

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EXERCÍCIOS FISIOTERAPÊUTICOS PARA REEDUCAÇÃO DO MECANISMO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NO ESPAÇO DOMICILIAR

Marzane Bolzan Morais de Oliveira¹
Evelise Moraes Berlezi²

Recebido em: 02 jan. 2018
Aceito em: 24 nov. 2018

RESUMO: **Introdução:** De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, o tratamento conservador, através de técnicas fisioterapêuticas, é considerado o tratamento de primeira escolha para IUE. Tradicionalmente o tratamento é realizado na clínica com a supervisão direta do fisioterapeuta, porém é preciso considerar que o desenvolvimento de protocolos que possam ser executados no espaço domiciliar propiciaria uma alternativa de tratamento e cuidado continuado na busca da resolutividade. Para o sucesso do tratamento é necessário encontrar uma metodologia que estabeleça a relação terapeuta-paciente para o estímulo contínuo ao tratamento, possibilitando ao terapeuta acompanhar a execução e evolução da prescrição com vista à efetividade e resolutividade do tratamento. **Objetivos:** Implementar um protocolo de cuidado continuado no tratamento da incontinência urinária de esforço executado no espaço domiciliar sob supervisão e avaliação do fisioterapeuta. **Métodos:** Os sujeitos elegíveis para o estudo foram mulheres com idade igual ou superior a 20 anos com diagnóstico funcional de incontinência urinária de esforço. O estudo foi desenvolvido na clínica-escola da Universidade do Alto Uruguai e das Missões - URI São Luiz Gonzaga. Para a seleção da amostra consideraram-se como critérios de inclusão o diagnóstico urofuncional de incontinência urinária e a adesão ao protocolo de intervenção, constituído pelo treinamento dos músculos do assoalho pélvico e ginástica hipopressiva executados durante 12 semanas, com supervisão e acompanhamento sistemático pelo fisioterapeuta. A avaliação foi realizada pré e pós-intervenção e constituiu-se em anamnese e avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico. **Resultados:** A amostra foi constituída por nove mulheres. Após a execução do programa proposto, houve incremento da força muscular do assoalho pélvico e aumento da pressão perineal; 78% reestabeleceram o mecanismo de continência urinária e duas mulheres, 22%, reduziram a gravidade da IU. **Conclusões:** Os resultados do estudo evidenciam que o programa de exercícios individualizado executado no espaço domiciliar, sob supervisão e avaliação sistemática do fisioterapeuta, é eficiente e reproduzível para o tratamento da incontinência urinária de esforço. **Palavras-chave:** Incontinência urinária. Programa de exercícios domiciliares. Adesão ao tratamento.

IMPLEMENTATION OF AN INDIVIDUALIZED PROGRAM OF PHYSIOTHERAPEUTIC

¹ Fisioterapeuta, discente do Programa de Pós Graduação stricto sensu em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta em associação ampla com a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: marzane.oliveira@yahoo.com.br.

² Fisioterapeuta, Doutora, docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

EXERCISES FOR REEDUCATION URINARY CONTINENCE MECHANISM IN WOMEN IN THE DOMICILIAN SPACE

ABSTRACT: Introduction: According to Brazilian Urology Society (Sociedade Brasileira de Urologia) the conservative treatment is considered the main one for the female urinary incontinence treatment. Traditionally, the treatment is performed at a clinic under the supervision of a physiotherapist, but it is also necessary to consider that the development of protocols that can be executed in a household environment would allow an alternative of treatment and continuous care in the search for problem-solving. For the treatment success it is necessary to find a methodology that establishes the relationship therapist-patient to the continuous stimulation to the treatment, enabling the therapist to monitor the execution and evolution of the prescription aiming the effectiveness and result of the treatment. **Objectives:** to implement a continuous care protocol in the stress urinary incontinence treatment performed in the household environment under the supervision and evaluation of a physiotherapist. **Methods:** the eligible subjects for the study were women of age 20 or higher with functional diagnosis of stress urinary incontinence. The study was developed at the school clinic of Universidade do Alto Uruguai e das Missões - URI São Luiz Gonzaga. For the sample selection were considered as inclusion criterias the urofunctional diagnosis of urinary incontinence and admission to the intervention protocol, constituted by pelvic floor muscles training and hypopressive gymnastic executed during 12 weeks, with systematic supervision and monitoring by the physiotherapist. The evaluation was performed pre and post-intervention and was constituted by anamnesis and functional evaluation of the pelvic floor muscles. **Results:** the sample was formed by nine women. After the execution of the proposed program, there was an increase in the pelvic floor muscular strength and in the perineal pressure; 78% reestablished the urinary incontinence mechanism and two women 22% reduced the gravity of urinary incontinence. **Conclusions:** the results of the study show that the individualized exercises program, executed in household environment, under supervision and systematic evaluation from the physiotherapist, is efficient and repeatable for the stress urinary incontinence treatment. **Keywords:** Urinary incontinence. Household exercises program. Admission to the treatment.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) pode ser descrita como a perda de urina em locais e situações inadequados, causando alterações sociais, emocionais e psicológicas de acordo com a Sociedade Internacional de Incontinência (GRIFFI, 2005). Considerada um dos problemas de saúde pública mais comum entre as mulheres, afeta principalmente mulheres no período da pós-menopausa, porém pode ocorrer em qualquer fase da vida (PEREIRA; ECOBAR; DRIUSSO, 2012).

