

## ARTIGO ORIGINAL

# *Resultados e adesão do tratamento fisioterapêutico em mulheres incontinentes atendidas na rede pública de saúde*

Janeisa Franck Virtuoso<sup>1</sup>, Soraia Cristina Tonon<sup>2</sup>, Ana Paula Krüger<sup>1</sup>, Giovana Zarpellon Mazo<sup>3</sup>, Nicolle Parucker Bez Birolo<sup>4</sup>, Raquel Berreta<sup>5</sup>.

### Resumo

**Objetivo:** Descrever os resultados e a adesão ao tratamento fisioterapêutico realizado em mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) usuárias da rede pública de saúde.

**Métodos:** Foram avaliadas 26 mulheres com diagnóstico clínico de IUE através de uma entrevista seguida da Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA) proposta por Ortiz et al (1994). Todas foram submetidas à 10 sessões de eletroestimulação endovaginal seguido de cinesioterapia para o assoalho pélvico. Ao final de 10 sessões, a reavaliação do quadro foi estabelecida.

**Resultados:** Observou-se diferença significativa do AFA do grau 3 para o 5 na reavaliação ( $p \leq 0,05$ ). Quanto à necessidade de absorventes, houve redução de 61,4% para 19,2% com diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) da troca diária de absorvente. Constatou-se diminuição dos episódios de perda urinária ao espirrar (de 100% para 23,0%) e tossir (de 96,0% para 23,0%). Quanto à adesão ao tratamento realizado, 100% das mulheres que iniciaram o tratamento, finalizaram as 10 sessões propostas.

**Conclusões:** o tratamento fisioterapêutico proposto com eletroestimulação endovaginal e cinesioterapia para o assoalho pélvico demonstrou eficiência na resolução da sintomatologia, representada pela diminuição das situações de perda urinária, redução do uso de absorventes e diferença significativa na Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico.

**Descritores:** 1. Incontinência Urinária de Esforço;  
2. Rede pública de saúde;  
3. Tratamento Fisioterapêutico.

### Abstract

**Goal:** To describe the results and the adherence to the physiotherapeutic treatment carried out in women with stress urinary incontinence (SUI) of the public net of health.

**Methods:** Twenty six women were valued who presented clinical diagnosis of SUI through an interview followed by the Functional Evaluation of the Floor Pelvic (AFA) proposed by Ortiz et al (1994). They all were subjected to 10 sessions of endovaginal electrostimulation and kinesiotherapy for the pelvic floor. To the end of 10 sessions, the reevaluation of the picture was established.

**Results:** was observed in the reevaluation a significant improvement of 3 to 5 ( $p \leq 0,05$ ). As for the necessity of absorbents, there was reduction of 61,4 % for 19,2 % with significant difference ( $p \leq 0,05$ ) of the daily exchange of absorbents. ). It was also noticed a reduction of the episodes of losses in daily activities, as to sneeze (of 100% for 23,0%) and to cough (of 96,0% for 23,0%). As for the adherence to the treatment, 100 % of the women who began the treatment, finished 10 proposed sessions.

**Conclusions:** The physiotherapeutic treatment proposed associating endovaginal electrostimulation and specific kinesiotherapy for the pelvic floor demonstrated efficiency as for the symptoms represented by the reduction of the situations of urinary loss, reduction of the use of absorbent and significant improvement in the Functional Evaluation of the Pelvic Floor.

1 Fisioterapeuta e Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina.

2 Fisioterapeuta e Aluna do Programa de Doutorado em Alto Rendimento Desportivo da Universidade Pablo de Olavide - Espanha. Professora do Departamento de Fisioterapia.

3 Educadora Física e Doutora em Ciências do Desporto pela Universidade de Porto - Portugal. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano.

