

Gabriela Cabrinha da Silva

Aluna de Aperfeiçoamento de Fisioterapia na Saúde da Mulher (UNILUS)
gabycabrinha@hotmail.com

Andressa de Oliveira Freitas

Aluna de Aperfeiçoamento de Fisioterapia na Saúde da Mulher (UNILUS)
desinha_89@hotmail.com

Patrícia Scarpelini

Aluna de Aperfeiçoamento de Fisioterapia na Saúde da Mulher (UNILUS)
pscarpelini@hotmail.com

Cinira Assad Simão Haddad

Docente em Fisioterapia na Saúde da Mulher, Centro Universitário Lusiada (UNILUS)
cinira_fisio@hotmail.com

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – RELATO DE CASO

RESUMO

A Incontinência Urinária (IU) é definida como perda involuntária de urina. Esta perda é entendida como um problema social e higiênico, que leva à restrição do convívio social. O tratamento conservador mais eficaz é a fisioterapia do assoalho pélvico, que, através de várias técnicas, dá motivação ao paciente como sendo uma importante parte para o sucesso do tratamento. Objetivos: Descrever a avaliação, o tratamento e a reavaliação de um prontuário fisioterapêutico para o tratamento de Incontinência Urinária de Esforço. Métodos: Trata-se de um relato de caso. Foram coletados do prontuário fisioterapêutico os dados referentes ao perfil da paciente com diagnóstico médico de Incontinência Urinária de Esforço, a queixa principal, frequência miccional, antecedentes ginecológicos, doenças associadas, avaliação da força muscular do assoalho pélvico (AFAP) e Questionário de qualidade de vida para Incontinência Urinária ICIQ-SF, bem como o tratamento fisioterapêutico utilizado. Resultados: Inicialmente, a queixa principal da paciente era "não conseguir segurar a urina". A AFAP apresentou grau de força 2 (Escala de Oxford), com diminuição do tônus muscular nas paredes laterais, anterior e posterior e duração de contração de 1 segundo. O resultado do ICIQ-SF foi 17. Foram realizadas 10 sessões de fisioterapia, incluindo reeducação dos hábitos de vida, alongamento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) cinesioterapia e utilização do aparelho Biofeedback Perina (marca Quark) para fortalecimento e conscientização. Após as dez sessões, a paciente apresentou grau de força muscular 5 na AFAP, tônus muscular normal e a sua contração muscular tônica teve duração de 10 segundos. Ao final da intervenção, a paciente não apresentava nenhuma queixa de perda urinária e o ICIQ-SF não foi pontuado devido à melhora total da paciente. Considerações finais: Com a análise de prontuário foi possível visualizar que a reabilitação do assoalho pélvico melhora a consciência destes músculos, o controle miccional e melhora a qualidade de vida da paciente com incontinência urinária de esforço.

Palavras-Chave: Incontinência Urinária, Fisioterapia, Reabilitação do Assoalho Pélvico, Cinesioterapia.

ABSTRACT

Stress urinary incontinence (UI) is defined as involuntary loss of urine. It is a social and hygienic problem, which leads to the restriction of social life. The most effective conservative treatment is pelvic floor physiotherapy, which, through various techniques, gives motivation to the patient as an important part of successful treatment. Objectives: To describe the evaluation, treatment and reassessment of a physiotherapy records for the treatment of Stress Urinary Incontinence. Methods: This is a case report. Data relating to the profile of the patient with a medical diagnosis of Urinary Incontinence, the main complaint, urinary frequency, gynecological history, associated diseases, evaluation of pelvic floor muscle strength (AFAP) and quality of life questionnaire were collected from physiotherapy records for Urinary Incontinence ICIQ-SF, as well as physical therapy used. Results: Initially, the main complaint of the patient was "unable to hold urine." The AFAP showed strength grade 2 (Oxford Scale), with decreased muscle tone in the lateral, anterior and posterior wall contraction and duration of 1 second. The result of the ICIQ-SF was 17. Ten physiotherapy sessions were held, including rehabilitation of lifestyle, stretching of the muscles of the pelvic floor (MAP) exercise and use of the device Biofeedback Perina (Quark brand) for strengthening and awareness. After ten sessions, the patient experienced grade 5 muscle strength in AFAP, normal muscle tone and its tonic muscle contraction lasted 10 seconds. At the end of the intervention, the patient had no complaints of urinary leakage and the ICIQ-SF was not scored due to the overall improvement of the patient. Final Thoughts: With the analysis of physiotherapy records was possible to visualize the pelvic floor rehabilitation improves awareness of these muscles, bladder control and improve the quality of life of patients with urinary incontinence.

