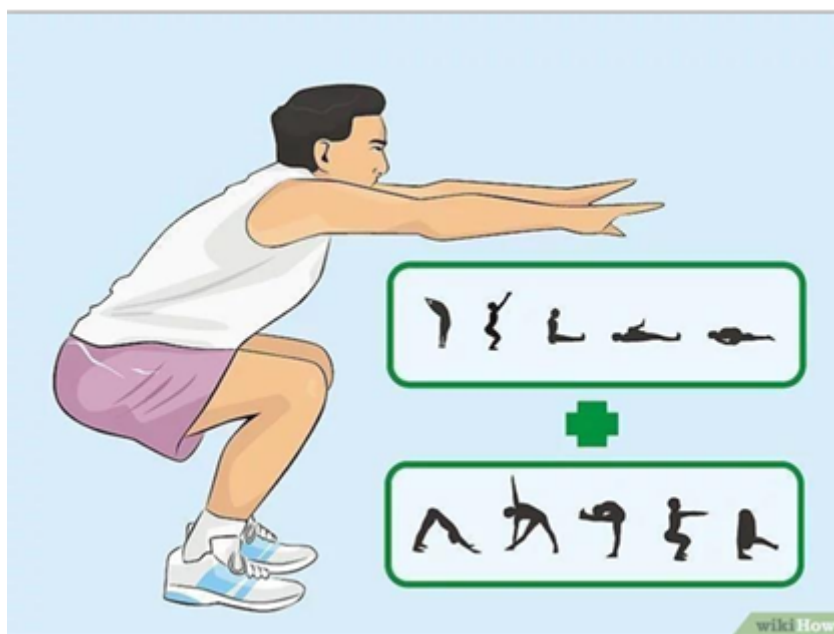
Lima (2022), complementa relatando que, de maneira geral, os exercícios consistem em contrair a musculatura do assoalho pélvico com o máximo de força possível, podendo ser contrações fracionadas, sustentadas ou rápidas, associadas às contrações voluntárias da musculatura do assoalho pélvico, intercalando com as contrações mantidas com o objetivo de estimular as fibras musculares do tipo I e do tipo II do assoalho pélvico.

Figura 4 – Exercício de ponte: paciente ficará em decúbito dorsal em um colchonete ou lugar confortável, com a cabeça bem apoiada pede-se para que o mesmo realize elevação da cintura pélvica, flexionando os joelhos. Realizar a contração pélvica por 5 segundos, voltando a posição inicial relaxando por 5 segundos. Repetir 10 vezes.



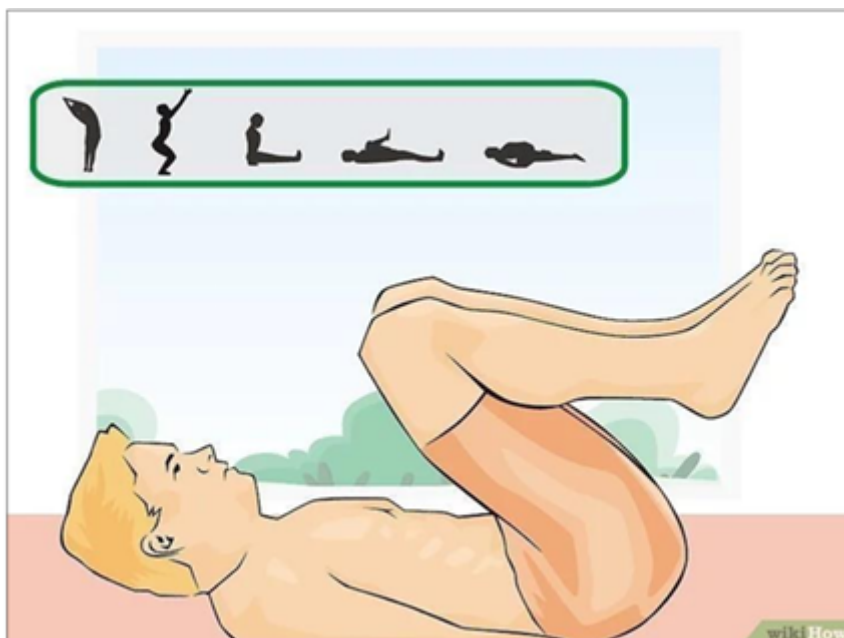
Fonte: Medeiros, 2023.

