

Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico

Physical therapy intervention in women with urinary incontinence associated with pelvic organ prolapse

Mara R. Knorst¹, Karilena Cavazzotto², Magali Henrique², Thais L. Resende¹

Resumo

Contextualização: A incontinência urinária (IU) é um sintoma comum que afeta mulheres de todas as idades. A ocorrência de prolapso de órgão pélvico concomitante à IU é muito comum. **Objetivo:** Avaliar o efeito da presença de prolapso pélvico no resultado de tratamento fisioterapêutico de mulheres com IU. **Métodos:** Participaram do estudo 48 mulheres com idades entre 35 e 78 anos, as quais foram submetidas a anamnese e avaliação da força de contração do assoalho pélvico (teste bidigital e perineometria). A intervenção fisioterapêutica consistiu em eletroestimulação transvaginal e cinesioterapia (até 15 sessões semanais). **Resultados:** A maioria das mulheres realizou parto normal (29/46) e teve 2,6±1,5 filhos (de 0 a 7). Apresentaram prolapso pélvico 72,4% das mulheres que realizaram parto normal, 100% das que realizaram cesárea e 77,8% das que realizaram parto normal e cesárea. 48% das mulheres tinham IU mista; 39,5%, IU de esforço e 12,5%; IU de urgência. O tempo de duração dos sintomas variou de dois a 28 anos (7,9±5,3). Detectou-se diferença estatística significativa nas comparações pré e pós- tratamento para os músculos do assoalho pélvico, tanto para o grupo de pacientes sem prolapso como para o grupo com. A perineometria pré e pós apresentou diferença estatística significativa apenas nas pacientes com prolapso ($p=0,048$). 87,5% das participantes ficaram continentes. **Conclusões:** O tratamento fisioterapêutico realizado foi eficaz para tratar e/ou curar os sintomas de IU associada ou não ao prolapso pélvico, independente do tipo clínico da incontinência. Registro de Ensaios Clínicos (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos): RBR-3p5s66.

Palavras-chave: incontinência urinária; prolapso; fisioterapia.

Abstract

Background: Urinary incontinence (UI) is a prevalent condition that affects women of all ages. Pelvic organ prolapse in conjunction with UI is a common occurrence. **Objective:** To assess the effect of pelvic prolapse on the outcome of physical therapy treatment for women with UI. **Methods:** The study included 48 women aged between 35 and 78 years who underwent anamnesis and measurement of pelvic floor strength (bi-digital test and perineometry). The physical therapy intervention consisted of transvaginal electrical stimulation and pelvic floor exercise for up to 15 weekly sessions. **Results:** The majority of the women had normal delivery and 2.6±1.5 children (range=0-7). Pelvic prolapse was observed in 72.4% of the women who had normal delivery, in 100% of those who had cesarean section, and in 77.8% of those who had both normal and cesarean deliveries. 48% of the women had mixed UI, 39.5% had stress UI, and 12.5% had urge UI. The duration of symptoms varied from 2 to 28 years (7.9±5.3). In the participants with and without prolapse, a significant difference was observed in the pre- and post-treatment comparisons for the pelvic floor muscles. The pre- and post-treatment perineometry showed a significant increase only in the women with prolapse ($p=0.048$). 87.5% of the participants became continent. **Conclusions:** The physical therapy treatment was effective in treating and/or curing the symptoms of UI, whether or not associated with pelvic prolapse, regardless of the clinical type of incontinence. Clinical Trial Registration (Brazilian Clinical Trial Registry): RBR-3p5s66.

Keywords: urinary incontinence; prolapsed; physical therapy.

Recebido: 19/05/2010 – **Revisado:** 24/03/2011 – **Aceito:** 05/12/2011

¹Faculdade de Fisioterapia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

²Fisioterapeuta, Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondência para: Mara Regina Knorst, Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia, Prédio 12, Avenida Ipiranga, 6681, CEP 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil, e-mail: mknorst@puccrs.br

Introdução

A Sociedade Internacional de Continência estabelece que incontinência urinária (IU) é “a perda involuntária de urina, que determina desconforto social e higiênico, podendo ser demonstrável de forma objetiva”¹.