A estimativa da Sociedade Brasileira de Urologia (2003) é que uma em cada 25 pessoas desenvolvem IU e 40% das mulheres começam a perder urina de forma involuntária após a menopausa. Esses dados ratificam que a IU é um problema de saúde pública.

Para a Sociedade Brasileira de Urologia (2003), o tratamento conservador, através de técnicas fisioterapêuticas, é considerado o tratamento de primeira escolha para IUE. Entre os recursos terapêuticos utilizados, podemos destacar a cinesioterapia, através do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), exercícios de Kegel e ginástica hipopressiva (GH).

Apesar de hoje a fisioterapia ter múltiplas possibilidades de tratamento, o exercício terapêutico é o mais indicado e com evidências científicas de sua resolatividade. Embora tradicionalmente o tratamento seja realizado na clínica com a supervisão direta do fisioterapeuta, é preciso considerar que essa é uma condição que atinge um grande número de mulheres e que o desenvolvimento de protocolos que possam ser executados no espaço domiciliar propiciaria uma alternativa de tratamento e cuidado continuado na busca da resolatividade. Ainda, protocolo de tratamento dessa natureza poderia ser adotado pelas equipes do Núcleo de apoio matricial da Estratégia da Saúde da Família (NASF) pelo potencial de acompanhamento de um maior número de pacientes.

Contudo, pensar em um protocolo de tratamento para execução no espaço domiciliar requer encontrar uma metodologia que estabeleça a relação terapeuta-paciente para o estímulo contínuo ao tratamento, bem como uma metodologia que dê segurança ao paciente e possibilite ao terapeuta acompanhar a execução e evolução da prescrição com vista à efetividade e resolatividade do tratamento.

Nesse contexto, esse estudo tem como objetivo implementar um protocolo de cuidado continuado no tratamento da incontinência urinária de esforço, executado no espaço domiciliar, sob supervisão e avaliação do fisioterapeuta.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os sujeitos elegíveis para o estudo foram mulheres com idade igual ou superior a 20 anos com diagnóstico funcional de incontinência urinária de esforço (IUE). O estudo foi desenvolvido na clínica-escola da Universidade do Alto Uruguai e das Missões - URI São Luiz Gonzaga.

Para a captação das mulheres participantes, a pesquisadora realizou visitas aos médicos ginecologistas, urologista e equipes de saúde das unidades básicas, para que os mesmos realizassem o encaminhamento das mulheres que durante a consulta médica ou de enfermagem relataram perda de urina, para que seja realizada a avaliação funcional.

A captação das participantes ocorreu no período de maio a julho de 2017. O tempo de tratamento foi de 12 semanas. Foram incluídas no estudo as mulheres que apresentaram diagnóstico urofuncional de IUE, aderiram ao protocolo de intervenção e realizaram o acompanhamento fisioterapêutico quinzenal. Foram captadas 10 mulheres e, dessas, 9 executaram o protocolo.

Foram excluídas as mulheres: com IU de urgência e IU mista, classificadas a partir

da anamnese realizada na primeira avaliação; com alterações cognitivas que dificultassem o entendimento e a realização dos exercícios do assoalho pélvico; com infecções urinárias; com lesões na região perineal; que estivessem realizando tratamento fisioterapêutico para IU; com história de algum tipo de cirurgia uroginecológica em qualquer período da vida; que apresentassem doenças crônicas degenerativas que podem afetar os tecidos muscular e nervoso; que apresentassem qualquer grau de prolapso; e as gestantes.