4 Fisioterapeuta pela Universidade do Estado de Santa Catarina

5 Médica Ginecologista da Maternidade Carmela Dutra.

**Keywords:** 1. Stress Urinary Incontinence;  
2. Public Net of Health;  
3. Physiotherapeutic Treatment.

## Introdução

Segundo a Sociedade Internacional de Continência<sup>1</sup>, incontinência urinária de esforço (IUE) é definida como a queixa de perda involuntária de urina pela uretra durante o esforço físico, tosse ou espirro, na ausência de contração do detrusor. Wehrberg et al.<sup>2</sup>, ao estudarem sintomas de perda urinária entre mulheres com idade de 20 a 84 anos nas últimas 4 semanas, encontraram uma prevalência de 32%, sendo que destas, 34% apresentavam queixas durante os esforços.

A prestação de serviços de saúde inclui um grande número de diferentes tipos de atividades, como consulta do paciente, prescrição de medicamento, solicitação e interpretação de testes, condução de fisioterapia, monitorização do progresso da doença e outros. As atividades de prestação de serviços em saúde podem estar vinculadas, o que significa que a maneira como uma atividade é realizada afeta os resultados de outras. Por exemplo, a reabilitação, pode postergar ou até mesmo excluir a necessidade de um procedimento cirúrgico, reduzindo os custos para o estado<sup>3</sup>.

Classicamente, o tratamento da incontinência urinária feminina é cirúrgico, cuja eficácia muitas vezes é baixa por não se realizar um diagnóstico correto da incontinência urinária de urgência e, principalmente, em casos de sintomas mistos<sup>4</sup>. A Sociedade Internacional de Continência recomenda que mulheres com IUE devam ser tratadas primeiramente de modo “conservador” através de exercícios para o assoalho pélvico, mudança no estilo de vida e treinamento vesical, antes da intervenção farmacológica ou cirúrgica<sup>5</sup>.

O interesse atual pelo tratamento “conservador” para a incontinência urinária surgiu devido o alto custo e morbidade das cirurgias, além das recidivas relatadas tais procedimentos<sup>6,7,8,9</sup>. Acrescenta-se ainda o impacto social e psicológico gerado por esta disfunção na vida das mulheres<sup>10,11</sup>.

Nesse contexto, os exercícios para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico têm se mostrado efetivos na redução das queixas urinárias em mulheres com incontinência urinária de esforço, já que, capacitam os músculos para uma resposta automática de contração quando ocorre aumento da pressão intra-abdominal, evitando-se as perdas<sup>12</sup>.

A associação entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal para o reforço muscular do assoalho pélvico vem sendo abordada na literatura como uma alternativa rápida para se obter resultados satisfatórios com grande comprovação quanto a sua eficácia<sup>3,13</sup>.

Dada a importância a boa saúde e o interesse em uma boa assistência, os pacientes deveriam condensar seus esforços para serem bem informados, considerar todas as possibilidades de tratamento e assumir responsabilidade pessoal pela sua saúde. A idéia crucial é que pacientes informados e envolvidos ajudarão a melhorar os resultados e diminuir os custos<sup>3</sup>.

Segundo a Sociedade Internacional de Continência, mulheres com sintomas de IUE devem ser tratadas primeiramente de modo conservador através de exercícios para o assoalho pélvico, mudança no estilo de vida e treinamento vesical, antes da intervenção farmacológica ou cirúrgica<sup>5</sup>. Diante dos custos gerados ao Governo para realização de procedimentos cirúrgicos voltados à correção da incontinência urinária, a demora relatada para o agendamento desse tipo de cirurgia na rede pública de saúde e a falta de condições para um diagnóstico clínico mais apurado<sup>14</sup>, torna-se necessário a exaustiva busca por associação de técnicas conservadoras que apresentem resultados eficazes, menos onerosos e mais rápidos. O objetivo geral deste estudo foi descrever os resultados e a adesão ao tratamento fisioterapêutico realizado em mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) usuárias da rede pública de saúde.

