

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS O USO DA ELETROESTIMULAÇÃO ASSOCIADA A EXERCÍCIOS PERINEAIS DE KEGEL NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR ESFORÇO RELATO DE CASO

Ana Tereza Gonçalves Nicolosi Soares¹ e Nielse Rodrigues Graciano²

RESUMO

A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina. Afeta principalmente as mulheres independente da idade causando constrangimento e desconforto quando estão no meio social. O objetivo deste trabalho é mostrar os benefícios da atuação da fisioterapia na qualidade de vida após a intervenção fisioterapêutica em uma paciente com queixa de incontinência urinária por esforço a mais de 02 (dois) anos. Para avaliação dos resultados obtidos foi aplicado o questionário de qualidade de vida KHQ (King's Health Questionnaire) que avalia o quanto a incontinência pode influenciar nas suas atividades de vida diária, sua auto-estima, seu estado emocional e convívio social e a avaliação visual da musculatura do assoalho pélvico. Como forma de tratamento foi utilizada a eletroestimulação do nervo tibial posterior, uma técnica acessível, não invasiva, livre dos efeitos colaterais dos medicamentos, além de ser facilmente aceita pela participante. Além disso, foram utilizados os exercícios de Kegel que além de favorecerem a conscientização corporal e o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, diminuem o desconforto causado pelas constantes perdas urinárias. Os resultados que foram obtidos demonstraram que a combinação destas duas técnicas no tratamento de incontinência urinária por esforço diminuem a perda de urina. Houve diminuição da sensação de umidade e desconforto melhorando a autoestima da paciente, favorecendo melhor convívio social e conseqüentemente a qualidade de vida desta paciente.

Palavras chaves: Incontinência Urinária; Qualidade de Vida; Exercícios de Kegel; Eletroestimulação

ABSTRACT

Urinary incontinence is defined as any involuntary loss of urine. It mainly affects women regardless of age causing embarrassment and discomfort when they are in the social environment. The objective of this work is to show the benefits of physiotherapy in the quality of life after physical therapy intervention on a patient complaining of stress urinary incontinence by more than 02 (two) years. To evaluate the results of the questionnaire was administered quality of life KHQ (King's Health Questionnaire) which assesses how incontinence can affect their ADLs, self-esteem, your emotional state and social life and visual assessment of MAP. As a form of treatment was used electrostimulation of the posterior tibial nerve (Percutaneous Tibial Nerve Stimulation - PTNS) a technique accessible, noninvasive, free of side effects of medications, and be easily accepted by the participant. In addition, we used the Kegel exercises that apart from promoting awareness of the body and strengthening the pelvic floor muscles, decrease the discomfort caused by constant urinary leakage. The results that were obtained showed that the combination of these two techniques for the treatment of urinary incontinence strain reduces the loss of urina. Houve reduced sensation of wetness and discomfort improving the patient's self esteem, promoting better social interaction and consequently the quality of life of patient.

Keywords: Urinary incontinence, Quality of Life; Kegel exercises, electrical stimulation

1 Fisioterapeuta, Especialista em Ortopedia e Traumatologia., , supervisora de estágio na área de Fisioterapia Neurológica Adulto , Saúde da Criança e Saúde da Mulher da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina, exceto para crianças. A (IU) é comum em mulheres podendo acometer até 50% delas em alguma fase de suas vidas. Sua incidência é subestimada pela falta de estudos epidemiológicos no Brasil. (LUFT, 1988).

Segundo Camargo (2011) a (IU) é um problema que afeta mulheres principalmente após a menopausa, principalmente as que tiveram partos normais. A incontinência urinária está diretamente relacionada a menor qualidade de vida destes pacientes nas esferas social, psicológica, ocupacional, doméstica, física e social.

De acordo com Weinberger (2006), a incontinência de esforço verdadeira é definida como a perda involuntária de urina que ocorre quando, na ausência de uma contração do detrusor, a pressão intravesical ultrapassa a pressão intra-uretral. Uma importante causa da incontinência de esforço é a perda de suporte anatômico da uretra, bexiga e junção uretrovesical. Quando a bexiga é bem sustentada o aumento da pressão intra-abdominal não impede que a continência seja mantida.