A avaliação da funcionalidade do assoalho pélvico foi realizada a partir da anamnese e avaliação urofuncional (avaliação abdominal, avaliação perineal e avaliação da pressão perineal) (Apêndice II).

Para o estudo foi aplicado um questionário semi-estruturado com questões referentes aos dados sociodemográficos, cirúrgicos, de disfunção e desordens da região perineal, identificação e caracterização da perda de urina. As avaliações foram realizadas na Clínica-escola de Fisioterapia da URI - São Luiz Gonzaga; e cada mulher teve seu horário pré-agendado.

A avaliação abdominal foi realizada através da inspeção de cicatrizes, padrão respiratório, palpação para identificar algias, flatus, impactação fecal, tônus diafragmático e abdominal e teste da tosse (CHIARAPA et al., 2007).

A avaliação perineal realizou-se através da inspeção do óstio da vagina, distância ânus-vulva, pregas anais e presença de matéria fecal, tônus, reflexos perineais, presença de prolapsos, sinergias e avaliação da força perineal (MORENO, 2004).

A avaliação da força muscular do assoalho pélvico foi realizada através da palpação digital, pela visualização da contração desta musculatura e da percepção tátil à palpação digital vaginal, durante esta contração; utilizando a escala de Oxford modificada para a graduação da força (LAYCOCK; JERWOOD, 2001). Para a realização do exame a paciente foi colocada na posição ginecológica e orientada a contrair os músculos perineais e, depois, repetir a contração muscular com os dedos indicador e médio do examinador introduzidos na vagina.

A graduação subjetiva da força muscular do assoalho pélvico respeita os seguintes parâmetros: Grau 0 - sem contração perineal visível, nem à palpação (ausência de contração); Grau 1 - sem contração perineal visível, contração reconhecível somente à palpação; Grau 2 - contração perineal fraca, contração fraca à 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 à palpação; Grau 5 - contração perineal presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação (LAYCOCK; JERWOOD, 2001).

A Avaliação da Pressão Perineal foi realizada através da mensuração da pressão perineal em milímetros de mercúrio (mmHg) por meio do perineômetro Neurodyn Evolution (Ibramed, São Paulo, SP). Este equipamento é microcontrolado e possui unidades de eletroterapia e biofeedback manométrico-perineal, de simples operação, informatizada ou não-informatizada, com 1 canal de saída, possibilitando múltiplas opções de tratamento,

tornando-se essencial na área da fisioterapia pélvica.

O biofeedback destina-se à obtenção de informações quanto à força de contração perineal através da captação dos níveis de pressão de ar na parte interior da sonda de látex vaginal ou anal.

Realizaram-se três mensurações de contração rápida respeitando um intervalo de 15 segundos de repouso entre elas. Em cada contração verificou-se a pressão máxima e a pressão mínima exercidas, para a identificação da pressão perineal, obtida pela pressão maior subtraída da menor, a qual traduz a força máxima de contração perineal. Para este estudo foi considerada a maior diferença entre as três mensurações.

A efetividade do programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar foi avaliada pela condição da paciente de continência; ou no caso de apresentar ainda incontinência o parâmetro utilizado foi o grau, comparando a avaliação inicial da funcionalidade do assoalho pélvico.

INTERVENÇÃO

Para a intervenção foi utilizado o Programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar proposto por Berlezi et al (2013). O protocolo exercício do programa baseia-se na realização de TMAP através de exercícios Kegel (DUMOULIN, 2010) e ginástica hipopressiva (LATORRE, 2011).

Seguindo o Programa quinzenalmente, cada participante fez uma consulta para orientação, supervisão e revisão/evolução dos exercícios. Para a realização do tratamento foi prescrita a realização dos exercícios na frequência de cinco vezes por semana, por um tempo de 30 minutos diário; o número de séries de repetição foi de acordo com a evolução de cada mulher. Para evitar a fadiga do períneo, foi observada a alternância entre o TMAP e a GH.

Para a execução dos exercícios no espaço domiciliar a mulher recebeu treinamento proprioceptivo da musculatura do assoalho pélvico. Esse treinamento foi baseado na aprendizagem da funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico e orientações verbais da fisioterapeuta de como realizar as contrações musculares; recebeu também uma cartilha com orientações para a realização dos exercícios no domicílio (Apêndice III).

Na sequência foram ensinados os exercícios do programa de treinamento; descritos abaixo.

