

A FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DA MULHER IDOSA: REVISÃO DE LITERATURA

Emilene Silva de Jesus¹
Elaine Cartaxo²

Resumo: A ICS define a incontinência urinária como a queixa de perda involuntária de urina. Está usualmente associada ao envelhecimento da mulher, que causa alterações no trato urinário inferior, e ao número de filhos paridos. O objetivo deste estudo foi sistematizar o conhecimento acerca da eficácia das diferentes modalidades fisioterapêuticas indicadas para o tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. Foi realizada uma revisão de literatura, cujas bases de dados foram LILACS e MEDLINE, nas quais os artigos utilizados estavam compreendidos num período entre 1999 e 2006. Teve como critérios de inclusão artigos que abordavam a incontinência urinária em idosos, bem como a utilização de modalidades fisioterapêuticas no tratamento de mulheres idosas e como critérios de exclusão artigos que abordavam somente tratamento cirúrgico e ou medicamentoso da IU feminina. Após a busca de artigos nas bases de dados selecionadas, 23 foram utilizados para esta revisão, bem como um trabalho de livre docência e quatro livros. Dos artigos utilizados, cinco estavam na língua inglesa e os demais na língua portuguesa. Excetuando-se alguns livros, que foram utilizados para a composição da introdução, a metodologia empregada foi composta predominantemente por estudos de intervenção e apenas um era revisão de literatura. Dentre os estudos de intervenção utilizados para a discussão oito eram ensaios clínicos, um era coorte, um estudo de casos e um casuística. Deste estudo pode-se concluir que a fisioterapia traz bons resultados no tratamento da IU das mulheres idosas, visto que os sinais e sintomas são melhorados ou curados quando suas técnicas são introduzidas na terapia.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Fisioterapia; Assoalho pélvico

INTRODUÇÃO

Segundo Abrams et al, (2002), a Sociedade Internacional de Continência define a incontinência urinária (IU) como a queixa de perda involuntária de urina; incontinência urinária de esforço (IUE), como a queixa de perda involuntária de urina sincrônica ao esforço, espirro ou tosse; incontinência de urgência, como a queixa de perda involuntária de urina associada ou imediatamente precedida por urgência miccional; incontinência urinária mista, como a queixa de perda involuntária de urina associada com urgência e também com o esforço, espirro ou tosse. Está usualmente associada ao envelhecimento da mulher e ao número de filhos paridos, segundo Glashan et al, (2002). De acordo ainda com Glashan et al, (2002), a prevalência de IU em idosas não institucionalizadas e com idade superior a 60 anos, varia de 15% a 30%. Em idosas institucionalizadas esta prevalência é de 50% ou mais, segundo Pauls, (2002). Bernardes et al em (2000) afirmaram que a forma de IU que apresenta maior prevalência é a incontinência urinária de esforço genuína (IUEG), constituindo-se em 60% dos casos de incontinência feminina de acordo com .

¹ Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Católica do Salvador – UCSal; Voluntária no ambulatório de Fisioterapia Uroginecológica do Hospital das Clínicas; Fisioterapia Uroginecológica da Clínica TRATDOR. E-mail: emilene.fisio@gmail.com. - Autora

² Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Católica do Salvador – UCSal; Especialista em Geriatria e Gerontologia (UCSal) e Especialista em Fisioterapia Aplicada a Ortopedia e Traumatologia (FBDC). E-mail: elaine.cartaxo@hotmail.com.

A relação de prevalência entre mulheres e homens é 2:1, segundo Glashan et al, (2002). “Aproximadamente 10,7% das mulheres brasileiras procuram atendimento ginecológico queixando-se de perda urinária” (Herrmann et al, 2003). “Em média, as mulheres permanecem de cinco a oito anos com IU até que algum profissional da área da saúde questione sobre o assunto, acarretando piora dos sintomas, comprometendo auto-estima, dificultando o relacionamento com as pessoas”(Glashan et al, 2002) e “alterando negativamente a qualidade de vida da maioria delas (Weinberger, 1997). Segundo Pauls, (2002), dentre os subtipos de IU estão: urgência, de estresse, mista, de hiperfluxo, funcional e reflexa.

“A deficiência na função do assoalho pélvico é um fator causal no mecanismo da IUE” (Bernardes et al, 2000), assim como a associação de diversos fatores como: idade, raça e estado endócrino segundo, Dematté et al, (2000). “Alterações da lucidez e a co-existência de doenças estão entre os possíveis fatores causais da IU, sem que haja comprometimento significativo do trato urinário inferior” (Reis et al, 2003). “A obstipação é considerada um fator agravante para a IU, pois além da força exacerbada para defecar, compromete os músculos do assoalho pélvico. A impactação fecal pode exercer compressão na bexiga e alterar negativamente os sintomas de urgência”(Glashan et al, 2003).