A perda de suporte anatômico permite deslocamento da junção uretrovesical durante atividades físicas estressantes fazendo com que a pressão intra-abdominal seja transmitida para a bexiga, mas em menor grau para a uretra, e há perda de urina.

Lima (2004) define que a incontinência urinária de origem não neurológica, conhecida por Incontinência Urinária aos Esforços (IUE), é a perda involuntária de urina em resposta ao aumento súbito da pressão intra-abdominal após esforços físicos como tossir, sorrir .

De acordo com Baracho (2007) a fisioterapia em uroginecologia atua na prevenção e reabilitação por meio de técnicas e recursos fisioterapêuticos nas disfunções miccionais femininas.

Ele refere que o primeiro a desenvolver técnicas de reeducação perineal foi Arnold Kegel, que em 1948, propôs como tratamento para a disfunção do assoalho pélvico, uma série de exercícios da musculatura perineal.

Ainda segundo esse autor, o maior conhecimento veio em 1992 quando a Sociedade Internacional de Continência validou cientificamente as técnicas de recuperação

funcional do assoalho pélvico para o tratamento das desordens perineais. Os objetivos básicos da reeducação perineal podem ser divididos em profilaxia das disfunções do assoalho pélvico e tratamento das mesmas, aumentando o tônus de suas fibras e sua tensão na presença de variações da pressão intra-abdominal.

Outra técnica utilizada no tratamento da incontinência, de acordo com Sgrott et al (2009), é a estimulação elétrica do nervo tibial posterior (Percutaneous Tibial Nerve Stimulation-PTNS), que consiste na estimulação elétrica transcutânea com auxílio de eletrodos na região do nervo tibial posterior. Apesar de ter sido proposta há mais de 20 anos, os detalhes do mecanismo de atuação da PTNS ainda não são totalmente conhecidos. No entanto, acredita-se que essa forma de estimulação elétrica iniba a atividade vesical pela despolarização das fibras aferentes somáticas sacrais e lombares resultante de respostas motora e sensitiva ao estímulo na área do nervo tibial posterior. Centralmente, esse nervo adentra a espinha dorsal sacra na mesma área onde se encontram as projeções nervosas para a bexiga. Essas são as mais prováveis áreas em que o efeito terapêutico da neuromodulação da bexiga pela PTNS atua e, esse estímulo, com duração de 30 minutos, já tem um efeito benéfico.

Existe também a preocupação em determinar os tipos de IU e suas formas de tratamento, é importante avaliar o quanto este desconforto afeta a qualidade de vida destes pacientes.

O impacto na qualidade de vida de pessoas acometidas por incontinência urinária por esforço é facilmente observado devido ao constrangimento que sofrem quando estão no meio social ou familiar e sentem a sensação de desconforto ou umidade com a perda de urina. (LOPES 2009).

Para esse autor muitos destes pacientes não buscam ajuda por acharem normal a perda de urina devido a idade ou por não considerarem o problema importante ou prioritário. De acordo com o mesmo autor a maioria das mulheres não conhece nenhuma forma de tratamento além da cirurgia convencional. Sabe-se, no entanto que o controle da IU pode ser também farmacológico ou comportamental, porém os exercícios dos músculos pélvicos, por serem menos invasivos por natureza deveriam ser o de primeira escolha, associados ou não a outras formas de tratamento.

O presente estudo buscou avaliar o efeito da eletroestimulação no nervo tibial posterior associados a exercícios de Kegel no tratamento de (IU), em uma paciente com queixa de incontinência urinária por esforço a mais de 2 anos, atendida na clínica de fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Procurou verificar se através destes

recursos houve influência na melhora da qualidade de vida desta paciente, melhorando sua autoestima e favorecendo o seu retorno ao convívio social, na medida em possa ocorrer uma diminuição na frequência ou do volume de urina perdida pela incontinência presente na paciente em questão. Para isso utilizou-se o questionário de qualidade de vida (KHQ) específico para incontinência urinária de acordo com Fonseca(2005) e a avaliação visual da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP), segundo Nascimento(2008) antes e após o tratamento fisioterapêutico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado durante os meses de fevereiro e março de 2012, na Clínica de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos no setor Saúde da Mulher.