Keywords: Urinary incontinence, Physiotherapy, Rehabilitation of the Pelvic Floor, Kinesiotherapy.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa

Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150
Boqueirão, Santos - São Paulo
11050-071

<http://revista.lusiada.br/portal/index.php/ruep>
revista.unilus@lusiada.br

Fone: +55 (13) 3202-4100

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) trata-se de uma doença que pode levar a um grande impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas. A IU é definida como toda perda involuntária de urina (Baracho, 2007). Esta perda é entendida como um problema social e higiênico, que leva à restrição do convívio social, a vivenciar prévias de situações constrangedoras e ao receio de outras pessoas perceberem o odor de urina (Sperandio et al, 2011). A sua prevalência aumenta conforme a idade e diversos fatores podem contribuir para agravar o quadro: obesidade, ascite, deprivação estrogênica e cirurgias anteriores (Montellato et al, 2000).

A IU é comum em mulheres, podendo acometer até 50% delas em alguma fase da vida (Sperandio et al, 2011).

A classificação da IU pode ser; Incontinência urinária de esforço (IUE): é a perda urinária involuntária, que ocorre em situações de aumento de pressão abdominal, na ausência de atividade contrátil do detrusor, pode acontecer durante o exercício físico, tosse ou espirro. Incontinência urinária de urgência (IUU): perda urinária acompanhada por forte desejo de urinar, aumento da frequência e noctúria. E incontinência urinária mista (IUM): quando há incontinência de esforço e por urgência, simultaneamente (Baracho, 2007 e Montellato et al, 2000).

IUE é a forma mais frequente de perda urinária, é descrita como a perda involuntária de urina quando a pressão intravesical ultrapassa a pressão uretral máxima na ausência de contração do músculo detrusor. É classificada em: IUE Tipo I ou Tipo anatômico – ocorre uma hiper mobilidade do colo vesical; IUE Tipo II – decorrente de uma deficiência esfinteriana da uretra; IUE Tipo III – ocorre com a associação dos dois tipos descritos acima (Costa et al, 2012).

Os sintomas mais comuns da IUE são perder urina ao tossir, rir, espirrar e aos esforços (Sperandio et al, 2011 e Montellato et al, 2000).

Os fatores fisiológicos envolvidos na continência urinária envolvem tanto mecanismos de controle centrais quanto periféricos. Os mecanismos centrais incluem informações processadas no córtex cerebral, tronco, ponte e segmentos torácicos e sacrais da medula espinhal e exercem suas ações através da inervação somática e autonômica para o trato urinário inferior. Os mecanismos periféricos que interferem e colaboram na continência urinária são as estruturas que compõem o trato urinário inferior (bexiga e uretra), bem como a musculatura, fâscias e ligamentos do assoalho pélvico. A continência urinária é o resultado de uma complexa inter-relação entre estes dois mecanismos (Palma 2009).

O tratamento da IU é constituído por duas modalidades: conservador e cirúrgico. O tratamento cirúrgico não é efetivo em todos os casos, além do que ocorre recidiva dos sintomas antes de cinco anos (Bernardes, 2000).

A terapia comportamental é a primeira opção ao começar um tratamento, inicia-se observando as alterações da relação do sintoma da paciente e seu ambiente e assim modifica maus hábitos miccionais. A terapia ajuda a paciente a compreender a necessidade da reeducação do hábito urinário, exercícios de consciência e fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, orientar estratégias para um melhor controle do desejo miccional e uma dieta ingesta hídrica (Mesquita, 2010).

O tratamento conservador mais eficaz é a fisioterapia do assoalho pélvico, que através de várias técnicas desde terapia comportamental, cinesioterapia a eletroterapia, dão motivação ao paciente como sendo uma importante parte para o sucesso do tratamento. O tratamento da IUE pode ser conscientização e conhecimento da região perineal, fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (cinesioterapia), cones vaginais, biofeedback e a eletroestimulação (Santos, 2009).

Em 1948, Arnold Kegel criou uma série de exercícios direcionados para a musculatura do assoalho pélvico, realizados com contração voluntária que ocasiona o fechamento uretral, favorecendo a continência através do fortalecimento da musculatura perineal (Rett, 2007), a cinesioterapia, que se baseia em exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, o qual aumenta o tônus e a resistência uretral (Montellato, 2000).