A IU é um sintoma comum que afeta mulheres de todas as idades, podendo interferir seriamente no bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos afetados^{1,2}. Sua prevalência é maior em mulheres devido a fatores anatômicos e aumento da idade (8–34% em idosos), sendo muitas vezes erroneamente interpretada como parte natural do envelhecimento³.

É classificada em: (1) IU de esforço (IUE), caracterizada por perda ao esforço físico, sem que haja contração do músculo detrusor da bexiga, sendo a forma mais comum, com prevalência de 55%; (2) IU por urgência (IUU), quando as portadoras sentem um desejo repentino e forte de urinar, porém não são capazes de controlar o mecanismo de micção e (3) IU mista (IUM), que representa a associação entre IUE e IUU^{4,5}.

Concomitante à IU, é muito comum a ocorrência de prolapso de órgão pélvico⁶, a qual se estima acometer de 41 a 65% das mulheres⁷. O prolapso genital decorre do desequilíbrio de forças responsáveis por manter os órgãos pélvicos⁸ posicionados normalmente e daquelas que tendem a impedir sua saída da pelve. O prolapso é mais comum em mulheres múltíparas e com idade mais avançada em decorrência de deficiência estrogênica e do envelhecimento, ligados ao relaxamento das estruturas do assoalho pélvico, levando à incapacidade de manter o órgão pélvico em sua posição normal⁶.

A reprodução e a avaliação da função miccional pode ser feita por meio do Estudo Urodinâmico, exame considerado padrão-ouro, porém de alto custo. O grau de força muscular do assoalho pélvico em geral apresenta uma relação positiva com o grau de continência e pode ser mensurado pela perineometria e pelo teste bidigital, que são de uso rotineiro devido à simplicidade de aplicação, ao baixo custo, à boa confiabilidade técnica e à boa aceitabilidade pelas mulheres^{6,7}.

O tratamento conservador da IU é justificado se os sintomas forem brandos¹, uma vez que, com ele, muitos sintomas são curados ou melhorados, tornando, nesses casos, as cirurgias desnecessárias^{1,9}. Também favorece a escolha do tratamento conservador o fato de o tratamento cirúrgico não ser efetivo em todos os casos, podendo ocorrer recidiva dos sintomas antes dos cinco anos decorridos da sua realização¹⁰.

Dentre as modalidades de tratamento conservador, há o medicamentoso e o fisioterapêutico. Os recursos utilizados na Fisioterapia incluem exercícios para os músculos do assoalho pélvico (MAP) e a eletroestimulação endovaginal¹.

Os exercícios são recomendados como terapia de primeira escolha^{9,11}, pois oferecem uma opção menos invasiva e com baixo risco de complicações⁹.

Segundo Amaro, Gameiro e Padovani¹², o uso da eletroestimulação perineal é um meio essencial de favorecer a recuperação de um comando voluntário ausente ou deficiente, auxiliando as pacientes a tornarem-se conscientes da ação da musculatura perineal¹². Recomenda-se principalmente para mulheres com função muscular menor ou igual a três na escala de Oxford ou de Ortiz (0-5), até que a contração ativa seja realizada^{13,14}.

Sabe-se que a paridade influencia o desenvolvimento e/ou a gravidade da IU¹⁵. Entretanto, não se sabe ainda qual o papel do prolapso na IU e se a sua presença influencia ou não os resultados do tratamento fisioterapêutico da IU. Este estudo, portanto, foi realizado com o objetivo de avaliar o efeito da presença de prolapso genital no tratamento fisioterapêutico da IU em mulheres. Os objetivos específicos foram medir a função da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com IU com e sem prolapso genital; comparar valores da função da musculatura do assoalho pélvico das mulheres com prolapso com os valores das sem prolapso antes e depois de um programa de tratamento fisioterapêutico; estabelecer o número de sessões de tratamento fisioterapêutico necessário para a melhora da perda urinária entre as mulheres com IU com e sem prolapso genital; averiguar qual dos três tipos de IU é a mais prevalente nas mulheres com e sem prolapso genital e comparar a função da musculatura do assoalho pélvico nas mulheres agrupadas de acordo com o tipo de IU apresentada.

