

Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária*

Importance of physical therapy in learning and awareness of contraction pelvic floor muscles in women with urinary incontinence

Soraia Fernandes das Neves Glisoi¹, Paola Girelli²

*Recebido da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Santo André, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A incontinência urinária (IU) é uma disfunção comum nas mulheres. Um dos fatores causadores deste quadro é a falta de conhecimento e controle da musculatura do assoalho pélvico. A fisioterapia atuará na conscientização e aprendizagem da contração desta musculatura através da cinesioterapia, orientações e eletroterapia. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com IU.

MÉTODO: Dez mulheres, com idade de 37 a 70 anos, realizaram 8 sessões de fisioterapia com duração de 40 minutos no Hospital da Mulher. Foi realizada avaliação inicial, cinesioterapia, treino funcional da musculatura e *biofeedback* Perina®, sendo repetida a avaliação inicial ao término do estudo.

RESULTADOS: Significância estatística ($p < 0,024$) entre a avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) inicial (média $3,0 \pm 0,943$) e final (média $3,9 \pm 0,316$). Aumento significativo no valor do *biofeedback* em relação a média inicial (11,22 para 19,040) com $p < 0,003$. O questionário de qualidade de vida mostrou uma redução significativa ($p < 0,029$) nos valores com média inicial de 16,70/8,60 inicial e final, respectivamente. Uma melhora de 80% a 90% em consciência e controle da contração bem como informações de satisfação e indicação do tratamento em 100% das pacientes.

CONCLUSÃO: A fisioterapia é eficaz no tratamento da incontinência urinária, diminuindo a perda, melhorando a consciência, controle e força do assoalho pélvico e consequentemente melhora

da qualidade de vida destas pacientes que se tornam mais confiantes e seguras.

Descritores: Assoalho pélvico, Conscientização, Fisioterapia, Incontinência urinária.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Urinary incontinence (UI) is a common disease in women. One of the factors causes this situation is the lack of knowledge and control of the pelvic floor muscles. The Physical therapy will work to raise awareness and learning of the contraction of these muscles through electrical stimulation, exercises and instructions. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of physiotherapy in the learning and awareness of the pelvic floor muscles in women with UI.

METHOD: Ten women 37-70 years, Women's Hospital patients subjected to eight physiotherapy sessions lasting 40 minutes. Was performed an initial assessment, kinesiotherapy, muscular and functional training and *biofeedback* Perina®, repeating the initial assessment at the end of the study.

RESULTS: Statistical significance ($p < 0.024$) between the initial pelvic floor functional evaluation AFA (mean 3.0 ± 0.943) and final (mean, 3.9 ± 0.316). Significant increase in value of *biofeedback* in relation to initial mean (11.22 to 19.040) with $p < 0.003$. The quality of life questionnaire showed a significant reduction ($p < 0.029$) us values with an average initial and final 16.70/8.60 respectively. An improvement of 80% to 90% in awareness and control of contraction, as well as information about treatment satisfaction in 100% of patients.

CONCLUSION: The physical therapy is effective in treating urinary incontinence, reducing the loss by increasing the awareness, control and the strength of the pelvic floor, thereby improving the quality of life of these patients become more confident and secure.

Keywords: Awareness, Pelvic floor, Physiotherapy, Urinary incontinence.

INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico feminino está dividido em três porções sendo elas: anterior (bexiga e uretra), média (vagina) e posterior (reto). É composto por estruturas de sustentação: fâscias pélvicas (ligamento pubo-vesical, redondo do útero, uterossacro e ligamento cervical transverso), diafragma pélvico (músculo eleva-

1. Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

2. Especialista em Saúde da Mulher no Climatério pela Universidade de São Paulo (USP). Docente da Disciplina de Fisioterapia Aplicada em Uroginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Santo André, SP, Brasil

Apresentado em 09 de agosto de 2011

Aceito para publicação em 10 de novembro de 2011

Endereço para correspondência:

Soraia Fernandes das Neves Glisoi

Rua Carlos de Campos, 436 – Parque São Vicente

09371-310 Mauá, SP.

Fone: (11) 2312-9216

E-mail: soraiafernandes_16@hotmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

dor do ânus) e diafragma urogenital (músculo bulbocavernoso, transverso superficial e isquiocavernoso). Quanto à composição das fibras, 70% são do tipo I (lenta) e 30% do tipo II (rápida). Todas essas estruturas são essenciais no suporte e manutenção dos órgãos pélvicos em suas posições fisiológicas e como estão muito próximas e interligadas é comum encontrar dificuldade na identificação de alterações/fraqueza do assoalho pélvico; o que complica o seu tratamento¹⁻³.