## Métodos

Este estudo foi caracterizado como prospectivo e observacional do tipo descritivo cuja amostra foi composta por 26 mulheres com diagnóstico clínico de incontinência urinária de esforço, atendidas na rede pública de saúde, encaminhadas ao serviço de fisioterapia pelo médico uroginecologista voluntário do Projeto de Extensão “Fisioterapia Aplicada a Incontinência Urinária” do CEFID/UEDESC em parceria com uma Maternidade Pública de Florianópolis/SC Brasil. O Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina aprovou este estudo sob protocolo número 13/2007 e todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídas as pacientes com diagnóstico clínico de incontinência urinária de esforço, definido pelo médico uroginecologista da instituição onde o estudo foi realizado, independente da idade, tratamento cirúrgico prévio para IUE ou uso de hormonioterapia. Os critérios de exclusão da amostra foram: mulheres com Dispositivo Intra Uterino (DIU), com diagnóstico de miomatose uterina, história de neoplasia do trato genitourinário ou

comprometimento osteomuscular que dificultasse a realização da cinesioterapia para o assoalho pélvico e três ausências consecutivas às sessões propostas. Refletindo-se a realidade de muitos centros de atendimento à saúde da mulher no Brasil, aponta-se a falta do estudo urodinâmico no diagnóstico da IUE como uma limitação do estudo, pois a rede pública de saúde não cobre este tipo de exame. Dessa forma, o diagnóstico de IUE realizado pelo médico fora baseado em sinais e sintomas.

As participantes do estudo foram submetidas a um protocolo de tratamento fisioterapêutico individual de 10 sessões, com duração de 50 minutos cada e duas vezes semanais. Tanto a avaliação/reavaliação quanto a aplicação do tratamento foram realizadas pelas mesmas investigadoras.

Na avaliação inicial, realizou-se uma entrevista através de perguntas abertas e fechadas subdivididas nos seguintes tópicos: antecedentes clínicos gerais e ginecológicos, antecedentes obstétricos e histórico da incontinência. Foram coletados dados relativos à sintomatologia da incontinência urinária como atividades de perda, uso de absorventes e número de trocas desse por dia. Além disso, foi realizado um exame físico em que verificou-se: a presença de contração ciente do períneo, uso de musculatura parasita durante a contração, presença de prolapso e verificação da função muscular perineal através da escala de Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA) proposta por Ortiz et al. (1994) apud Moreno<sup>16</sup>, conforme o Quadro 1.

**Quadro 1:** Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico – AFA

Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico - AFA	
0	Sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação
1	Sem função perineal objetiva aparente, reconhecível somente à palpação
2	Função perineal objetiva débil, reconhecível à palpação
3	Função perineal objetiva, sem resistência opostora à palpação
4	Função perineal objetiva e resistência opostora não mantida à palpação
5	Função perineal objetiva e resistência opostora mantida à palpação por mais de 5 segundos

\* Fonte: Ortiz et al. (1994) apud Moreno<sup>15</sup>.

O protocolo fisioterapêutico proposto às pacientes iniciava-se com a eletroestimulação endovaginal através do aparelho DUALPEX Uro® com dois canais independentes e pulso de compensação simétrica. Para estimulação das fibras musculares lentas, utilizava-se uma frequência de 20 Hz e largura de pulso de 2 milissegundos por, aproximadamente, 13 minutos. Posteriormente, para estimulação das fibras rápidas, utilizava-se uma frequência de 65 Hz e largura de pulso de 500 microssegundos por também 13 minutos. Conforme a tolerância da paciente, a intensidade da corrente foi gradualmente elevada.

Finalizada a eletroestimulação, iniciava-se a cinesio-

terapia para o assoalho pélvico. Primeiramente, foram realizados exercícios de propriocepção para a musculatura do assoalho pélvico a fim de conscientizar a mulher sobre as estruturas que compõem essa região e estimular a correta contração do períneo. Posteriormente, iniciava-se os exercícios perineais que progrediram da posição deitada até o ortostatismo, com tempo estimado para a realização da cinesioterapia de 20 a 25 minutos conforme o protocolo exposto no Quadro 2.

