

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA MULHER COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Autoras: Gilmayara de Oliveira Cassiano

Maria Auxiliadora dos Santos

Orientadora: Julianna Guendler de Azevedo

Co-orientadora: Julianny S. B. C. Vieira

RECIFE - PE

2013

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Julianna Guendler de Azevedo (Orientadora)

Coordenadora de tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde,

Fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP

Juliany S. B. C. Vieira (Co-orientadora)

Coordenadora de tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Maria Auxiliadora dos Santos

Estudante do curso de fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS

Gilmayara de Oliveira Cassiano

Estudante do curso de fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS

Correspondência para:

Prof^a. Juliany Vieira

Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS, Recife/PE, Brasil

Avenida Jean Emile Favre, n° 422, Imbiribeira, Recife-PE , CEP: 51.200-060

Fone: (81) 3035.7777

Endereço eletrônico: julianyvieira@gmail.com

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

RESUMO

Objetivo: Centrou-se em descrever os principais métodos fisioterapêuticos utilizados para avaliar os músculos do assoalho pélvico na mulher com incontinência urinária de esforço.

Método: O presente artigo consiste numa revisão bibliográfica, onde foram pesquisados estudos publicados nas bases de dados Bireme, Scielo e CAPES no período de 2003 a 2012. As palavras chave utilizadas para pesquisa em base de dados foram fisioterapia; incontinência urinária; assoalho pélvico; avaliação do assoalho pélvico.

Resultados: Os métodos fisioterapêuticos encontrados nesta revisão bibliográfica, como: exame físico geral, avaliação funcional do assoalho pélvico, perineometria, *biofeedback*, cones vaginais, diário miccional, teste do absorvente e os questionários de qualidade de vida, são importantes componentes para uma boa avaliação perineal.

Conclusão: Permitiu-se concluir que a avaliação fisioterapêutica nas mulheres com IUE possui grande importância, pois, é a partir daí que se pode traçar um bom protocolo de tratamento e possibilitar uma melhor qualidade de vida para essas mulheres.

Palavra-chave: Fisioterapia; assoalho pélvico; incontinência urinária.

EVALUATION ON WOMAN WITH PHYSIOTHERAPEUTIC INCONTINÊNCIA URINARY STRESS: A LITERATURE REVIEW.

ABSTRACT

Objective: Focused on describing the main physiotherapy methods used to evaluate the muscles of the pelvic floor in women with stress urinary incontinence.

Method: This paper consists of a literature review, where were surveyed studies published in the databases Bireme, SciELO and CAPES in the period 2003 to 2012. The keywords used to search in the database were physiotherapy, urinary incontinence, pelvic floor, pelvic floor assessment.

Results: The physiotherapy methods found in the literature review, as: general physical examination, functional evaluation of the pelvic floor, perineometry, biofeedback, vaginal cones, voiding diary, pad test and quality of life questionnaires are important components of a good review perineal.

Conclusion: Allowed to conclude that the physiotherapy evaluation in women with SUI has great importance because it is from there that one can trace a good treatment protocol and enable a better quality of life for these women.

Keywords: Physiotherapy; pelvic floor; urinary incontinence.

I. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como sendo qualquer perda involuntária de urina. O tipo de IU mais comum entre as mulheres é a incontinência urinária de esforço (IUE) que pode ser definida como a perda involuntária de urina aos esforços ou realizações de exercícios, tosse ou espirro^{1,2,3}. Como fatores de risco para IU podem-se citar o número de gestações, a paridade, a idade, o elevado índice de massa corporal (IMC), a constipação crônica, a condição pós-menopausa e a tosse crônica⁴.

O assoalho pélvico (AP) é composto pelos músculos diafragma pélvico, levantador do ânus e coccígeos. A integridade desses músculos é indispensável para a manutenção da continência urinária. As principais funções desse complexo de músculos são apoio, funções esfínterianas e sexuais, além de manutenção do colo vesical^{5,6}. Os músculos do assoalho pélvico (MAP), quando normais, devem demonstrar tônus de relaxamento e a habilidade de contrair e relaxar tanto reflexamente como voluntariamente além de auxiliar na ação dos esfínteres da uretra, vagina e reto⁶.