Primeiro exercício: Kegel - 3 segundos de contração e 3 segundos de relaxamento (repete 10 vezes);

Segundo exercício: Ginástica hipopressiva - pés paralelos, joelhos em semi-flexão, mãos ao nível das cristas-ílicas, cotovelos flexionados e dirigidos para frente, punhos flexionados e dedos abertos, ombros relaxados, auto-crescimento, flexionar o tronco para frente, fazer movimento de inspiração, expiração e aspiração diafragmática, permanecendo

no máximo por 15 segundos nesta posição (repete 3 vezes);

Terceiro exercício: Kegel - 1 segundo de contração e 3 segundos de relaxamento (repete 10 vezes);

Quarto exercício: Ginástica hipopressiva - pés paralelos, joelhos em semi-flexão, cotovelos flexionados, elevação dos braços com as mãos acima da cabeça, auto-crescimento, deslocamento do tronco para frente, fazer movimento de inspiração, expiração e aspiração diafragmática, permanecendo no máximo por 15 segundos nesta posição (repete 3 vezes);

Quinto exercício: Kegel - repetir o primeiro exercício;

Sexto exercício: Ginástica hipopressiva - um pé à frente, joelho em flexão, mãos laterais ao nível das cristas-íliacas, cotovelos flexionados e dirigidos para frente, fazer movimento de inspiração, expiração e aspiração diafragmática, permanecendo no máximo por 15 segundos nesta posição (repete 3 vezes);

Sétimo exercício: Kegel - repetir o terceiro exercício;

Oitavo exercício: Ginástica hipopressiva - pés paralelos, joelhos flexionados, mãos sobre a face anterior do quadríceps, tronco deslocado para frente, fazer movimento de inspiração, expiração e aspiração diafragmática, permanecendo no máximo por 15 segundos nesta posição (repete 3 vezes).

A evolução dos exercícios foi realizada considerando a aprendizagem do exercício pela mulher. Para evidenciar se a mulher executou de forma correta os exercícios prescritos, a cada reencontro o fisioterapeuta realizava a checagem solicitando que a mulher realizasse o exercício da forma que executou no domicílio; o fisioterapeuta, identificando a execução incorreta do exercício, realizou a correção procedendo à reaprendizagem.

Foram realizadas no total de 5 evoluções dos exercícios (modificadas a cada 15 dias, com o retorno das participantes da pesquisa ao local previamente agendado pela pesquisadora).

A adesão ao tratamento foi verificada de forma subjetiva a partir do relato, observação e percepção da pesquisadora.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 9 mulheres, com média de idade de $55,2 \pm 10,7$ (IC 95% 46,9 – 63,5). Com relação aos dados sociodemográficos destaca-se que cinco relataram ser casadas, duas viúvas, uma separada e uma solteira. Sobre a escolaridade, oito mulheres tinham ensino médio completo e uma relatou ensino fundamental completo.

Com relação aos antecedentes pessoais e familiares (**Tabela 1**), foi evidenciado na anamnese que cinco mulheres estavam na menopausa, uma no climatério e duas em

período reprodutivo; há relato de IU na família; a HAS está presente em um terço das mulheres do estudo; e oito usam medicamentos contínuos.

Tabela 1 - Antecedentes familiar e pessoais de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.

Variável	% (n)
Antecedentes familiares	
Incontinência urinária	33,3% (3)
Antecedentes pessoais	
Diabetes	11,1% (1)
Bronquite crônica	11,1% (1)
HAS	33,3% (3)
Ciatalgia	11,1% (1)
Menopausa	66,7% (6)
Climatério	11,1 (1)
Uso de medicamento	88,9% (8)

Ainda, na anamnese foi identificado que quatro mulheres necessitavam utilizar proteção de absorvente, em algumas ocasiões, como quando estão resfriadas ou saem de casa; duas usam proteção permanente e três não necessitam de nenhuma proteção.

Sobre a prática de atividade física, três mulheres relataram praticar zumba, duas musculação e uma pilates; todas relataram realizar a prática física com a frequência de duas vezes na semana. Na avaliação inicial, das três mulheres que praticavam zumba duas mulheres relataram perder urina durante a aula; após a intervenção essas mulheres não tiveram mais queixa de perda de urina na prática física.

A **Tabela 2** mostra as características da perda urinária. A maioria das mulheres relatou perda de urina não precedida de vontade; a perda de urina molha a roupa; caracterizam a perda em jato; correr, saltar, tossir e espirrar são condições em que ocorre perda; e perda em condições de frio e estresse.