**Quadro 2:** Protocolo de Cinesioterapia para o Assoalho Pélvico proposto para mulheres com incontinência urinária de esforço

Atividade	Objetivo	Atividade	Objetivo
Exercícios de propriocepção	Conscientizar a mulher sobre as estruturas que compõem a região do assoalho pélvico e estimular a correta contração do períneo.	Exercícios de contração do assoalho pélvico	Fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e melhorar a função do esfíncter uretral.
Exercícios de fortalecimento	Fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e melhorar a função do esfíncter uretral.	Exercícios de relaxamento	Relaxar a musculatura do assoalho pélvico e melhorar a função do esfíncter uretral.
Exercícios de coordenação	Coordenar a musculatura do assoalho pélvico e melhorar a função do esfíncter uretral.	Exercícios de equilíbrio	Melhorar o equilíbrio da paciente e melhorar a função do esfíncter uretral.
Exercícios de resistência	Fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e melhorar a função do esfíncter uretral.	Exercícios de flexibilidade	Melhorar a flexibilidade da paciente e melhorar a função do esfíncter uretral.
Exercícios de controle	Fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e melhorar a função do esfíncter uretral.	Exercícios de controle	Fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e melhorar a função do esfíncter uretral.

\*Os exercícios iniciavam com três séries de dez contrações rápidas e três séries de dez contrações lentas (três segundos) da musculatura perineal.  
\*\*A paciente deverá perceber a contração apenas do períneo, isolando a musculatura da região adutora, abdominal e glútea.

Os materiais utilizados para a aplicação do protocolo foram: cadeira, maca; travesseiro para posicionamento da região cervical da paciente em decúbito dorsal; o eletroestimulador perineal DUALPEX Uro®; luvas estéreis para todos os procedimentos realizados em contato direto com a paciente; gel a base de água para facilitar a introdução da sonda endovaginal; cunha para a paciente apoiar os membros inferiores durante a eletroestimulação; bastão; bola suíça, caneleiras de 500 gramas e halteres de 500 gramas.

As sondas foram esterilizadas após cada sessão com óxido nítrico, por profissionais habilitados do Centro de Esterilização da própria maternidade onde o estudo foi realizado.

Após 10 sessões, as pacientes foram submetidas a uma reavaliação, que constituiu-se de perguntas com mesmo teor da avaliação inicial, porém com a retirada dos dados referentes aos antecedentes médicos, ginecológicos e obstétricos, e alguns dados do histórico da incontinência. No exame físico final foi realizado novamente a Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA) para fins comparativos.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel® e cada participante foi cadastrada segundo um número codificador. A análise estatística foi realizada no pacote estatístico SPSS – Statistical Package for Social Sciences (versão 15.0). Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente através de tabelas de frequência para as variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para as variáveis contínuas. Para análise inferencial, realizou-se o teste de Wilcoxon para comparar as variáveis AFA e mediana de trocas de absorventes por dia, antes e após o tratamento proposto. O nível de significância adotado foi de 5%.

## Resultados

Quanto às características gerais da amostra, observou-se que a média de idade das pacientes foi de 50,7 anos (variando de 31 a 75 anos; DP±11,8), 84,6% eram casadas, 50,0% estavam na menopausa sendo que 61,5% realizavam terapia de reposição hormonal, 42,3% apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 27,0% consideravam-se sedentárias e 7,7% eram tabagistas.

Quanto aos antecedentes obstétricos, a Tabela 1 demonstra a frequência de gestações, partos normais e cesáreas entre as mulheres da amostra, bem como a presença de prolapso e realização de cirurgia ginecológica prévia. Acrescenta-se aos antecedentes obstétricos que, em 23,0% foi utilizado o fórceps, 84,4% sofreram pelo menos uma vez a episiotomia e apenas em 7,6% ocorreram lacerações durante o trabalho de parto.

**Tabela 1:** Frequência (F) e porcentagem (%) das características obstétricas e ginecológicas das mulheres com incontinência urinária de esforço.