Segundo a ICS o tratamento fisioterapêutico para a IU é a primeira opção terapêutica, pois se trata de técnicas e recursos que envolvem baixo custo, riscos e eficácia comprovada⁷. A fisioterapia visa à prevenção e o tratamento curativo da IU por meio da educação miccional, informação a respeito do uso adequado da musculatura do AP, assim como o aprendizado de técnicas e exercícios para aquisição do fortalecimento muscular⁸. Portanto, o tratamento deve ser iniciado com explicação a cerca do conceito dos músculos do assoalho pélvico e suas funções além da correta visualização e identificação dos mesmos pelas paciente⁹.

Os principais métodos citados na literatura para avaliação da IU são o exame físico geral, o diário miccional, o teste do absorvente, o toque vaginal bidigital, a perineometria, os cones vaginais, o biofeedback, a avaliação funcional do AP (AFA) e os questionários de qualidade de vida^{10, 11,12,13}.

As mulheres incontinentes apresentam menor força muscular do assoalho pélvico, revelada por avaliação por meio de eletromiografia, perineometria e palpação bidigital, em comparação com mulheres continentas. Além disso, elas demonstram estratégias de controle motor alteradas durante a contração voluntária dos MAP. Sendo assim, estudos revelam que a influência da avaliação da força muscular do AP antes e após o tratamento fisioterapêutico é de grande importância, pois determina como deve ser o tratamento e seu término^{3, 6,9}.

Em um estudo realizado por Devreese, 70% das mulheres incontinentes não conseguiram realizar uma contração do períneo com movimento em sentido cranial sugerindo que pacientes com incontinência urinária de leve a moderada tendem a ter um controle fraco dos músculos do assoalho pélvico⁹. Sendo assim, de acordo com Devreese, a avaliação dos MAP possui grande importância na eleição do tratamento apropriado para a IU⁹.

A prevalência dos sintomas da IUE de qualquer intensidade é de aproximadamente 80% em mulheres entre 25 e 60 anos de idade. Muitas dessas mulheres possuem vida profissional e social ativa, e, a condição de incontinente implica grande impacto na qualidade de vidas, reduzindo a participação em atividades diárias e interfere no bem-estar psicossocial³.

A avaliação da contração voluntária dos MAP envolve a habilidade de elevar o AP tanto quanto a manutenção da força, endurance e coordenação muscular⁶. Dessa

forma, a anamnese tem a função de identificar os sintomas urinários e o exame físico fornece uma base mais segura para melhor intervir. Nesse sentido, os testes para avaliação da força e resistência da musculatura do assoalho pélvico são parte integrante do exame físico e de extrema importância, devido à dificuldade da mulher em contrair os músculos pélvicos de forma correta¹².

Dessa forma, o objetivo do artigo consiste em descrever os principais métodos fisioterapêuticos utilizados para avaliar os MAP na mulher com IUE.

II. MÉTODOS

Foi realizada uma busca no Portal Bireme, Scielo e CAPES, à procura de artigos nacionais publicados entre o ano de 2003 à 2012. Utilizaram-se os seguintes descritores na língua portuguesa: fisioterapia, assoalho pélvico, avaliação do assoalho pélvico e incontinência urinária. As buscas foram realizadas no período de maio de 2013 a setembro de 2013.

Os artigos foram classificados com base no projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de medicina. Dentro dessa classificação os estudos com grau de evidência A correspondem a estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência, com grau B estudos experimentais ou observacionais de menor consistência, grau C relatos de casos, estudos não controlados e grau D opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais ²². A busca nas bases de dados resultou em 22 artigos, nos quais 12 foram classificados com grau de evidência A e 7 artigos com grau de evidência B, 3 com grau de evidência C. Porém, apenas foram incluídos os estudos com grau de evidência A e grau de evidência B, totalizando 19 artigos.

