



Artigo de Revisão

Eficácia do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária em mulheres: uma revisão não sistemática

Efficacy of physiotherapeutic treatment in urinary incontinence in women: a non-systematic review

Eleriana Correia Mendes¹, Giulliano Gardenghi², Acácia Gonçalves Ferreira Leal³

Resumo

Introdução: A incontinência urinária (IU) é definida como a perda involuntária de urina pela uretra, que acarreta em um problema social ou higiênico segundo a SIC. As técnicas fisioterapêuticas enquadram-se como forma de tratamento da IU, melhorando os componentes musculares e nervosos do aparelho de sustentação dos órgãos pélvicos. **Objetivo:** Analisar os recursos fisioterapêuticos na reabilitação e prevenção da incontinência urinária em mulheres. **Métodos:** Os artigos utilizados nesta revisão de literatura foram selecionados por meio de um levantamento bibliográfico em busca de evidência científica, publicadas nas bases de dados eletrônicos, Lilacs, Medline, Pubmed e Scielo no período de maio de 2015 a outubro de 2016, todos publicados na língua portuguesa. **Resultados:** Foram selecionados 34 artigos revisão e originais do tipo, ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos não-randomizado e estudo de caso e utilizados 17 nos resultados, nos quais abordavam tratamento fisioterapêutico na IU. Todos os trabalhos apresentaram resultados satisfatórios no controle e/ou cura dos sintomas de pacientes com IU. **Conclusão:** O tratamento fisioterapêutico proporciona à mulher a melhora e/ou cura do grande desconforto sintomático, entretanto o seu sucesso depende da motivação, assiduidade, perseverança, empenho da equipe multiprofissional envolvida e principalmente da paciente.

Descritores: Incontinência urinária; Fisiologia do sistema urinário; Fisioterapia; Exercício.

Abstract

Introduction: The urinary incontinence (UI) is defined by the involuntary urine loss through the urethra, which results a social or hygienic problem according to ICS. Physiotherapeutic techniques fit as a form of UI treatment, improving the muscular and nervous components of the pelvic organ support apparatus. **Objective:** Analyze physiotherapeutic resources in the rehabilitation and prevention of urinary incontinence. **Methods:** The articles used in this literature review were selected through a research for scientific evidence, published in the electronic databases, Lilacs, Medline, Pubmed and Scielo from May 2015 to October 2016, all published in the Portuguese Language. **Results:** 34 review and original articles of the type, randomized clinical trials, non-randomized clinical trials and case study, were used and 17 the results, in which they addressed the physiotherapeutic treatment in the UI. All the studies presented satisfactory results in the control and / or cure of the symptoms of UI patients. **Conclusion:** The physiotherapeutic treatment provides the woman with the improvement and / or cure of the great symptomatic discomfort, however, its success depends on the motivation, assiduity, perseverance, commitment of the professional team involved and especially the patient.

Keywords: Urinary incontinence, physiology of the urinary system, physiotherapy, exercise.

1. Pós-graduanda em Fisiologia do Exercício do Treinamento à Reabilitação, CEAfi/Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), Goiânia/GO.

2. Fisioterapeuta; Doutor em Ciências pela FMUSP; Coordenador Científico do Hospital ENCORE/GO; Coordenador Científico do CEAfi Pós-graduação/GO; Coordenador do Serviço de Fisioterapia do Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO/Lifecare/GO; Coordenador do Serviço de Fisioterapia da Unidade de Terapia Intensiva do Instituto Goiano de Pediatria - IGOPE/GO e Coordenador do Curso de Pós-graduação em Fisioterapia Hospitalar do Hospital e Maternidade São



Cristóvão, São Paulo/SP – Brasil.

3. Fisioterapeuta; Orientadora da Pós-Graduação em Fisiologia do Exercício, CEAfi/Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), Goiânia/GO – Brasil.

Artigo recebido para publicação em 01 de abril de 2017.

Artigo aceito para publicação em 14 de abril de 2017.

Introdução

A Incontinência Urinária (IU) é definida, segundo a Sociedade Internacional de Continência (SIC) como a perda involuntária da urina pelo óstio uretral externo, sendo considerada uma condição multifatorial que afeta muitas pessoas, em diferentes faixas etárias, embora a prevalência seja maior na população idosa, o que representa um sério problema de saúde pública¹. É um problema de Saúde Pública que afeta cerca de 25 milhões de mulheres nos Estados Unidos e apresenta incidência anual de 240 mulheres para cada 100 mil². Diante da alta prevalência e dos custos envolvidos nos cuidados de mulheres com disfunções do AP, é essencial a elaboração de tratamentos efetivos e de baixo custo³.