Segundo Pauls, (2002), o indivíduo continente deve reconhecer a necessidade de urinar. Procurar o local correto para fazê-lo, alcançar o local em tempo suficiente e armazenar a urina até o local desejado, sendo, então, capaz de urinar. Em idosos, principalmente incapacitados, a IU pode resultar mais da incapacidade de chegar ao local desejado do que de qualquer outro comprometimento urológico. “Um fator importante para a continência urinária é a rede de sustentação formada pelas fibras do músculo elevador do ânus ligadas à fáscia endopélvica que, durante a contração muscular, por circundar a vagina e a porção distal da uretra, vai tracioná-la em direção ao púbis e comprimí-la contra a parede vaginal, ocluindo a luz uretral” (Moreira et al, 2002). “O assoalho pélvico é composto por fibras musculares do tipo I e do tipo II, sendo que 70% dessas são do tipo I e responsáveis pela manutenção do tônus; os outros 30% são fibras do tipo II e de baixa resistência” (Bernardes et al, 2000).

Segundo Reis et al, (2003), o envelhecimento causa alterações no trato urinário inferior, que ocorrem mesmo na ausência de doenças. A força de contração do detrusor, a capacidade vesical e a habilidade de adiar a micção aparentemente diminuem. Contrações involuntárias da musculatura vesical e o volume residual pós-miccional aumentam com a idade em ambos os sexos. Entretanto, a pressão máxima de oclusão da uretra, o comprimento uretral e as células da musculatura estriada do esfíncter alteram-se predominantemente nas mulheres.

De acordo com Grosse & Sengler, (2002), a continência é consequência de um equilíbrio entre as forças de expulsão e as de retenção representadas pela tonicidade dos esfíncteres liso e estriado e resistência uretral. Ela decorre, ainda, da posição intrapélvica da uretra proximal em relação ao colo vesical, onde os aumentos da pressão intra-abdominal, quando presentes, devem ser transmitidos diretamente à uretra. “Um assoalho pélvico hipotônico impede a transmissão ideal desta pressão, que não se propagará, pontualmente, até a junção uretrovesical acarretando em perda de urina” (Moreira et al, 2002). Flores et al em 2004 afirmaram que entre as repercussões causadas por esta perda estão: lesões de pele, propensão às úlceras de decúbito, infecção urinária, quedas e alterações emocionais (Simonetti, 2001).

Segundo Amaro & Gameiro, 1999, dentro dos métodos diagnósticos da IU, o estudo urodinâmico é um indicativo importante para a seleção do tratamento clínico, cirúrgico ou fisioterapêutico mais adequado. De acordo com Feldner et al, 2002, ele objetiva identificar as disfunções miccionais presentes. O tratamento pode ser do tipo cirúrgico e não cirúrgico (Silva & Santos, 2005). “O tratamento não cirúrgico envolve as mudanças de comportamento e exercícios perineais, assim como a terapêutica medicamentosa. Todas as intervenções conservadoras, em conjunto ou isoladas, são apropriadas para o tratamento dos diversos tipos de IU” (Glashan et al, 2002). “O tratamento conservador é realizado através de técnicas que objetivam o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, pois a disfunção muscular constitui importante fator causal de perdas urinárias”(Herrmann et al, 2003). “A terapia comportamental consiste em mudanças de hábitos alimentares e de hidratação, treinamento vesical, exercícios perineais associados ou não ao aparelho de biofeedback, cones vaginais, eletroestimulação e outros. Quanto à presença de obstipação é importante salientar que a paciente deve ser estimulada a aumentar o aporte de fibras na dieta, assim como adequar a hidratação durante o dia, a fim de melhorar a resposta ao tratamento da incontinência urinária” (Glashan et al, 2002).

“A reeducação postural é essencial no mecanismo de continência. A pelve, estando estaticamente equilibrada, proporcionará um posicionamento correto das vísceras abdominais e satisfatório funcionamento dos órgãos de sustentação, ocasionando correta transmissão de pressões intra-abdominais” (Amaro & Gameiro, 1999). “Dessa forma, o tratamento fisioterapêutico tem tido relevância na melhora ou cura da perda urinária. No Brasil, o tratamento fisioterapêutico da IU da mulher idosa tem sido pouco divulgado, sendo este tipo de incontinência mais explorado nas publicações médicas relacionadas aos métodos diagnósticos e cirúrgicos”(Polden & Mantle, 2000).