Figura 5 – Agachamento: o paciente realizará uma flexão de quadril a 90° juntamente com uma flexão de joelho a 90°. realizar a contração pélvica por 5 segundos, voltando à posição inicial relaxando por 5 segundos. Repetir 10 vezes.



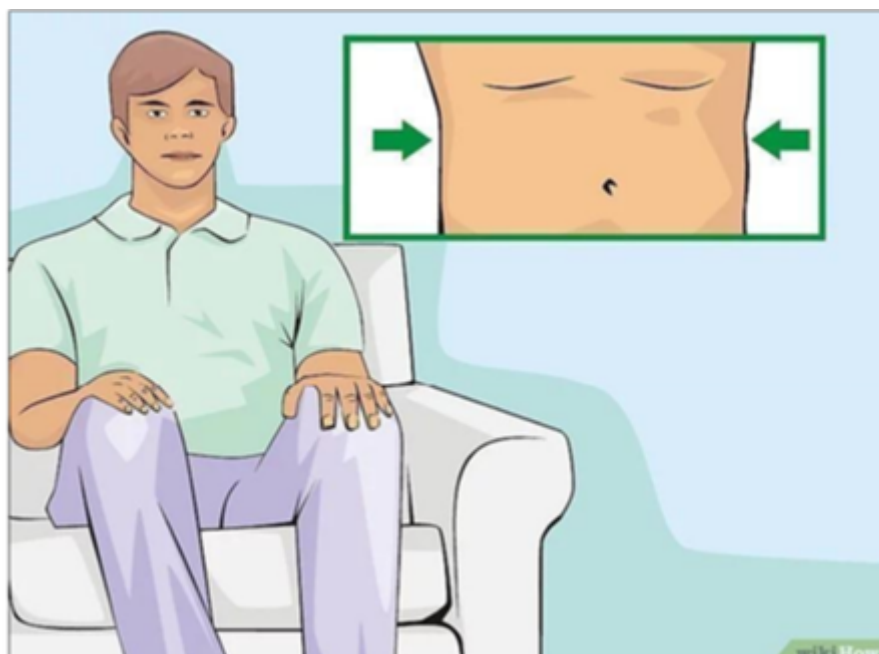
Fonte: Medeiros, 2023.

Figura 6 – Exercício deitado: Paciente ficará em decúbito dorsal em um colchonete ou lugar confortável, com a cabeça bem apoiada pede-se para que o mesmo realize uma flexão máxima de quadril, juntamente com uma flexão de joelho. Realizar a contração pélvica por 5 segundos, voltando à posição inicial relaxando por 5 segundos. Repetir 10 vezes.



Fonte: Medeiros, 2023.

Figura 7 – Exercício sentado: com o paciente sentado pede-se que realize a contração pélvica por 5 segundos, voltando à posição inicial relaxando por 5 segundos. Repetir 10 vezes.



Fonte: Medeiros, 2023.

5. METODOLOGIA

O projeto de intervenção será desenvolvido com o objetivo de promover o conhecimento e a prática dos exercícios de Kegel como estratégia preventiva contra a incontinência urinária para mulheres que se encontram com a síndrome geniturinária da menopausa atendidas na Atenção Primária à Saúde.

Para a elaboração da ação do projeto, serão disponibilizados vídeos educativos que auxiliarão as mulheres na realização dos exercícios, para que as mesmas consigam realizá-los em sua casa cotidianamente.

5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO

A intervenção será realizada nas unidades de saúde escola vinculadas à rede municipal de saúde de Umuarama, com foco especial em locais com atendimentos ginecológicos e de saúde da mulher. Esses espaços foram escolhidos por estarem inseridos no território da atenção básica, permitindo o acesso direto à população-alvo e possibilitando ações educativas voltadas à promoção da saúde pélvica.

5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Serão incluídas na intervenção mulheres na menopausa, atendidas no Centro de Saúde Escola. Esse grupo foi escolhido por representar a faixa etária mais acometida pela síndrome geniturinária, segundo dados da literatura. A participação será voluntária e aberta a todas as interessadas que desejarem obter mais informações sobre o tema e aprender as técnicas dos exercícios pélvicos.

5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES

A intervenção será realizada em etapas sequenciais, organizadas para garantir a máxima eficácia e alinhamento aos objetivos do projeto. Primeiramente, será feito um planejamento detalhado das atividades, definindo calendarização e responsáveis para cada ação. Na sequência, ocorrerá a abordagem inicial com os

participantes, explicando a importância e os objetivos da intervenção, assegurando a adesão e esclarecendo possíveis dúvidas.