Materiais e métodos

Este é um estudo quase-experimental do tipo antes e depois, o qual é um segmento de um estudo maior intitulado “A influência da intervenção fisioterapêutica na qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária”. Ele foi desenvolvido no setor de Fisioterapia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil, ocorrendo de junho de 2006 a novembro de 2008. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (registro 06/03194). Os princípios éticos foram respeitados de acordo com o estabelecido na Resolução 196/96 do CNS-MS¹⁶. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Participaram do estudo 48 mulheres (35 a 78 anos) provenientes de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Rio Grande do Sul, Brasil.

Foram incluídas todas as mulheres encaminhadas pelo ambulatório de Uroginecologia do HSL da PUCRS ao serviço de Fisioterapia, com diagnóstico médico de IU (clínico), podendo ser de esforço, urgência ou mista.

Foram excluídas as pacientes que, durante o período do estudo, realizassem qualquer tipo de tratamento fisioterapêutico adicional ou que iniciassem qualquer tipo de atividade física estruturada e planejada em adição àquelas previstas neste protocolo; pacientes com patologias que promovessem mais incapacidades que a IU, tais como: pneumopatas severos, doenças neurológicas, doenças oncológicas, cardiopatia severa ou que tenham se submetido à intervenção cirúrgica para correção de IU.

As pacientes foram avaliadas antes e depois de tratamento fisioterapêutico por meio de anamnese e medidas da função muscular do assoalho pélvico (perineometria e teste bidigital). A avaliação teve duração média de 30 minutos, sendo 10 minutos para a avaliação da função muscular. Apenas a perineometria e o teste bidigital foram repetidos após o término das sessões de tratamento.

Na anamnese, foram coletados dados sobre tipo de IU, duração dos sintomas, idade, paridade, tipo de parto, número de partos e filhos, presença de constipação e prolapso. As informações obtidas junto às pacientes foram conferidas com aquelas constantes em seus prontuários.

A avaliação objetiva da função do músculo perineal foi feita utilizando um perineômetro digital (fabricante Kroman – T.I.U. – KG 40; São Paulo, SP), com sensor para avaliação de pressão que varia de 0 a 1,64 cmH₂O (valor considerado mínimo normal pelo fabricante: 0,49 cmH₂O). O sensor era inserido no canal vaginal, enquanto a paciente permanecia em posição supina com joelhos semifletidos. Solicitou-se às voluntárias que realizassem três contrações máximas consecutivas, sendo o maior valor usado como referência. A unidade original fornecida pelo equipamento (Sauers) foi convertida para seu equivalente em cmH₂O.

A avaliação subjetiva da função de contração do períneo foi realizada pelo teste bidigital, por meio da palpação digital transvaginal, com a mulher na posição supina com os joelhos semifletidos. Avaliou-se a função dos MAP (elevador do ânus e bulboesponjoso) contra os dedos do examinador, segundo Escala de Ortiz (0-5), que classifica a função em: grau zero – sem função perineal objetiva nem à palpação; grau um – ausente, reconhecida somente à palpação; grau dois – débil, reconhecida à palpação; grau três – função objetiva presente e sem resistência à palpação; grau quatro – função objetiva presente e resistência opositora mantida à palpação por menos de 5 segundos; grau cinco – função objetiva presente e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 segundos¹⁴.

Após terem sido avaliadas, as mulheres foram submetidas a tratamento fisioterapêutico com cinesioterapia (15 minutos) e eletroestimulação perineal (10 minutos), em uma única sessão semanal, por um máximo de 15 semanas. Assim que as pacientes relatassem estar continentas ou ao término das 15 sessões, eram reavaliadas pelo mesmo examinador.