A cinesioterapia tem determinado a melhora ou a cura de várias pacientes com efeito duradouro por mais de cinco anos. A eletroestimulação endovaginal (EEEV) tem mostrado resultados promissores, reeducando o assoalho pélvico; porém para melhores resultados, deve ser associada a outros métodos de tratamento conservador (Santos, 2009; Bernardes, 2000).

O Biofeedback é um aparelho que tem como objetivo mensurar os potenciais de ação das contrações musculares do assoalho pélvico traduzindo sua intensidade através de sinais visuais, esses sinais aumentam à medida que as contrações se tornam mais eficazes. O aparelho proporciona a conscientização e controle seletivo dos músculos do assoalho pélvico, informa a paciente por meio de sinais visuais ou sonoros (comando de voz do terapeuta) qual grupo muscular deve ser trabalhado e, portanto, potencializam os efeitos dos exercícios perineais (Costa 2012; Rett 2007).

Tendo em vista que a IUE influencia negativamente a vida dessas mulheres, o objetivo deste estudo foi descrever através de um prontuário fisioterapêutico o tratamento de uma paciente com diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso com a análise do prontuário fisioterapêutico. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Lusíada, UNILUS -Santos/ SP – PLATAFORMA BRASIL, protocolo nº 22229113.4.0000.5436. O estudo relata o caso da paciente C.M.P.E, sexo feminino, com idade de 66 anos, negra, com diagnóstico médico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), submetida ao tratamento fisioterapêutico na Clínica Escola de Fisioterapia – Centro Universitário Lusíada, UNILUS – Santos/ SP.

Para a descrição de prontuário, utilizou-se uma avaliação fisioterapêutica uroginecológica, semi-estruturada, pelo Centro Universitário Lusíada – UNILUS, continha 20 itens para a avaliação e com espaço para o profissional descrever observações. Abordou: queixa principal, situações que a paciente perde de urina aos esforços, frequência da micção, uso do forro, como era o ato miccional, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos, atividade sexual, doenças associadas e medicação em uso. Na avaliação física foram realizadas as medidas de peso e altura. A avaliação da força muscular do assoalho pélvico (AFAP) foi realizada segundo a escala de OXFORD modificada ao português, empregando a palpação bidigital.

A qualidade de vida também foi avaliada por um questionário específico para incontinência urinária, o ICIQ- SF. É um instrumento validado de avaliação de qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária adaptado ao português pelo autor Tamanini (2004), no qual valoriza a opinião do paciente sobre sua condição de saúde. Contém seis questões de alternativa de múltipla escolha, e o resultado é feito pela somadas questões 3, 4 e 5, sendo os valores variava de 0 a 21 pontos, considerando que quanto maior o número de pontos obtidos, pior a qualidade de vida.

Todas as avaliações foram realizadas no início e ao final do tratamento.

O tratamento de fisioterapia foi composto por dez sessões, sendo uma vez por semana, em 60 minutos de atendimento, no ano de 2013. Os exercícios foram divididos em contrações de fibras musculares tônicas e fásicas. Na décima sessão a paciente foi reavaliada e devido à sua melhora, recebeu alta, pois não apresentava queixas de perdas urinárias.

O material utilizado foi bola (nº20), Thera Band (vermelho e cinza), aparelho para urologia Biofeedback (Perina Quark) e para melhorar o conhecimento da região perineal foi utilizado figuras ilustrativas dos músculos do assoalho pélvico.

RELATO DE CASO

Paciente CMPE, com diagnóstico médico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), do sexo feminino, com idade de 66 anos, casada, com peso de 70 kg, altura 1.60 cm, com IMC 27,3, raça negra, dona de casa.

Antecedentes ginecológicos: menarca com 13 anos, 5 gestações, 4 partos vaginais e 1 aborto. A média do peso dos bebês ao nascerem foi de aproximadamente 4,300 kg. A data da última menstruação em 1993 (com 46 anos).

A paciente apresentou início das queixas de perda urinária aos 58 anos de idade, após o acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI). Na avaliação, sua queixa principal “não consegue segurar a urina”, perda de urina aos esforços: mínimos, ao espirrar, tossir, rir, andar, erguer peso, em contato com a água, durante a relação sexual. Não utilizava forro no seu cotidiano, porém trocava de calcinha várias vezes ao dia. O ato miccional era considerado confortável, sem dor. Relatou que não bebia mais que 1 litro de líquido ao dia, pois tinha medo de perder urina. A paciente não praticava atividade física pelo mesmo motivo. Fazia uso de diuréticos e captopril para controle da pressão arterial.