As disfunções do Assoalho Pélvico (AP) são condições que não ameaçam a vida diretamente, mas causam importante morbidade⁴. Podem afetar intensamente a qualidade de vida (QV) das pacientes, gerando limitações físicas, sociais, ocupacionais e/ou sexuais⁴. A IU é fisicamente debilitante e socialmente incapacitante, pois promove a perda da segurança e autoestima, causando depressão, neurose e isolamento⁵.

Para a elaboração de um tratamento eficaz, é essencial a realização de uma avaliação adequada, esta deve se atentar primeiramente aos sintomas, pois a partir da descrição dos sintomas funcionais que o tratamento será direcionado³. Cada sintoma e sua localização, sugere um determinado tratamento, como por exemplo: Como peso ou pressão vaginal, dor perineal ou vaginal, sensação ou consciência de tecido protundido através da vagina, dor ou pressão abdominal, entre outros, cada um destes sintomas necessitam de particularidades durante a avaliação, com abordagens específicas afim de determinar um tratamento adequado⁶.

No que se diz respeito ao pioneirismo do tratamento da IU, por volta dos anos 1950, Arnold Kegel, médico ginecologista, propôs o treinamento da musculatura do AP feminino. Nesse período, muitos fisioterapeutas do Reino Unido



estiveram empenhados no tratamento da IU, usando cinesioterapia e a eletroestimulação vaginal⁷. Com o avanço das pesquisas em fisiologia do trato urinário inferior, e com o aprimoramento das técnicas de diagnóstico, a fisioterapia tem assumido um importante papel na reabilitação das pacientes, atentando aos componentes musculares e nervosos do aparelho de sustentação dos órgãos pélvicos⁸. Visto que o tratamento cirúrgico tem custos onerosos, além de ser um método invasivo, poderá ocasionar complicações como, infecção urinária, dor, urgência miccional, urge-incontinência, retenção urinária nas suas diferentes intensidades, podendo ainda ser contraindicado em alguns casos⁸.

Assim a indicação do tratamento fisioterapêutico torna-se mais viável e adequado, dentre as diversas modalidades de tratamento fisioterapêutico da IU, destacam-se a cinesioterapia, a eletroestimulação, a terapia com cones vaginais e o *biofeedback* (BF), todas têm como objetivo básico aumentar a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, além de hipertrofiar principalmente as fibras musculares estriadas do tipo II dos diafragmas urogenital e pélvico⁹. As técnicas fisioterapêuticas constituem em terapia capaz de tratar a IU, com o objetivo de aumentar a resistência dos músculos do AP, prevenir a evolução dos prolapso de órgãos pélvicos, reduzir a frequência ou gravidade dos sintomas urinários e prevenir ou retardar a necessidade de cirurgia. A abordagem é minimamente invasiva e praticamente sem efeitos adversos.

A prescrição de um tratamento individualizado, e a certificação ou não de que a paciente está contraindo adequadamente a musculatura são essenciais antes de se iniciar o tratamento, pois cerca de 30% das mulheres não são capazes de contrair os músculos do AP na primeira avaliação¹⁰. Para esse fim, a elaboração de um tratamento eficaz, é essencial a realização de uma avaliação adequada. Que de acordo com Pereira et al., (2004), o insucesso dos tratamentos de mulheres com disfunções de AP deva-se, muitas vezes, não à terapia inadequada, mas à avaliação incorreta³. Assim uma avaliação fidedigna constitui de uma inspeção, palpação, perineometria, eletromiografia eficaz, além de uma graduação da função muscular do AP⁶, conforme quadro 1.



Quadro 1- Classificação da avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) de acordo com a presença de contração voluntária (Ortiz et al.)¹¹.

0- Sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação.
1- Sem função perineal objetiva ausente, reconhecível somente à palpação.
2- Função perineal objetiva débil, reconhecível à palpação.
3- Função perineal objetiva, sem resistência opositora à palpação.
4- Função perineal objetiva e resistência opositora não mantida à palpação.
5- Função perineal objetiva e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 segundos.

Fonte: Ortiz et al¹¹.

Assim essa revisão, no intuito de destacar o papel do tratamento fisioterapêutico diante a IU, teve como objetivo analisar os recursos fisioterapêuticos para sua reabilitação e prevenção, os quais englobam mulheres de todas as faixas etárias, evitando o agravamento da IU, e conseqüentemente uma série de conseqüências físicas, econômicas, psicológicas, emocionais, sexuais e sociais, além de interferir de forma negativa na QV da mulher.

Metodologia

Os artigos utilizados nesta revisão não sistemática de literatura foram selecionados por meio de um levantamento de periódicos com evidência científica, publicadas nas bases de dados eletrônicos, Lilacs, Medline, Pubmed e Scielo, todos publicados na língua portuguesa. Os descritores utilizados foram: incontinência urinária, fisioterapia, fisiologia do sistema urinário, exercício.