Apresentação da Paciente: a paciente em estudo M.F.L.S, 47 anos possui diagnóstico clínico de incontinência urinária por esforço confirmada por estudo urodinâmico pélvico (Cistometria) realizado no dia 06/09/2011 a qual apresentava pressão abdominal mínima com perda de urina de 50 cm de H₂O após manobra de esforço.

A paciente em questão não tem relato de qualquer intervenção fisioterapêutica anterior, fumante ativa, não possui filhos, sem relatos de abortos no passado, possui ciclo menstrual regular e faz uso de anticoncepcionais diariamente. A avaliação inicial constou então de informações clínicas, avaliação visual funcional da musculatura do assoalho pélvico (MAP), e aplicação do questionário de qualidade de vida (KHQ), segundo FONSECA et al (2005).

Mediante pré-informação consentiu se submeter aos procedimentos utilizados neste estudo, assinando termo de consentimento livre e esclarecidos, concordando com a intervenção fisioterapêutica.

Protocolo de Atendimento: Como forma de tratamento foi utilizado a aplicação de TENS da marca KLD Endophasys no modo Burst, amplitude de corrente 200 us, frequência de 30 Hz ,com dois eletrodos colocados no trajeto do nervo tibial posterior de cada membro inferior por 30 minutos no início de cada sessão.

O programa de tratamento totalizou 10 sessões fisioterapêuticas utilizando exercícios perineais supervisionados, executados mediante a instrução verbal do fisioterapeuta, fazendo uso de uma linguagem adaptada para facilitar a compreensão do comando voluntário, oferecendo a paciente uma conscientização da contração do assoalho

pélvico. Os exercícios foram executados associados a respiração abdomino-diafragmática conforme o comando de voz do fisioterapeuta solicitando uma inspiração profunda e no momento da expiração instruindo a paciente para contrair o períneo.

Tais exercícios foram feitos de forma lenta por 4 a 5 segundos, em séries de 10 repetições intercalando com mobilizações pélvicas, nas posições de decúbito dorsal com joelhos fletidos e pés apoiados, posição de quatro apoios “gato”, sentada sobre a bola terapêutica ou em pé contra a parede mantendo os pés paralelos e joelhos semi-fletidos. A paciente foi orientada a fazer exercícios em casa focando a musculatura do assoalho pélvico com contrações rápidas de (3, 5, 7 ou 10 segundos) em três séries de 10 repetições, sendo a primeira série pela manhã em pé, à tarde sentada e a noite deitada, sempre associados a respiração abdomino-diafragmática.

Forma de Avaliação:

Avaliação Visual da MAP

Nascimento (2008) descreve a avaliação funcional do assoalho pélvico de uma maneira prática e simples por meio da visualização da genitália externa, verificando-se a presença ou ausência de contração voluntária visível da musculatura do assoalho pélvico, após o comando verbal, isto é, a observação do movimento do períneo para dentro durante a contração do músculo do assoalho pélvico (MAP).

A visualização da contração da musculatura permite determinar a classificação funcional da MAP. A musculatura do assoalho pélvico pode ser avaliada da seguinte maneira: Grau 0 – sem contração perineal visível, nem a palpação (ausência de contração); Grau 1 – sem contração perineal visível, contração reconhecida somente a palpação; Grau 2 – contração perineal fraca, contração fraca a palpação; Grau 3 – contração perineal presente e resistência não opositora à palpação; Grau 4 – contração perineal presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos a palpação; Grau 5 – contração perineal presente e resistência opositora mantida mais do que 5 segundos a palpação.