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como qualquer perda involuntária de urina, podendo acometer até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas⁴. Os tipos de IU encontrados são: por esforço (perda involuntária de urina mediante aumentos súbitos de pressão), de urgência (relacionada com a bexiga hiperativa, vontade incontável de urinar e episódios de noctúria e polaquíúria) e mista (situação resultante da combinação da incontinência urinária de esforço (IUE) e urgência (IUU))^{5,6}. Segundo a ICS o manuseio inicial da IU deve ser feito através de uma minuciosa anamnese (incluindo exame físico, qualidade de vida, testes e questionários específicos). Após definido o tipo de IU, o tratamento de recomendação grau A são as intervenções no estilo de vida e o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (AP) através dos recursos oferecidos pela fisioterapia⁷.

O treinamento da contração da musculatura do assoalho pélvico auxilia no fechamento uretral, pois aproxima e eleva a musculatura além de aumentar o recrutamento das fibras tipos I e II e estimular a função da contração simultânea do diafragma pélvico evitando a perda de urina e distopias genitais. Segundo estudos, para que haja hipertrofia dessa musculatura é necessário um período de tratamento de no mínimo 3 meses. O sucesso do tratamento depende da compreensão dos comandos dados pelo fisioterapeuta e conscientização da localização destes músculos. Além disso, deve haver aceitação, motivação e incorporação dos exercícios de contração às atividades do dia a dia⁸⁻¹⁰. Muitas mulheres são incapazes de realizar a contração do AP somente através de comandos verbais, sendo muito comum a realização da manobra invertida ou a contração simultânea de músculos como glúteo, adutores de quadril e musculatura abdominal. Esse fato reforça a necessidade do acompanhamento e orientação realizados por um fisioterapeuta⁸.

Através de instrumentos como a avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) é possível graduar de forma subjetiva o grau de força do assoalho pélvico. Para avaliar é necessário realizar a palpação bidigital (dedos indicador e médio) nos dois terços distais da vagina solicitando a contração desta musculatura. A classificação é realizada em graus sendo: 0 – sem função perineal objetiva, mesmo durante palpação; 1 – função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente à palpação; 2 – função perineal objetiva débil, contração reconhecível à palpação; 3 – função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação e 4 – função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação¹¹. Outro recurso utilizado para avaliar o assoalho pélvico, porém de forma objetiva é o aparelho *miofeedback* Perina (perineômetro de pressão) que tem como objetivo registrar 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 proporcionando um *feedback* ao paciente que conseguirá a partir dessas informações controlar sua contração aumentando ou diminuindo-a¹². A cinesioterapia para a musculatura do assoalho pélvico tem papel importante já que preconiza a rearmonização e re-educação da mesma através de contrações isoladas desses músculos associadas com posicionamento adequado da pelve e respiração adequada. Através de diferentes posturas é possível recrutar de forma mais fácil ou mais difícil músculos específicos aumentando o controle e consciência da mulher sobre os mesmos¹³.

Um dos grandes impactos gerados pela IU está na qualidade de vida (QV) das mulheres. É indispensável à formulação e aplicação de questionários de QV específicos com objetivo de avaliar a eficácia dos tratamentos aplicados e intensidade do problema para cada paciente. Ao realizar uma revisão sobre qualidade dos questionários específicos, o *King's Health Questionnaire (KHQ)* recebeu grau A sendo altamente recomendável em desfechos clínicos e pesquisas, tanto em população masculina quanto em feminina. O questionário avalia percepção geral de saúde, impacto da incontinência, limitações de atividades diárias, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções e sono/disposição além de alguns sintomas urinários. Para cada resposta é atribuído um valor numérico somado e avaliado por domínios. As respostas variam de acordo com a intensidade da queixa (de 0 a 3) sendo a pontuação classificada de zero a 100 (quanto maior o resultado pior a QV)^{14,15}.