Adotou-se como critério de inclusão artigos de revisão, originais, ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos não-randomizado e estudo de caso que abordavam o tema IU, tratamento fisioterapêutico, fisiologia do sistema urinário publicados no período de 2000 a 2014, sendo excluídos todos que abordavam tratamento cirúrgico na IU. A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2015 a outubro de 2016. A escolha dos artigos foi realizada obedecendo a esses critérios, pela a análise na integra. Foram encontrados 69 artigos todos na língua portuguesa, 34 correspondiam especificamente ao tema pretendido, e foram utilizados para compor esta revisão. Com relação à classificação do grau de recomendação e força de evidência dos artigos e estudos selecionados, utilizou-se a graduação mostrada no Quadro 2¹².



Quadro 2 - Grau de recomendação e força.

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência (metanálises ou ensaios clínicos randomizados).
B: Estudos experimentais ou observacionais de menos consistência (outros ensaios clínicos não-randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle).
C: Relatos ou séries de casos (estudos não-controlados).
D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Fonte: Mesquita et al¹².

Resultados

Autor, ano, amostra e média de idade	Objetivo	Classificação	Resultado
Dreher et al., (2009) ¹³ . Relato de caso, sexo feminino, 60 anos.	Avaliar a eficiência de um programa de fisioterapia domiciliar com cones vaginais para o fortalecimento dos músculos AP, na resolução da IUE.	C	Após a intervenção observou-se uma significativa melhora na QV. A terapia com cones vaginais, como recurso fisioterapêutico, mostrou-se um método eficaz num período de tempo relativamente curto. Foi possível comprovar, através da urodinâmica e do relato da paciente, um resultado clínico satisfatório.
Rett et al., (2007) ¹⁴ . 26 mulheres, 42,5 ± 5,5 anos.	Avaliar a QV de mulheres antes e após tratamento fisioterapêutico para IUE.	C	Observou-se uma diminuição significativa das médias e medianas dos escores dos domínios avaliados pelos KHQ, em relação à percepção da saúde, impacto da incontinência, limitações das atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, emoções, sono/energia e as medidas de gravidade.
Herrmann et al., (2013) ¹⁵ . 22 mulheres, 49 anos.	Verificar o efeito da eletroestimulação transvaginal no tratamento de mulheres com IUE adequadamente selecionadas.	C	Os resultados deste estudo mostraram que 77,3% das mulheres aprovaram a eletroestimulação como tratamento, enquanto apenas 22,7% permaneceram insatisfeitas.



Autor, ano, amostra e média de idade	Objetivo	Classificação	Resultado
Santos et al., (2009) ¹⁶ . 45 mulheres, 53,9±12,0 anos.	Comparar os efeitos da eletroestimulação funcional do AP e da terapia com os cones em mulheres com IUE.	A	Ao avaliar os resultados da terapêutica antes e após quatro meses, observaram aumento significativo na QV medida pelo IqoL nas pacientes tratadas com eletroestimulação funcional do AP e a terapia com os cones. Concluíram que ambas as técnicas foram efetivas no tratamento de mulheres com IUE.
Bernardes et al., (2000) ¹⁷ . 21 mulheres, 49±4 anos.	Traçar uma conduta de tratamento fisioterapêutico mais adequado para pacientes portadoras de IUEG.	A	A cinesioterapia apresenta uma tendência a ser o tratamento de escolha para IUEG leve ou moderada. Apesar de as pacientes tratadas pela eletroestimulação endovaginal terem obtido uma melhora considerável, a cinesioterapia apresentou melhores resultados em termos numéricos, considerando os protocolos de atendimento diário.
Pinheiro et al., (2012) ¹⁸ . 11 mulheres, 56±2,3 anos.	Avaliar a consciência perineal de mulheres com IU de esforço, submetidas a duas abordagens terapêuticas: a cinesioterapia com toque digital e a cinesioterapia com auxílio do BF.	A	Houve aumento considerável da força de contração do assoalho pélvico em ambos os grupos, segundo a escala de Oxford (de 2,0 para 3,6 no Grupo1 e de 2,2 para 3,2 no Grupo2), mas não houve diferença significativa entre os grupos, o que indica que tanto o treino com BF quanto a cinesioterapia com toque digital promoveram considerável aumento de grau nessa escala.
Silva et al., (2014) ¹⁹ . Relato de caso, sexo feminino, 66 anos.	Descrever através de um prontuário fisioterapêutico o tratamento de uma paciente com diagnóstico de IUE.	C	Após 10 sessões de tratamento a paciente estudada apresentou não ter IUE. Na avaliação funcional do assoalho pélvico não apresentava mais a cistocele na manobra de valsalva. Na avaliação da força do AP apresentava grau de força 5 (pela Escala de Oxford), seu tônus muscular era normal (nas paredes laterais, anterior e posterior) e a sua contração muscular tônica teve duração de 10 segundos.
Pereira et al., (2014) ²⁰ . Relato de caso, sexo feminino, 13 anos.	Relatar a atuação da fisioterapia ginecológica na melhora da IU.	C	Com a intervenção fisioterapêutica obteve-se um resultado satisfatório, apresentando ao final das sessões uma evolução tanto da força muscular do AP quanto da resistência desta musculatura, melhorando assim, a QV da paciente.