A cinesioterapia consistiu em exercícios de ativação do assoalho pélvico com o auxílio de bola e faixa elástica. Os exercícios

foram: ponte pélvica em decúbito dorsal, abdução e adução de quadril com a paciente na posição decúbito dorsal e, após, sentada. Todos os exercícios envolveram contrações isotônicas e isométricas mantidas por 6 segundos, com uma série de dez repetições para cada tipo de exercício usado. Foram, portanto, realizadas duas séries de cada exercício.

A eletroterapia foi realizada com um aparelho modelo Dualpex 961 URO (fabricante QUARK; Piracicaba – SP) conectado a um eletrodo introduzido na vagina com intensidade ajustada de acordo com a tolerância da paciente, chegando a corrente máxima de 60 mA, durante 10 minutos. Os parâmetros da corrente elétrica variaram de acordo com o tipo de IU apresentado pelas pacientes: Heterodinia 2K/10 Hz para IUU; Kots 2K/50 Hz, tempo de sustentação=6 s, tempo de repouso=2x tempo de sustentação e Rise de 100 µs para IUE e, para IUM, os parâmetros foram 10 Hz e 50 Hz, usados de forma intercalada, isto é, numa semana recebiam corrente de 10 Hz e, na outra, de 50 Hz^{17,18}.

Foi feita a inserção dupla dos dados para eliminar erros de digitação. A análise estatística foi feita no programa SPSS, versão 13.0. A significância estatística para todas as análises foi definida como p<0,05. Os dados foram testados quanto à normalidade (teste de Shapiro Wilk).

A presença de prolapso foi comparada com o número de partos normais por meio do teste Exato de Fisher e com o diagnóstico médico de IU por meio do teste do qui-quadrado de Pearson. As mulheres foram divididas em dois grupos: aquelas com prolapso e aquelas sem prolapso. A partir dessa divisão, foram comparadas em termos de número total de sessões (teste de Mann-Whitney), função muscular do assoalho pélvico medida pelo perineômetro (teste de Wilcoxon) e pelo teste bidigital (teste de Wilcoxon). Os resultados obtidos com o perineômetro (pré e pós-tratamento) foram comparados entre as categorias do diagnóstico médico (IUE, IUU e IUM) por meio do teste de ANOVA, enquanto os resultados do teste bidigital foram comparados por meio do teste de Kruskal Wallis.

Resultados

As características da amostra são apresentadas na Tabela 1. Dentre as 48 mulheres avaliadas, a maioria estava na meia idade (53,8±10,9 anos), era casada, tinha ensino fundamental incompleto e vinha de fora de Porto Alegre. O número de filhos para o grupo total variou de 0 a 7 (2,6±1,5).

O tempo de duração dos sintomas de IU variou de dois a 28 anos (7,9±5,3); 75% das mulheres apresentaram tempo de IU ≤ que 10 anos, e 25% das mulheres apresentaram tempo de IU > que 10 anos (Tabela 1).

Havia duas mulheres nulíparas e 46 múltiparas (95,8%), das quais a maioria realizou parto normal (29/46). Apresentaram prolapso pélvico 72,4% das mulheres que realizaram parto normal,

100% das que realizaram parto cesárea e 77,8% das que realizaram parto normal e parto cesárea.

Na comparação entre a presença de prolapso e o número de partos normais, não se detectou associação estatística significativa ($p < 0,05$; *Fisher's Exact Test*). Dentre aquelas que realizaram um ou dois partos, 73,9% apresentaram prolapso e, entre as pacientes com três ou mais partos, 73,3% apresentaram prolapso. Na comparação entre o prolapso e o número de partos cesárea também não se detectou associação estatística significativa.

Em nosso estudo, 23 mulheres apresentaram diagnóstico clínico de IUM (48%); 19 mulheres, de IUE (39,5%) e seis mulheres, de IUU (12,5%). Não se detectou associação estatística significativa entre a presença de prolapso e o diagnóstico médico de IU. No entanto, pode-se observar que, dentre as pacientes que apresentaram IUE, 84,2% apresentaram prolapso, 69,6% das IUM tiveram prolapso e 66,7% das IUU apresentaram prolapso.