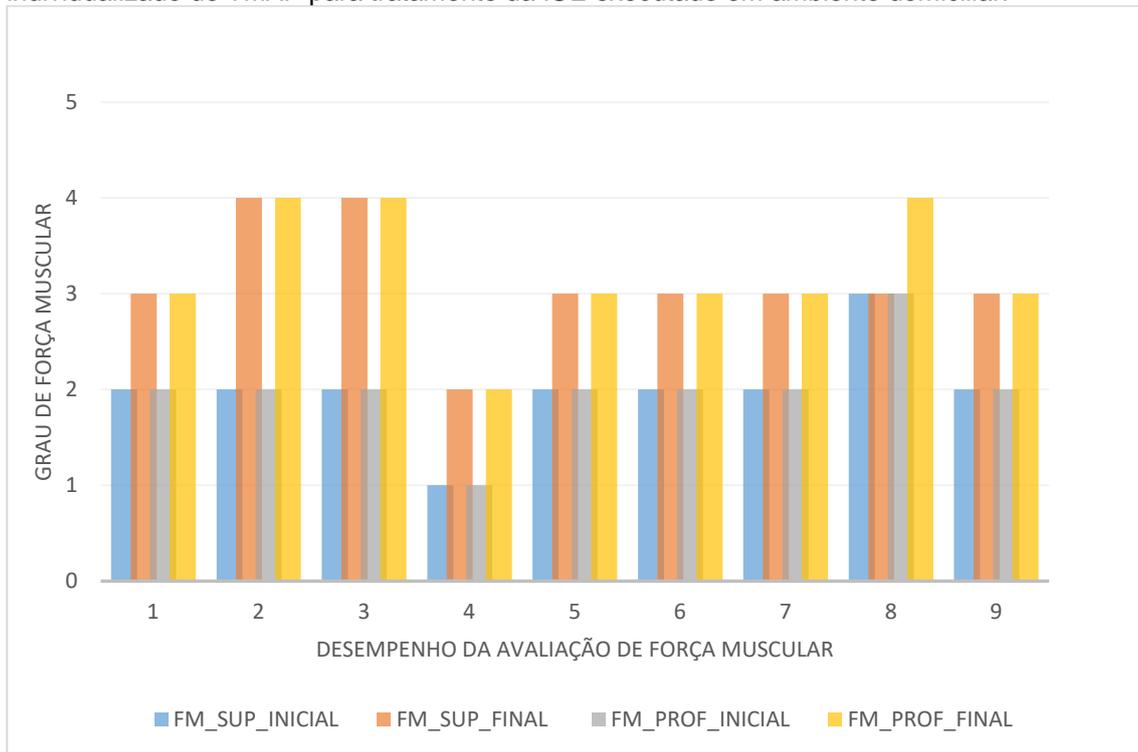
Tabela 2 - Características da perda urinária de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.

Variável	% (n)
Perda precedida de vontade	44,4% (4)
Perda não precedida de vontade	55,6% (5)
Perda de urina noturna	22,2% (2)
Quando há perda urina molha a roupa	100,0% (9)
Caracterização da perda	
Jato	88,9% (8)
Gota a gota	11,1 (1)
Perda de urina aos grandes esforços	
Saltar	66,7% (6)
Correr	55,5% (5)
Ginástica	11,1% (1)
Tosse	89,9% (8)
Perda de urina aos esforços moderados	
Espirro	77,8% (7)
Dança	11,1% (1)
Caminhada rápida	22,2% (2)
Perda de urina	
Vontade urgente ao estresse	22,2% (2)
Perda de urina ao estresse	44,4% (4)
Vontade urgente ao frio	44,4% (4)
Perda de urina ao frio	55,6% (5)
Vontade urgente ao barulho da torneira	22,2% (2)

Das características observadas durante a avaliação física abdominal destaca-se: padrão respiratório costo-diafragmático (77,8%); palpação abdominal normal (66,7%); tônus diafragmático hipertônico (66,7%); tônus abdominal flácido (100%) e hipotônico na tosse (100%); abertura do óstio da vagina normal (66,7%).

A avaliação do grau de força muscular está representada na **Figura1**, na qual observa-se o desempenho na pré e pós-intervenção da musculatura superficial e profunda, graduada de 0 a 5 pontos pela Escala de Oxford Modificada. Verifica-se que houve incremento da força muscular dos músculos do assoalho pélvico.

Figura 1 - Grau de força muscular do assoalho pélvico de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.