Autor, ano, amostra e média de idade	Objetivo	Classificação	Resultado
Fitz et al., (2012) ²¹ . 40 mulheres, 55,2 ± 9,1 anos.	Avaliar o efeito do treinamento dos músculos do AP na qualidade de vida de mulheres com IUE.	B	Observou-se significativo aumento da força e endurance muscular. A melhora da função dos músculos do AP e da QV somou-se à melhora da IU.
Oliveira e Garcia. (2011) ²² . 11 mulheres, 74,2 anos.	Verificar o efeito da cinesioterapia sobre a perda de urina diária, alívio dos sinais e sintomas, e verificar o impacto da cinesioterapia na QV das idosas com IU.	C	Observou-se melhora acentuada das pacientes, na perda de urina diária e no alívio dos sinais e sintomas referidos, frequência de micções noturnas na presença de noctúria e do número de perda urinária aos esforços foi menor que a anterior ao tratamento com a cinesioterapia. Houve ainda redução no número de pacientes com dificuldade de retenção e perda involuntária de urina ao primeiro desejo forte de urinar e no número de absorventes diários utilizados.
Glisoi e Gireli, (2011) ²³ . 10 mulheres, 52, 4±11,8 anos.	Avaliar a eficácia da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do AP em mulheres com IU.	C	A avaliação dos sintomas urinários apontou redução em sintomas como: IUE, noctúria, urgência miccional e urge-incontinência. Em relação à frequência miccional não foi observada melhora considerável. O estudo comprovou que com apenas 8 sessões de fisioterapia já podem ser observados diminuição e/ou cura dos sintomas e queixas de perda urinária.
Knorst et al., (2013) ²⁴ . 82 mulheres, 55,1±10,9 anos.	Verificar a influência de uma intervenção fisioterapêutica semanal e de curta duração sobre os músculos do AP e sobre a IU, bem como comparar dois métodos de avaliação funcional dos músculos do AP.	C	Em relação aos resultados da avaliação da força dos músculos AP, não foi observada diferença estatisticamente significativa nas duas medidas realizadas com o perineômetro, enquanto as medidas da manobra bidigital, após a intervenção fisioterapêutica, foram significativamente maiores que as iniciais. Na avaliação da satisfação em relação ao tratamento, 88,9% das pacientes participantes do estudo informaram estar continentas ou satisfeitas com o tratamento.



Autor, ano, amostra e média de idade	Objetivo	Classificação	Resultado
Arruda et al., (2007) ²⁵ . 81 mulheres, 52±12,1 anos.	Avaliar e comparar os métodos de eletroestimulação vaginal e os exercícios perineais com o tratamento farmacológico em mulheres com bexiga hiperativa e hiperatividade do detrusor.	A	O tratamento com o cloridrato de oxibutinina 10 mg/dia, a eletroestimulação vaginal e os exercícios perineais são igualmente eficazes no tratamento de mulheres com hiperatividade do detrusor a curto prazo, e que a diminuição dos episódios de perda urinária é o fator mais importante para se obter satisfação com resultados obtidos com tais abordagens terapêuticas.
Beuttenmuller et al., (2011) ²⁶ . 80 mulheres, 49±4,6 anos.	Avaliar o efeito dos exercícios associados ou não à eletroterapia sobre a	A	Os exercícios perineais isolados quanto associados à eletroterapia para fortalecimento dos músculos do AP podem ser
	contração dos músculos do AP de mulheres com IU de esforço.		eficazes no tratamento da IUE, conforme as médias da avaliação funcional do AP e do perineômetro encontradas no pré e no pós-tratamento, demonstrando eficácia na melhora clínica das pacientes.
Furst et al., (2014) ²⁷ . 48 mulheres, 49,6±10,6 anos.	Determinar a eficácia da eletroestimulação vaginal combinada com treinamento muscular do AP para o tratamento da IUE.	A	Ambos os tratamentos mostram atuação significativa na redução de frequência e na melhoria da incontinência e da noctúria no diário final de micção, 3 meses após o tratamento.
Fitz et al., (2012) ²⁸ . 40 mulheres, 58,2±9,1 anos.	Verificar o efeito da adição do BF ao treinamento dos músculos do AP para o tratamento da IUE.	A	Os resultados mostram que a adição do BF ao treinamento dos músculos do AP a curto prazo pode ser benéfico no alívio dos sintomas de mulheres com IUE. A melhora da função do AP e da QV somou-se à otimização da IU. Observamos no Grupo BF a redução da frequência urinária noturna e do número de perdas urinárias.
Knorst et al., (2013) ²⁹ . 55 mulheres, 53±11,5 anos.	Analisar a influência do tratamento fisioterapêutico na QV em mulheres com IU e a sua eficácia para contenção da perda urinária.	C	Foram necessárias, em média, 13 sessões de tratamento para que 91% das mulheres se declarassem continentas ou satisfeitas com o tratamento. Apenas 3 mulheres não relataram melhora da perda urinária após a intervenção.