Na avaliação física, a paciente apresentou sensibilidade normal e contração perineal simétrica. A AFAP, empregando a palpação bidigital, apresentou diminuição do tônus muscular nas paredes laterais, anterior e posterior, apresentava grau de força 2 (Escala de Oxford). A sua contração muscular tinha duração de um segundo. Na manobra de valsalva apresentou cistocele - grau II.

A compreensão dos exercícios perineais era de difícil entendimento, a paciente não tinha consciência corporal, não sabia descrever como era sua região genital. Seu grau escolar era até o ensino fundamental.

Também foi utilizado um Questionário de Qualidade de Vida para Incontinência Urinária ICIQ-SF, o escore varia de 0 a 21 pontos, considerando que quanto maior o número de pontos obtidos, pior a qualidade de vida. Na avaliação sua

pontuação foi de 17 pontos, e na questão com a escala visual do questionário ICIQ-SF (0 a 10) o quanto a IU interferia em sua vida, a paciente relatou 10.

Foram realizadas 10 sessões de fisioterapia, uma vez por semana, com duração de 60 minutos. A terapia era dividida em quatro partes: orientação para reeducação dos hábitos de vida (a), alongamentos da musculatura do AP, membros inferiores (MMII) (b), cinesioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (c) e exercícios ativos resistidos com o uso do aparelho marca Quark modelo Perina para melhorar a consciência corporal e força do AP (biofeedback de pressão) (d).

a) Reeducação dos hábitos de vida:

1. Orientação à paciente sobre a anatomia e fisiologia do trato urinário inferior, com figuras ilustrativas dos músculos do assoalho pélvico.
2. Reeducação de hábitos como aumentar a ingestão hídrica, para diminuir a acidez da urina e evitar a IU urgência e aumentar assim a quantidade de urina na bexiga.
3. Conscientização da importância da reeducação vesical consistindo de micções programadas com aumento progressivo de seus intervalos, as alterações dos intervalos são realizadas semanalmente de acordo com a paciente.
4. Aconselhamos à paciente realizar alguns exercícios para conhecer o próprio corpo. Para isso, foi orientado que a paciente conheça sua vagina utilizando um espelho (a paciente realizava em sua casa).
5. Autoconhecimento; a paciente era orientada a sobre a importância do toque bigital no próprio AP, para a mesma adquirir consciência corporal sobre sua contração (a paciente realizava em sua casa).

b) Alongamentos:

1. Músculos pélvicos; Com a paciente em pé realizava retro e ântero versão de pelve, movimentos lentos.
2. Músculos isquiotibiais e tríceps sural; paciente em decúbito dorsal, com auxílio do Thera Band cinza, elevava uma perna em extensão e a outra fica na maca, colocando o Thera Band na planta do pé para realizar a dorsiflexão, todos os alongamentos foram realizados por 40 segundos.
3. Quadríceps; com a paciente em decúbito ventral, fazendo flexão de um joelho, colocando a mão no tornozelo, o outro membro ficava em repouso na maca.
4. Tronco (dissociando cinturas); paciente em DD e fazendo tríplex flexão de MMII, com o auxílio da respiração a paciente realizou o alongamento tombando as pernas para um dos lados (delicadamente), prestando atenção no alinhamento corporal, os ombros ficavam na maca.
5. Abdutores; com a paciente em pé, afasta as pernas fazendo uma abdução de quadril, uma perna flete e a outra se estende.

c) Cinesioterapia:

1. Fortalecimento de adutores: Paciente em DD com MMII fletidos, com uma bola (nº 20) entre os joelhos, sendo solicitada contração dos MAP, fazendo a adução de quadril, duas séries de quinze repetições.
2. Fortalecimento de abdutores: Paciente em DD, com os MMII fletidos, com o Thera Band vermelho ao redor dos joelhos, sendo solicitada a abdução de quadril e a contração dos MAP, duas séries de quinze repetições.
3. Paciente em DD, com auxílio de uma bola, foi solicitado colocar os pés na bola, com o movimento de tríplex flexão dos MMII, ao fletir contraia-se o MAP e ao estender o joelho, relaxava o AP, duas séries de quinze repetições.
4. Paciente em DD, MMII fletidos, membros superiores ao longo do corpo, foi solicitada a elevação do quadril (retirando da cama) fazendo meia ponte e contraindo os MAP ao elevar o quadril, duas séries de quinze repetições.
5. Paciente sentada, fazendo tríplex flexão de MMII alternando as pernas e ao fletir contraia o AP, duas séries de quinze repetições.
6. Paciente sentada, com o Thera Band vermelho ao redor dos joelhos, fazendo o movimento de abdução de quadril e ao realizar o movimento contraia o AP, duas séries de quinze repetições.