A avaliação visual da MAP (Musculatura do Assoalho Pélvico) inicial realizada em nossa paciente a classificou como grau 2, possuindo contração perineal fraca, segundo NASCIMENTO (2008). Foi possível observar presença ou ausência de contração voluntária visível da musculatura do assoalho pélvico após o comando verbal. A preferência pelo uso da classificação funcional do assoalho pélvico se deu pela simplicidade e rapidez da técnica

Questionário de qualidade de vida (KHQ):

Existem vários questionários para se avaliar a qualidade de vida em mulheres incontinentes e que possuem semelhanças e diferenças entre si. Podem ser utilizados questionários genéricos ou específicos que avaliam aspectos próprios de gravidade e do impacto dos sintomas na vida do paciente . O King's Health Questionnaire(KHQ), segundo Fonseca et al(2005) é um instrumento no qual utiliza-se informações onde tanto os sintomas de incontinência urinária, quanto seu impacto relativo são observados, o que leva a resultados mais consistentes, sendo um questionário específico para essa patologia. Permite mensuração global e também avalia o impacto dos sintomas nos vários aspectos da individualidade na qualidade de vida.

. O King's Health Questionnaire (KHQ) é um instrumento confiável e válido para mulheres com incontinência urinária (FONSECA et al., 2005).

Pacetta e Girão (2004) descrevem que este questionário é constituído de trinta questões divididas em nove domínios: percepção geral da saúde (PGS), (um item); impacto da Incontinência Urinária (IIU) (um item); limitação de atividades diárias (LAVD) (dois itens); limitações físicas (LF) (dois itens); limitações sociais (LS) (dois itens); relacionamento pessoal (RP) (três itens); emoções (E) (três itens); sono e disposição (SD) (dois itens); e medidas de gravidade (MG) (quatro itens). Existe também uma escala de sintomas que é composta pelos seguintes itens (dez itens): frequência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, incontinência urinária de esforço, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga. Há também um espaço para a paciente relatar qualquer outro problema que ela possa ter relacionado com a bexiga.

Segundo Fonseca et al.,(2005) o KHQ é pontuado por cada um de seus domínios; as pontuações variam de 0 a 100 sendo que quanto maior a pontuação obtida, pior é a QV relacionada aquele domínio. As escalas são graduadas em cinco opções de respostas: (“muito boa, boa, normal, ,ruim,muito ruim”). Para fins de análise os valores obtidos como escore de cada domínio que podem variar de 0-100, serão estratificados em quartis (0-25,26-50,51-75 e 76-100) sendo que escores acima de 50 (terceiro e quarto quartis) serão considerados os piores no contexto da qualidade de vida.

Distribuição dos Possíveis valores dos escores dos domínios do KHQ de acordo com os quartis e categorização

	Quartil	Valor de Escore Categorização
1°	0-25	Menor Interferência sobre a Qualidade de Vida
2°	26-50	Menor Interferência sobre a Qualidade de Vida
3°	51-75	Maior Interferência sobre a Qualidade de Vida
4°	76-100	Maior Interferência sobre a Qualidade de Vida

O objetivo deste questionário é proporcionar informações consistentes e permitir a mensuração global de como a doença afeta diretamente na sua qualidade de vida. A determinação da natureza e da intensidade da incontinência ajudará a orientar tratamentos futuros, com sintomas mais graves sugerindo intervenções terapêuticas mais agressivas e sintomas mais leves sugerindo intervenções menos invasivas. .

Segundo Lopes (2005), a utilização destes questionários tem por finalidade avaliar os diversos aspectos e dimensões da vida do paciente, como o físico (mobilidade, autocuidado, exercícios), o psicológico (depressão, ansiedade, reocupação), o social (suporte, contato, atividades nas horas vagas), o desempenho geral (emprego, trabalhos domésticos, compras), a dor, o sono e sintomas específicos da doença como a perda urinária.

O resultado da aplicação do questionário de qualidade de vida realizado inicialmente será exposto no quadro 1.