QV= qualidade de vida, IU= incontinência urinária, AP= assoalho pélvico, IUE= incontinência urinária de esforço, IUEG= incontinência urinária de esforço genuína, BF= biofeedback, IQoL= Incontinence Quality of Life Questionnaire, KHQ= King's Health Questionnaire.

Discussão

A IU repercute na QV, acarretando perdas funcionais, psicossociais e emocionais, levando as mulheres com tal comprometimento, ao isolamento social, mudança nos hábitos de vestimenta e da vida diária, evitando assim situações



constrangedoras¹³. Rett et al., (2007), demonstrou no seu estudo que a QV de mulheres com incontinência urinária de esforço tratadas com fisioterapia pode melhorar em diversos aspectos, quando avaliada com um instrumento específico para IU, como o KHQ¹⁴.

A fisiopatologia da IU é complexa, isso promove o surgimento de distintas abordagens terapêuticas, conservadoras ou não, dependendo do mecanismo envolvido na gênese da perda urinária¹⁵. A SIC recomenda a fisioterapia como tratamento de primeira linha, devido à sua alta efetividade, baixo custo e riscos. Contribuindo para a redução dos sintomas, independentemente da técnica³⁰.

Um tratamento eficaz inicia-se através de uma avaliação minuciosa e bem feita, sendo esta retratada de forma individualizada, detalhada e específica, pois é através da avaliação que determina o tratamento adequado específico. Honório et al., (2009), avaliou em seu estudo a função dos músculos do AP através da AFA, a qual possui cinco escores, variando de 0 a 5, conforme o quadro 1, antes do tratamento fisioterapêutico, observou-se que cinco mulheres apresentaram AFA 3; duas apresentaram AFA 2; duas pacientes apresentaram AFA 4 e apenas uma AFA 1. Após dez sessões, as pacientes foram reavaliadas e o valor de AFA passou a ser 5 para todas as pacientes³¹. Assim uma vez realizada uma avaliação fidedigna e individualizada, com métodos validados, o tratamento fisioterapêutico consegue abranger de forma pontual os acometimentos e sintomas envolvidos na IU³¹.

No que diz respeito ao tratamento fisioterapêutico na IU, as técnicas mais utilizadas de acordo com a literatura são: a cinesioterapia, biofeedback, eletroestimulação e cones vaginais¹⁶.

A cinesioterapia da musculatura do AP para as mulheres como sintomas de IU, baseia-se no reforço a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, hipertrofiando principalmente as fibras musculares estriadas do tipo II dos diafragmas urogenital e pélvico, ocorrendo a hipertrofia irá fazer com que a pressão de fechamento uretral permaneça positiva promovendo a continência urinária^{17,18}. Segundo Berquó et al., (2013), esta técnica age na melhora, restauração e manutenção da força, na resistência à fadiga, relaxamento e coordenação muscular, obtendo um índice de melhora em torno de 70%³². Silva et al., (2014), também utilizou a cinesioterapia (dez sessões, uma vez



por semana, 60 minutos, onde os exercícios foram divididos em contrações de fibras musculares tônicas e fásicas), da mesma forma Pereira et al., (2014), submetem mulheres à cinesioterapia, (trinta sessões, cinco vezes por semana, 45 minutos) utilizando de técnicas de alongamento global, propriocepção da musculatura do AP através de exercícios de co-contracção na bola suíça, exercícios de Kegel para fortalecimento e resistência do períneo além da ginástica hipopressiva. Em ambos houve uma evolução tanto da força muscular do AP quanto da resistência desta musculatura, melhorando assim, a QV das pacientes^{19,20}. Estes resultados assemelham-se com Fitz et al., (2012), que constatou diminuição da perda urinária e frequência urinária noturna das pacientes, aumento da força e endurance muscular²¹.