7. Paciente sentada, com auxílio de uma bola entre os joelhos, fazendo o movimento de adução de quadril e ao realizar o movimento contraia o AP, duas séries de quinze repetições.
8. Com auxílio da bola suíça, paciente sentada com a coluna reta, foi solicitado anteversão e retroversão da pelve contraindo o AP, uma série de quinze repetições.
9. Paciente em pé com as mãos na cintura, foi solicitado o movimento de anteversão e retroversão da pelve contraindo o AP, uma série de quinze repetições.
10. Paciente em pé, com auxílio da bola colocada nas costas e encostada na parede, foi solicitada agachamento com no máximo 100° graus de flexão de joelho e contração dos MAP, duas séries de quinze repetições.

d) Biofeedback de pressão: Foram realizadas quatro (4) sessões com o auxílio do aparelho de biofeedback de pressão Perina®, (Quark Produtos). Para realizar os exercícios utilizava-se uma sonda vaginal, revestida por um preservativo, foi introduzida no canal vaginal e insuflada até que a paciente sentisse leve desconforto e percebesse o envolvimento de toda a superfície do probe. Terminado os exercícios o preservativo era desprezado e a sonda vaginal era higienizada de acordo com as normas do fabricante. Não foi permitida a utilização de músculos acessórios, como adutores, abdomen e glúteos.

Após o término de cada sessão a paciente era orientada a realizar três exercícios (com dez séries de quatro repetições) que aprendeu durante a terapia em domicílio em seu lar para reforçar o que aprendeu.

RESULTADOS

A partir dos dados analisados no prontuário pode-se observar que existiu um direcionamento de acordo com a evolução da paciente.

Na primeira sessão de fisioterapia, o terapeuta utilizou figuras ilustrativas para orientar a paciente sobre a anatomia e funcionamento da musculatura do AP e como exercitar esses músculos. A paciente relatou que desconhecia a sua MAP e como funcionava. Em seguida, foi utilizado o Biofeedback, com o objetivo de ensinar a forma correta de contração do AP sem a utilização da musculatura acessória. E ao final da terapia, realizou-se alongamento da MAP com a utilização dos dedos indicador e médio (com luva e lubrificante). Ensinou a paciente a realizar alongamentos e fortalecimentos por cinco minutos por dia, utilizando o auxílio de seus próprios dedos com objetivo de conhecer o próprio corpo (em seu domicílio).

Da segunda até a quarta sessão de fisioterapia, a terapia foi dividida em três partes; aumentar a consciência corporal do AP, cinesioterapia do AP, reeducação de hábitos de vida e orientação de exercícios para a paciente realizá-los em domicílio. A terapia começava com a utilização do Biofeedback com um breve protocolo de exercícios: a paciente realizava duas séries de dez repetições (para fibras musculares fásicas) e cinco séries de uma contração no tempo máximo que a paciente conseguir (fibras musculares tônicas) com intervalo de dois minutos entre as contrações, que era mantida até que os músculos comessem a fadigar. Cinesioterapia era composto por três exercícios (com dez séries de quatro repetições); a paciente era orientada a realizar exercícios em DD, para fortalecer AP sem utilização da musculatura acessória. Durante as sessões era conversado sobre reeducação de hábitos de vida, valorizando sempre os hábitos positivos como ingerir mais líquido e disciplinar a bexiga.

Após o término de cada sessão a paciente realizava os exercícios em seu domicílio uma vez ao dia para reforçar o que aprendeu.

Na quinta até a décima sessão, a terapia foi dividida em três partes; alongamentos (MMII e coluna), cinesioterapia e orientações. A terapia começava com alongamentos de MMII e coluna, depois a cinesioterapia era realizada em frente ao espelho, com exercícios sentados e em pé (duas séries de dez repetições em cada postura). E ao final das sessões eram esclarecidas dúvidas que a paciente tinha, sobre as mudanças dos hábitos de vida.

Depois de seis sessões de fisioterapia a paciente relatou que após a reeducação dos hábitos de vida, estava ingerindo quase um litro a mais de líquido por dia e que não perdia urina há uma semana.