Fatores	F	%
Partos Normais		
Nenhum	4	15,4
Apenas 1	1	3,8
2 ou 3	17	65,3
4 ou mais	4	15,4
Partos Cesáreas		
Nenhum	18	69,2
Apenas 1	4	15,4
2 ou mais	4	15,4
Abortos		
Nenhum	21	80,7
Apenas 1	2	7,7
2 ou mais	3	11,5
Procedimentos Cirúrgicos		
Não	12	46,1
Colpoperineoplastia	7	50,0
Histerectomia	1	7,1
Laqueadura	4	28,6
Curetagem	1	7,1
Cauterização	1	7,1
Prolapso		
Não	9	34,6
Sim	17	65,4
Cistocele Grau I	11	64,7
Cistocele Grau II	4	23,5
Cistocele Grau II e Retocele Grau I	2	11,7

Quanto às perdas urinárias, grande parte da amostra afirmou que os sintomas iniciaram-se logo após o parto normal (53,7%) e em 46,0% dos casos, havia história de incontinência urinária na história familiar, sendo com a mãe (75%) o grau de parentesco mais prevalente.

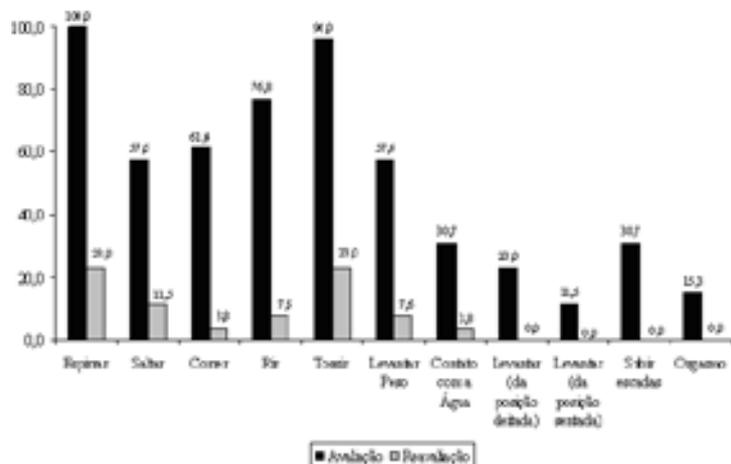
A média de tempo que estas pacientes demoraram a procurar atendimento a fim de solucionar o quadro de perdas urinárias foi de 7,04 anos (variando de 2 meses a 38 anos; DP±7,9). Em 34,5% dos casos, foi realizado tratamento anterior, sendo 22,2% tratamento farmacológico e 77,7% a colpoperineoplastia como tratamento cirúrgico. Nenhuma paciente havia realizado tratamento fisioterapêutico para a IUE anteriormente. Em relação ao uso de medicamentos para a IUE, 100% das mulheres não sentiram melhora nas perdas urinárias com a utilização dos mesmos e, aquelas que realizaram o procedimento cirúrgico relataram recidiva em aproximadamente sete anos.

Quanto ao uso de absorventes, 61,4% pacientes faziam uso desse artifício para manterem-se secas, sendo a mediana de trocas diárias de 2.

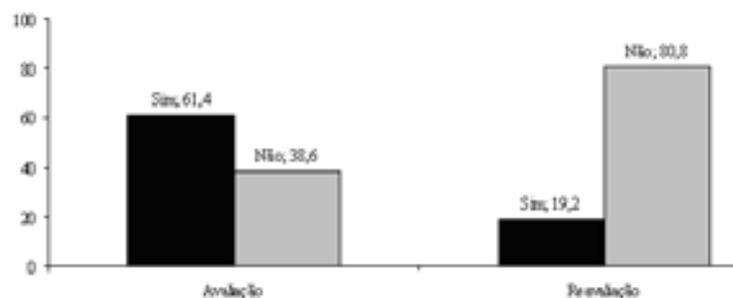
Com relação às atividades diárias em que ocorriam as perdas urinárias, aquelas que apresentaram maior destaque foram espirrar (100%), tossir (96%) e rir (76,8%). A quantidade de urina perdida durante esses episódios descritos acima foi de algumas gotas para 38,5% pacientes; um jato para 57,6% e perda completa para 3,8%. Para 36,3% das pacientes que possuíam ciclos menstruais, a frequência de perdas urinárias era maior durante o período pré-menstrual.