RESULTADOS

A paciente foi reavaliada no final das dez sessões de fisioterapia utilizando-se o questionário KHQ e a Avaliação Visual do Assoalho Pélvico, sendo que os resultados obtidos através da análise descritiva dos dados demonstraram serem satisfatórios.

Em relação à avaliação visual da MAP após as dez sessões de tratamento observou-se que a paciente em questão apresentou grau 3 (contração perineal presente e resistência não opositora à palpação). A paciente relatou que deixou de usar absorventes

higiênicos como forma de proteção, voltou a utilizar roupas de cor clara ao invés de apenas roupas pretas, que utilizava para evitar o constrangimento social devido as constantes perdas urinárias. Após realizar os exercícios perineais de Kegel também em casa durante suas AVDs, afirma que voltou a ter a percepção de bexiga cheia e por isso passou a utilizar mais vezes o banheiro evitando assim qualquer possibilidade de perda de urina durante o dia no horário de trabalho.

Quanto ao resultado final obtido após a aplicação do questionário (KHQ), houve mudanças na pontuação do score final em praticamente todos os domínios; o quadro abaixo ilustra esse resultado.

Quadro 1: Resultado inicial e final da avaliação realizada através da aplicação do KHQ:

Domínios	Antes da Intervenção Fisioterapêutica	Após Intervenção Fisioterapêutica (10 sessões)
Percepção da Saúde	75	25
Impacto da Incontinência	100	33
Limitações das atividades diárias	66	33
Limitação Física	66	33
Limitação Social	100	55
Relacionamento Pessoal	100	50
Emoções	100	20
Sono/Energia	100	25
Medidas de Gravidade	75	25

Houve diferença comparando os momentos pré e pós-intervenção fisioterapêutica. O questionário de qualidade de vida (KHQ) foi novamente aplicado e comparando as respostas dadas pela paciente antes e após a intervenção fisioterapêutica foi possível observar melhora, principalmente em relação à Percepção da Saúde, e no domínio Emoções. Em ambos domínios houve uma diminuição no seu score final expressiva, porém em praticamente todos os domínios ocorreu diminuição em sua pontuação final. Observou-se a diminuição das sensações de incômodo causado pela (I.U), melhora no desempenho das tarefas diárias, favorecendo melhor convívio social, Observou-se também, através do relato da paciente, melhora no sono e energia e na sua autoestima.

DISCUSSÃO

Para Rodrigues et al (2005) a cinesioterapia perineal pelos exercícios supervisionados usados para o fortalecimento do assoalho pélvico, constitui-se um recurso essencial no tratamento da IU.

O presente estudo optou também pela avaliação funcional visual da musculatura do assoalho pélvico por ser uma técnica simples que não requer equipamentos próprios ou especializados para esta avaliação. O MAP com função deficiente ou inadequada é um fator etiológico relevante na ocorrência de IUE, e dessa forma deve ser avaliada e tratada.

Neste estudo através do relato da paciente foi possível observar que provavelmente a musculatura do seu assoalho pélvico sofreu mudança em relação ao seu tônus inicial, já que a mesma referiu diminuição na frequência da ocorrência da incontinência. Este fato pode sugerir que esse recurso também tenha contribuído para essa melhora e a prática dos exercícios tenha sido um componente adicional para intensificar a atividade muscular.

De Lancey (2005) refere que os componentes do trato urinário inferior em pacientes com Incontinência de Esforço só pode funcionar bem se for sustentado pelo assoalho pélvico; para ele os músculos e o tecido conjuntivo do assoalho pélvico devem criar um ambiente na qual a uretra, o colo da bexiga e a bexiga possam funcionar efetivamente. Esse autor porém afirma que somente o suporte normal não é suficiente para assegurar a continência, e sim uma combinação da atividade normal do colo da bexiga e da uretra, e da função normal do assoalho pélvico.