III. RESULTADOS

3.1 Métodos Fisioterapêuticos utilizados na avaliação do Assoalho Pélvico

3.1.1 Exame físico geral:

Possui o objetivo de verificar a tonicidade do centro fibroso do períneo, a distância anuvulvar, a consciência da contração dos MAP, a utilização de musculatura acessória (músculos adutores e glúteos) e a influência da articulação lombossacra durante a contração². Em seguida, realizam-se testes neurológicos que permitem identificar lesões neurológicas associadas. Os reflexos neurológicos são o cutâneo-anal e o bulbo-cavernoso. No primeiro, estimula-se com uma espátula de procedimento a região perineal, com intuito de observar uma contração reflexa do esfíncter anal externo. Já no reflexo bulbo-cavernoso é estimulada a região do clitóris e observa-se uma sutil elevação do mesmo¹⁴.

3.1.2 Avaliação funcional do assoalho pélvico por toque vaginal bidigital:

A avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) proporciona a noção da capacidade de contração dos MAP, permitindo a adequação do planejamento terapêutico segundo a funcionalidade de cada paciente. Portanto, o desenvolvimento dessa avaliação é imprescindível, pois fornece parâmetros para uma conduta terapêutica adequada e personalizada^{1,14}.

O toque vaginal bidigital representa o método mais utilizado para avaliar a função dos músculos perineais. É realizado através da introdução dos dedos indicador e médio no eixo vaginal, nos três centímetros distais da vagina e solicita-se à paciente uma contração dos MAP⁹.

O toque vaginal bidigital é uma forma de avaliação associada ao uso de escalas para classificar força muscular perineal⁹. As escalas comumente utilizadas são: PERFECT, OXFORD e ORTIZ^{2,6,21}.

A escala PERFECT foi desenvolvida por Bo e Larsen, em 1992, com o objetivo de quantificar a intensidade, a duração e a sustentação da contração muscular perineal. Nessa escala, avalia-se: P – Power (força de contração), E – Endurance (sustentação da contração), R – Repetition (número de repetições) e F – Fast (número de contrações)^{2,4,15}. A escala de Oxford possui o mesmo objetivo que a escala PERFECT, é graduada da seguinte forma: grau 0: ausência de contração muscular; grau 1: esboço de contração muscular não sustentada; grau 2: presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta; grau 3: contração sentida, comprimindo os dedos do examinador com pequena elevação da parede vaginal posterior; grau 4: contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal posterior em direção à sínfise púbica; grau 5: contração, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em relação à sínfise púbica^{4,18}. A contração perineal também pode ser avaliada através da escala de Ortiz, a qual contém graus de 0 a 5²¹.

3.1.3 Diário miccional:

Este método de avaliação fisioterapêutica possui a função de avaliar as perdas urinárias pela utilização de um diário miccional simplificado (Figura 1), no qual a paciente anota, pelo período de sete dias, as frequências urinárias diurna e noturna, além do número de perdas urinárias^{1,3}.

Figura 1: Diário miccional



The image shows a blank micturition diary form. At the top, there is a dark grey header bar with the text "Diário miccional" in white. Below the header is a table with four columns: "Data", "Urina/dia", "Urina/noite", and "Perdas de urina". The table has 20 empty rows for data entry.

Data	Urina/dia	Urina/noite	Perdas de urina

Fonte: Moreno L. A., Fisioterapia em Uroginecologia, 2ª edição, Editora Manole, 2009.

3.1.4 Teste do absorvente:

O teste do absorvente é empregado para quantificar a perda de urina. Ele é realizado utilizando um absorvente de algodão, do qual é mesurado o peso no início e no final do teste por uma balança de precisão. Após a colocação do absorvente, a paciente é orientada a realizar diversos exercícios, como caminhada com obstáculos, mudanças repetidas de posicionamento, simulação de tosse, entre outros¹¹.