Finalizando o exame físico, a mediana da Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico pela palpação bidigital (AFA) foi classificada como 3, ou seja, função perineal objetiva, sem resistência opositora à palpação, conforme o Quadro 1.

Na reavaliação observou-se que atividades de perda urinária como: levantar da posição deitada e sentada, subir escadas e orgasmo não foram mais relatadas pelas pacientes. Outras situações como espirrar, saltar, correr, rir, tossir, levantar peso e contato com a água observou-se expressiva redução conforme o Gráfico 1.

**Gráfico 1:** Atividades de Perda Urinária: Avaliação e Reavaliação (%)

O número de absorventes utilizados por dia também diminuiu entre as pacientes, conforme o Gráfico 2, bem como a mediana de trocas que passou de 2 para 1. Essa diferença foi estatisticamente significativa segundo o teste de Wilcoxon com significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

**Gráfico 2:** Utilização de Absorventes por Dia: Avaliação e Reavaliação (%)

Na Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA), a mediana do teste de força dos músculos do elevador do ânus apresentou melhora de 3 (função perineal objetiva, sem resistência opositora à palpação) para 5 (função perineal objetiva e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 segundos). Segundo o teste de Wilcoxon, esse resultado foi significativo ao nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Quanto a adesão ao tratamento, destacamos que nenhuma paciente foi excluída do estudo por motivo de ausência de 3 sessões consecutivas, ou seja, 100% das mulheres que iniciaram o tratamento, finalizaram as 10 sessões propostas.

## Discussão

Os índices de prevalência da incontinência urinária

(IU) feminina sofrem variação de acordo com a metodologia adotada em cada estudo 18. No entanto, sabe-se que a prevalência de IU costuma ser alta na terceira idade. Estudos internacionais de Mardon et al. 19 e Huang et al. 20 apontam uma prevalência de 44% e 53%, respectivamente, entre mulheres com 65 anos ou mais. Frente ao envelhecimento populacional, acredita-se que a mulher passará cerca de um terço da sua vida em situação de hipoestrogenismo, sofrendo eventuais conseqüências. Assim, alternativas não cirúrgicas para o tratamento de patologias como a IU devem ser cada vez mais estudadas a fim de proporcionar uma opção segura de cura dos sinais e sintomas.

Nossa amostra demonstrou variação de idade (31 a 75 anos). A presença de mulheres jovens com sintomas de perda urinária pode ser justificada devido à uma série de fatores de riscos que estão associados à gênese da IU. Estudos de Higa, Lopes, Reis 18 e Dellú, Zácara e Schmitt 21 apontam como fatores de risco: idade, obesidade, paridade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, peso do recém nascido, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, fatores hereditários, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e prática de exercícios físicos.

Diante das características obstétricas investigadas nesse estudo, observa-se na Tabela 1 que a maioria das mulheres tinham pelo menos 1 parto normal ou cesárea. Segundo Dellú, Zácara e Schmitt 21, a realização de dois partos ou mais aumentam o risco de desenvolvimento da IU em 1,57 vezes, independente da via de parto. A ocorrência de episiotomia em 84,4% das pacientes também pode justificar a ocorrência de IU entre mulheres mais jovens.

Além dos fatores de risco mencionados acima, a deficiência da função muscular perineal também pode estar associada à gênese da IU<sup>2</sup>, levando, inclusive, à ocorrência de prolapso, conforme foi observado na amostra do estudo (65,4%).

