

FISIOTERAPIA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA – RELATOS DE CASO

PHYSIOTHERAPY IN WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE - CASE REPORTS

LUDIMILA APARECIDA CASTRO. Fisioterapeuta egressa da Uniaraxá.

GISELLE CUNHA MACHADO. Fisioterapeuta Mestra em Fisioterapia, Coordenadora do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética, Professora e Supervisora de Estágio no Centro Universitário do Planalto de Araxá.

ANA PAULA NASSIF TONDATO DA TRINDADE. Centro Universitário do Planalto de Araxá/Professora.

Av. Min. Olavo Drummond, 05 - São Geraldo, Araxá - MG, CEP 38180-129. E-mail: anapaulanassif@yahoo.com.br

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina. Afeta grande parte das mulheres, que muitas vezes não procuram tratamento por desconhecimento ou por vergonha. A fisioterapia tem grande importância no tratamento da IU. Trabalha principalmente com o fortalecimento do assoalho pélvico. O objetivo desse trabalho foi avaliar os efeitos do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária em mulheres que apresentam o quadro de incontinência urinária. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, descritivo e longitudinal, realizada na Fundação de Amparo a Mulher Araxaense. Na avaliação, foram aplicados os questionários de incontinência urinária (ICIQ-SF), pad test, e o teste bidigital. Após avaliação inicial as pacientes foram submetidas ao tratamento fisioterapêutico, que consistia em exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Foram realizadas 10 sessões de fisioterapia. Foram submetidas ao tratamento três pacientes com idade média de 55,3 anos s. As três voluntárias tiveram 3 gestações. Todas estão acima do peso e uma das participantes apresenta obesidade grau III. Duas praticam atividade física e nenhuma delas faz uso de hormonioterapia. Todas as participantes do estudo apresentam os fatores de risco mais comuns para a IU. Inicialmente todas relataram que a IU afetava a qualidade de vida, sendo que após o tratamento esse impacto já havia diminuído. Através da avaliação pelo teste bidigital todas as participantes apresentaram melhora. Conclui-se que a intervenção fisioterapêutica, nesse grupo estudado, foi eficaz para a qualidade de vida das pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência Urinária. Força Muscular. Assoalho Pélvico. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is the involuntary loss of urine. It affects most women, who often do not seek treatment because of ignorance or shame. Physiotherapy has great importance in the treatment of UI. It works mainly with

the strengthening of the pelvic floor. The objective of this study was to evaluate the effects of physical therapy treatment on urinary incontinence in women presenting with urinary incontinence. This is a qualitative, descriptive and longitudinal case study carried out in the Fundação de Amparo a Mulher Araxaense. In the evaluation, the urinary incontinence questionnaires (ICIQ-SF), pad test, and the bidigital test were applied. After initial evaluation the patients were submitted to the physiotherapeutic treatment, which consisted of exercises to strengthen the pelvic floor muscles. 10 sessions of physical therapy were performed. Three patients with a mean age of 55.3 years were submitted to treatment. The three volunteers had 3 pregnancies. All are overweight and one of the participants has grade III obesity. Two practice physical activity and none of them use hormone therapy. All study participants have the most common risk factors for UI. Initially all reported that the UI affected the quality of life, and after treatment that impact had already decreased. Through the evaluation by the bidigital test all participants showed improvement. It was concluded that the physiotherapeutic intervention in this group was effective for patients' quality of life

KEYWORDS: Urinary Incontinence. Muscle Strength. Pelvic Floor. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

O Assoalho Pélvico (AP) representa a camada muscular que auxilia nos órgãos pélvicos (MESSELINK et al., 2005). É formado pelos músculos: elevador do ânus, pubovaginal e coccígeo (MORENO, 2004). Sua função é de sustentar os órgãos pélvicos, fechar a pelve e suportar as vísceras na posição vertical, manter a incontinência urinária e fecal. É importante também para a função sexual (MORENO, 2004; ZUCCHI, 2003).

A continência urinária depende de uma série de fatores. É mantida quando existe um controle de sustentação anatômica do trato urinário, função esfinteriana normal. Necessita da continuidade de superfície entre a bexiga e a uretra, pressão intra-uretral maior que a intravesical. Precisa ainda da manutenção da integridade do músculo detrusor e inervação preservada da musculatura lisa da uretra e do músculo esquelético do esfíncter externo (PALMA; PORTUGAL, 2009).