Martins (2000) cita que a eletroestimulação tem sido usada para o tratamento de diversos tipos de incontinência urinária desde a década de 60. Raddatz et al. (2002) refere que os impulsos elétricos constituem um estímulo capaz de provocar uma reação numa célula, num tecido ou numa víscera. Esta atividade provocará atividade num elemento nervoso acompanhada por um efeito elétrico como, por exemplo, o aparecimento de um potencial de ação da membrana ou um efeito físico-químico com modificações nas paredes das membranas. Os parâmetros de eletroestimulação permitem atualmente a obtenção de efeitos antálgicos e excitomotores com um grau satisfatório de inocuidade, conforto e eficácia. Inúmeros podem ser os locais para a eletroestimulação para o tratamento das incontinências urinárias, desde a musculatura tibial posterior até as cutâneas perineais e sacrais com posicionamentos variáveis como em torno do núcleo fibroso central do períneo, na sínfise púbica entre outros (GROSSE;SEGLER,2002).

A eletroestimulação do nervo tibial posterior (PTNS) é uma técnica acessível, não invasiva, livre dos efeitos colaterais provocados pelos medicamentos usados no tratamento da IU. Entretanto sua forma de ação ainda não está totalmente esclarecida pelos pesquisadores (MONTEIRO et al (2003).

Neste estudo de caso a eletroestimulação se deu no trajeto do nervo tibial posterior (PTNS). A intensidade da corrente utilizada foi baseada na informação de máxima tolerabilidade da paciente, evitando desencadear sensação dolorosa (AMARO,2005).

.Essa técnica foi escolhida, pois está dentro das opções de tratamentos conservadores existentes e tem mostrado resultados promissores, e tem a vantagem de ser de fácil aplicação, boa adesão, baixo custo e eficiente (MONTEIRO,2010).

De acordo com este autor o uso da eletroestimulação para melhorar a capacidade de armazenamento da bexiga tem uma história longa. Vários tipos de neuroestimulação foram experimentados tanto para o tratamento de urge-incontinência, freqüência e urgência como também para incontinência urinária de esforço, com resultados satisfatórios.

Higa (2006) afirma que a IU é uma condição que afeta a população mundial, principalmente a feminina. De acordo com os estudos realizados, a experiência com episódios de perda urinária é uma condição que não prevalece somente em mulheres idosas, mas também, mulheres jovens e de meia idade.

O problema urinário não são consequências naturais da idade e também não são um problema exclusivo do envelhecimento.

Este dado coincide com a paciente eleita, objeto deste estudo, pois se trata de uma mulher com 42 anos e, portanto, não considerada de meia idade.

Silva (2009) em sua pesquisa para avaliação da qualidade de vida (Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento) afirma que um terço das mulheres entrevistadas atribuíram valor máximo à interferência nas atividades diárias durante a aplicação do questionário (KHQ), neste estudo realizado por ele, onde 35 mulheres participaram o domínio impacto da incontinência foi o mais afetado e o domínio limitações sociais, o menos afetado.

Em nosso estudo observou-se que o domínio limitação social, relacionamento social, emoções, sono e energia foram os mais afetados obtendo valor máximo na avaliação inicial e também atingiram melhores resultados após a intervenção fisioterapêutica. Esse achados são consistente com a afirmação de Baracho(2007) que cita que a incontinência urinária pode ser socialmente devastante,de forma a

comprometer o estilo de vida e o bem-estar emocional do indivíduo, que passa a relacionar-se de forma negativa com seu corpo e restringir seu convívio social, o que o impossibilita de fazer amizades.

Segundo Fonseca (2005), o envolvimento do próprio paciente no seu tratamento e a necessidade de avaliação mais ampla de como e quanto determinada doença atinge a qualidade de vida é fundamental em qualquer serviço de saúde. A mensuração da qualidade de vida ajuda a selecionar e monitorar problemas psico-sociais de um paciente demonstra a percepção da população sobre diferentes problemas de saúde e mede resultados das intervenções realizadas. .