A ICS assim como diversas normas recomenda que a fisioterapia seja a primeira opção de tratamento em caso de IUE, por ser um método não invasivo, de baixo custo e sem efeitos colaterais. Além disso, 50% das cirurgias de IU poderiam ter sido evitadas se fossem realizados exercícios do assoalho pélvico. Para a IU de urgência, o tratamento é farmacológico e fisioterapêutico. Sendo assim, este estudo colabora para comprovação da eficácia dos tratamentos oferecidos pela fisioterapia, mostrando que é possível diminuir e/ou curar a IU em poucas sessões^{16,17}.

O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com IU através de orientações em consultório, utilização do *miofeedback*, execução de exercícios terapêuticos e domiciliares, observando se houve melhora na contratilidade da musculatura após intervenção fisioterapêutica e investigando a importância de realizar um trabalho de conscientização e treinamento da musculatura do AP na melhora dos sintomas uroginecológicos, além de avaliar se houve melhora na QV dessas pacientes após execução das sessões.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC (protocolo nº 146/2010), realizou-se este estudo experimental quantitativo composto por 10 pacientes com idade entre 30 e 70 anos, com diagnóstico de IU do Hospital da Mulher localizado na cidade de Santo André.

Os critérios de inclusão foram mulheres com diagnóstico de IU e qualquer grau na AFA. Os critérios de exclusão foram presença de disfunções uroginecológicas resultantes de lesões neurológicas, quadros de infecção uroginecológica referida, realização de cirur-

gia ginecológica recente, mulheres com prolapso genitais, tabagistas e com distúrbios que dificultassem a compreensão dos comandos durante o tratamento fisioterapêutico. Todas as pacientes incluídas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo previamente informados sobre os procedimentos realizados, no período de agosto a novembro, composto por 2 sessões semanais com duração de 40 minutos cada, totalizando 8 sessões. Na primeira sessão as pacientes foram submetidas a uma ficha de avaliação em uroginecologia com questões sobre antecedentes obstétricos e urológicos (paridade, tipos de parto, cirurgias urológicas prévias, tempo de perda urinária e situações de perda); a seguir foi aplicado em forma de entrevista o KHQ para avaliação dos diferentes aspectos da IU. A anamnese física constou de inspeção da musculatura do assoalho pélvico (mucosa, coloração, presença de prolapso, roturas e cicatrizes), avaliação da contração dos músculos do assoalho pélvico (contração adequada ou inadequada, uso de musculatura acessória e apneia durante a contração) e observação de perda urinária em posição ginecológica quando submetida a situações de aumento de pressão abdominal. Outro recurso utilizado para avaliação da consciência e contração do assoalho pélvico foi o perineômetro de pressão *biofeedback* Perina®, onde foram aferidas 3 medidas (com sustentação de 5 segundos cada). As sessões subsequentes foram compostas por treinamento funcional da musculatura do assoalho pélvico através de exercícios de contração rápida, com sustentação e associado a 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. Na 8ª sessão as pacientes foram reavaliadas através do KHQ final, AFA e *biofeedback* Perina além da aplicação de um questionário de satisfação com o tratamento.

Foi realizada análise descritiva das variáveis com a distribuição de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas, médias e desvio-padrão e mediana e intervalos interquartis para as variáveis contínuas. O teste não paramétrico de Wilcoxon foi utilizado para comparação das variáveis da AFA (avaliando medidas repetidas). Para comparação entre os valores do *biofeedback* e dos escores do KHQ foi utilizado o teste T-pareado. Os resultados foram considerados significativamente estatísticos quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra em estudo foi composta por 10 mulheres com diagnóstico de IU. A idade variou de 37 a 70 anos (média $52,4 \pm 11,78$ anos). Quanto ao tempo de alterações urinárias houve uma variação de 1 a 12 anos (média de $4,9 \pm 4,79$). Em relação ao número de gestações por mulher observou-se média de 2,8 partos, sendo que 92% do tipo normal e 8% cesariana. Foi verificado que em 100% dos partos normais optou-se pela realização de episiotomia.

As porcentagens do tipo de IU, menopausa e prática de atividade física estão representadas nos gráficos 1 e 2.

Com o intuito de verificar melhora na AFA das pacientes foi utilizado do teste de Wilcoxon para avaliar medidas repetidas (devido AFA2 ser não paramétrico). Houve melhora da média

inicial $3,00 \pm 0,943$ em relação a final $3,90 \pm 0,316$ ($p < 0,024$) estatisticamente significativa.

Para avaliação dos valores do *biofeedback* Perina e dos escores do KHQ foi utilizado o teste T-pareado. Com relação ao *biofeedback*, a média final foi superior a final com significância estatística; já os valores do KHQ apresentaram redução da média inicial em relação à final apresentando significância estatística (Tabela 1).