Segundo a Sociedade Internacional de Continência, a Incontinência Urinária (IU) é definida como perda involuntária de urina (VIRTUOSO; MAZO; MENEZES, 2011).

A classificação de incontinência urinária (IU) pode ser de três formas: a incontinência de esforço (IUE) onde ocorre perda de urina a qualquer esforço físico, mesmo sem a ação do músculo detrusor. A incontinência urinária por urgência (IUU) em que ocorre um forte desejo de urinar, sem controle miccional. E por último a incontinência urinária mista (IUM) que apresenta características de ambas a de esforço e a de urgência (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Vários fatores podem causar IU: o climatério, devido à diminuição dos níveis de estrogênio, gestação e parto vaginal, trauma neuromuscular, alterações morfológicas, obesidade, câncer de bexiga e tabagismo (COSTA; SANTOS, 2012).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde, a qualidade de vida (QV) é classificada por diversos fatores, com base nas seguintes dimensões: saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais e meio ambiente (GOMES et al., 2013).

Nesse contexto, é importante mencionar que o impacto da perda involuntária de urina, provoca problemas psicoemocionais, com grandes efeitos que limitam as atividades diárias e a interação social, afetando a auto avaliação da saúde e a qualidade de vida de mulheres com esse problema (TEUNISSEN et al., 2006). Afeta a QV da mulher no âmbito físico, social, sexual e psíquico. Causando-se assim, uma diminuição de suas atividades sociais e físicas, conseqüentemente, leva a alterações a nível emocional, incluindo a baixa autoestima, depressão, vergonha e isolamento (FERREIRA; SANTOS, 2012).

A avaliação funcional da IU é realizada pelo fisioterapeuta. O profissional faz a avaliação inicial (anamnese e medições), intervenção e avaliação final da função da musculatura do assoalho pélvico – (FMAP) e aplicação de questionários que avaliem a qualidade de vida das pacientes (KNORST et al., 2013).

De acordo com o exposto acima, justificamos nosso trabalho, uma vez que a IU, afeta em grande parte mulheres, devido suas diversas causas. Mesmo com a presença dessa síndrome, algumas mulheres não procuram tratamento.

A importância desse estudo se deve ao levantamento do impacto que a IU causa na vida das mulheres e como o tratamento fisioterapêutico pode minimizar esse impacto.

Na década de 1940, Arnold Kegel desenvolveu os exercícios perineais. Com a função de analisar a contração da musculatura perineal, com o perineômetro, avaliava a pressão, facilitando a reeducar a contração do assoalho pélvico. Como objetivo fisioterapêutico, os exercícios perineais podem ser utilizados juntamente com o biofeedback (PINHEIRO et al., 2012).

O tratamento fisioterapêutico é de baixo custo, baixo risco e eficaz no tratamento da IU, sendo indicada pela Sociedade Internacional de Continência como a opção de primeira linha para o tratamento (FRIGO; BITENCOURT; PRIVETTA, 2014).

A fisioterapia é uma profissão regulamentada pelo Decreto-Lei 938 de 1969 e, desde então, evoluiu técnica e cientificamente, tornando-se uma área indispensável às equipes de Saúde. A normatização e a fiscalização são de incumbência do sistema integrado pelo Conselho Federal e pelos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia ocupacional (CREFITO, 2015).

O fisioterapeuta, possui formação acadêmica superior. É habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais que a partir disso consegue prescrever condutas fisioterapêuticas que irão melhorar a evolução do quadro clínico funcional fornecendo retorno das atividades normais de vida diária. Atividade de saúde, regulamentada pelo Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94.

Este trabalho buscou relatar o impacto do tratamento fisioterapêutico nas mulheres que apresentam o quadro de incontinência urinária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo quali-quantitativa, descritiva e

transversal, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme protocolo número 00834/01.

A diretoria da Fundação de Amparo a Mulher Araxaense (FAMA), foi previamente consultada sobre o estudo e após analisado os termos autorizou a coleta de dados na instituição.