O objetivo deste estudo é sistematizar o conhecimento acerca da eficácia das diferentes modalidades fisioterapêuticas indicadas para o tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA

“A IU deve ser tratada por uma equipe interdisciplinar, podendo a fisioterapia atuar tanto no pré como no pós-operatório para manter a paciente continente e melhorar a sua qualidade de vida”(Guedes & Sebben, 2006). Segundo Carrerette & Damião, 1999, os principais recursos fisioterapêuticos neste tratamento, são: cinesioterapia (exercícios perineais), biofeedback “eletroestimulação, utilização de cones vaginais e associação de exercícios perineais ou cones vaginais à correção postural da pelve” (Amaro & Gameiro, 2000;Rodrigues et al, 2005;Guedes & Sebben, 2006). Todas essas técnicas buscam recuperar o controle urinário segundo Amaro & Gameiro, 1999).

Exercícios Perineais ou Cinesioterapia do Assoalho Pélvico

Os exercícios perineais constituem um recurso essencial no tratamento da IU (Amaro & Gameiro, 1999). A repetitividade dos movimentos voluntários proporciona aumento da força muscular, assim, esses exercícios são benéficos por acarretar este fortalecimento (Amaro & Gameiro, 2000), bem como dos componentes esfínterianos, aumentando tônus e uma adequada transmissão das pressões intra-abdominais (Haddad et al, 1999). Os exercícios são utilizados

para restaurar o suporte dos órgãos pélvicos e mecanismo de fechamento da uretra (Amaro & Gameiro, 2000; Capelini et al, 2006). É uma importante opção para o tratamento da IUE (Capelini et al, 2006) e é sublimine às demais terapias complementares dentro da fisioterapia (Marques & Freitas, 2005).

Biofeedback

Essa modalidade fornece uma informação imediata à paciente a fim de levá-la a um controle voluntário das funções e na reeducação dos músculos do assoalho pélvico (Guedes & Sebben, 2006). Informa quais músculos ou grupos musculares serão recrutados, permitindo a conscientização e o fortalecimento dessa musculatura (Amaro & Gameiro, 1999).

Eletroestimulação

É utilizada a fim de provocar contração passiva da musculatura perineal, sendo realizada através de eletrodos endovaginais e/ou retais que propiciam a contração perineal. Suas principais finalidades são a inibição do detrusor e o reforço muscular (Guedes & Sebben, 2006). Induzirá a contração muscular até o ganho de força e controle voluntários (Rodrigues et al, 2005).

Utilização de Cones Vaginais

Os cones propiciam um ganho de força e resistência musculares através de estímulos na musculatura pubococcígea com o objetivo de aumentar a capacidade dessa musculatura em suportar cones gradualmente mais pesados (Amaro & Gameiro, 2000). Eles podem ser utilizados durante exercícios perineais, bem como caminhadas, estimulando contrações voluntárias e involuntárias dos músculos elevadores do ânus e, oferecendo resistência à musculatura do assoalho pélvico (Guedes & Sebben, 2006).

Correção Postural da Pelve

A manutenção da postura correta da pelve, com equilíbrio nos planos frontal, sagital e horizontal contribui para o mecanismo de continência quando há aumento de pressão abdominal. Esta pressão será igualmente distribuída à bexiga e uretra proximal, mantendo a pressão uretral maior que a vesical. Quando a pelve é retrovertida provoca estado de contração constante no músculo levantador do ânus, pois os movimentos de retroversão pélvica e verticalização do sacro têm início na região do períneo. Já o desequilíbrio da pelve em anteversão desencadeia um maior tensionamento e distensão perineais podendo alterar negativamente sua função (Matheus et al, 2006). Dessa forma, os exercícios perineais e cones vaginais vão ofertar ganho de força muscular e resistência aumentando o mecanismo de continência (Amaro & Gameiro, 2000).

Portanto, a abordagem terapêutica não cirúrgica da IU, com a reeducação perineal, busca recuperar o controle urinário, pois permite o fortalecimento do componente peri-uretral do esfíncter uretral externo, aumenta o tônus e melhora a transmissão das pressões na uretra, melhorando o mecanismo de continência (Amaro & Gameiro, 1999).

MÉTODOS

Desenho de Estudo: Revisão de literatura;

Bases de Dados: Medline, Lilacs;

Coleta: 1999 a 2006;

Palavras-chave: Incontinência urinária; Idoso; Cinesioterapia; Eletroestimulação endovaginal; Assoalho pélvico.