Segundo Oliveira e Garcia (2011), onde foram atendidas mulheres em grupo, uma vez por semana, compostas de exercícios específicos para a musculatura do AP, realizados nas posições sentada, deitada, de pé e andando, com duração de 30 minutos cada sessão. Inicialmente solicitou-se que sustentassem a contração do assoalho pélvico por cinco segundos, com um tempo de relaxamento de cinco segundos, de acordo com a tolerância da paciente. Ao final notou-se melhora acentuada, na perda de urina diária e no alívio dos sinais e sintomas referidos, onde a média da frequência de micções noturnas na presença de noctúria e do número de situações de perda urinária aos esforços foi menor que a anterior ao tratamento com a cinesioterapia²².

Gliso e Girelli (2011) em seu estudo onde utilizou-se treinamento funcional da musculatura do AP através de exercícios de contração rápida com sustentação, associado ao aumento de pressão abdominal nas posições de decúbito dorsal, sentada, agachada e em ortostatismo; exercícios para cintura pélvica, contração do assoalho pélvico associada à respiração e fortalecimento de musculatura adutora de quadril, abdominal e glútea e orientações através de entrega de folheto com exercícios domiciliares, obteve resultado com apenas oito sessões de fisioterapia, já podendo ser observado diminuição e/ou cura dos sintomas e queixas de perda urinária²³.

A cinesioterapia constitui em uma das formas de tratamento mais eficazes para o fortalecimento dos músculos do AP, podendo ser aplicada isoladamente ou associada a outras técnicas. Knorst et al., (2012), utilizou cinesioterapia e



eletroestimulação perineal, uma vez por semana, por um máximo de 15 semanas. Após oito sessões de tratamento, foram encontrados valores significativamente maiores da função muscular do que valores pré-tratamento para os músculos do AP³³. Também utilizando cinesioterapia e eletroestimulação, Knorst et al., (2013), utilizou um protocolo de exercícios de ativação do AP (contrações isotônicas e isométricas envolvendo, abdução e adução de quadril, ponte pélvica em decúbito dorsal, sentada), com o auxílio de uma bola e faixa elástica com séries de dez repetições para cada tipo de exercício e eletroestimulação transvaginal realizada durante dez minutos. A associação das duas técnicas resultou no aumento da função muscular do AP e na obtenção da continência urinária²⁴, semelhante ao estudo de Arruda et al., (2007), em que observaram diminuição dos episódios de perda urinária, fator mais importante para se obter satisfação²⁵. As diversas formas de tratamento vêm sendo aplicadas isoladamente ou associada a outras técnicas, conforme citado anteriormente demonstrando grande eficiência e consequentemente resultados satisfatórios²⁶. Beuttenmuller et al., (2011), demonstram que tanto a cinesioterapia isolada quanto associada à eletroterapia para fortalecimento dos músculos do AP podem ser eficazes no tratamento da IU²⁶.

No que se diz respeito à eletroestimulação como forma de tratamento fisioterapêutico na IU, diversos são os estudos com resultados positivos. No estudo de Herrmann et al., (2013), a eletroestimulação transvaginal do AP representou uma alternativa terapêutica útil em mulheres com IUE sem insuficiência esfinteriana, resultando diminuição significativa do número de perdas urinária¹⁵. Este estudo corroborou com o de Knorst et al., (2013), onde todas as pacientes relataram estar continentas após o tratamento com a eletroterapia e função do AP²⁹.

Santos et al., (2009), aplicaram dois protocolos no tratamento de IU, um grupo com eletroestimulação e o outro com cones vaginais ambos com supervisão de uma fisioterapeuta. Ambas as técnicas foram efetivas no tratamento de mulheres com IUE, cones vaginais, por exemplo, estimularam o recrutamento de fibras tipo I, e tipo II, melhorando a propriocepção da musculatura pélvica, promovendo aumento de força muscular¹⁶. Os cones vaginais foram desenvolvidos por Plevnik em 1985. Ele demonstrou que a mulher pode melhorar o tônus da musculatura pélvica introduzindo na cavidade vaginal cones de material sintético,



exercitando a musculatura do períneo na tentativa de reter os cones e aumentando progressivamente o peso dos mesmos²². Estes resultados corroboram com Furst et al., (2014), que também mostram atuação significativa na redução de frequência e na melhoria da incontinência, assim como da noctúria no diário final de micção, três meses após o tratamento²⁷.

O protocolo de tratamento de Matheus et al., (2006), onde realizou dez sessões de fisioterapia duas vezes na semana, com as voluntárias divididas em dois grupos. O grupo A, realizou exercícios supervisionados de contrações voluntárias dos músculos do AP, enquanto o grupo B, utilizou cones vaginais, para sustentação e fortalecimento da mesma musculatura. Comparando-se os valores da perda quantitativa de urina, mensurada pelo teste da almofada, Pad-test, (mensuração do peso do absorvente) e a mensuração de força, observou que houve uma melhora da força e diminuição da perda urinária em ambos os grupos ao final da intervenção³⁴.