As participantes do trabalho foram informadas sobre os objetivos e procedimentos e após concordarem em participar do estudo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a resolução 466/2012 que normatiza a pesquisa com seres humanos. Essa pesquisa não teve nenhum ônus aos indivíduos da pesquisa. Foram orientados sobre o sigilo e que sua adesão à pesquisa poderia ser retirada a qualquer instante.

A pesquisa foi realizada no setor de Fisioterapia em Saúde da mulher, na FAMA.

Foram avaliadas todas as mulheres com diagnóstico de incontinência urinária que se dispuseram participar do estudo, no período de abril a junho de 2016.

Participaram do estudo pacientes do sexo feminino, com idade acima de 18 anos, que realizaram tratamento fisioterapêutico para tratamento de incontinência urinária na FAMA e que concordaram com os procedimentos que foram aplicados.

Foram excluídas as pacientes que não aderiram ao tratamento proposto, mulheres que foram submetidas à histerectomia total ou parcial, ooforectomia, em uso de hormonioterapia, histórico de câncer genital, infecção ou inflamação do sistema urinário.

Foram utilizados questionários impressos e aplicados pela pesquisadora. Os instrumentos foram questionário de incontinência urinária (ICIQ), o teste bidigital e o pad test, além de uma avaliação inicial com os dados clínicos das pacientes idade, peso e altura, estado civil, gestações, aborto espontâneo, número de filhos, acompanhamento ginecológico, faz uso de hormonioterapia, sente dor durante a relação sexual, pratica atividade física regularmente, peso, altura e IMC.

O questionário de incontinência urinária – ICIQ usado para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária das pacientes analisadas. Avalia, através de questões, a frequência, a quantidade e o impacto da IU na vida diária, além de um grupo de oito itens relativos a causas ou situações de IU vivenciadas pelos respondentes. O escore geral é obtido pela soma dos escores das questões 3, 4 e 5, varia de 0 a 21. Quanto maior o escore, maior o impacto sobre a qualidade de vida (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

Para a avaliação da força muscular foi feito o teste bidigital. O teste bidigital é realizado através da palpação intravaginal, com ênfase na musculatura do assoalho pélvico. Com a paciente na posição ginecológica, em flexo-abdução de coxofemoral e os pés apoiados sobre a maca, a fisioterapeuta introduz dois dedos na cavidade vaginal (2–3 cm) da paciente e solicita-a para realizar uma contração máxima (LANGONI et al., 2014). A graduação da força dos músculos do assoalho pélvico pode ser obtida através da escala de Ortiz ou Oxford. Para o trabalho adotamos a escala de Ortiz.

A escala de Ortiz foi usada para classificar a função da musculatura do assoalho pélvico. Classifica a função em graus de 0 a 5. Grau 0 – ausência de função perineal, mesmo na palpação; grau 1 – ausência de função perineal,

detectada com palpação; grau 2 – função perineal fraca, detectada com palpação; grau 3 – função perineal existente, sem palpação; grau 4 – função perineal existente e resistência contrária à palpação preservada, por menos de 5 segundos; grau 5 – função perineal existente e resistência contrária à palpação preservada, por mais de 5 segundos (KNORST et al., 2012).

O teste bidigital foi utilizado para avaliação do grau da força muscular dos músculos do assoalho pélvico (MAP) de todas as mulheres, que realizaram tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária na FAMA. O teste foi realizado mediante autorização das pacientes, explicando-se a elas o procedimento da técnica, de maneira clara e objetiva.

Na realização do teste, foram usadas luvas estéreis, para devida higienização. Introduzindo os dedos indicador e médio, a uma profundidade de 2 a 3 cm, no canal vaginal de cada paciente, pedindo a ela que contraísse ao máximo os músculos do assoalho pélvico. Em seguida, observou-se a classificação da força muscular dos MAP, através da Escala de Ortiz.