3.1.5 Uso de cones Vaginais:

Os cones vaginais (Figura 2) foram desenvolvidos por Plevnick em 1985 no intuito de exercitar a musculatura do períneo e podem ser utilizados tanto na avaliação

fisioterapêutica quanto no tratamento dos MAP. As pacientes devem ser orientadas a reter os cones e deve-se aumentar progressivamente o peso dos mesmos⁸.

Um cone vaginal é qualquer dispositivo que se pode inserir na vagina para fornecer resistência e *feedback* sensorial aos MAP à medida que eles contraem, fazendo com que ocorra uma propriocepção perineal¹⁴.

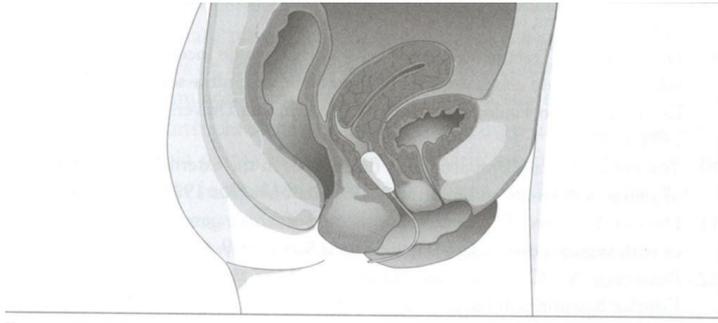
Os cones vaginais são encontrados em um conjunto contendo cinco cones, de forma e tamanhos iguais e peso variando de 25g (o mais leve) a 75g (o mais pesado). Quando um cone de peso adequado é inserido na vagina, ele tende a sair, causando a sensação de perda do mesmo, que vai promover um *feedback* sensorial, fazendo com que os MAP que circundam o cone se contraíam em resposta¹⁴.

Figura 2: Kit de cones vaginais



Fonte: Moreno L. A., Fisioterapia em Uroginecologia, 2ª edição, Editora Manole, 2009.

Figura 3: Posicionamento correto dos cones vaginais



Fonte: Moreno L. A., *Fisioterapia em Uroginecologia*, 2ª edição, Editora Manole, 2009.

3.1.6 Biofeedback:

O biofeedback, quando utilizado em avaliação, fornece parâmetros de uma contração máxima através de sinais visuais ou sonoros¹³. A captação do sinal do biofeedback pode ser por meio de sonda endovaginal eletromiográfica ou manométrica (pressão)¹³.

Para a avaliação da força perineal, a paciente deve estar em posição supina, com membros inferiores fletidos e abduzidos e é introduzida na vagina uma sonda eletromiográfica ou manométrica. Em seguida a paciente realiza uma contração máxima, onde esta é visualizada e graduada no visor do aparelho²⁰.

Para utilização da sonda manométrica, a sonda intracavitária é conectada a um manômetro de pressão e protegida por um preservativo não lubrificado, sendo assim, introduzida no canal vaginal. A válvula deve ser fechada e em seguida insuflada lentamente até a paciente sentir o contato da sonda com a parede vaginal sem referir dor contribuindo, assim, no processo da distensão na parede vagina¹⁷. O perineômetro é um tipo de aparelho de biofeedback manométrico utilizado pela fisioterapia².

3.1.7 Questionário de qualidade de vida:

Os questionários de qualidade de vida são amplamente utilizados na avaliação das pacientes com IU^{4, 10,21}. Os questionários mais utilizados são o Questionário de Qualidade de Vida (KHQ), o Questionário Female Sexual Function Index (FSFI) e o Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QoL).

O KHQ foi validado em português por Fonseca et al.²⁴. Trata-se de um questionário composto de 30 perguntas, as quais são arranjadas em 9 domínios. Relatam, respectivamente: a percepção da saúde, o impacto da incontinência, as limitações nos desempenhos das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono e as medidas de gravidade. Para todas as respostas atribuem-se valores numéricos, os quais são somados e avaliados por domínios⁴.