Dreher et al., (2009), aplicou um protocolo de exercícios envolvendo contrações do AP (cinco segundos de contração e cinco segundos de relaxamento; 12 repetições em três séries, duas vezes ao dia, três vezes por semana), associados com o recurso dos cones vaginais (três vezes na semana, duas vezes ao dia, e uma vez visita semanal para orientar os exercícios). Na sétima e oitava semana manteve-se a mesma conduta, acrescentando exercício de subir e descer escadas (oito degraus) por quatro vezes, duas vezes ao dia, três vezes por semana, mantendo o cone na cavidade vaginal. Ao final do tratamento, observou diminuição da perda de urina em comparação ao pré-tratamento¹³.

Em seu estudo Rett et al., (2007), mostrou que houve melhora nos sinais e sintomas da IU, após a abordagem de exercícios para o fortalecimento do AP associados ao BF, com o uso de um sensor intravaginal (contrações fásicas e tônicas do AP, totalizando aproximadamente 200 contrações, distribuídas nas posições de decúbito dorsal, na posição sentada e ortostática). O seu protocolo de tratamento foi realizado duas vezes por semana, durante seis semanas consecutivas, 45 minutos¹⁴. O BF é um aparelho cuja técnica possibilita que a informação sobre o processo normal, fisiológico e inconsciente da contração muscular do AP, seja introduzida ao paciente e/ou ao terapeuta como sinal visual, auditivo ou tátil²².



O BF é eficiente para o ganho de consciência perineal em mulheres, com consequente melhora na continência urinária¹⁸. Em um programa de conscientização perineal com BF em pacientes com IU (quatro sessões, duas vezes por semana, em decúbito dorsal e com flexão de membros inferiores, então deveriam realizar oito séries de contrações lentas, com tempo de contração/relaxamento de 1:2)¹⁸. Fitz et al., (2012), também utilizou o BF como forma de tratamento da IU. As sessões consistiram, de três séries, de dez contrações lentas, com tempo de manutenção de seis a oito segundos em cada contração, seguido de um período de repouso de mesmo valor. Após cada contração sustentada, eram realizadas de três a quatro contrações rápidas em decúbito dorsal e ortostatismo, duas vezes na semana, totalizando 12 sessões. Observou-se benefício no alívio dos sintomas de mulheres com IUE e a melhora da função dos músculos do AP e da QV somou-se à otimização da IU²⁸. Desta forma observa-se a importância da fisioterapia no tratamento da IU, que além da melhora dos sintomas, proporciona a mulher uma QV melhor, com baixo custo e sem efeito adversos.

Considerações Finais

Com base na literatura conclui-se que a fisioterapia é eficaz no tratamento da IU, diminuindo a perda urinária, melhorando a força do assoalho pélvico, promovendo consciência e função para esta musculatura, além de proporcionar melhora na QV das pacientes, as quais se sentem mais seguras e confiantes para execução de tarefas do dia a dia.

A fisioterapia proporciona à mulher a melhora e/ou cura do grande desconforto sintomático, entretanto o seu sucesso depende da motivação, assiduidade, perseverança, empenho da equipe multiprofissional envolvida e principalmente da paciente. Sugiro novos estudos que abordem tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária com suas diversas técnicas.

Referências

1. Oliveira KAC, Rodrigues ABC, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. Rev Eletrônica F@p ciência, 2007;1(1):31-40.
2. Gomes LP, Ribeiro RM, Baracat EC. Tratamento não-cirúrgico da incontinência urinária de esforço: revisão sistemática. Rev Femina, 2010;38(7):333-40.
3. Pereira VS, Hirakawa HS, Oliveira AB, Driusso P. Correlação entre palpação digital, pressão de contração, atividade eletromiográfica e variáveis ultrassonográficas da musculatura do assoalho pélvico feminino. Braz J Phys Ther, 2014;18(5):428-34.