O pad test ou teste do absorvente é um teste que quantifica a perda de urina em mulheres submetidas a manobras de esforço corriqueiras como agachar, andar, correr, subir e descer escadas; mensurada através da pesagem de um absorvente previamente aferido. O teste pode ser realizado em curto período, no qual perdas superiores a 1 g caracterizam a IU, ou domiciliar (24 h), no qual perdas superiores a 8 g caracterizam a IU. Testes de 24 h são mais fidedignos para representar a perda urinária (GUARDA, 2007). Quando o pad test é realizado em 1 hora apresenta a seguinte graduação: grau 0 até 2 gramas – completamente seca, grau 1 de 2 a 10 gramas – perda leve; Grau 2: de 10 a 50 gramas – perda moderada; Grau 3: mais de 50 gramas – perda grave (RODRIGUES et al., 2005).

Para a realização do pad test, as pacientes foram orientadas a beberem 500 ml de água e em seguida, colocarem um absorvente. Esse absorvente foi previamente pesado. A paciente realizou uma série de atividades: andou (caminhada ritmada) por 30 minutos; subiu 20 degraus; desceu 20 degraus; sentou-se e se levantou 10 vezes; tossiu 10 vezes; correu no lugar durante 1 minuto; pegou objeto no chão e subiu 5 vezes; lavou as mãos em água corrente, por 1 minuto.

Logo após, foi aplicado o questionário de incontinência urinária, em que as pacientes responderam questões, sobre o quanto a perda urinária afetava sua vida, no dia a dia; com que frequência elas perdem urina, quando perdem e a quantidade que imaginam perder. Sendo somado no final, o escore para classificar essa perda urinária. O escore geral é obtido pela soma das questões 3, 4 e 5, o qual varia de 0 a 21. Quanto maior o escore, maior o impacto sobre a qualidade de vida.

Os questionários foram aplicados por apenas uma avaliadora para que não ocorresse falsa interpretação dos resultados, sempre acompanhada pela fisioterapeuta responsável pelo setor.

Após a avaliação, as pacientes foram submetidas ao tratamento fisioterapêutico, que consistiu em exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Os exercícios foram realizados dentro do limite das pacientes. Foram realizados exercícios de reeducação da respiração diafragmática; consciência sensorial do assoalho pélvico; coordenação da respiração com atividade da musculatura do assoalho pélvico; exercícios de ponte associada à contração do períneo; contração da musculatura abdominal

e assoalho pélvico e manutenção da contração da musculatura do assoalho pélvico mantida por 5 segundos.

Em seguida, aos exercícios abdominais e de conscientização do assoalho pélvico, foram realizados exercícios funcionais com a bola suíça. A série de exercícios foi iniciada com a paciente sentada, na bola suíça, realizando exercícios de contração perineal associado à mobilidade pélvica, através de movimentos latero-laterais, anteroposteriores ou em movimento de 8 com a pelve. Em todos os exercícios ela ao mesmo tempo em que fez a contração do períneo, sendo que contadas 20 contrações de 6 segundos com 12 segundos de repouso e 20 contrações de 2 segundos com 6 segundos de repouso. Em seguida a paciente realizou pequenos saltitos (sentando-se e se levantando rapidamente), sobre a bola, ao mesmo tempo em que fez a contração do períneo, sendo que foram contadas 20 contrações de 6 segundos com 12 segundos de repouso e 20 contrações de 2 segundos com 6 segundos de repouso.

Foram realizadas 10 sessões de tratamento. Ao final do tratamento fisioterapêutico, as pacientes foram reavaliadas através do pad test, teste bidigital, e ICIQ-SF. Após as 10 sessões as pacientes foram reavaliadas e as que necessitaram continuaram o tratamento até a melhora do quadro apresentado.

Os resultados obtidos foram calculados através da média dos scores dos questionários ICIQ e sócio demográfico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi um estudo de caso. Participaram 3 voluntárias da cidade de Araxá. A idade média delas foi de 55,3 anos, com faixa etária de 45 a 68 anos; a média de peso foi de 85,3 kg e altura 163,5 cm. Foram adotados nomes fictícios, para não se identificar as pacientes avaliadas. Os resultados serão apresentados divididos da seguinte forma: Dados relativos ao questionário sócio demográfico, que são fatores considerados de risco para se desenvolver a IU. Em seguida serão apresentados os resultados obtidos no questionários ICIQ-SF. Depois os dados obtidos na avaliação de força muscular e por fim, os resultados do pad-test.