Crítérios de Inclusão: artigos abordando a incontinência urinária em idosos, bem como a utilização de modalidades fisioterapêuticas no tratamento de mulheres idosas;

Crítérios de Exclusão: artigos científicos abordando somente tratamento cirúrgico e ou medicamentoso da incontinência urinária feminina.

RESULTADOS

Após a busca de artigos nas bases de dados selecionadas, 23 foram utilizados para esta revisão, bem como um trabalho de livre docência e quatro livros. Dos artigos utilizados, cinco estavam na língua inglesa e os demais na língua portuguesa. Excetuando-se alguns livros, que foram utilizados para a composição da introdução, a metodologia empregada foi composta predominantemente por estudos de intervenção e APENAS um era revisão de literatura. Dentre os estudos de intervenção utilizados para a discussão oito eram ensaios clínicos, um era coorte, um era estudo de casos e um casuística.

DISCUSSÃO

Evidências científicas de sucesso terapêutico no tratamento da IU em mulheres idosas não foram distintas daquelas apontadas para mulheres mais jovens. As técnicas cinesioterapia e eletroestimulação, isoladamente, são descritas na literatura como modalidades satisfatoriamente eficazes. A eletroestimulação, o biofeedback, e a eletroestimulação em associação à correção postural da pelve, quando associados à cinesioterapia, também obtiveram sucesso. Existe concordância na literatura de que exercícios perineais e utilização de cones vaginais, quando utilizados combinados à correção postural da pelve, favorecem uma diminuição significativa da perda urinária e sensação de desconforto.

Vários estudos sobre a abordagem fisioterapêutica na IU da mulher não demonstraram, em seus resultados, diferenças relacionadas à faixa etária das pacientes. No estudo de Bernardes et al, (2000), o objetivo foi avaliar o comportamento de pacientes, com idade entre 31 e 64 anos, apresentando IUEG usando cinesioterapia e Eletroestimulação endovaginal (EEEV). Sete mulheres foram submetidas à EEEV e outras sete à cinesioterapia, não havendo diferença significativa nos resultados com relação à idade. Assim como Herrmann et al, (2003), em seu estudo sobre o efeito da eletroestimulação transvaginal abordando mulheres entre 22 e 74 anos, também não mostraram diferença no efeito desta técnica em mulheres mais idosas. Do mesmo modo ocorreu no estudo de Leon, (2001), no qual o objetivo foi verificar a eficácia da

cinesioterapia associada a um programa de educação em saúde em 50 mulheres com idade média de 72 (\pm 11 anos). Bons resultados também foram obtidos no estudo de Capelini et al, (2006), no qual 14 pacientes foram selecionadas para o tratamento da IUE através de exercícios perineais e biofeedback. Não há diferença significativa, portanto, no resultado de tratamentos realizados com modalidades fisioterapêuticas em mulheres com IU, que apresentem idade entre 35 e 76 anos. A maioria delas se sente satisfeita com o tratamento e relata melhora dos sinais e sintomas.

Com relação ao uso isolado das técnicas cinesioterapia e eletroestimulação, observou-se na literatura que a eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico apresentou eficácia e segurança às mulheres com IUE sem defeito esfíncteriano. Houve eficácia também no tratamento realizado com cinesioterapia num estudo comparativo entre cinesioterapia e EEEV, no qual a cinesioterapia para o reforço perineal apresentou tendência para ser o tratamento de escolha⁴. Resultados satisfatórios foram apresentados também no estudo de Glashan et al, (2003), no qual a combinação de intervenções comportamentais e exercícios perineais foi aprovada por todas as pacientes cuja idade variou entre 60 e 76 anos. Houve uma sucessiva normalização da EMG, pressão e achados de palpação vaginais durante um período de quatro meses de treinamento com exercícios do assoalho pélvico no estudo de Gunnarsson et al (2002), cuja intervenção foi feita em mulheres com idade entre 53 e 63 anos. No entanto, Leon, (2001), afirmou em seu estudo que a cinesioterapia em combinação com um programa de educação em saúde pode ser uma alternativa eficaz. Logo, tanto a eletroestimulação quanto a cinesioterapia podem ser utilizadas como modalidades úteis e necessárias no tratamento da IU, pois há sucesso terapêutico quando essas técnicas fazem parte do atendimento às mulheres incontinentes.