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 (Tabela 2).

Quanto à satisfação em relação ao tratamento 50% das pacientes classificaram o atendimento como muito bom e 50% como bom; em relação à melhora da perda urinária comparada ao início do tratamento 80% referiu melhora completa e 20% referiu melhora parcial. Quando questionadas sobre a consciência sobre o que é o assoalho pélvico 90% afirmou ter completa consciência *versus* 10% que referiu consciência parcial. A respeito do controle e relaxamento voluntário da musculatura do AP 80% referiu controle total *versus* 20% com controle parcial. Todas as pacientes do estudo, indicariam o tratamento fisioterapêutico para outras mulheres com o mesmo problema e 80% das pacientes não realizariam procedimento cirúrgico para incontinência após o tratamento fisioterapêutico, sendo que 20% realizariam procedimento cirúrgico por motivo estético.

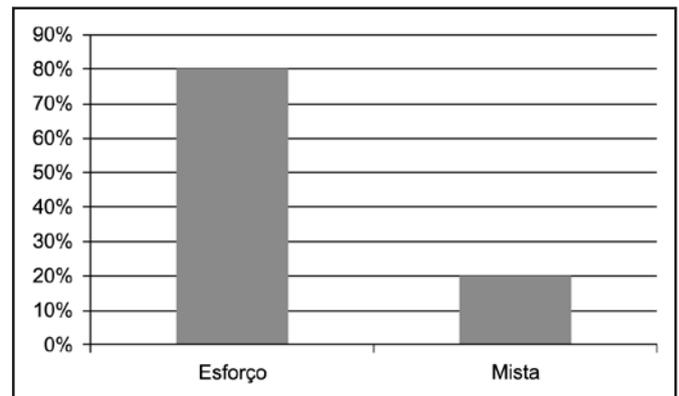


Gráfico 1 – Tipos de incontinência urinária encontrados nas mulheres estudadas

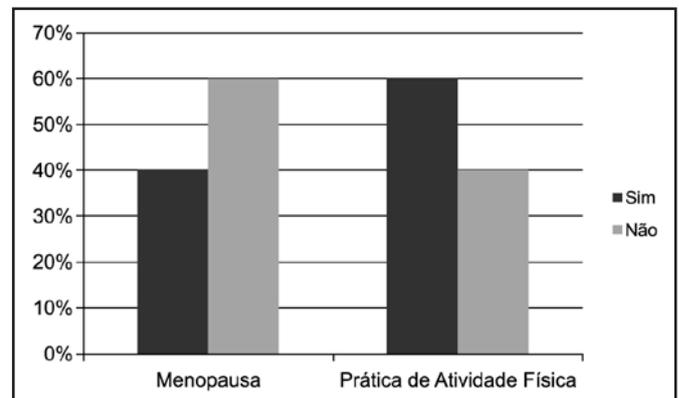


Gráfico 2 – Prática de atividade física e menopausa nas mulheres estudadas

Tabela 1 – Comparação entre os valores médios, mínimo e máximo \pm desvio-padrão iniciais e finais das variáveis *Biofeedback* e KHQ

Variáveis	Valores Médios Iniciais	Valores Médios Finais	Mínimo	Máximo	Valor de p
<i>Biofeedback</i> (mmHg)	11,22 \pm 10,04	19,04 \pm 14,64	2,9	46,4	0,003
KHQ	16,70 \pm 5,90	8,60 \pm 6,45	0	29	0,029

mmHg = milímetros de mercúrio; KHQ = *King's Health Questionnaire*

Tabela 2 – Sintomas urinários referidos pelas pacientes antes e depois do tratamento

		Um Pouco %	Mais ou Menos %	Muito %
Aumento da frequência urinária	Antes	30	60	10
	Depois	30	50	10
Noctúria	Antes	40	50	10
	Depois	50	30	0
Urgência miccional	Antes	30	30	20
	Depois	30	10	0
Urge-incontinência	Antes	50	30	10
	Depois	20	10	0
Incontinência urinária de esforço	Antes	50	0	40
	Depois	60	0	0

DISCUSSÃO

A amostra foi caracterizada por pacientes com idade média de 52,4 anos não sendo comparada com outros estudos já que existe grande variabilidade da incidência de acordo com a faixa etária dos grupos estudados. Um estudo realizado em 2002 comprovou que uma em cada quatro mulheres com idade entre 30 e 59 anos apresentaram IU¹⁶. Quanto ao tempo de alterações uroginecológicas observou-se média de 4,9 anos o que indica dificuldade e demora na procura por tratamento adequado. Estudo realizado com 456 mulheres apontou 35% de queixas de perda urinária por esforço, no entanto apenas 59% dessas mulheres procuraram tratamento adequado, sendo o principal motivo o fato de acharem que os sintomas não merecem atenção¹⁹.