Caracterização das pacientes:

As três voluntárias tiveram 3 gestações, sendo que uma teve um aborto espontâneo. Todas estão acima do peso sendo e uma das participantes apresenta obesidade grau III, de acordo com a classificação do IMC. Duas praticam atividade física e nenhuma faz uso de hormonioterapia. Todas as participantes do estudo apresentam os fatores de risco mais comuns para a IU: sobrepeso, gestação múltipla e idade. Esses fatores são confirmados pela literatura.

A primeira voluntária foi Ana, uma mulher de 53 anos, casada, com peso 128,5 kg, altura 163,5 cm, IMC 48,36 kg/m², sendo classificada de acordo com a OMS em obesidade grau III (muito severa). Apresentou 3 gestações, 3 filhos, não teve nenhum aborto, não pratica atividade física e não faz uso de hormonioterapia.

A segunda voluntária foi Maria, uma mulher de 68 anos, casada, com peso 64,5 kg, altura 1.47 cm, IMC 29,8 kg/m², sendo classificada de acordo

com a OMS em sobrepeso. Apresentou 3 gestações, 3 filhos, não teve nenhum aborto, pratica atividade física, faz acompanhamento ginecológico, não sente dor durante a relação e não faz uso de hormonioterapia.

A terceira voluntária foi Beth, uma mulher de 45 anos, casada, com peso 63 kg, altura 1.50 m, IMC 28 kg/m², sendo classificada de acordo com a OMS em sobrepeso. Apresentou 3 gestações, 2 filhas, 1 aborto, pratica atividade física, faz acompanhamento ginecológico, não sente dor durante a relação e não faz uso de hormonioterapia.

Segundo Pedro et al. (2011), durante o ciclo gravídico puerperal, ocorrem alterações no corpo da mulher, como o enfraquecimento dos músculos do períneo, aumento da pressão intra-abdominal e alterações hormonais, sendo fatores de risco para desenvolver a IU. Segundo Lopes e Praça (2010), no período de gravidez, trabalho de parto ou durante o parto e o puerpério, as mulheres têm maior risco de desenvolver IUU ou aos IUE, devido as mudanças que acontecem no trato genital e urinário da mulher. Causando por exemplo, o aumento da frequência miccional.

Segundo Fuganti et al. (2011), a obesidade está relacionada à IUE, devido ao aumento da pressão intra-abdominal, podendo ser resultante de obesidade central, em mulheres obesas. Segundo Castro et al. (2012), a obesidade é um fator de risco modificável. Quando os obesos perdem peso por cirurgia, melhora os sintomas da IU, podendo ser eficaz no tratamento da mesma.

Segundo Silva e Moraes (2006), em mulheres sedentárias, o risco de ocorrer diminuição da força dos músculos do assoalho pélvico é maior, pois, os exercícios físicos são fundamentais para fortalecer esses músculos. Segundo Pensin et al. (2012), alguns pesquisadores relatam, que a prática de atividade física, recomendada por profissionais da área da saúde, é considerada como fator de risco de IU, para mulheres jovens e fisicamente ativas.

Segundo Pitangui, Silva e Araújo (2012), com o avanço da idade, ocorrem algumas alterações no sistema urinário feminino, como por exemplo, atrofia da uretra, enfraquecimento da MAP, diminuição da elasticidade uretral, aumentando-se assim, a frequência miccional e o surgimento da incontinência por urgência e da IUE.

Segundo Virtuoso, Mazo e Menezes (2011), principalmente as mulheres, com o decorrer da idade, tendem a ter distúrbios urinários devido a alterações fisiológicas, como diminuição de fibras colágenas, diminuição da capacidade de armazenamento da bexiga e baixos níveis de hormônios, como o estrógeno, na pós-menopausa.

RESULTADO DO ICIQ-SF

Ana apresentou no questionário ICIQ-SF escore de 18 pontos, sendo que na avaliação de quanto a IU interfere em sua vida, a paciente relatou 9. Já na reavaliação através do ICIQ-SF, sua pontuação foi de 10 pontos, e na questão sobre o quanto a IU interferia em sua vida, a paciente relatou 2. Durante a reavaliação ao responder o questionário ICIQ-SF, a paciente relatou melhorar a perda urinária, principalmente durante os esforços (tossir e espirrar) e relata que a IU já não afeta muito sua qualidade de vida.