A união entre cinesioterapia e eletroestimulação em região perineal e adutora da coxa no estudo de Dematté et al, (1999), proporcionou melhora significativa no quadro de IUE em mulheres múltiparas. Foram aplicados exercícios visando fortalecimento de musculatura perineal, músculos adutores, rotadores mediais da coxa, utilizando como acessórios os seguintes instrumentos: bastões, travesseiros, tatames, bolas e outros. Ao finalizar a terapia foi aplicada Corrente Russa (frequência de 2500 Hz, duração de módulo 50%, frequência de módulo 30 Hz, tempo de contração 15 segundos, tempo de repouso 20 segundos) e tempo total de aplicação 15 minutos. No estudo de Dannecker et al, (2005), o uso do biofeedback juntamente com exercícios perineais também foi muito eficaz no tratamento da IUE ou IU Mista. Foram tratadas 390 pacientes com idade média de 52 (\pm 13 anos) e que foram admitidas no programa de reeducação perineal entre setembro de 1996 e março de 2003. Houve sucesso também no estudo realizado por Capelini et al, (2006), no qual a junção das técnicas biofeedback e cinesioterapia provocou uma redução significativa no número de episódios de perdas urinárias e os resultados do estudo mantiveram-se três meses após o tratamento. Desse mesmo modo, as técnicas biofeedback, eletroestimulação e cinesioterapia, quando utilizadas em conjunto, também mostraram eficácia em 2002, promovendo ganho de força muscular pélvica de 3,1 μ v e diminuição da atividade abdominal em 7,9 μ v no estudo de Cordeiro et al, (2002). Assim modalidades como estas podem ser incluídas no atendimento fisioterapêutico como técnicas de grande importância garantindo bons resultados na melhora ou cura de perdas urinárias.

O estudo realizado por Rodrigues et al, (2005), no qual o objetivo foi verificar a eficácia da utilização dos exercícios perineais e da eletroestimulação perineal, combinados com correção postural em três pacientes com queixa de IU mostrou efeito satisfatório no tratamento das mesmas. Após a intervenção, houve diminuição da perda urinária, aumento de força muscular no assoalho pélvico, melhorando o mecanismo esfíncteriano e reduzindo as sensações de umidade e desconforto. Foram realizadas dez sessões fisioterapêuticas com exercícios perineais

supervisionados e eletroestimulação perineal. O realinhamento do equilíbrio estático da pelve e a correção postural foram prescritos conforme avaliação fisioterapêutica de cada uma. Os exercícios perineais foram realizados em associação à respiração abdomino-diafragmática, realizando contração do períneo no momento da expiração. Os exercícios foram realizados de forma lenta, por quatro a cinco segundos em séries de dez repetições, intercalando com mobilizações pélvicas em diversas posições. Após os exercícios foi realizada a eletroestimulação perineal com os seguintes parâmetros: amplitude de 700 μ s, frequência de 50 Hz, relação on/off de 1:4, tempo de sustentação quatro segundos, tempo de subida dois segundos, duração de 20 minutos com sensibilidade dependendo da paciente. A combinação dessas técnicas, portanto, mostrou grandes resultados nas pacientes atendidas corroborando bom desempenho das mesmas quando utilizadas no atendimento pela fisioterapia.

Quanto à influência dos exercícios perineais ou dos cones vaginais, quando utilizados juntamente com a correção postural, há diminuição significativa da incontinência urinária, ganho de contração muscular do assoalho pélvico e diminuição da sensação de umidade. Este último, quando comparado o resultado obtido entre as duas técnicas, ou seja, exercícios e correção postural com cones vaginais e correção postural, teve melhor resultado em pacientes submetidas à correção postural juntamente com exercícios perineais. Foram avaliadas 12 mulheres com idade média de 52,3 (\pm 9,7 anos), as quais foram submetidas a dez sessões de fisioterapia, duas vezes por semana. O equilíbrio estático da pelve foi corrigido na maioria delas e houve ganho de flexibilidade das cadeias musculares. Foi concluído neste estudo, que a correção estática da pelve através dos exercícios posturais, é uma modalidade eficaz para a intervenção no tratamento da IU feminina, quando em associação à reeducação do períneo. Tanto exercícios perineais quanto o uso de cones vaginais são importantes na reabilitação perineal, visto que há grandes resultados quando essas técnicas fazem parte da abordagem fisioterapêutica, trazendo satisfação e melhora do quadro de IU.