Ainda no contexto das perdas urinárias, chamou atenção o tempo médio, em anos, que as participantes da amostra levaram para procurar ajuda a fim de solucionar esse quadro (7,04 anos). Auge et al. 10 afirmam que, embora seja a afecção subdiagnosticada, parte das mulheres não relatam a perda de urina, por constrangimento ou até por considerarem um processo natural. Guarisi et al. 22 mencionam que muitas mulheres com incontinência urinária não relatam a queixa ao médico se não forem objetivamente questionadas e Silvia e Lopes 23 afirmam que o desconhecimento sobre os tipos de tratamentos pode contribuir para a não procurarem ajuda profissional.

A recidiva dos sinais e sintomas após os procedimentos cirúrgicos foi constatada entre as mulheres da amostra podendo ser justificada segundo Feldner Jr et al. 6, pela

avaliação inadequada e o diagnóstico incorreto da etiologia da incontinência urinária. Procedimentos cirúrgicos sucessivos são vistos com menores índices de sucesso, além de maior risco cirúrgico e de complicações pós-operatórias. Um relatório do Kaiser Permanente Group indicou que 29% das cirurgias realizadas para incontinência e prolapso são refeitas, o que significa que das 400.000 cirurgias, 284.000 são primárias e 116.000 são recidivas. Estas estatísticas norte americanas mostram que a disfunção do assoalho pélvico é uma condição comum e incapacitante cujo tratamento cirúrgico ainda é falho.

Diante dessa realidade, o tratamento fisioterapêutico se constitui como uma alternativa não cirúrgica para solucionar o quadro de perdas urinárias em pacientes da rede pública de saúde. Os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são recomendados como tratamento inicial da disfunção e as taxas de cura / melhora clínica nos ensaios clínicos randomizados que incluem pacientes com incontinência mista e de esforço variam de 56 a 70 % 25.

Bø 26 e Balmforth et al. 27 afirmam que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico é um tratamento efetivo para a incontinência urinária de esforço e de sintomas mistos e, por isso, deve ser recomendada como terapia de primeira linha.

A eletroestimulação e a cinesioterapia estão comprovadas cientificamente 28,29 como terapêutica efetiva e segura no tratamento da incontinência urinária de esforço. Em um estudo realizado por Santos et al. 30, após duas sessões semanais de eletroestimulação endovaginal durante quatro meses, houve melhora dos índices de qualidade de vida das pacientes, diminuição do peso do absorvente no pad test e diminuição no número de perdas urinárias avaliadas pelo diário miccional. Barroso et al. 31 também encontrou resultados positivos através da terapêutica com eletroestimulação endovaginal: o percentual de cura ou melhora clínica foi de 87,5 % ao final do tratamento em 3 meses e de 66 % na reavaliação semestral.

Por fim, considerando que a gênese da perda urinária aos esforços é a falta de sustentação muscular do assoalho pélvico, a associação de recursos conservadores promovem propriocepção e reforço muscular de maneira rápida e eficaz.

O desenho metodológico do presente estudo não almejou apresentar a eficácia das técnicas fisioterapêuticas propostas, já que, as mesmas estão exaustivamente comprovadas na literatura mas demonstrar a melhora e/ou resolução do quadro sintomatológico de perdas urinárias em uma amostra com ampla faixa etária além da grande adesão das pacientes neste serviço prestado. Oferecer este tratamento na rede pública de saúde é inovador e

justificado pela busca constante do serviço por terapêuticas menos onerosas e mais eficazes, o que reitera sua viabilidade e manutenção.