O KHQ é pontuado em cada domínio e os escores variam de 0 a 100, e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio⁴.

O questionário FSFI foi validado nos Estados Unidos e traduzido para a língua portuguesa²⁵. É formado por 19 questões, todas de múltipla escolha, agrupadas em 6 domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. A cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Posteriormente, realiza-se um cálculo matemático que permite a obtenção de um índice final, o escore do FSFI. Os resultados variam de 2 a 36, sendo que quanto menos o escore, pior será a função sexual¹³.

O I-QoL é um questionário para indivíduos com incontinência urinária que possui o objetivo de analisar a qualidade de vida. O I-QoL é composto por 22 questões organizadas em 3 domínios. O primeiro analisa a limitação do comportamento humano; o segundo, o impacto psicossocial; e o terceiro avalia o embaraço e o constrangimento

social¹⁰. Neste questionário a todas as respostas são atribuídos valores numéricos que variam entre 1 a 5, que somados, produzem um valor total. Tais valores, somados, devem ser transformados em percentuais; portanto, a avaliação da qualidade de vida deverá variar entre 0 e 100 pontos, considerando-se que, quanto menor o número obtido, pior a qualidade de vida¹⁰.

3.1.8 Resumo dos estudos incluídos

Estudo (Autor e ano)	Desenho do estudo	Participantes (n, sexo, idade)	Método de avaliação utilizado
1. Fozzati M.C.M et al., 2008.	Ensaio clínico aberto, prospectivo, não randomizado.	Foram selecionadas 26 mulheres com queixas de IUE e idade entre 23 e 72 anos	Questionário KHQ, o diário miccional e a AFA.
2. Virtuoso J.F et al., 2011.	Trata de um estudo descritivo e transversal.	Foram incluídos 40 idosas praticantes e não praticantes de exercício físico.	As pacientes foram avaliadas através do exame físico geral, da perineometria e toque vaginal bidigital utilizando a escala PERFECT.
3. Fitz F. F. et al., 2012.	Estudo piloto, prospectivo, randomizado e controlado.	A amostra foi composta de 40 mulheres idosas com diagnóstico de IUE e idade igual ou superior a 60 anos.	Foi utilizado o biofeedback, o toque vaginal bidigital associado à escala PERFECT, o questionário KHG e o diário miccional.
4. Fitz F. F. et al., 2011.	Ensaio clínico prospectivo, tipo antes e depois.	Total de 36 pacientes do sexo feminino com idade média de 55,2 anos e histórico de IUE sem deficiência esfinteriana.	Toque vaginal bidigital utilizando a escala de Oxford, o método PERFECT e o diário miccional.

5. Silva J. C. et al., 2011.	Estudo longitudinal, experimental e randomizado.	A amostra foi constituída de 44 mulheres com queixa clínica de IU.	Foram realizados exame físico geral, inspeção e mensuração dos MAP, perineometria, toque vaginal bidigital utilizando a escala PERFECT e de Oxford como também, a AFA.
6. Moreira E. C. H. et al., 2010.	Estudo descritivo do tipo casual comparativo e não probabilístico.	As participantes foram gestantes no segundo e terceiro trimestres de gestação.	Toque vaginal bidigital utilizando a escala de Oxford e o método PERFECT.
7. De Sousa J. G. et al., 2011.	Estudo experimental.	A amostra foi composta de 22 mulheres com queixa clínica de perda urinária aos esforços e urgência miccional.	AFA, perineometria, questionário KHQ e o toque vaginal bidigital utilizando o método PERFECT e a escala de Oxford.
8 Oliveira J. R. et al., 2011.	Estudo de intervenção prospectivo.	O grupo estudado foi composto por 11 idosas, com idade de 65 a 83 anos e queixa de IU.	Questionário KHQ.
9. Pinheiro B. F. et al., 2012.	Ensaio clínico randomizado.	Foram selecionadas 11 pacientes do sexo feminino com idade entre 50 e 66 anos, com diagnóstico clínico de IUE.	Exame físico composto de inspeção, palpação vaginal bidigital associada ao método PERFECT e a escala de Oxford, testes de reflexos e o biofeedback.
10. Santos P. F.D.	Estudo	Participaram do	A avaliação foi