Observou-se na mesma amostra média de 2,8 gestações para cada mulher, sendo 92% parto normal com episiotomia *versus* 8% de cesariana, dados que corroboram com estudo realizado com mulheres climatéricas de uma unidade básica de saúde onde a incidência encontrada foi de 72,5% de parto normal com episiotomia *versus* 27,5% de cesariana²⁰. Outros estudos apontam que a ocorrência da IU é maior durante a gestação (57,5%) do que no pós-parto (13,7%), sugerindo que a gestação, mais do que o parto, está relacionada com a IU²¹. A prevalência se eleva com o aumento da paridade, tempo de pós-parto e tipo de parto²². Quanto à relação da IU e o parto normal estudos demonstram incidência quatro vezes maior da hiperatividade do detrusor em mulheres submetidas a parto exclusivamente via vaginal, sugerindo que o trauma do parto possa estar associado ao desencadeamento de sintomas como a urge-incontinência. Em estudo envolvendo 943 primíparas, os autores relataram o surgimento da urge-incontinência em 16,2% das mulheres após o parto vaginal^{23,24}. Entre os sintomas urinários encontrados no presente estudo a urge-incontinência esteve presente em 70% das pacien-

tes estudadas sendo que uma delas referiu aumento deste sintoma logo após o parto.

Em relação aos tipos observou-se predomínio da IUE (80%), seguida por incontinência urinária mista (20%) que coincide com um estudo realizado com australianas de 35 a 64 anos onde 55% apresentavam IUE, 31% IU mista e 10% urge-incontinência²⁵. Em contrapartida, estudo realizado com 164 mulheres internadas no setor de ginecologia e urologia de dois hospitais escola de Campinas apontou 57,9% de IUM, seguido de 32,3% de IUE e 9,8% de IUU. Tais dados classificam a IU baseados apenas na queixa clínica o que justifica os resultados diferenciados²⁶.

O presente estudo foi composto 30% de pacientes na menopausa e 70% de pacientes no período de menacme (idade média de 42,8 anos), vários estudos nacionais apontam que a queixa de IUE ocorre em média entre mulheres mais jovens, com média de idade de 44,9 anos, enquanto a incontinência urinária mista e a IU de urgência predominaram nas mulheres com média de idade maior, fator este que também justifica os resultados quanto ao tipo de IU encontrados²⁶.

A dificuldade em contrair isoladamente os músculos do assoalho pélvico foi o maior desafio encontrado. Estudo comparando um grupo de mulheres continentais (n = 50) com um de incontinentes (n = 51) observou que 29% das mulheres incontinentes eram capazes de interromper o jato urinário, *versus* 80% das continentais, mostrando assim a necessidade de uma conscientização da existência e da função do assoalho pélvico. Resultados semelhantes foram obtidos ao se comparar pacientes com IUE e de urgência, observando pior função perineal nas com IU de urgência. Somente 40% das mulheres atendidas nas clínicas ginecológicas são capazes de contrair voluntariamente os músculos pélvicos^{27,28}. Através da orientação do que são, onde ficam e para que servem os músculos do assoalho pélvico associado à execução da cinesioterapia houve melhora da AFA média inicial de 3 e média final de 3,90. Em 1998 autores verificaram que a simples contração voluntária do assoalho pélvico durante a tosse, em mulheres com IU leve ou moderada, melhorava a perda urinária²⁹. Assim como houve melhora na AFA, foi observada melhora na ativação pressórica do assoalho pélvico em todas as pacientes média de 11,22 para 19,040 mmHg. Através da aplicação de um protocolo de cinesioterapia associado ao *biofeedback*, um estudo comprovou um aumento de 3 para 4 na AFA e de 181,27 para 194,18 mmHg no perineômetro de pressão³⁰.