### Referências bibliográficas:

1. Sand PK, Dmochowski R. Analysis of the standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynam* 2002; 21 (1): 167-78.
2. Wehrberg C, Temml C, Ponholzer A, et al. Incidence and remission of female urinary incontinence over 6.5 years: analysis of a health screening project. *Eur Urol* 2006; 50 (2): 327-32.
3. Porter ME, Teisberg EO. How Physicians Can Change the Future of Health Care. *JAMA*. 2007; 297 (10): 1103-1111.
4. Bernardes N, Peres FR, Souza ELBL, et al. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. *Rev Bras Ginecol e Obstet* 2000; 22 (1): 49-54.
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. Standardization Sub-Committee of the International Continence Society. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003; 61 (1): 37-49.
6. Feldner Jr PC, Sartori MGF, Lima de GR, et al. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(1): 54-62
7. DeLancey JOL. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: Achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1488-95.
8. Anger JT, Saigal CS, Madison R, et al. Increasing Costs of Urinary Incontinence Among Female Medicare Beneficiaries. *J Urol* 2006; 176: 247 – 251.
9. Cortes E, Kelleher C. Costs of female urinary incontinence. *Women's Health Medicine* 2005, 2 (6).
10. Auge AP, Zucchi CM, Costa FMP, et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(6): 352-7.
11. Kocak I, Okyay P, Dundar M, et al. Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. *Eur urol* 2005; 48: 634-641.
12. Shamliyan, Kane RL, Wyman J, et al. Systematic Review: Randomized, Controlled Trials of Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women. *Ann*

- Intern Med 2008; 148: 459-73.
13. Amaro JL, Gameiro MOO, Padovani CR. Treatment of urinary stress incontinence by intravaginal electrical stimulation and pelvic floor physiotherapy. *Int Urogynecol J* 2003; 14: 204 – 208.
14. Lopes MHBM, Marin HF, Ortega NRS, et al. The use of expert systems on the differential diagnosis of urinary incontinence. *Rev esc enferm USP* 2009; 43 (3): 704-710.
15. Gaya A. Ciências do Movimento Humano: Introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 149.
16. Moreno AL. Fisioterapia em Uroginecologia. São Paulo: Manole; 2004. p. 108, 128, 151.
17. Gameiro MO, Moreira ECH, Amaro JL. Exercícios Perineais. In: Amaro JL. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São Paulo: Segmento Farma, 2005. 328 p.
18. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev esc enferm USP* 2008; 42 (1): 187-192.
19. Mardon RE, Halim S, Pawlson L, et al Management of urinary incontinence in Medicare managed care beneficiaries: results from the 2004 Medicare Health Outcomes Survey. *Arch Intern Med* 2006; 166 (10): 1128-33.
20. Huang AJ, Brown JS, Thom DH et al. Urinary incontinence in older community-dwelling women: the role of cognitive and physical function decline. *Obstet Gynecol* 2007; 109 (4): 909-16.
21. Dellú MC, Zácara PMD, Schmitt ACB. Prevalence of urinary symptoms and associated obstetric factors in adult women. *Rev bras fisioter* 2008; 12 (6): 482-87.
22. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, et al. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001; 23 (7): 439-43.
23. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev esc enferm USP* 2009; 43 (1): 72-78
24. DeLancey JOL. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: Achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1488-95.24
25. Bø K, Sherburn M. Evaluation of Female Pelvic-Floor Muscle Function and Strength. *Physical Therapy* 2005; 85 (3): 269-282.
26. Bø K. Pelvic floor muscle exercise training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol* 2004; 15: 76-84.
27. Balmforth JR, Mantle J, Bidmead J, et al. A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *BJU International* 2006; 98 (4): 811-817.
28. Baracat EC, Lima GR. Ginecologia: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Manole, 2005
29. Haddad JM, Jorge Neto M, Gallo AN. Cones Vaginais. In: AMARO, J.L. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São Paulo: Segmento Farma, 2005. 328 p.
30. 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* 2009; 31 (9): 447-452.
31. Barroso JC, Ramos JG, Martins-costa S, et al. Transvaginal electrical stimulation in the treatment of urinary incontinence. *BJU International* 2004; 93 (3): 319-323.

**Endereço para correspondência:**

Janeisa Franck Virtuoso  
Rua Desembargador Pedro Silva, 2034 Bl. 8 Apto 14  
Bairro: Coqueiros  
Florianópolis – SC  
CEP: 88080-700  
E-mail: janeisav@yahoo.com.br