et al., 2009.	randomizado e controlado.	estudo 45 mulheres com IUE e média de idade de 52,6 anos.	composta do diário miccional, teste do absorvente, questionário Incontinence Quality of Life Questionnaire (I – QoL).
11. Matheus LM et al., 2006.	Estudo randomizado não	Foram avaliadas 12 participantes do sexo feminino com queixa clínica de IUE ou IUM e média de idade de 52,3 anos.	AFA, teste do absorvente e o exame físico geral.
12. Souza C. E. C. et al., 2009.	Estudo randomizado não	Foram avaliadas mulheres na pós-menopausa, com idades entre 58 e 87 anos.	Palpação vaginal bidigital e perineometria.
13. Knorst M. R. et al., 2012.	Estudo quase-experimental, do tipo antes e depois.	Participaram do estudo 48 mulheres com IU e idade entre 35 e 78 anos.	Toque vaginal bidigital e perineometria.
14. Herrmann V. et al., 2003.	Estudo randomizado e controlado.	Foram selecionadas 22 mulheres com idade média de 49 anos (22 a 74 anos) e queixa clínica de IUE.	Manobra de Valsava e o diário miccional.
15. Arruda R. M. et al., 2007.	Estudo prospectivo e randomizado.	A amostra foi composta de 64 pacientes do sexo feminino com diagnóstico de hiperatividade detrusor, com idade entre 35 a 80 anos.	Diário miccional.
16. Fitz F. F. et al.,	Estudo	Foram incluídas 312 mulheres com	Exame físico geral.

2012.	observacional.	presença de disfunções do AP com média de idade 53,6 anos.	
17. Beuttenmuller L. et al., 2011.	Estudo longitudinal, experimental e randomizado.	Foram analisadas 71 mulheres com diagnóstico clínico de IUE.	Exame físico através da inspeção e mensuração da contração dos MAP a partir do toque vaginal bidigital e da AFA.
18. Assis T. R. et al., 2012.	Caracteriza – se por um ensaio clínico aberto.	A amostra foi constituída de 23 mulheres com idade entre 18 e 35 anos, que se encontravam no pós-parto vaginal imediato.	Palpação bidigital utilizando a escala de Oxford; perineometria.
19. Bianco G. et al., 2004.	Estudo quase experimental do tipo antes e depois.	A pesquisa compreende mulheres com idade entre 20 e 24 anos com vida sexual ativa há mais de dois anos.	Foi utilizado para avaliação do assoalho pélvico o biofeedback, o toque vaginal bidigital e os cones vaginais.
20. Reis A. O. et al., 2011.	Estudo quantitativo do tipo observacional, transversal e comparativo.	O estudo foi realizado com 20 atletas e faixa etária de 16 a 26 anos.	AFA e biofeedback.
21. Franceschet J. et al., 2009.	Estudo comparativo e não-probabilístico.	As participantes encontravam-se no segundo e terceiro trimestres de gestação.	Toque vaginal bidigital utilizando a escala de Oxford e o questionário FSFI.

IV. DISCUSSÃO

Fitz et al. 2012, em estudo piloto prospectivo, randomizado e controlado, utilizou a avaliação da função muscular do AP por meio da palpação vaginal bidigital de acordo com a escala de Oxford³.

Segundo Fozzati et al.¹, em ensaio clínico aberto, o questionário KHQ, o diário miccional e a AFA são importantes métodos para a avaliação fisioterapêutica do AP¹. Em contrapartida, para de Sousa et al.⁷, o perineômetro é o principal método fisioterapêutico utilizado na avaliação dos MAP, pois observa o pico de pressão, o tempo e a resistência que os músculos perineais permanecem contraídos⁷.