Já Maria, apresentou no questionário ICIQ-SF escore de 16 pontos, sendo que na avaliação de quanto a IU interfere em sua vida, a paciente

relatou 7. Já na reavaliação através do ICIQ-SF, sua pontuação foi de 15 pontos, e na questão sobre o quanto a IU interferia em sua vida, a paciente relatou 10. Durante a reavaliação ao responder o questionário ICIQ-SF, a paciente relatou que a perda urinária ainda era moderada, principalmente antes de chegar ao banheiro e sem razão óbvia. Relata também que a perda urinária afeta muito sua qualidade de vida.

Beth apresentou no questionário ICIQ-SF escore de 6 pontos, sendo que na avaliação de quanto a IU interfere em sua vida, a paciente relatou 3. Já na reavaliação através do ICIQ-SF, sua pontuação foi de 4 pontos, e na questão sobre o quanto a IU interferia em sua vida, a paciente relatou 1. Durante a reavaliação ao responder o questionário ICIQ-SF, a paciente relatou ter melhorado a perda urinária, principalmente durante as atividades físicas e quando está se vestindo. Relata também que a perda urinária já não afeta sua qualidade de vida.

É importante a aplicação do questionário ICIQ-SF, durante a avaliação da IU, pela inferência que a mesma aponta para o quanto a IU afeta a qualidade de vida das pacientes e por este ser um método de fácil aplicação.

Segundo Pereira e colaboradores (2010), o questionário de incontinência urinária ICIQ-SF tem sido bastante utilizado como instrumento de avaliação da IU por ser um método simples e a própria paciente pode respondê-lo. Pereira e colaboradores (2010), também afirmam que o questionário ICIQ é eficaz na avaliação da IU, podendo quantificar a perda urinária. Segundo levantamento feito por Knorst e colaboradores (2013), os pacientes relataram ter melhorado ou cessado a perda urinária, confirmando o sucesso do tratamento e aplicação de técnicas baratas.

Segundo Almeida e Machado (2012), O ICIQ-SF avalia a frequência e a gravidade que a perda urinária causa na vida das mulheres, através de quatro questões, abordando também oito questões sobre a causa da IU, ambas sendo respondidas por elas mesmas. Segundo BIASON et al. (2013), O ICIQ-SF é formado por questões sobre a perda urinária, das quais soma-se o escore final que varia de 0 a 21, sendo que 0 não afeta a qualidade de vida e 21 afeta muito a qualidade de vida, sendo 0: sem IU; 3-7: IU leve; 8-14: IU moderada; 15-21: IU grave.

RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA FORÇA DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO – TESTE BIDIGITAL

O teste bidigital é usado como instrumento de avaliação dos músculos do assoalho pélvico (MAP), medindo o grau de contração muscular da vagina da mulher e serve também para que a mulher possa conhecer seu corpo.

Ana, no teste bidigital, apresentou função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais que 5 segundos à palpação, obtendo grau 3 no teste bidigital (Escala de Ortiz). Após a décima sessão, a paciente foi submetida a uma reavaliação de força do MAP. Na qual apresentava grau 4 de força muscular do assoalho pélvico (pela Escala de Ortiz), com função perineal objetiva e presente, resistência opositora mantida mais do que 5 segundos à palpação.

Maria, no teste bidigital, apresentou função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais que 5 segundos à palpação, obtendo grau 3 no teste bidigital (Escala de Ortiz). Após a décima sessão, a paciente foi

submetida a uma reavaliação de força do MAP. Na qual apresentava grau 4 de força muscular do assoalho pélvico (pela Escala de Ortiz), com função perineal objetiva e presente, resistência opositora mantida mais do que 5 segundos à palpação.

Beth, no teste bidigital, apresentou função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais que 5 segundos à palpação, obtendo grau 3 no teste bidigital (Escala de Ortiz). Após a décima sessão, a paciente foi submetida a uma reavaliação de força do MAP. Na qual apresentava grau 4 de força muscular do assoalho pélvico (pela Escala de Ortiz), com função perineal objetiva e presente, resistência opositora mantida mais do que 5 segundos à palpação.