Após a décima sessão de tratamento a paciente foi submetida a uma reavaliação final (exame físico e aplicação do questionário).

Após 10 sessões, na avaliação AFAP a paciente 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.

No prontuário o terapeuta relatou que no início do tratamento, a paciente tinha dificuldade de compreender dos exercícios, descrevendo que a compreensão dos exercícios era ruim, com passar das sessões, ficava cada vez mais claro a paciente como era a sua MAP, como funcionava e porque exercitar essa musculatura. Após as dez sessões de terapia, o terapeuta descreveu que a compreensão dos exercícios era boa, com a compreensão da paciente, foi muito mais fácil direcionar a terapia.

Na avaliação do escore do ICIQ-SF, a paciente teve dezessete pontos na avaliação inicial e após as dez sessões de fisioterapia, o ICIQ não pontuou, pois a paciente relatou que não havia episódio de IU. Os resultados da avaliação e após a décima sessão de fisioterapia estão sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1. Apresentação das avaliações clínicas da paciente.		
	AVALIAÇÃO	APÓS 10 SESSÕES
Toque bidigital	Tônus muscular diminuído na parede anterior, posterior e laterais.	Tônus muscular normal na parede anterior, posterior e laterais.
AFAP*	Cistocele	Ausente
FMAP**	2	5
Contração tônica do AP	1 segundo	10 segundos
Compreensão dos exercícios	Ruim	Boa
Escore do ICIQ - SF	17	0

* AFAP (avaliação funcional do assoalho pélvico); ** FMAP (Força muscular do assoalho pélvico).

Em relação à atividade sexual, antes e após a terapia a paciente relatou não realizá-la, sem informar o motivo.

A análise de tais resultados demonstra que o tratamento da fisioterapia foi eficaz a essa paciente com IUE. Devido a um tratamento adequado e a disciplina da paciente, sendo possível uma reabilitação pélvica adequada.

No presente estudo utilizou-se como tratamento conservador a terapia comportamental, a cinesioterapia e utilização do aparelho Biofeedback, após as dez sessões de tratamento a paciente estudada apresentou não ter IUE.

DISCUSSÃO

Pacientes com IU podem desenvolver problemas sociais e higiênicos, que levam à restrição do convívio social, para resgatar a qualidade de vida do paciente com IU é orientado o tratamento adequado. A paciente deste estudo apresentava vários fatores de risco para IU, tais como quatro partos vaginais, com RN pesando em média 4.300 Kg pesando e AVEI.

Segundo o estudo de Rett et al (2007) a IUE ocorre em média entre mulheres mais jovens, com média de idade de 44 anos, enquanto a IUM e a IUJ predominaram nas mulheres com média de idade maior, a paciente estudada estava com 66 anos.

Por meio da análise de prontuário, observamos um tratamento conservador que utilizou como forma para o tratamento orientações, cinesioterapia e utilização de Biofeedback.

Para os autores Sung (2000) e Glisoi (2011), para o sucesso do tratamento da IUE, as pacientes precisam entender como funciona o seu corpo e como realizar os exercícios. Depende também da compreensão dos comandos dados pelo fisioterapeuta e conscientização da localização destes músculos. Nesta análise de prontuário, encontra-se de acordo com esses autores, as primeiras sessões de fisioterapia consistiam na reeducação dos hábitos.

No estudo feito por Pedro (2011), com 43 mulheres com IU, 60% das participantes mencionou ingerir quantidade inferior a um litro de líquido diariamente. Em nossa análise de prontuário a paciente relatou que consumia menos de um litro de líquido ao dia, porque tinha medo de perder urina. A restrição prolongada de líquidos para reduzir os episódios de perda de urina, pode causar complicações como infecção urinária, refluxo e dano renal (Pedro, 2011).

No estudo de Caldas (2010) com Terapia Comportamental (TC), utilizaram a descrição de 12 prontuários de mulheres com diagnóstico de IU. E seus resultados mostraram que após a TC, as pacientes souberam lidar melhor com o seu problema, melhoraram a autoestima e o autocuidado, diminuiu a frequência miccional e referiram que os exercícios perineais foram o elemento da terapia que mais ajudou.

Em nossa análise de prontuário, verificamos que o terapeuta utilizou também figuras ilustrativas para mostrar a paciente como é a musculatura do AP, como funciona e como exercitar esses músculos.