Silva et al.⁵, em estudo descritivo, visou comparar a média de resposta da força e resistência da musculatura do AP de mulheres obesas e não obesas e os sinais de perda involuntária de urina. A avaliação dos MAP foi composta de anamnese completa sobre a função vesical e queixas relacionadas com a perda urinária; o exame de palpação vaginal bidigital e o perineometro⁵.

Beuttenmueller et al.¹⁷, em estudo que teve como objetivo avaliar o efeito dos exercícios associados ou não a eletroterapia sobre a contração da MAP de mulheres com incontinência urinária de esforço, concluiu sobre a importância de avaliar os MAP por meio de exame físico, de inspeção e mensuração da contração a partir do toque vaginal bidigital e do perineômetro¹⁷. Porém, para Bianco et al.¹⁹, em sua pesquisa do tipo quase experimental que teve como objetivo avaliar os efeitos dos exercícios do AP na sexualidade feminina, relatam que a melhor forma de avaliar o AP é através do toque bidigital, o biofeedback e os cones vaginais¹⁹.

Em estudos realizados por Franceschet et al.²¹ e por Knorst et al.¹³ foi relatado que o toque bidigital associado a escala de Oxford e a escala de Ortiz são importantes componentes utilizados para graduar a força muscular da musculatura do assoalho pélvico^{21,13}. Já para Virtuoso et al.², a avaliação fisioterapêutica deve ser composta de exame físico, perineometria e da escala PERFECT².

Segundo Reis et al.¹⁶, em sua pesquisa quantitativa do tipo observacional, transversal e comparativa, com população de 37 atletas de basquetebol e 42 de voleibol, ambos do sexo feminino, cita que é possível medir a capacidade de contração da musculatura do AP por meio da escala AFA, do biofeedback eletromiográfico e da palpação vaginal bidigital¹⁶.

V. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que a avaliação fisioterapêutica nas mulheres com IUE possui grande importância, pois, é a partir daí que se pode traçar um bom protocolo de tratamento e possibilitar uma melhor qualidade de vida para essas mulheres. Porém, ainda é necessário aprimorar os estudos com ênfase na avaliação fisioterapêutica do AP.

VI. REFERÊNCIAS

1. Fozzati MCM, Palma P, Herrmann V, Dambros M. Impacto da Reeducação Postural Global no Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço Feminina. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54:17-22.
2. Virtuoso JF, Mazo G.Z, Menezes EC. Incontinência Urinária e Função Muscular Perineal em Idosas Praticantes e Não Praticantes de Atividade Física Regular. Rev Bras Fisio. 2011; 15: 310-7.
3. Fitz FF, Resende APM, Stupp L, Costa TF, Sartor MGF, Girão MJBC, Castro R. Efeito da Adição do Biofeedback ao Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico para Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço. Rev Bras Ginecol Osbst, 2012. 34: 505-10.
4. Fitz FF, Costa TF, Yamamoto DM, Resende APM, Stupp L, Sartoria MGF, Girão MJBC, Castro RA Impacto do Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico na Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária. Rev Assoc Med Bras. 2011; 58: 155-159.
5. Silva JC, Prado MC, Faria J, Fracon, Romão, Cestári CE. Grau de força muscular do assoalho pélvico em mulheres incontinentes obesas e não obesas. Rev Cienc & Sal. v.4, n,2, p. 37-44 jul/dez.
6. Moreira ECH, Arruda PB. Força Muscular do Assoalho Pélvico entre Mulheres Continentes Jovens e Climatéricas. Rev Semina: Ciênc Bio Sal. 2010,v.31,n.1.p.53-61 jan/mar.
7. Sousa JG, Ferreira VR, Oliveira RJ, Cestari CE. Avaliação da Força Muscular do Assoalho Pélvico em Idosas com Incontinência Urinária. Rev Fisio Mov. 2011 jan/mar; 24: 39-46.

8. Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no Tratamento da Incontinência Urinária em Mulheres Idosas. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2011; 14: 343-351.
9. Pinheiro BF, Franco GR, Feitosa SM, Yuaso DR, Castro RA, Girão MJBC. Fisioterapia para Consciência Perineal: Uma Comparação entre as Cinesioterapias com Toque Digital e com Auxílio do *Biofeedback*. Rev Fisio Mov. 2012 jul/set; 25: 639-48.
10. Santos PFD, Oliveira E, Zanetti MRD, Arruda RM, Sartori MGF, Girão MJBC, Castro RA. Eletroestimulação Funcional do Assoalho Pélvico *versus* terapia com Cones Vaginais para o Tratamento de Incontinência Urinária de Esforço. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2009; 31; 447-52.
11. Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA e Oliveira J. Influência dos Exercícios Perineais e dos Cones Vaginais, Associados à Correção Postural, no Tratamento da Incontinência Urinária Feminina. Rev Bras de Fisio. 2006, v.10, n. 4, p. 387-392.
12. Souza CEC, Lima RM, Bezerra LMA, Pereira RW, Moura TK., Oliveira RJ. Estudo Comparativo da Função do Assoalho Pélvico em Mulheres Continentes e Incontinentes na Pós Menopausa. Rev Bras Fisio. 2009;13:535-41.
13. 21. Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Rev Bras Fisio. 2009; 13(5): 383-9.
14. Moreno LA, Fisio em Uroginecol. 2ª edição, Editora Manole, 2009.
15. Assis TR, Sá ACAM, Amaral WN, Batista EM, Formiga CKR, Conde DM. Efeito de um Programa de Exercícios para o Fortalecimento dos Músculos do Assoalho Pélvico de Multíparas. Rev Bras Ginecol e Obst. 2012; 35: 10-5.

16. Reis AO, Câmara CNS, Santos SG, Dias TS. Estudo Comparativo da Capacidade de Contração do Assoalho Pélvico em Atletas de Voleibol e Basquetebol. Rev Bras Med Esp. Vol. 17, Nº 2 – Mar/Abr, 2011.
17. Beuttenmuller L, Cader SA, Macena RHM, Araujo NS, Nunes EFC, Dantas EHM. Contração Muscular do Assoalho Pélvico de Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço Submetida a Exercícios e Eletroterapia: Em Estudo Randomizado, Revista Fisio e Pesq. 2011;18:210-6.
18. Arruda RM, Sousa GO, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Castello MJB. Hiperatividade do Detrusor: Comparação entre Oxibutinina, Eletroestimulação Funcional do Assoalho Pélvico e Exercícios Perineais. Estudo Randomizado. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2007;29:452-8.
19. Bianco G, Braz MM. Efeitos dos Exercícios do Assoalho Pélvico na Sexualidade Feminina. 2004.
20. Fitz FF, Costa TF, Feitosa SM, Yuaso DR, Alves GA, Sartori MF, Girão MJBC, Castro RA. Qual Índice de Massa Corpórea de Mulheres com Disfunções dos Músculos do Assoalho Pélvico que Procuram Tratamento Fisioterapêutico?. Rev Fisio e Pesquisa. 2012;19:309-313.
21. Knorst MR., Cavazzotto K, Henrique M, Resende TL. Intervenção Fisioterapêutica em Mulheres com Incontinência Urinária Associada ao Prolapso de Órgão Pélvico. Rev Bras Fisio. 2012;16(2):102-7.
22. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/texto_introdutorio.pdf.

23. Herrmann V, Potrick BA, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Júnior NRN. Eletroestimulação Transvaginal do Assolho Pélvico no Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço: Avaliações Clínicas e Ultra-sonográfica. Rev Bras Fisio. Rev Assoc Bras. 2003; 49: 401-5.
24. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, Girão MJBC. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27: 235-42.
25. Thiel RRC, Dambros M, Palma PRC, Thiel M, Ricetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Ver Bras Ginecol Obestet. 2008; 30:504-510.