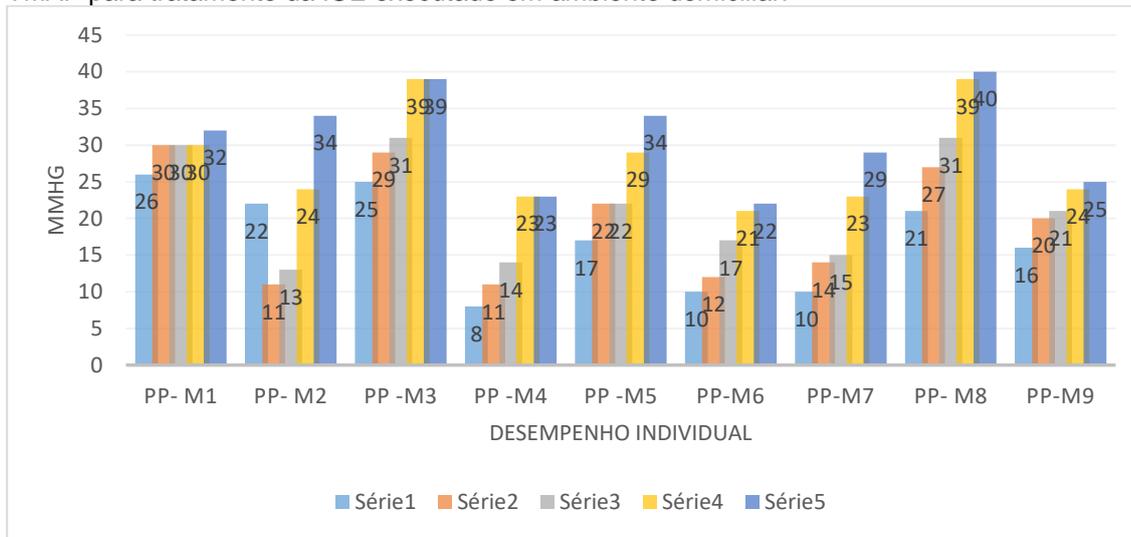


A **Tabela 3** apresenta a estatística descritiva da pressão mínima, pressão máxima e pressão perineal. Observa-se incremento importante da média da pressão perineal comparando a avaliação pré e pós-intervenção, com diferença estatisticamente significativa. Na **Figura 2** é apresentado o desempenho individual das avaliações, respectivamente séries de 1 a 5; que a mulher realizou seguindo o protocolo do estudo.

Tabela 3 - Avaliação da pressão perineal de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.

	Avaliação Inicial			Avaliação Final			P
	Média±DP (IC 95%)	Mín	Máx	Média±DP IC95%	Mín	Máx	
Pressão Mínima	114,44 (143,41- 85,48)	56	166	101,00 116,16 – 85,83	75	133	0,414
Pressão Máxima	131,67 (157,69- 105,64)	73	174	132,44 (115,39- 149,49)	100	167	0,962
Pressão Perineal	17,22 (22,41- 41)	18	26	30,88 (35,96 – 25,81)	22	40	0,001

Figura 2 - Avaliação da pressão perineal de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.



A diferença estatística evidenciada tem repercussões clínicas importantes. Comparando a avaliação inicial e final das nove mulheres do estudo, sete (78%) reestabeleceram o mecanismo de continência urinária e duas mulheres (22%) reduziram a gravidade da IU; avaliado pelo relato da mulher das condições em que ocorria a perda de urina. Mulheres que perdiam urina a médio esforço passaram a ter perda somente a grandes esforços.

A adesão foi avaliada de forma qualitativa, isso ocorreu todas as vezes que as mesmas retornavam para reavaliação a cada 15 dias. Para isso, inicialmente era solicitado que as mesmas realizassem os exercícios propostos pelo programa de treinamento e assim a pesquisadora observava a execução, intervindo quando não executado corretamente. Nos primeiros encontros havia dúvidas sobre a execução correta dos exercícios, bem como o posicionamento adequado. No decorrer dos encontros observou-se que as mulheres foram se apropriando da correta execução dos exercícios.

Como estratégia de estímulo para a adesão ao tratamento, a pesquisadora utilizou mídias sociais (WhatsApp), criado pela pesquisadora como um canal de comunicação e de empoderamento da mulher sobre o assunto de incontinência urinária na perspectiva de conhecer o problema e a solução e, especialmente, de trazer os benefícios do tratamento conservador. Acreditando-se que o conhecimento propicia a adoção de comportamento de cuidado com a saúde; e também que a mulher se sentisse estimulada a realizar os exercícios prescritos.