Na comparação do parto em relação ao diagnóstico clínico de IU, detectou-se uma associação significativa com o diagnóstico IUE ($p = 0,05$) e uma tendência de associação entre não realizar cesárea e IUM e IUU. De acordo com a distribuição percentual observada, verificou-se que 83,3% das mulheres que fizeram cesárea apresentaram IUE. Entre as mulheres que não realizaram cesárea, 55,0% apresentaram IUM e 10% IUU. Entre aquelas que realizaram parto normal, 58,6% tiveram diagnóstico de IUM.

Na Tabela 1, são apresentados os percentuais em relação às pacientes que haviam feito episiotomia (68,4%), apresentavam constipação (37,5%) e obesidade (39%) e praticavam atividade física (39%).

O número total de sessões variou de oito a 15 ($13,5 \pm 2,2$), não se detectando diferença estatística significativa ($p = 0,311$; Tabela 1) entre o grupo com prolapso ($n = 36$) e o sem ($n = 12$).

Em relação ao resultado do tratamento, do total de 48 mulheres, 42 (87,5%) ficaram continentas, 6,3% relataram melhora e 6,3% ficaram insatisfeitas. Apenas uma paciente apresentou prolapso posterior grau III e ficou satisfeita (continente) após 15 sessões.

De acordo com a Tabela 2, na comparação da função muscular do assoalho pélvico medida pelo perineômetro, para as pacientes sem prolapso, não se identificou diferença estatística significativa quando comparados pré e pós-tratamento ($p = 0,136$). No entanto, nas pacientes com prolapso, detectou-se aumento significativo na função muscular após o tratamento ($p = 0,048$).

Após o tratamento fisioterapêutico, foram encontrados valores significativamente maiores que os valores pré para os MAP, tanto do grupo sem prolapso quanto do com prolapso (Tabela 2). Cabe salientar que, nas comparações das pacientes com prolapso, as diferenças se mostraram mais expressivas que no grupo de pacientes sem prolapso.

Não se detectou diferença estatística significativa entre as médias obtidas pelas três categorias de diagnóstico médico

Tabela 1. Características da amostra.

Variáveis	
Idade (anos)	53,8±10,9
Tempo de IU (anos)	7,9±5,3
Paridade*	
Nulíparas	2 (4,2%)
Multíparas	46 (95,8%)
Tipo de parto*	
Normal	29 (63%)
Cesárea	6 (13%)
Normal e cesárea	9 (19,6%)
Número de filhos**	2,6±1,5 (0-7)
Episiotomia*	26 (68,4%)
Constipação*	18 (37,5%)
Prática atividade física*	16 (38,1%)
Número de sessões	
Total**	13,5±2,2 (8-15)
Sem prolapso [§]	14±1,5
Com prolapso [§]	13,2±2,3
Resultado do tratamento*	
Satisfeitas	42 (87,5%)
Melhorou	3 (6,3%)
Não melhorou	3 (6,3%)

IU = incontinência urinária; * dado apresentado como tamanho amostral e porcentagem – n(%); ** dado apresentado como média ± desvio-padrão (mínimo – máximo); § o número de sessões das mulheres com e sem prolapso foi semelhante na amostra.

Tabela 2. Comparação da força muscular do assoalho pélvico em mulheres com (CP) e sem prolapso de órgão pélvico (SP) realizada com perineômetro e por meio do teste bidigital, antes (pré; média±desvio-padrão) e depois (pós; média±desvio-padrão) de intervenção fisioterapêutica.

Grupo	Pré (n=48)	Pós (n=48)	p*
Perineômetro (cmH ₂ O)			
CP	0,76±0,42	0,82±0,44	0,048
SP	0,64±0,53	0,69±0,49	0,136
Teste bidigital MEA			
CP	3,91±0,95	4,52±0,79	0,009
SP	3,33±1,61	4,17±1,11	0,031
Teste bidigital MB			
CP	3,70±1,02	4,52±0,59	0,001
SP	3,08±1,56	3,92±1,16	0,015

* Teste de Wilcoxon; MEA = músculo elevador do ânus; MB = músculo bulboesponjoso.