Foram encontrados diversos artigos abordando a incontinência urinária em idosos, porém, poucos explanaram especificamente a abordagem fisioterapêutica no tratamento da IU em mulheres idosas. A faixa etária presente na maioria dos estudos, cuja atuação da fisioterapia era abordada, abrangia idosas, no entanto, não se tratava de estudos voltados diretamente à idade acima de 60 anos. Há pouca discordância entre os autores quanto aos métodos de tratamento, métodos diagnósticos, e classificação dos tipos da condição clínica em estudo. Não houve custo demasiado na coleta de artigos e/ou outras publicações, pois havia disponibilidade, da maioria dos artigos, nas fontes pesquisadas na internet. Este trabalho acrescentará à literatura maiores informações sobre o tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas, visto que há muito pouco relato sobre os métodos abordados especificamente nas mulheres que se encontram em processo de envelhecimento.

Tabela 1. Características Metodológicas de Estudos que Utilizaram Modalidades Fisioterapêuticas para o Tratamento da IU em Mulheres Idosas

Autores Ano Publicação	Delimitação do Estudo	População de Estudo	Objetivo do Estudo	Resultados
Bernardes et al, 2000	Ensaio Clínico	14 pacientes apresentando incontinência urinária de esforço genuína, com idade entre 31 e 64 anos.	Traçar uma conduta de tratamento fisioterapêutico mais adequada para pacientes com IUEG, sendo elas submetidas ou a um protocolo de cinesioterapia para reforço perineal ou a um de EEEV.	Todas as pacientes obtiveram uma melhora parcial ou total da incontinência com 10 sessões fisioterapêuticas consecutivas.
Capellini et al, 2006	Coorte	14 pacientes com incontinência urinária de stress, com idade média de 49,6 (mais velhas do que 21 anos).	Avaliar os efeitos do tratamento da IUS com exercícios perineais usando EMG-biofeedback de superfície, pad test, estudos urodinâmicos e KHQ.	Houve redução no número de episódios de perdas urinárias de 8.14 por dia para 2.57 por dia; redução do peso do absorvente de 14.21g para 1g; e frequência miccional diária de 7.93 para 5.85.
Cordeiro et al, 2002	Ensaio Clínico	Cinco pacientes apresentando incontinência urinária de esforço com idade entre 35 e 60 anos.	Demonstrar a eficácia do tratamento fisioterapêutico na reabilitação de mulheres com IUE, devolvendo a elas o bem estar e a vontade pela vida.	Ganho de força muscular pélvica de 3,1 µV enquanto que a atividade abdominal teve sua atividade diminuída em 7,9 µV, promovendo estabilização do quadro de incontinência.
Dannecker et al, 2005	Ensaio Clínico	Mulheres com incontinência urinária de stress ou mista com idade média de 52 anos.	Avaliar a eficácia de um programa intensivo para a pelve que associa treinamento dos músculos do assoalho pélvico ao uso de EMG-biofeedback para o tratamento da IUS ou Mista e seus resultados a curto e longo prazos.	Houve uma melhora estatisticamente significativa no teste de provocação de stress nos resultados a curto prazo: os potenciais elétricos da EMG quase dobraram (11,3- 20,5 µV), houve melhora de 95% da incontinência; (24%) mulheres ficaram muito satisfeitas com o tratamento, (28%) ficaram satisfeitas, (26%) ficaram moderadamente satisfeitas, (16%) ficaram pouco satisfeitas e (6%) não sentiram satisfação com o tratamento. A longo prazo, 71% relataram melhora da persistência dos sintomas de incontinência, 13% submeteram-se à cirurgia dando continuidade ao tratamento conservador.
Dematté et al, 2000	Ensaio Clínico	18 pacientes com incontinência urinária de esforço com idade entre 35 e 60 anos.	Estabelecer uma proposta de tratamento para as pacientes com IU por meio de análise de prontuários, observações clínicas, pesquisa ou investigação de métodos utilizados para a terapêutica.	Ganho no grau de força muscular perineal; adutores de coxa e rotadores mediais de coxa; redução de perda de urina; diminuição de drenagem à manobra de Valsalva, ao subir escadas, ao espirrar, ao rir e ao tossir.
Glashan et al, 2002	Descritivo e Prospectivo	Mulheres idosas com idade variando entre 60 e 76 anos apresentando incontinência urinária por esforço.	Estudar a influência das intervenções comportamentais e de exercícios perineais no manejo da incontinência urinária de esforço em mulheres idosas.	Diminuição na média de perdas urinárias de 8,4 para 1,4 nos pequenos acidentes; de 3,8 para 0 nos grandes acidentes e no uso de absorventes por dia de 4 para 1,6.