Foi elaborada também uma cartilha de orientações para a execução dos exercícios no domicílio, disponibilizada na primeira avaliação.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram a eficácia do programa individualizado com acompanhamento e avaliação sistemática do fisioterapeuta, executado no espaço domiciliar, no reestabelecimento do mecanismo de continência urinária. O estudo de Berlezi et al. (2013), que propôs o Programa individualizado de exercícios, mostrou que o protocolo obteve desfecho positivo para a reeducação da continência urinária. Contudo, a amostra foi pequena e o presente estudo vem a contribuir para a avaliação da eficácia do programa. Não obstante o reconhecimento dos pesquisadores dos métodos de tratamento preconizados no Programa, e também o fato de serem utilizados na prática clínica e com evidências científicas de sua eficácia, o diferencial do protocolo do programa é a metodologia planejada para atender maiores demandas como na atenção básica; para reabilitação ou prevenção.

Ainda, segundo Berlezi et al. (2013), a importância de estudos como este está no fato de que historicamente o profissional fisioterapeuta atuou na atenção secundária. Contudo, a política de saúde adotada nos últimos anos no país incluiu esse profissional nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atuar nesse nível de atenção requer a produção de novas metodologias de trabalho que atendam de forma qualificada e resolutiva os problemas de saúde da população sob seus cuidados.

Observamos que a metodologia aplicada através de encontros quinzenais com reavaliações e orientações sobre a execução correta dos exercícios teve papel importante e fundamental no sucesso do tratamento proposto. Através dos encontros realizados a cada 15 dias, foi possível progredir os exercícios individualmente, respeitando a resposta individual de cada participante, além de avaliar a adesão e motivá-las a manter o programa até o final.

O acompanhamento e a supervisão dos exercícios são fundamentais para a obtenção do sucesso do tratamento realizado no espaço domiciliar. Como no estudo de Assis et al. (2015), que destaca que, para a obtenção de bons resultados, é fundamental dedicação, esforço e perseverança por parte das mulheres. Com isso, supõe-se que os efeitos do tratamento serão melhores se o programa de TMAP contar com a supervisão e apoio dos profissionais de saúde envolvidos no processo de tratamento.

O estudo de Dreher et. al. (2009) que propôs o fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais através de um programa realizado no domicílio com supervisão semanal do fisioterapeuta, após oito semanas de intervenção, evidenciou que o método utilizado para tratamento foi eficaz, demonstrando que a utilização de protocolos realizados em domicílio é reproduzível.

Ferreira (2012) avaliou o impacto de um programa de treino na qualidade de vida de mulheres com IUE. As participantes foram divididas em dois grupos, ambos os grupos tiveram acesso a ações educativas, através de orientações sobre a anatomia e fisiologia do trato urinário inferior, conceito da IUE, etiologia, localização dos MPP, apresentação do programa de exercícios no domicílio, condutas de hábitos de higiene e modificação de

comportamentos (diário urinário), com duração de 60 minutos, e receberam um panfleto que resumia a sessão teórica salientando o programa de tratamento no domicílio. Posteriormente, um grupo realizou o programa de exercícios com a supervisão do fisioterapeuta durante encontros semanais, enquanto o outro grupo realizou o programa de exercícios em domicílio; a intervenção foi por um período de seis meses, e evidenciou a redução dos episódios de incontinência no grupo que recebeu orientações (4,5 episódios) maior em relação ao grupo sem orientações (6,4 episódios), porém ambos os grupos apresentaram redução da frequência das perdas urinárias, bem como melhora na qualidade de vida das participantes, destacando a eficácia do programa e a importância da adesão e motivação das pacientes para o sucesso do tratamento.

Outro estudo que ratifica a importância da supervisão direta do fisioterapeuta durante o tratamento foi de JAHROMI (2014), que utilizou um protocolo com exercícios de Kegel para tratamento da IUE. Inicialmente todas as participantes do estudo receberam oito sessões de treinamento, com orientações sobre os músculos do assoalho pélvico e a realização correta da contração muscular; após foram divididas em dois grupos: o grupo 1 (G1), que realizou os exercícios em grupo com acompanhamento semanal do fisioterapeuta, e o grupo 2 (G2), que realizou os exercícios em domicílio. Após dois meses de intervenção, constatou-se que as mulheres que receberam orientações semanais apresentaram melhores resultados na avaliação pós-intervenção do que aquelas que realizaram os exercícios em domicílio.

Krüger (2011) avaliou a eficiência de um programa realizado em domicílio e destaca que para o sucesso dos resultados, bem como a manutenção dos efeitos do tratamento conservador, depende-se do interesse e da motivação das pacientes. A adesão do paciente a um programa de fisioterapia é o elemento-chave para obtenção do sucesso durante e após o término do tratamento.