Todas as pacientes foram orientadas durante o tratamento através de guias com exercícios domiciliares a continuarem executando os exercícios mesmo após alta fisioterapêutica, já que a manutenção é essencial para evitar recidivas do quadro de incontinência. Quanto a este assunto, estudo realizado mostra que existe uma relação de dependência entre os efeitos benéficos dos exercícios perineais e a continência urinária, ou seja, a recidiva de perda urinária é maior nas pacientes que não seguem adequadamente o protocolo de exercícios³¹.

O tempo de tratamento reduzido apresentado neste estudo (8 sessões) desafia as recomendações e aplicações encontradas na literatura. Um estudo aponta que o tratamento de IUE envolve de 4-6 meses de tratamento¹⁶. Outro estudo realizado com 83 mulheres acima de 65 anos preconizou o tratamento para IU em 20 semanas observando melhora importante através do treinamento do AP³². Em 2009 um estudo multicêntrico propôs o tratamento para IUE grave com cinesioterapia para o AP através de 9-18 sessões num período de 6 meses³³. O presente estudo comprovou que com apenas 8 sessões de fisioterapia já podem ser observados diminuição e/ou cura dos sintomas e queixas de perda urinária. Esta informação é extremamente importante tanto para as políticas de saúde quanto para a adesão das pacientes e estímulo para continuidade do tratamento.

Em relação à QV avaliada através do KHQ, observou-se redução significativa no escore dos domínios antes e após o tratamento com média inicial de 16,70 para média final de 8,60. Estudo com 26 mulheres constatou diminuição significativa em relação à percepção da saúde, impacto da incontinência, limitação das atividades diárias, limitação das atividades físicas, limitações sociais, emoções, sono/energia e medidas de gravidade após tratamento fisioterapêutico. O único item sem resultado significativo foi o de relações pessoais, sendo atribuído à dificuldade em abordar assuntos pessoais e familiares pelas pacientes³⁴. Outro estudo demonstrou que mesmo após um ano de tratamento o questionário de qualidade de vida se manteve significativamente melhor. Isto porque a conscientização e treinamento da musculatura do assoalho pélvico propiciam maior controle urinário e segurança, ou seja, estas pacientes se sentem menos preocupadas com eventuais episódios de incontinência o que reflete positivamente na execução das atividades físicas e de vida diária, além da redução de medidas de prevenção (como uso de absorventes e troca constante de roupa íntima)³⁵. Quanto aos sintomas urinários foi constatada redução em relação à noctúria urgência miccional, urge-incontinência e IUE. Num estudo de 2007 após o tratamento, os sintomas irritativos como aumento da frequência urinária, noctúria e urgência também incomodavam menos ou então não estavam presentes, o que também é esperado com a realização dos exercícios do assoalho pélvico associados ao *biofeedback*³⁴.

CONCLUSÃO

Foi possível observar que a fisioterapia tem papel fundamental na reabilitação do assoalho pélvico, diminuindo e até mesmo eliminando a perda urinária. O papel do fisioterapeuta não se restringe apenas na aplicação das técnicas específicas para o tratamento, sendo imprescindível sua atuação na conscientização do que é o assoalho pélvico e qual a sua função além do treinamento para controle voluntário da contração e relaxamento deste sempre relacionando a contração a uma função.

As pacientes do estudo questionário apresentaram melhora significativa na AFA, valores do *biofeedback* Perina e KHQ em apenas oito sessões o que comprova que uma terapia, em sua fase inicial, deve estar embasada em programas de conscientização e aprendizagem. Se a paciente aderir e entender o objetivo do tratamento este se torna mais rápido e com melhores resultados.

A fisioterapia é eficaz no tratamento da IU diminuindo a perda,

melhorando a força do assoalho pélvico, promovendo consciência e função para esta musculatura além de proporcionar melhora na qualidade de vida das pacientes que se sentem mais seguras e confiantes para execução de tarefas do dia a dia.