Gunnarsson et al, 2002	Ensaio Clínico	50 mulheres com incontinência urinária de stress, mista e com o componente urgência com idade entre 53 e 63 anos.	Verificar o efeito do programa de exercícios do assoalho pélvico (PFE) de 4 meses nas mulheres com incontinência urinária através de eletromiografia vaginal, pressão e achados de palpação, e comparar com as mulheres livres dos sintomas com a mesma idade.	As mulheres incontinentes tiveram melhora significativa da atividade EMG vaginal, da condição muscular do assoalho pélvico e achados de palpação quando comparadas ao grupo saudável. O grau de melhora foi mais significativo nas mulheres com valores iniciais elevados nos testes de função muscular do que nas mulheres com valores mais baixos. Nenhuma diferença foi vista entre pacientes com história de incontinência de stress, mista e pacientes com o componente urgência. 64% das mulheres ficaram satisfeitas e não quiseram nenhum tratamento adicional. A perda de urina no pad-test diminuiu de 5 a 1 g/24h.
Herrmann et al, 2003	Ensaio Clínico	22 mulheres com incontinência urinária de esforço com idade entre 22 e 74 anos.	Verificar o efeito da eletroestimulação transvaginal no tratamento de mulheres com incontinência urinária de esforço, adequadamente selecionadas.	Das 22 mulheres, 18 mulheres consideraram-se satisfeitas, havendo redução significativa do número de perdas urinárias, teste de esforço negativo em 77,2% das mulheres após o tratamento e aumento da pressão de perda sob esforço em 14 mulheres.
Leon, 2001	Estudo Clínico Randomizado Prospectivo	50 mulheres apresentando incontinência urinária de esforço cuja média de idade foi de 72 ± 11 anos.	Verificar a eficácia da cinesioterapia associada a um programa de educação em saúde, para prevenção e tratamento das incontinências urinárias.	No grupo experimental, 96,4%, 50% ficaram curadas e 46,4% melhoraram.
Matheus et al, 2006	Casuística	12 mulheres apresentando queixa de incontinência urinária com idade média de 52,3 ± 9,7 anos	Verificar a influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, em associação aos exercícios posturais corretivos para a normalização estática da pelve, no tratamento da incontinência urinária feminina.	Diminuição da perda urinária, ganho de contração muscular do assoalho pélvico e diminuição significativa da sensação de umidade. O equilíbrio estático pélvico foi corrigido na maioria das voluntárias e houve ganho de flexibilidade das cadeias musculares.
Rodrigues et al, 2005	Estudo de Casos	Três pacientes com queixa de IU com as idades: 75, 60 e 54 anos.	Verificar a eficácia da utilização dos exercícios perineais e da eletroestimulação perineal, associada à correção postural, com o modalidades fisioterapêuticas de intervenção.	Diminuição da perda urinária nas três pacientes. A porcentagem de melhora foi de 93,6%, 90,8% e 97,3% respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que as modalidades fisioterapêuticas trazem bons resultados no tratamento da IU da mulher idosa, visto que os sinais e sintomas são melhorados ou curados quando essas técnicas são introduzidas na terapia. Essas modalidades surgiram para suprir as necessidades específicas de pacientes que tinham como possibilidade terapêutica, apenas a abordagem cirúrgica e ou medicamentosa. Sua inserção no atendimento de pacientes uroginecológicos é de extrema importância, sendo uma necessidade crescente nos hospitais e clínicas de saúde. Os objetivos das técnicas são claros e a terapia eficaz, sendo que para desenvolver um melhor preparo profissional, devem ser melhor difundidas entre os fisioterapeutas e mais estudos devem ser realizados. A fisioterapia em uroginecologia tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das pacientes, reduzir ou eliminar os sinais e sintomas, promovendo maior independência às mesmas. O fisioterapeuta tem o conhecimento de métodos e recursos exclusivos de sua profissão que são intensamente necessários e que apresentam bons resultados no tratamento da incontinência urinária. Sua atuação juntamente com a equipe multiprofissional é uma integração necessária para o tratamento de mulheres idosas com perdas de urina.