Segundo Antonioli e Simões (2010), o teste bidigital é usado na avaliação fisioterapêutica para quantificar o grau de contração e para a mulher conhecer seu corpo, conseguindo relaxar a musculatura do assoalho pélvico durante a relação sexual.

Fitz et al. (2012), para avaliação da força muscular do assoalho pélvico, mediante teste bidigital, o valor avaliado pela escala de Ortiz ou Oxford, deve ser maior ou igual a três.

Em seus estudos, Moreira (2010), ao avaliar a força muscular do assoalho pélvico, em mulheres continentas e incontinentes, através da palpação bidigital e perineometria, concluiu-se que mulheres incontinentes, tinham diminuição da força muscular ao comparar-se às continentas.

Em seus estudos Dannecker et al. (2012), analisou a musculatura do assoalho pélvico por meio da palpação digital vaginal e da escala de função muscular de Oxford, obtendo-se assim, um aumento considerável da contração muscular, após exercícios cinesioterapêuticos, sendo eficaz até em mulheres com IU severa.

Nossos resultados vão de encontro com a literatura ao mostrar ganho da musculatura do assoalho pélvico como fator importante na diminuição da IU.

RESULTADO DO PAD-TEST

Na avaliação, Ana apresentou como resultado, 0,010 g e na reavaliação 0,005 g. Já Maria, na avaliação do pad teste, apresentou como resultado 0,010g e na reavaliação 0,010 g. Beth na avaliação do pad teste, apresentou como resultado 0,005 g e na reavaliação 0 g.

Segundo Júnior e colaboradores (2008), no pad teste, o valor de perda urinária acima de 1 g/h é positivo para IU, mas não é um teste que consta o tipo de IU da paciente. Segundo Karantanis et al. (2003), o pad teste, apresenta forte confiabilidade, medida pelo coeficiente de correlação intraclasse, com valor igual a 0,78. Segundo Albuquerque et al. (2011), o pad test de uma hora, por ser um método simples, ajuda a paciente a esclarecer dúvidas e seu quadro clínico, diante à IU.

Passos, Guiselini e Pereira (2011), em seu estudo, através do pad test, avaliaram a perda urinária em uma atleta de Power lifting com IUE, antes da prática de exercícios físicos. Na qual o resultado inicial foi de 85 g, sendo uma perda urinária (IUE) muito grave. Após realizar 10 sessões de fisioterapia, foi feita a reavaliação da perda urinária da paciente, observando-se que não houve perda urinária durante os exercícios.

Segundo Cardoso e Delfino (2014), ao avaliar a perda urinária da

paciente pelo pad test, no pré tratamento, a perda urinária foi de 8g e no pós tratamento, o resultado foi 0 g, não havendo perda urinária.

Nossos resultados coincidem com a literatura, uma vez que após o tratamento fisioterapêutico, as pacientes apresentaram manutenção ou diminuição do valor obtido através do pad test, indicando que para esse grupo a fisioterapia foi eficaz.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a intervenção fisioterapêutica, nesse grupo estudado, foi eficaz para a melhora da qualidade de vida das pacientes. Diante o quadro de perda urinária, elas relataram não estar perdendo urina com tanta frequência e sua força muscular do assoalho pélvico, teve melhora, aumentando-se assim o grau de contração. Relataram ainda não sentir mais desconforto ao realizar suas atividades diárias.

Em vista dos resultados obtidos e por se tratar de um estudo com um número pequeno de participantes, sugerimos o desenvolvimento de novos estudos em população maior, para melhor estudar o impacto que a fisioterapia pode proporcionar para pacientes com esse quadro clínico.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. T. et al. Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-menopausa. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 33, n. 2, p.70-4, 2011.

ALMEIDA, P. P.; MACHADO, L. R. G. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 55-65, jan./mar. 2012.

ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc** v. 18, n. 2, p. 267-274, 2010.

BIASON, D.; SEBBEN, V.; PICCOLI, C. T. Importância do fortalecimento da musculatura pélvica na qualidade de vida de mulher com incontinência urinária aos esforços. **FisiSenectus . Unochapecó.** Ano 1 - Edição especial - 2013 p. 29-34.

CARDOSO, K. K. B.; DELFINO, M. M. Intervenção fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço causada pela endometriose: estudo de caso. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. 6, n. 2, p. 704-710, 2014.