Durante a etapa central da intervenção, serão produzidos e disponibilizados vídeos explicativos demonstrando a execução correta dos exercícios de Kegel. Os vídeos serão elaborados de forma clara, didática e acessível, com linguagem adaptada ao público-alvo, para assegurar que todos compreendam a importância e o modo correto de realizar os exercícios.

Esses vídeos serão utilizados tanto como material de apoio nas oficinas e dinâmicas presenciais, quanto enviados aos participantes para consulta posterior, potencializando a autonomia e a continuidade da prática fora do momento presencial. A escolha pelo uso de vídeos se justifica pela facilidade de visualização, assimilação e reprodução das técnicas, permitindo que os participantes revisem o conteúdo quantas vezes julgarem necessário.

5.5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada por meio de indicadores quantitativos e qualitativos, com base em ferramentas simples, acessíveis e eficazes, a serem coletadas antes, durante e após o período de implementação do programa de exercícios de Kegel. As principais estratégias incluem:

- Aplicação de questionários padronizados como o ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*) no início e ao final do acompanhamento, para mensurar frequência, gravidade e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das participantes;
- Adesão aos exercícios de Kegel, avaliada por registros semanais feitos pelas próprias participantes (como um diário de exercícios) e acompanhamento em consultas periódicas;
- Satisfação das participantes, mensurada por formulários de *feedback* anônimos, buscando captar a percepção das mulheres quanto à melhoria dos sintomas, facilidade na execução dos exercícios e aceitação da proposta;

Para o monitoramento das ações, está prevista uma rotina de encontros trimestral ou de acordo com a disponibilidade de cada serviço de saúde. Nesses encontros, será revisada a técnica dos exercícios, esclarecer dúvidas e fortalecer a motivação.

Todos os dados e observações serão registrados de forma organizada e individualizada. A cada seis meses será feita uma avaliação geral, levando em conta os resultados obtidos, a participação das mulheres e o interesse da comunidade, permitindo decidir se o projeto deve continuar, ser ampliado ou adaptado.

Essa proposta de avaliação e acompanhamento busca garantir não apenas bons resultados a curto prazo, mas também criar um cuidado duradouro e acolhedor para as mulheres.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Após a implementação das ações propostas, espera-se que os participantes apresentem melhora significativa no fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, resultando em maior controle urinário e redução dos episódios de incontinência. Os vídeos explicativos e as orientações práticas dos exercícios de Kegel devem facilitar o entendimento e a assimilação correta da técnica, contribuindo para o aumento da adesão e da frequência das práticas no cotidiano dos participantes. Além da melhora física, também são esperados ganhos em autoestima e qualidade de vida, com diminuição de situações constrangedoras e aumento da autonomia dos indivíduos.

Os resultados serão avaliados principalmente por meio da comparação dos dados coletados antes e depois da intervenção, utilizando questionários, entrevistas e registros de acesso aos vídeos. Indicadores como a redução da perda urinária, o aumento na força muscular do assoalho pélvico e a satisfação dos participantes servirão para medir o sucesso das ações implementadas. O sucesso da intervenção poderá ser comprovado caso a maioria dos participantes relate melhora em sintomas de incontinência, aprendizado efetivo dos exercícios e maior frequência de prática após as orientações fornecidas. Esses resultados também fundamentarão

ajustes e ampliações futuras no programa, visando a continuidade dos benefícios alcançados.

7. CRONOGRAMA

Tabela 1– Cronograma de atividades do projeto de intervenção

Etapa	Período	Responsáveis
Planejamento detalhado	6 meses	Alunos, médicos e enfermeiros
Seleção de participantes	1 mês	Alunos, médicos e enfermeiros
Implementação dos vídeos	2 semanas	Alunos, médicos e enfermeiros
Reavaliação das participantes	3 meses	Alunos, médicos e enfermeiros

8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto demanda o envolvimento de profissionais de saúde como ginecologista, fisioterapeuta com atuação em saúde pélvica e equipe de enfermagem, além de um espaço adequado para as atividades educativas e atendimentos individuais ou em grupo.

Será viável por estar alinhado com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e da Atenção Primária à Saúde, as quais priorizam ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado humanizado. Também encontra-se respaldo nos princípios do SUS, como a integralidade e a equidade, especialmente ao promover autonomia e qualidade de vida para as mulheres, principalmente em fases como o climatério, quando a incontinência se torna mais prevalente.