REFERÊNCIAS

- 1- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. **The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society.** Am J Obstet Gynecol. 187(1):116-26, 2002.
- 2-Amaro JL, Gameiro MOO. **Tratamento não cirúrgico da incontinência urinária de esforço.** Jornal da incontinência urinária feminina. 5,1999.
- 3-Amaro JL, Gameiro MO. **Tratamento clínico da incontinência urinária feminina: eletroestimulação endovaginal e exercícios perineais [livre docência].** Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina; 2000.
- 4-Bernardes NO, Péres FR, Souza ELBL, Souza OL. **Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Jan./Fev. 22(1):49-54, 2000.
- 5-Capelini MV, Riccetto CL, Dambros M, Tamanini JT, Herrmann V, Muller V. **Pelvic floor exercises with biofeedback for stress urinary incontinence.** Int. Braz J Urol. 32 (4): 462-9, 2006.
- 6-Carrerette FB, Damião R. **Incontinência urinária na mulher na visão da urologia.** Rev Bras Med. 56 (11), 1999.
- 7-Cordeiro AF, Medina RS, Brandt FT. **A importância da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina.** Revista Terapia Manual. out/dez 1(2):37-41, 2002.
- 8-Dannecker C, Wolf V, Raab R, Hepp Hermann, 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 July 273: 93-7, 2005.
- 9-Dematté DC, César DT, Menegasso DM, Santos EFVS, Ernesto EFB, May FP et al. **A fisioterapia na incontinência urinária de esforço.** Fisioter. mov. outubro/ 99- março/ XII(2):129-139, 2000.
- 10-Feldner Jr PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC et al . **Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na Internet]. 2002 Mar [acesso em 20 outubro 2006] ; 24(2): 87-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
- 11-Flores MN, Santos NC, Fera P, Glashan RQ. **Incontinência urinária em idosas institucionalizadas.** Revista sinopse de urologia. ago (3): 70-4, 2004.
- 12-Glashan RQ, Lelis MAS, Fera P, Bruschini H. **Intervenções comportamentais e exercícios perineais no manejo da incontinência urinária em mulheres idosas.** Sinopse de urologia. (5):102-106, 2002.
- 13-Glashan RQ, Lelis MA, Bruschini H. **Terapia comportamental no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas não institucionalizadas.** Revista Estima. 1 (2):30-9, 2003.
- 14-Grosse D, Sengler J. **Reeducação perineal.** 1ª ed. São Paulo: Manole; 2002.
- 15-Guedes JM, Sebben V. **Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano..Jan/Jun. p.105-113, 2006.
- 16- Gunnarsson M, Teleman P, Mattiasson A, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G. **Effects of pelvic floor exercises in middle aged woman with a history of naïve urinary incontinence: a population based study.** Eur Urol. march 41: 556-61, 2002.

- 17-Haddad JM, Ribeiro RM, Carvalho FM. **Avaliação clínica de mulheres com incontinência urinária de esforço tratadas com cone vaginal.** *Jornal da incontinência urinária feminina*.5, 1999.
- 18-Herrmann V, Potrick BA, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Netto Jr NR. **Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica.** *Rev. Assoc. Med. Bras.* 49(4): 401-5, 2003.
- 19-Leon, MIWH. **A eficácia de um programa cinesioterapêutico para mulheres idosas com incontinência urinária.** *Fisioterapia Brasil.* mar/abr 2(2): 107-115, 2001.
- 20-Marques KSF, Freitas PAC. **A cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na unidade básica de saúde.** *Fisioter. mov.* Out./dez. 18 (4): 63-67, 2005.
- 21-Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. **Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina.** *Rev. Bras. Fisioter.* out/dez 10(4):387-392, 2006.
- 22-Moreira SFS, Giraio MSBC, Sartori MGF. **Blader neck mobility and functional pelvic floor evaluation in women with and without stress urinary incontinence, according to hormonal status.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 24 (6): 365-70, 2002.
- 23-Pauls J. **Incontinência urinária e comprometimento do assoalho pélvico no idoso.** In: Guccione AA. *Fisioterapia geriátrica.* 2ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 24-Polden M. Mantle J. **Fisioterapia em obstetrícia e ginecologia.** 2ªed. São Paulo: Santos; 2000.
- 25- Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Junior ST, Suaid HJ. **Incontinência urinária no idoso.** *Acta Cir Bras*18 supl. 5: 47-51, 2003.
- 26-Rodrigues NC, Scherma D, Mesquita RA, Oliveira J. **Exercícios perineais, eletroestimulação e correção postural na incontinência urinária- estudos de casos.** *Fisioter. mov.* jul/set 18(3): 23- 34, 2005.
- 27-Silva APM, Santos VLCG. **Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados.** *Rev. Esc. Enferm.* 39 (1): 36-45, 2005.
- 28-Simonetti, R. **Incontinência urinária em idosos: impacto social e tratamento.** *A terceira idade.* 12 (23): 53-69, 2001.
- 29-Weinberger MW. **Differential diagnosis of urinary incontinence.** In: Ostergard DR, Bent AE. *Urodynamics- theory and practice.* Baltimore: Williams; 1997.