Pesquisas revelam que o desconhecimento sobre como funciona a musculatura do assoalho pélvico pode ser um fator precipitante para IU, pois o desconhecimento da função muscular pode levar a uma hipotrofia e fraqueza (Leon, 2001). Em nossa análise de prontuário, foi observado na avaliação uma fraqueza da musculatura do assoalho pélvico e foi relatado que a mesma desconhecia como funcionava. No estudo feito por Oliveira (2011), esse dado foi encontrado em 100% das participantes (composto por 11 idosas).

Segundo o autor Capelini (2005), o biofeedback é o método empregado para o reconhecimento da musculatura esquelética envolvida no relaxamento e na contração uretral e da musculatura indiretamente envolvida no ato da micção. No estudo de Capelini (2005) com pacientes com diagnóstico médico de IU, realizou o tratamento através de exercícios do assoalho pélvico com auxílio do biofeedback de eletromiografia de superfície. Sendo observado que os exercícios de reeducação do assoalho pélvico associados ao biofeedback, determinou em bons resultados com três meses de terapia. Em nosso estudo, o biofeedback foi fundamental para desenvolver a percepção dos MAP, sendo relatado melhora da consciência corporal e melhor controle do esfíncter.

Segundo Glisoi (2011), o treinamento da contração MAP auxilia no fechamento uretral, pois aproxima e eleva a musculatura, aumenta o recrutamento das fibras tipos I e II, estimula à função da contração simultânea do diafragma pélvico, evita a perda de urina e distopias genitais, para realizar as contrações do AP é necessário o auxílio do biofeedback ou a palpção bidigital (dedos indicador e médio) nos dois terços distais da vagina solicitando a contração desta musculatura, sendo necessário um período de tratamento de no mínimo três meses.

No estudo de Oliveira (2011), foi realizada uma reeducação da MAP com cinesioterapia e verificaram que houve redução da perda involuntária de urina e melhora significativa dos sintomas da IU.

Com a análise de prontuário ficou claro que após dez sessões, a paciente relatou que permanecia sem perder urina desde a quinta sessão, não perdia urina aos esforços, ao espirrar, tossir, rir, em contato com a água e ao andar.

Paraense (2009) estudou 40 mulheres com IUE, sendo escolhidas aleatoriamente 15 para se submeterem ao tratamento com o Educador Pelvic Floor, e 25 ao tratamento com a Reeducação com a Cinesioterapia, realizaram 16 sessões em cada amostra. A avaliação das pacientes foi composta por uma avaliação funcional do assoalho pélvico (AFAP). Ao final das 16 sessões, reavaliaram as pacientes, analisaram os dados e compararam a capacidade de contração da musculatura pélvica do início ao final do tratamento, a pesquisa demonstrou que os dois recursos obtiveram eficácia semelhante (educador pelvic floor e cinesioterapia).

No estudo de Glisoi (2011), utilizaram dez mulheres com diagnóstico médico de IU (com idade de 37 a 70 anos). Primeiro avaliaram as pacientes, o tratamento foi composto por oito sessões de fisioterapia (cinesioterapia, treino funcional da musculatura e biofeedback Perina®) e ao término reavaliaram. Em seus resultados apresentou melhora de 80% a 90% em consciência e controle da contração do AP.

Para mencionar o quanto a IU atrapalha na qualidade de vida foi utilizado o ICIQ, como forma de avaliação sendo bem fácil de aplica-lo e da paciente entende-lo. Foi eficaz para mencionar o quanto atrapalhava na qualidade de vida da paciente estudada. No estudo feito por Thiel (2004), também utilizou o ICIQ-SF como forma de avaliação, para 27 pacientes com IU, avaliou antes e após o tratamento, observou uma diminuição significativa da média do escore de dezessete para sete.

Uma revisão de Burgio (2002) mostrou que há fraca evidência da eficácia do biofeedback associado aos exercícios de assoalho pélvico comparado com os exercícios isoladamente a partir de testes clínicos randomizados, já o biofeedback associado à terapia comportamental tem sido testado em vários estudos clínicos com redução média da incontinência em 76 a 86%. Em nosso estudo observamos a utilização das terapias TC, a cinesioterapia e a utilização do biofeedback, acreditamos que o sucesso do tratamento foi a utilização de várias técnicas, onde uma complementava a outra no tratamento.

Segundo o estudo de Santos (2009), o tratamento conservador tem um grau de satisfação melhor que modifica a qualidade de vida da paciente, pois para ela é importante não realizar o procedimento cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que o tratamento fisioterapêutico baseou-se em reeducação dos hábitos de vida, alongamentos do MAP, cinesioterapia e utilização do aparelho biofeedback de pressão Perina®, mostrando ser eficaz no tratamento de incontinência urinária de esforço e, conseqüentemente, contribuiu para a melhora da qualidade de vida da paciente.