Ainda, o projeto poderá ser incorporado à rotina da unidade básica com ações periódicas como rodas de conversa, grupos educativos e atendimentos agendados.

A continuidade poderá ser mantida com o comprometimento da equipe e com apoio da gestão local.

Para os encontros, serão utilizados espaços existentes nas unidades de saúde, como salas de grupo, consultórios e auditórios. Os profissionais necessários já fazem parte da equipe multidisciplinar. Os custos com materiais são simples e de fácil acesso, como cartilhas educativas (500 unidades por R\$90,00), o uso das redes sociais com a utilização de QR Code e a disponibilização de vídeos em plataformas não pagas.

Os custos estimados para a execução serão integralmente cobertos pelos proponentes, sem necessidade de repasse de verbas públicas ou financiamento externo. Essa decisão visa facilitar a implementação imediata.

REFERÊNCIAS

American urological association (AUA); Society of urodynamics, female pelvic medicine & urogenital reconstruction; american urogynecologic society.

Genitourinary Syndrome of Menopause: AUA/SUFU/AUGS Guideline – Unabridged. [S.l.]: American Urological Association, 2025. Disponível em: <https://www.isswsh.org/images/PDF/2025.04.24%20GSM%20Unabridged.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2025.

BATMANI, Sedighe *et al.* Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. **BMC Geriatrics**, v. 21, p. 1–17, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-021-02135-8>. Acesso em: 19 jun 2025.

BEZERRA, Maria Rita Lima *et al.* Identificação das estruturas músculo-ligamentares do assoalho pélvico feminino na ressonância magnética. **Radiologia Brasileira**, v. 34, p. 323-326, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-39842001000600004>. Acesso em: 04 jun 2025.

BORDONI, Bruno; SUGUMAR, Kavin; LESLIE, Stephen W. Anatomy, abdomen and pelvis, pelvic floor. In: **StatPearls** [Internet]. StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482200/>. Acesso em: 04 jun 2025.

CECILIANO, Giulia Ramalho; *et al.* Desafios ginecológicos em mulheres idosas: uma revisão das condições e abordagens de cuidado. **Studies in Health Sciences**, v. 5, n. 4, 2024. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/10006/7317>. Acesso em: 02 maio 2025.

FRANÇA, Italo Diego Magalhães; LIVRAMENTO, Rosileide Alves. Assoalho pélvico e sua relação com a incontinência urinária: causa e tratamento fisioterapêutico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 4023-4034, 2023.

FREITAS, Luciana Pistelli Gomes. **Tradução e validação em português do questionário “Impacto do Prolapso de Órgãos Pélvicos, da Incontinência Urinária e da Incontinência Fecal na Função Sexual Feminina**. Plataforma Brasil, 2023. 98p. Dissertação (Mestrado - em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-16052024-145224/publico/LucianaPistelliGomesFreitas.pdf>. Acesso em: 28 abr 2025.

HANDLER, Stephanie J.; ROSENMAN, Amy E. Urinary incontinence: evaluation and management. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 62, n. 4, p. 700-711, 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2019/12000/urinary_incontinence_evaluation_and_management.9.aspx. Acesso em 18 jun 2025.

KAGAN, R.; KELLOGG-SPADT, S.; PARISH, S. J. Practical treatment considerations in the management of genitourinary syndrome of menopause. **Drugs & Aging**, v. 36, p. 897–908, 2019. DOI: 10.1007/s40266-019-00700-w. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40266-019-00700-w>. Acesso em: 23 jun 2025.

LIMA, Deise. As Contribuições dos Exercícios de Kegel no Tratamento da Incontinência Urinária Feminina. **Biblioteca virtual UNIRB**, 2022. Disponível em: <http://dspace.unirb.edu.br/xmlui/handle/123456789/393>. Acesso em: 04 jun 2025.

MEDEIROS, Raionara Lopes de. Os Exercícios de Kegel realizados por fisioterapeutas como grande aliado no tratamento da incontinência urinária em idosos: uma revisão de literatura. **Biblioteca virtual UNIRB**, 2023. Disponível em: <http://dspace.unirb.edu.br/xmlui/handle/123456789/622>. Acesso em: 04 jun 2025.