(IUE, IUU e IUM), quando comparados os resultados obtidos nas avaliações feitas com o perineômetro e o teste bidigital antes e depois da intervenção fisioterapêutica.

Discussão

A IU continua sendo uma afecção para a qual as pessoas por ela acometidas demoram a procurar ajuda¹⁹. No presente

estudo, os sintomas duravam havia quase oito anos, tempo durante o qual essas mulheres não buscaram ajuda ou não receberam a orientação de que existe tratamento. Talvez essa demora se deva ao fato de o tipo de perda urinária mais prevalente ter sido em gotas, uma vez que mulheres que apresentam graus leve e moderado de incontinência não buscam ajuda¹ e/ou ao fato de que muitas mulheres desconhecem que a IU pode ser tratada, por a considerarem resultado natural do parto e do processo de envelhecimento^{20, 21}.

A IU pode surgir durante a gravidez, mas normalmente está relacionada ao dano neuromuscular do assoalho pélvico durante o parto vaginal, principalmente em primíparas^{5, 15}.

Neste estudo, confirmou-se que mulheres múltíparas e que fizeram parto vaginal têm maior probabilidade de apresentar diminuição da função muscular do assoalho pélvico contribuindo para IU feminina^{5, 14, 22}, apesar da demonstração de boa função de contração, como relatado por Isherwood e Rane⁵.

Segundo Isherwood e Rane⁵, o tipo mais comum de IU é a IUE. Em nosso estudo, constatou-se que a IUM prevaleceu em 48% da amostra. Porém, quando comparado o tipo de IU com a presença de prolapso pélvico, 84,2% das pacientes apresentaram IUE, achado esse que concorda com o de Marinkovic e Stanton⁶, que demonstraram uma forte associação entre o prolapso brando ou moderado e IUE. Em outro estudo realizado com 330 pacientes com diversos graus de cistocele (I a IV), também se observou que casos com prolapso brando ou moderado apresentavam IUE²³.

O parto vaginal foi considerado prognosticador dos três tipos de incontinência²⁴. Neste estudo, entre as pacientes que realizaram parto normal, predominou o diagnóstico de IUM, enquanto as que realizaram parto cesárea apresentaram associação significativa com o diagnóstico de IUE.

Menta e Schirmer¹⁵ recomendam o incentivo ao parto normal com uso seletivo de episiotomia. A proteção perineal nem sempre é garantida pela incisão cirúrgica em razão da dificuldade de recomposição da musculatura incisionada. No presente estudo, observou-se que 68,4% das mulheres realizaram episiotomia e, mesmo assim, vieram a apresentar IU, confirmando os achados de Menta e Schirmer¹⁵.

A constipação é uma reclamação comum e pode estimular receptores da bexiga, o que por sua vez, pode reduzir a sua contratilidade e tornar o seu esvaziamento incompleto⁶. Os resultados obtidos por Sobhgol e Charandabee²⁴ indicam que o risco para todos os tipos de IU aumentou com a constipação²⁴. No presente estudo, mais de um terço das mulheres (37,5%) apresentavam queixa de constipação intestinal.

Dannecker et al.⁹ encontraram um efeito terapêutico duradouro e significativo logo após treinamento muscular do assoalho pélvico, em contraste aos achados de outros autores, que relataram taxas de cura em longo prazo de apenas 17% para cirurgia de IU⁴. Dannecker et al.⁹ obtiveram alto índice de

melhora autoinformada (94%) e a satisfação das pacientes com o resultado terapêutico. Após três anos, 71% de 390 mulheres ainda informaram uma melhora persistente dos sintomas de IU⁹. Entretanto, como se trata de treinamento de musculatura, é de se esperar que a manutenção dos ganhos obtidos, como em qualquer tipo de treinamento muscular, só possa acontecer caso a prática dos exercícios seja feita com regularidade no mínimo semanal, como no presente estudo.