Em nosso estudo a adesão ao tratamento foi de 100%. A adesão da participante deve ser considerada um aspecto importante no sucesso do tratamento das doenças crônicas. Acredita-se que muitos fatores contribuam para isso, como o histórico sócio-econômico, aspectos psicológicos e grau de escolaridade (ALVAREZ et al., 2016). Para a Organização Mundial da Saúde (2003), em países desenvolvidos a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo que estes valores são superiores em países menos desenvolvidos.

Torna-se essencial que o profissional de saúde estabeleça metodologias que contribuam para o estímulo contínuo do paciente, bem como para o processo de ensino e aprendizagem. Estratégias para incentivar a adesão e a motivação do paciente são fundamentais para o sucesso do tratamento realizado em domicílio sem a orientação direta do profissional de saúde.

CONCLUSÃO

Nossos resultados mostram que o Programa proposto é reprodutível e eficiente para o tratamento da IUE; após 12 semanas, houve aumento da força MAP e da pressão perineal, repercutindo na melhora das condições de IU, promovendo restabelecimento em 90% das mulheres em situações de instabilidade.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Juglans Souto et al. **Associação entre Espiritualidade e adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia; v. 106, n. 6, p. 491-501, 2016.

ASSIS, Liamara Cavalcante de et al. **Efetividade de um manual de exercícios domiciliares na promoção da continência urinária durante a gestação: um ensaio clínico aleatorizado pragmático**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 37(10):460-6, 2015.

BERLEZI, Evelise Moraes; MARTINS, Marília; DREHER, Daniela Zeni. **Programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar**. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 232-238, 2013.

CHIARAPA, Telma Regina; CACHO; Doriane Perez; ALVES, Adria Fabíola Deiss. **Incontinência Urinária Feminina - Assistência Fisioterapêutica e multidisciplinar**. Livraria Médica Paulista edito, 2007.

DREHER, Daniela Zeni et al. **O fortalecimento com cones vaginais: programa de atendimento domiciliar**. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 43-49, jan./mar. 2009.

DUMOULIN, Chantale; HAY-SMITH, Jean E.; HABÉE-SÉGUIN, Gabrielle Mc. **Pelvic floor muscle treatment versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 Jan 20; (1): CD005654.

FERREIRA, Margarida; SANTOS, Paula Clara. **Impacto dos programas de treino na qualidade de vida da mulher com IUE**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2012.

GRIFFITHS, Derek et al. **Dynamic testing, editores. Incontinence – Basic & Evaluation**. International Continence Society; 2005. p. 585-674.

IBRAMED. **Manual de Operação neurodyn evolution**. 3. ed. 2005.

JAHROMI, Marzieh Kargar; TALEBIZADEH, Malihe; MIRZAEI, Marymn. **The effect of pelvic muscle exercises on urinary incontinency and self – esteem of elderly females with stress urinary incontinency, 2013**. Glob J Health Sci. 2015. Mar; v. 7, n. 2, p. 71–79.

KRÜGER, Ana Paula; LUZ, Soraia CT, VIRTUOSO, Janeisa F. **Exercício domiciliar para**

o assoalho pélvico em mulheres continentas após tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária: um estudo observacional. Rev. Bras. Fisioter. São Carlos, v. 15, n. 5, Sept/Oct. 2011.

LATORRE, Gustavo Fernando Sutter et al. **Ginástica hipopressiva: evidências de uma alternativa ao treinamento da musculatura do assoalho pélvico de mulheres com déficit proprioceptivo local.** Fisioterapia Brasil. 2011, nov-dec;12 (6): 463-6.

LAYCOCK, Jo; JERWOOD, D. **Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT Scheme.** Physiotherapy. v. 87, n. 12, 631-642, 2001. Disponível em: <[http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(05\)61108-X/pdf](http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(05)61108-X/pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

MORENO, Adriana. **Cinésioterapia do assoalho pélvico.** Fisioterapia em Uroginecologia; Manole: 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** 2003.

PEREIRA, Vanessa, ESCOBAR, Adriana C, DRIUSSO, Patricia. **Efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas com incontinência urinária. Uma revisão sistemática.** Rev. Bras. Fisioter., São Carlos, v. 16, n. 6, p. 463-8, nov./dez. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Campanha Segura Aí.** [Internet]. [capturado em 2015 out 23]. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/publico/?segura-ai>