MOREIRA, Rhuana Alves; *et al.* Validação de instrumento brasileiro para mapeamento dos fatores de risco e diagnóstico precoce de incontinência urinária feminina. **Enfermeria: Cuidados Humanizados**. 2024. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v13n1/2393-6606-ech-13-01-e3660.pdf>. Acesso em: 27 abr 2025.

PEREIRA, E.G.; RIBEIRO, A.M. Atenção primária na prevenção da incontinência urinária feminina: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira De Saúde Funcional**, v. 10, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v10i1.1392>. Acesso em: 24 abr 2025.

PEREIRA, Érica Rezende *et al.* A influência da cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres: revisão. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 9734-9748, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-660>. Acesso em: 08 jun 2025.

PONTES, Íris Bisof; DOMINGUES, Elaine Aparecida Rocha; KAIZER, Uiara Aline de Oliveira. Construção e validação de cartilha educativa sobre exercícios pélvicos fundamentais para mulheres com incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, p. 230-241, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/b4G6Zp5wLNgd79MdW4CX5bk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 maio 2025.

RUSSO, Eleonora; *et al.* Management of urinary incontinence in postmenopausal women: An EMAS clinical guide. **Maturitas**, v. 143, p. 223-230, 2021. Disponível em: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(20\)30367-4/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(20)30367-4/fulltext). Acesso em: 27 abr 2025.

SANTOS, Angélica Souza dos. Os Benefícios dos exercícios de kegel para prevenção da incontinência urinária em idosas: revisão bibliográfica. **Biblioteca virtual UNIRB**, 2021. Disponível em:

<http://dspace.unirb.edu.br/xmlui/handle/123456789/157>. Acesso em: 04 jun 2025.

SANTOS, Ítalo H.; RIBEIRO, A. L. R.; MENDES, A. L. S.; BRUM, L. S. F.; FREITAS, R. C. P. de. Análise dos exercícios de Kegel e seus benefícios em mulheres com incontinência urinária: uma revisão de literatura. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, [S. l.], v. 16, n. 12 Edição Especial, p. e6453, 2024. DOI: 10.55905/cuadv16n12-002. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/6453>. Acesso em: 4 jun 2025.

SARMENTO, A. C. A. *et al.* Genitourinary syndrome of menopause: epidemiology, physiopathology, clinical manifestation and diagnostic. **Frontiers in Reproductive Health**, v. 3, art. 779398, 15 nov. 2021. DOI:10.3389/frph.2021.779398. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/reproductive-health/articles/10.3389/frph.2021.779398/full>. Acesso em: 23 jun 2025.

SILVA, Mariana Louredo. Guia fisioterapêutico de anatomia e exercícios para o assoalho pélvico. **Cadernos virtuais PUC-GO**, 2023. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/6260>. Acesso em: 04 jun 2025.

SILVEIRA, Thalia dos Santos; CABRAL, Fernando Duarte. BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DOS EXERCÍCIOS DE KEGEL APLICADA EM GESTANTES. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 12, p. 392–406, 2021. DOI: 10.51891/rease.v7i12.3416. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3416>. Acesso em: 4 jun. 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3416>. Acesso em: 04 jun 2025.

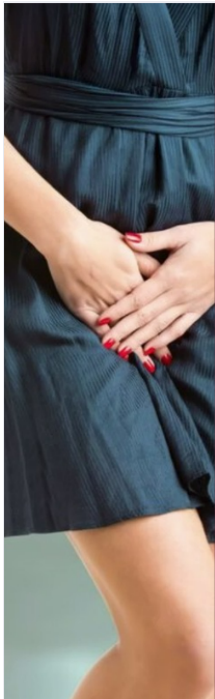
SUSSMAN, Rachael D.; SYAN, Raveen; BRUCKER, Benjamin M. Guideline of guidelines: urinary incontinence in women. **BJU International**, v. 125, n. 5, 2020. Disponível em: <https://encurtador.com.br/OYEjE>. Acesso em: 20 jun 2025.

TOZZI, Larissa Gaburro *et al.* Incontinência urinária: revisão de literatura/Urinary incontinence: literature review. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 111373-111378, 2021. Disponível em: DOI 10.34117/bjdv7n12-088. Acesso em: 08 jun 2025.

TUNN, Ralf; *et al.* Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: prevention and treatment. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 120, n. 5, p. 71, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10080228/#s2>. Acesso em: 02 maio 2025.

10 APÊNDICE

APÊNDICE A - CARTILHA EDUCATIVA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA



Incontinência urinária e os exercícios de Kegel

Aprendendo a se cuidar.