REFERÊNCIAS

1. Healy JC, Halligan S, Reznick RH, et al. Patterns of prolapse in women with symptoms of pelvic floor weakness: assessment with MR imaging. *Radiology* 1997;203(1):77-81.
2. Nolasco J, Martins L, Berquo M, et al. Cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino. *F&T* 2007;56(10):14-8.
3. Haddad JM, Ribeiro RM, Carvalho FM. Avaliação clínica de mulheres com incontinência urinária de esforço tratadas com cone vaginal. *Rev Unorp* 2010;5(12):25-47.
4. Monteiro MVC, Filho ALS. Incontinência urinária. In: Baracho E. *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, uroginecologia, e aspectos da mastologia*. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 280-1.
5. Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência urinária feminina. *Rev Acta Urológica* 2007;24(1):79-82.
6. Dannecker C, Friese K, Stief C, et al. Urinary incontinence in women: part 1 of a series of articles on incontinence. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(24):420-6.
7. Neumann P, Morrison S. Physiotherapy for urinary incontinence. *Australian Family Physician* 2008;37(3):118-21.
8. Felicíssimo MF, Carneiro MM, Souza ELBL, et al. Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço. *Acta Fisiátrica* 2007;14(4):233-6.
9. Sung MS, Hong JY, Choi YH, et al. FES-biofeedback versus intensive pelvic floor muscle exercise for the prevention and treatment of genuine stress incontinence. *J Korean Med Sci* 2000;15(3):303-8.
10. Moreno AL. Fisioterapia em Uroginecologia. In: Moura RVZ, Costa TPB. *Avaliação do grau de força do assoalho pélvico em mulheres com anorgasmia secundária*. Monografia (Graduação). Universidade da Amazônia. Belém: 2006. p. 32-40.
11. Amaro JL, Haddad JM, Trindade JCS, et al. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São Paulo: Segmento Farma; 2005. p. 67-75.
12. Manual de operação. 3^a ed. Piracicaba: Quarck Produtos Médicos; 2001.
13. Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, et al. 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.
14. Dias RC, Baracho E. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. In: Baracho E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos da mastologia*. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 443-53.
15. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;27(5):235-42.
16. The 3rd International Consultation on Incontinence. Recommendations of International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence 2005;26-9.
17. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, et al. EAU Guidelines on urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2011;35(7):373-88.
18. Cesare AP, Petricelli CD. Incontinência urinária. Prevenção é a

- solução. *Rev Fisioter* 2002;7(31):23-8.
19. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osís MJ, et al. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001;23(7):439-43.
 20. Marques KSF, Freitas PAC. A cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na unidade básica de saúde. *Fisioter Mov* 2005;18(4):63-7.
 21. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, et al. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;30(7):355-9.
 22. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(1):187-92.
 23. Guarisi T, Pinto Neto AM, Herrmann V, et al. Urodynamics in climacteric women with urinary incontinence: correlation with route of delivery. *J Int Urogynecol* 2002;13(6):366-71.
 24. Fenner DE, Genberg B, Brahma P, et al. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *J Obstet Gynecol* 2003;189(6):1543-9.
 25. O'Brien J, Austin M, Sethi P, et al. Urinary Incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. *J Br Med* 1991;303(6813):1308-12.
 26. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2005;40(1):34-41.
 27. Moreira ECH. Valor da avaliação objetiva e subjetiva no diagnóstico da incontinência urinária feminina: correlação com a força muscular do assoalho pélvico. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista. São Paulo:1999. p. 1-124.
 28. Shepherd AM, Montgomery E, Anderson RS. Treatment of genuine stress incontinence with a new perineometer. *Physiotherapy* 1983;69(4):113-6.
 29. Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JO. A pelvic muscle pre-contraction reduce laugh-related uriveles in selected women with meld. *J Geriatr* 1998;46(1):870-7.
 30. Mourão CM, Pina RC, Wanderley TJ. Avaliação dos efeitos do tratamento do assoalho pélvico com utilização do miofeedback Perina em mulheres. Monografia (Graduação). Universidade da Amazônia. Amazonas: 2006, p. 1-48.
 31. Lopes C, Costa P, Marés P. Rééducation périneo-sphinctérienne de L' Incontinence féminine. In: Pélissier J, Lopes C, Costa P, et al. Rééducation vésico-sphinctérienne et ano-rectale. Paris:Masson 1992. p. 239-44.
 32. Sherburn M, Bird M, Carey M, et al. Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2011;30(3):317-24.
 33. Labrie J, van der Graaf Y, Buskens E, et al. Protocol for Physiotherapy Or TVT Randomised Efficacy Trial (PORTRET): a multi-centre randomised controlled trial to assess the cost-effectiveness of the tension free vaginal tape versus pelvic floor muscle training in women with symptomatic moderate to severe stress urinary incontinence. *BMC Womens Health* 2009;9(24):1-9.
 34. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007;29(3):134-40.
 35. Neumann PB, Grimmer KA, Grant RE, et al. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45(3):226-32.