Amaro, Gameiro e Padovani²² avaliaram a força muscular do assoalho pélvico com perineometria e verificaram que houve aumento significativo após o tratamento utilizado. Em nosso estudo, esse aumento só foi significativo no grupo de pacientes com prolapso.

A palpação digital vaginal representa o método mais usado para avaliar a função dos músculos perineais²⁵. Dannecker et al.⁹ mediram a função de contração do assoalho pélvico por meio da palpação digital vaginal e da escala de função muscular de Oxford e demonstraram aumento considerável da função muscular após o treinamento cinesioterapêutico, que se mostrou eficaz até mesmo em mulheres com IU severa. No presente estudo, obteve-se aumento significativo na resposta da função muscular após treinamento dos MAP, onde 87,5% das mulheres relataram ter atingido continência.

De acordo com Bø, Talseth e Holme²⁶, os exercícios são mais eficazes do que a eletroestimulação, os cones vaginais ou nenhum tratamento em mulheres com IUE. Já Castro et al.²⁷ afirmam que essas três diferentes modalidades terapêuticas são igualmente eficazes para IUU e IUE. No presente estudo, foram associadas a cinesioterapia e eletroestimulação, que se mostraram eficazes, uma vez que a maioria das mulheres relatou estar continente ao final do tratamento. Essa alta resolutividade foi também relatada por Ghroubi et al.²³ num estudo com 47 pacientes que apresentavam IU associada ao prolapso grau I ou II, as quais realizaram treinamento de consciência muscular do períneo (trabalho manual e biofeedback) e eletroestimulação. Os autores demonstraram que o tratamento conservador pode ser eficaz nessas pacientes por meio da melhora dos sinais clínicos e achados urodinâmicos²³.

As participantes deste estudo precisaram em média de 13 sessões de tratamento para atingirem continência. Esses resultados se assemelham aos de Lorenzo Gómez et al.²⁸, que realizaram um programa de tratamento com reeducação perineal mediante exercícios de Kegel e eletroestimulação vaginal com duas sessões semanais, por no máximo dez semanas. Os autores observaram que 71,42% das pacientes melhoraram na 4ª semana, e 80% delas melhoraram na 10ª semana após tratamento. Assim como Lorenzo Gómez et al.²⁸ demonstraram melhora dos sintomas da IU com menos da metade das sessões de tratamento utilizadas no presente estudo, Pena Outeiriño et al.²⁹ também o fizeram, indicando eletroestimulação a mulheres (n=72) com baixo tônus perineal ou incapazes de compreender a mecânica de contração

perineal, as quais realizaram seis sessões de 20 minutos de eletroestimulação com correntes bifásicas. Contudo, a taxa de melhora relatada pelos autores (66%) foi menor que a do presente estudo (87,5%). Outro grupo de pesquisadores que obtiveram resultados semelhantes aos do presente estudo e aos de Lorenzo Gómez et al.²⁸ foram Arruda e Girão³⁰, que selecionaram 29 mulheres com instabilidade vesical, as quais foram submetidas à eletroestimulação vaginal em duas sessões semanais de 20 minutos, por um período de três meses consecutivos e, após o tratamento, 75,85% apresentaram cura ou melhora³⁰.

Baseado nos resultados obtidos, conclui-se que mulheres com IU, independente da presença ou não de prolapso ou do

tipo de incontinência apresentada, não diferiram significativamente em termos de função muscular e na sua resposta ao tratamento. Todas responderam positivamente ao tratamento fisioterapêutico em número semelhante de sessões, apresentando aumento de função muscular do assoalho pélvico após o tratamento, apesar de ter sido realizada somente com uma sessão semanal devido à distância entre ao local de residência e o de tratamento e às condições socioeconômicas das participantes. Portanto, a eletroterapia associada à cinesioterapia é eficaz para tratar e/ou curar os sintomas de IU, associada ou não ao prolapso pélvico, e independente do tipo clínico de incontinência apresentada.