4. Camillato ES, Barra AA, Silva AL. Incontinência urinária de esforço: fisioterapia versus tratamento cirúrgico. *Rev Femina*, 2012;40(4):187-94.
5. Guarda IG, Gariba M, Nohama P, Amaral VF. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. *Rev Femina*, 2007;35(4):219-28.
6. Oliveira IM, Carvalho VCP. Prolapso de órgãos pélvicos: etiologia, diagnóstico e tratamento conservador, uma metanálise. *Rev Femina*, 2007;35(5):285-94.
7. Berquó MS, Ribeiro MO, Amaral RG. Fisioterapia no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev Femina*, 2009;37(7):385-88.
8. Castro RA et al. Fisioterapia e incontinência urinária de esforço: Revisão e análise crítica. *Rev Femina*, 2008;36(12):737-42.
9. Guerra TEC, Rossato C, Nunes EFC, Latorres GFS. Atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária de esforço. *Rev Femina*, 2014;42(6):251-54.
10. Silva AL, Fonseca AMRM, Camillato ES, Cangussu RO. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, 2013;20(1):90-96.
11. Ortiz TM, Gouveia PF, Fonseca MCW, Ambrogini CC, Silva I. Força muscular do assoalho pélvico e desempenho sexual de mulheres na transição menopausal. *Rev Bras Med*, 2013;70(13):91-96.
12. Mesquita LA, César PM, Monteiro MVC, Silva Filho AL. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. *Rev Femina*, 2010;38(1):23-29.
13. Dreher DZ, Berlezi EM, Strassburger SZ, Ammar MZE. O fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais: Programa de atendimento domiciliar. *Scientia Medica*, 2009;19(1):43-49.
14. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2007;29(3):134-40.
15. Herrmann V, Potrick BA, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Junior NRN. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: Avaliações clínica e ultra-sonográfica. *Rev Assoc Med Bras*, 2013;49(4):401-05.
16. Santos PFD et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Ginecol*, 2009;31(9):447-52.
17. Bernardes NO, Péres FR, Souza ELBL, Souza OL. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: Um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2000;22(1):49-54.
18. Pinheiro BF, Franco GR, Feitosa SM, Yuaso DR, Castro RA, Girão MJBC. Fisioterapia para consciência perineal: Uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. *Revista Fisioterapia em Movimento*, 2012;25(3):639-48.
19. Silva GC, Freitas AO, Scarpelini P, Haddad CAS. Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço – Relato de caso. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 2014;11(25):18-26.
20. Pereira AR, Côrtes MA, Valentim FCV, Pozza AM, Rocha LPO. Proposta de tratamento fisioterapêutico para melhoria da incontinência urinária de esforço pós- trauma: Relato de caso. *Rev Ciênc e Est Acad de med*, 2014;(2):10-19.
21. Fitz FF et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Rev Assoc Med Bras*, 2012;58(2):155-59.
22. Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2011;14(2):343-51.
23. Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Clin Med*, 2011;9(6):408-13.
24. Knorst MR, Resende TL, Santos TG, Goldim JR. Influência da intervenção fisioterapêutica ambulatorial sobre a musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Braz J Phys Ther*, 2013;17(5):442-49.
25. Arruda RM, Sousa GO, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Girão MJBC. Hiperatividade do detrusor: Comparação entre oxibutinina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais. Estudo randomizado. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2007;29(9):452-58.
26. Beuttenmuller L, Cader AS, Macena RHM, Araujo NS, Nunes EFC, Dantas EHM. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: Um estudo randomizado. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, 2011;18(3):210-16.



27. Furst MCB, Mendonça RR, Rodrigues AO, Matos LL, Pompeo CL, Bezerra CA. Resultados a longo prazo de um estudo clínico comparando estimulação vaginal isolada com tratamento combinado para mulheres com incontinência urinária de esforço. Rev Einstein, 2014;12(2):168-74.
28. Fitz FF et al. Efeito da adição do biofeedback ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço. Rev Bras Ginecol Obstet, 2012;34(11):505-10.
29. Knorst MR, Royer CS, Basso DMS, Russo JS, Guedes RG, Resende TL. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. Revista Fisioterapia e Pesquisa, 2013;20(3):204-09.
30. Costa AP, Santos FDRP. Abordagem da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço: revisão da literatura. Rev Femina, 2012;40(2):105-08.
31. Honório GJS, Parucker NBB, Virtuoso JF, Kruger AP, Tonon SC, Ferreira R. Análise da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária antes e após tratamento fisioterapêutico. Revista Arquivos Catarinenses de medicina, 2009;38(4):43-49.
32. Berquó MS, Amaral WN, Filho JRA. Fisioterapia no tratamento da urgência miccional feminina. Rev Femina, 2013;41(2):107-12.
33. Knorst MR, Cavazzotto K, Henrique M, Resende TL. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. Rev Bras Fisioter, 2012;16(2):102-7.
34. 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. Rev Bras Fisioter, 2006;10(4):387-92.

Endereço para correspondência:

Eleriana Correia Mendes

Rua Padre João Pain, Quadra 25, Lote 27, Residencial Santa Fé

Goiânia/GO-CEP: 74356-245

Telefone: (62) 992440349

E-mail: elerianacm@hotmail.com