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) tem recomendado que um questionário de qualidade de vida seja incluído em todo e qualquer estudo sobre incontinência urinária. O fato de ser utilizado o questionário KHQ, específico para avaliar a qualidade de vida em pacientes com IU pode trazer resultados mais confiáveis uma vez que ele avalia somente esta população

Vale salientar que neste estudo não foi possível atribuir a melhora no resultado final a uma técnica em específico, nem mensurar a contribuição de cada técnica individualmente no resultado final, já que no protocolo de atendimento utilizou-se a junção das duas técnicas em todas as sessões realizadas.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que o protocolo de tratamento fisioterapêutico estabelecido mostrou-se favorável com melhora no quadro de controle de urina pela paciente, porém este resultado não pode ser generalizado, havendo necessidade de estudo envolvendo um grupo de pacientes maior.

Após dez sessões de intervenção fisioterapêutica por meio de exercícios perineais associados à respiração e eletroestimulação no nervo tibial posterior da paciente, foi possível observar o restabelecimento da continência urinária e uma consequente melhora na sua qualidade de vida. Assim a aplicação da fisioterapia ginecológica no tratamento da IU por esforço tornou-se uma abordagem útil para esta paciente, uma vez que os resultados encontrados evidenciaram melhor controle e diminuição da perda urinária, além da redução das sensações de desconforto e umidade favorecendo a inutilização de absorventes higiênicos como meio de proteção, ocorrendo também a diminuição do constrangimento social vivenciado pela paciente.

Vale ressaltar que novos estudos são necessários envolvendo trabalho com amostra maior de pacientes, respeitando os diferentes tipos de incontinência urinária de origem neurológica ou não, assim como o uso de outras técnicas isoladas ou combinadas, onde os resultados poderão ser melhores avaliados. Assim são necessários estudos do tipo ensaio clínico randomizado para recomendar a aplicação estudada com base em evidências.

REFERÊNCIAS:

BARACHO.E.MORENO, A. L. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 ed – Guanabara Koogan. Rio de Janeiro,2007.

CAMARGO. Alexandre. **Revista CREFITO**,Bela Vista, v 8, n.4. p. 26-29,2011.

DELANCEY,J.O.L. – Anatomia da Bexiga e da Uretra Feminina. In: BENT A. E.;OSTERGORD. D.R. **Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico**, 5 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2006.

FONSECA,.E.S.M. et al. Validação do Questionário de Qualidade de Vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária.**Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**.São Paulo,2005.

GERMAIN, B.C. – **O Períneo Feminino e o Parto – Elementos de Anatomia e Exercícios Práticos** – 1ª ed. Barueri: Manole,2005.

LOPES, M.H.B. M; HIGA. R. – Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. Esc. Enfermagem**. USP. São Paulo,2006.

LOPES, M.H.B.M; SILVA. L. – Incontinência urinária em mulheres: razão da não procura por tratamento. **Rev. Esc. Enfermagem**. USP. São Paulo, 2009.

Revista Hórus, v. 7, n. 2, p. 41-53, 2012.

NASCIMENTO, S.M. – Avaliação Fisioterapêutica da Força Muscular do Assoalho Pélvico na Mulher com Incontinência Urinária por Esforço após Cirurgia Wertheim-Meigs – revisão de literatura – **Revista Brasileira de Cancerologia**, Belo Horizonte (MG),2009.

MONTEIRO, E.S. et al –Eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior para bexiga hiperativa neurogênica – **Revista Neurociência**, 2010.

RODRIGUES, N. C. et al. Exercícios Perineais, Eletroestimulação e Correção Postural na Incontinência Urinária- Estudo de Caso. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v.18, n.3, p. 23-29, jul./set., Curitiba, 2005.

SGROTT,.F.O.F. –**Estimulação Elétrica do Nervo Tibial Posterior para o Tratamento da Bexiga Hiperativa Refratária de origem não Neurológica**. – Curitiba (PR) – 2007.

SGROTT,.F.O.F. et al – Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa refratária tratadas com estimulação elétrica do nervo tibial posterior – São Carlos – 2009.Disponível em: site: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n6/03.pdf> acessado em 12/04/2012.

WEINBERGER.,M.W.–Diagnóstico Diferencial de Incontinência Urinária. In: BENT A. E.;OSTERGORD. D.R. **Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico**, 5 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2006.