Referências

- Adams E, Bardsley A, Crumlin L, Currie I, Evans L, Haslam J. Urinary incontinence the management of urinary incontinence in women. Published by the RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 27 Sussex Place, Regent's Park, London NW1 4RG. October 2006. Acesso em 28/10/2008. Disponível em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG40fullguideline.pdf>
- Møller LA, Lose G, Jørgensen T. Incidence and remission rates of lower urinary tract symptoms at one year in women aged 40-60: longitudinal study. *BMJ*. 2000;320(7247):1429-32.
- Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir Bras*. 2003;18(Suppl 5):47-51.
- 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. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26.
- Isherwood PJ, Rane A. Comparative assessment of pelvic floor strength using a perineometer and digital examination. *BJOG*. 2000;107(8):1007-11.
- Marinkovic SP, Stanton SL. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse. *J Urol*. 2004;171(3):1021-8.
- Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, Siddighi S, Kleeman SD, Dryfhout V, et al. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(6):622.e1-7.
- Bezerra LRPS, Oliveira E, Bortolini MAT, Hamerski MG, Baracat EC, Sartori MGF, et al. Comparação entre as terminologias padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o prolapso pélvico feminino. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(6):441-7.
- Dannecker C, Wolf V, Raab R, Hepp H, Anthuber C. EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;273(2):93-7.
- Bernardes NO, Peres 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.
- Devreese A, Staes F, Janssens L, Penninckx F, Vereecken R, de Weerd W. Incontinent women have altered pelvic floor muscle contraction patterns. *J Urol*. 2007;178(2):558-62.
- Amaro JL, Gameiro MO, Padovani CR. Effect of intravaginal electrical stimulation on pelvic floor muscle strength. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005;16(5):355-8.
- Saunders M. The impact of conservative management. *European Urology*. 2006;5(16):860-2.
- Ortiz OC, Nunez FC. Valoración dinámica de la disfunción perineal da clasificación. *Boletim de La Sociedad Latino Americana de Uroginecología y Cirugía vaginal*. 1994;1(2):7-9.
- Menta S, Schirmer J. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(9):523-9.
- Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasil 1996. Acesso em 25/10/2008. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>
- Arruda RM, Sousa GO, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Girão MJBC. Hiperatividade do detrusor: comparação entre oxibutina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais. Estudo randomizado. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(9):452-8.
- Sand PK. Pelvic floor stimulation in the treatment of mixed incontinence complicated by a low-pressure urethra. *Obstet Gynecol*. 1996;88(5):757-60.
- Lewis D. Incontinence survey report, in promoting continence: a clinical and research resource. London: Bailliere Tindall; 1997.
- Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care*. 2005;11(4 Suppl):S103-11.
- Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):34-41.
- Amaro JL, Gameiro MO, Padovani CR. Treatment of urinary stress incontinence by intravaginal electrical stimulation and pelvic floor physiotherapy. *Int Urogynecol J*. 2003;14(3):204-8.
- Ghroubi S, Kharrat O, Chaari M, Ayed BB, Guerzazi M, Elleuch MH. Apport du traitement conservateur dans la prise en charge du prolapsus urogénital de bas grade. Le devenir après deux ans. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2008;51(2):96-102.
- Sobhghol SS, Charandabee SM. Related factors of urge, stress, mixed urinary incontinence and overactive bladder in reproductive age women in Tabriz, Iran: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(3):367-73.
- Hundley AF, Wu JM, Visco AG. A comparison of perineometer to brink score for assessment of pelvic floor muscle strength. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1583-91.
- Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ*. 1999;318(7182):487-93.
- Castro RA, Arruda RM, Zanetti MR, Santos PD, Sartori MG, Girão MJ. Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. *Clinics (Sao Paulo)*. 2008;63(4):465-72.
- Lorenzo Gómez MF, Silva Abuín JM, García Criado FJ, Geanini Yagüez A, Urrutia Avisror M. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con Biofeedback perineal con electrodos de superficie. *Actas Urol Esp*. 2008;32(6):629-30.
- Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp*. 2007;31(7):719-31.
- Arruda RM, Girão MJBC. Avaliação clínica e urodinâmica de mulheres com instabilidade vesical antes e após eletroestimulação funcional do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000;22(10):658.