O que é a incontinência urinária?

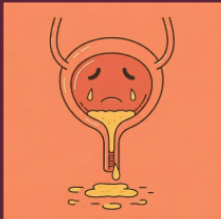
É a perda involuntária de urina, um problema comum que afeta milhões de mulheres. Pode ocorrer ao tossir, rir, espirrar, levantar peso ou fazer exercícios. Geralmente é causada pelo enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico. Para diagnóstico deve-se procurar um profissional de saúde.



O que causa a incontinência urinária?

O enfraquecimento do assoalho pélvico pode ser causado por múltiplos fatores, os quais variam de acordo com cada paciente

- Parto vaginal
- Idade avançada
- Aumento de peso
- Características familiares ou genéticas
- Aumento da pressão intra-abdominal



Diminuição da pressão dos músculos do assoalho pélvico com o relaxamento dos músculos

Exercícios de Kegel para Incontinência Urinária

Os exercícios de Kegel são capazes de prevenir e tratar a incontinência urinária, alcançando índices de eficácia de até 95%. Criados em 1948 pelo ginecologista, Dr. Arnold Kegel.

Esses exercícios são amplamente utilizados na fisioterapia, fortalecem os músculos do assoalho pélvico e representam uma alternativa segura, prática e acessível em comparação aos procedimentos cirúrgicos.



O que são e como funcionam

Mecanismo de Ação

Os exercícios de Kegel fortalecem os músculos da região íntima, deixando-os mais firmes e resistentes. Com isso, ajudam a segurar melhor o xixi e dão mais sustentação aos órgãos da pelve, como bexiga, útero e reto.

Benefícios Comprovados

Além do controle urinário, os exercícios previnem a queda da bexiga, melhoram a vida sexual, ajudam na recuperação pós parto e na saúde pélvica.

Resultados Visíveis

Com a prática regular e supervisionada, os primeiros resultados aparecem entre 20 e 60 dias, com hipertrofia das fibras musculares e melhor suporte para as vísceras pélvicas.

Exercício de Ponte

Este é um dos exercícios mais eficazes para fortalecer o assoalho pélvico:



Posição Inicial

Deite-se de costas em um colchonete ou lugar confortável, com a cabeça bem apoiada e joelhos flexionados.

Execução

Eleve a cintura pélvica e realize a contração dos músculos pélvicos por 5 segundos.



Finalização

Volte à posição inicial e relaxe por 5 segundos. Repita 10 vezes.

Outros exercícios



Agachamento

Realize uma flexão de quadril e joelho a 90°. Contraia os músculos pélvicos por 5 segundos, relaxe por 5 segundos. Repita 10 vezes.



Exercício Deitado

Em decúbito dorsal, faça uma flexão máxima de quadril com o joelho flexionado. Contraia por 5 segundos, relaxe por 5 segundos. Repita 10 vezes.



Exercício Sentado

Simplesmente sentado, realize a contração pélvica por 5 segundos, relaxe por 5 segundos. Repita 10 vezes.

Comece hoje!

Os exercícios de Kegel oferecem uma solução não-invasiva, eficaz e acessível, podendo ser realizados em qualquer

lugar. Com dedicação e técnica correta, você pode reconquistar a força da sua trajetória!

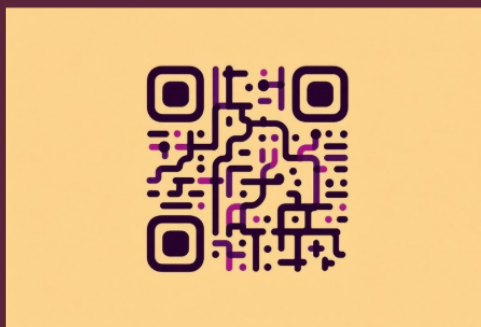
Consulte um profissional de saúde para maiores informações e comece hoje mesmo o fortalecimento da sua musculatura pélvica.

Compartilhe com alguém que precisa dessa informação!

Sua atitude pode transformar o futuro de outra pessoa.

Escaneie para ver os movimentos completos!

Tenha acesso rápido a todas as informações e exercícios.
Basta apontar a câmera do seu celular para o QR Code abaixo:



Esperamos que este conteúdo seja útil na sua vida!

Camila B. Polisel; Livia N. de Freitas; Giovanna Charron; Veida S. Ferreira;