REFERÊNCIAS

- Arend MGP, Fernandes WVB, Arend G. Uso do biofeedback na incontinência fecal e dissinergia do assoalho pélvico - Relato de Caso, 2009.
- Baracho E, Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia, 4ª edição, Editora Guanabara Koogan, 2007.
- 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. Revista BGO - v. 22, nº 1, 2000.
- Burgio KL. Influence of behavior modification on overactive bladder. Urology.60(5 Suppl 1):72-6, 2002.
- Caldas CP, Conceição IRS, José RMC, Silva CBM. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez; 19(4): 783-8, 2010.
- Capelini, MVMA. Tratamento da incontinência urinaria de esforço com biofeedback : analise objetiva e impacto sobre a qualidade de vida. Revista on-line UNICAMP, 2005.
- Costa AP, Santos FDRP. Abordagem da fisioterapia no tratamento da incontinência urinaria de esforço: revisão da literatura, FEMINA Março/Abril, vol, 40, nº 2, 2012.
- Feldner Jr PC, Sartori MGF, GR, Baracat EC, Girão MJBC. Medicina baseada em evidências em uroginecologia. Livro eletrônico: [http://www.uroginecologia.com.br /index/?q=node/14](http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/14) , 2006.
- Felicissimo MF, Carneiro MM, Souza ELBL, Alipio VG, Franco MRC, Grossi R, Silva O, Filho ALS. Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço, Instituto de medicina física e reabilitação HC FMUSP, Revista ACTA FISIÁTRICA, ISSN 2317-0190 Versão Online, 2007.
- Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. Revista Brasileira Clínica Medica de São Paulo, nov-dez;9(6):408-13, 2011.
- Gomes PRL , Souza AM, Vieira CI, Pastre CM, Carmo EM. Efeito da cinesioterapia e eletroestimulação transvaginal na incontinência urinária feminina: estudo de caso, 2009.
- Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. NeurourolUrodyn, 2010.
- Leon MIWH. A eficácia de um programa cinesioterapêutico para mulheres idosas com incontinência urinária. Fisioterapia Brasil; 2(2): 107-15, 2001.
- Mesquita LA, César PM, Monteiro MVC, Silva Filho AL. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor, Revista FEMINA, volume 38, nº 1, Janeiro, 2010.
- Montellato N, Baracat F, Arap S. Uroginecologia. Editora Roca, 2000.

- Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 14(2):343-351, 2011.
- Oliveira KAC, Rodrigues ABC, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. Artigo Publicado na Revista Eletrônica F@pciência, Apucarana-PR, v.1, n.1, 31-40, 2007.
- Palma P. Urofisioterapia - Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Editor Paulo Palma, 1ª edição, 2009.
- Paraense BLD, Gomes TH. Análise comparativa da capacidade de contração do assoalho pélvico com educador pelvic floor e reeducação com cinesioterapia em mulheres com incontinência urinária de esforço. Artigo on-line, trabalho de conclusão do curso de Fisioterapia da Universidade da Amazônia, 2009.
- Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. Revista eletrônica saúde mental Álcool Drogas. (Ed. port.) Artigo Original, 7(2):63-70, maio-ago. 2011.
- Rett MT, Simões AJ, Herrmann V et al.. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetria, 29(3):134-40, 2007.
- Santos PFD, Oliveira E, Zanetti MRD et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. Rev Bras Ginecol Obstet.; 31(9):447-52, 2009.
- Sung MS, Hong JY, Choi YH, Baik SH, Yoon H. FES-biofeedback versus intensive pelvic floor muscle exercise for the prevention and treatment of genuine stress incontinence. J Korean Med Sci, 15(3):303-8, 2000.
- Sperandio FF, Bertholdi EM, Sacomori C, Cardoso FL. Qualidade de vida em mulheres climatéricas com e sem perdas urinárias atendidas nas redes pública e privada de saúde. Fisioterapia Brasil, v. 12, p. 9-13, 2011.
- Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) - Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. Revista on-line www.fsp.usp.br/rsp, Revista Saúde Pública; 38(3):438-44 439, 2004.
- Thiel RRC. O impacto da incontinência urinária na resposta sexual feminina antes e após tratamento. Artigo on-line, UNICAMP, 2004.