CASTRO, L. A. et al. Efeitos da cirurgia bariátrica na função do assoalho pélvico. **ABCD, arq. bras. cir. dig.** v.25, n.4, São Paulo Oct./Dec. 2012.

COFFITO. Conselho Federal De Fisioterapia E Terapia Ocupacional. Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94

COSTA, A. P.; SANTOS, F. D. R. P. Abordagem da fisioterapia no tratamento da

incontinência urinaria de esforço: revisão da literatura. **FEMINA**, v.40, n.2, Março/Abril, 2012.

CREFITO 4. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região, [S.l.: s.n.], 2015.

DANNECKER, C. et al. 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**. V.273, n. 2, p. 93-7, 2005.

FERREIRA, M.; SANTOS, P. C. Impacto dos programas de treino na qualidade de vida da mulher com incontinência. **Rev. Port. Sau. Pub.** v.30, n.1, p.3-10, 2012.

FRIGO, L. F.; BITENCOURT, T. F.; PIVETTA, H. M. F. A influência da incontinência urinária na satisfação sexual e na qualidade de vida em mulheres climatéricas. **Revista de epidemiologia e controle de infecção**. Ano IV, v. 4, n. 4, Out/Dez, 2014.

GOMES, A. G. P. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 2, p. 181-192, maio/ago 2013.

GUARDA, R.I. et al. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. **FEMINA**.v.35, n.4, p. 219-227. 2007.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M.; REIS, M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-192, Mar. 2008.

JÚNIOR, J. A. D. R. et. al.; Incontinência urinária feminina: da medicina baseada em evidências para clínica diária. **Envelhecimento humano** v. 7, n. 1, jan/jun. 2008.

KARANTANIS, E. et al. The 24-Hour Pad Test in Continent Women and Men: Normal Values and Cyclical Alterations. **Int J Obst Gynaecol**, v. 110, p. 567-571, 2003.

KNORST, M. R. et al. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 16, n. 2, p. 102-7, mar./abr. 2012.

KNORST, M. R. et. al.; Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo, v.20, n.3, July/Sept. 2013.

LANGONI, C. S. et al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. **Fisioter Pesq.** v. 21, n. 1, p. 74-80, 2014.

LOPES, D. B. M.; PRAÇA, N. S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.19, n.4, p.667-674, 2010.

MESSELINK, B.; et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the international continence society. **Neurourol and Urodynamics**, New York, v. 24, n. 4, p. 374–380, 2005.

MOREIRA, E. C. H.; ARRUDA, P. B. Força muscular do assoalho pélvico entre mulheres continentares jovens e climatéricas. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde**. Londrina, v. 31, n. 1, p. 53-61, jan./jun. 2010.

PALMA, P. C. R. PORTUGAL, H. S. P. Anatomia do assoalho pélvico. In: PALMA, P.C.R. (ed.). **Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. p.25-37.

PASSOS, J. N.; GUISELINI, S. N.; PEREIRA, C. Intervenção fisioterápica na incontinência urinária de esforço em atleta de Powerlifting – Estudo de Caso. **Ter Man**. v. 8, n. 39, p. 454-460, 2010.

PEDRO, A. F. et al. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.). Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, ago. 2011.

PENSIN, L.A. et al. Prevalência de incontinência urinária em mulheres do curso de educação física da Universidade do Sul de Santa Catarina, campus Tubarão. **Arq. Catarin. Med.** 2012; v. 41, n. 4, p. 42-46.

PEREIRA, V. S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 33, n. 4, p. 182-7, 2011.

PINHEIRO, B. F. et al. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 25, n. 3, p. 639-648, jul./set. 2012.

PITANGUI, A. A. R.; SILVA, R. G.; ARAÚJO, R. C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 619-626, 2012.

RODRIGUES, N.C. et.al. Exercícios perineais, eletroestimulação e correção postural na incontinência urinária – estudo de casos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.18, n.3, p. 23-29, jul./set., 2005.

SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 338-47, Abr-Jun, 2012.

VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C.; Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular. **Rev. bras. fisioter.** São carlos, v.15 n.4, Aug./Sept. 2011 Epub Aug 19, 2011.