

RELAÇÃO DE ALTERAÇÕES SACROILÍACAS PELO TESTE DE GILLET EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: ESTUDO DE CASO

Ianna Karlla Soares Bezerra*;

Luíz Felipe C. Barbosa**;

Lílian Lira Lisboa Fagundes Galvão***

RESUMO

Objetivo: observar relação de alterações sacroilíacas pelo teste de gillet em mulheres com incontinência urinária de esforço. **Métodos:** Pesquisa do tipo estudo de caso, composta de 1 paciente, com IUE. Excluídas mulheres com urgeincontinencia. A avaliação foi feita através de duas fichas. **Resultados e Discussões:** A paciente com IMC 33,2, perde urina aos pequenos esforços, teve 4 partos normais e foi submetida a 2 episotomias. No exame físico o teste foi positivo. Na avaliação foi detectado desequilíbrio postural, podendo sugerir haver relação entre a posição do sacro e a atividade desses músculos. **Conclusão:** Conclui-se que pode existir uma relação biomecânica entre o ílio e sacra com episódios de IUE.

palavras-chave: incontinência urinária de esforço, terapia manual, articulação sacro-ilíaca;

abstract

Objective: to observe relation of alterations sacroilíacas for the test of gillet in women with urinária incontinence of effort. **Methods:** Research of the type study of case, composed of 1 patient, with IUE. Excluded women with urgeincontinencia. The evaluation was made through two fichas. **Results and Quarrels:** The patient with IMC 33,2, loses piss to the small efforts, had 4 normal childbirths and was submitted the 2 episotomias. In the physical examination the test was positive. In the evaluation postural disequilibrium was detected, being able to suggest to have relation it enters the position of sacro and the activity of these muscles. **Conclusion:** One concludes that a biomechanic relation between the ílio can exist and sacra with IUE episodes.

keywords: *Effort urinary incontinence, manual therapy, sacro-ilíaca joint*

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Nas doenças do assoalho pélvico feminino incluem-se os prolapsos genitais, as incontinências urinária e fecal, a obstipação intestinal e os distúrbios da defecação. A incontinência urinária feminina é a mais comum dessas doenças (BEZERRA et al, 2001).

Atualmente, o tema incontinência urinária tem sido alvo de freqüentes debates e pesquisas pelo fato de que esta afecção tem ocorrido muito comumente e principalmente em mulheres. É elemento gerador de exclusão social, interferindo na sexualidade e psiquismo da paciente e comprometendo sua qualidade de vida (BEZERRA et al, 2002; HALBE, 1999; BOTEAGA, et al, 2003).

Dentre os vários tipos de incontinência urinária, a mais comumente encontrada é a incontinência urinária de esforço (IUE), que é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como a queixa de perda involuntária de urina no esforço físico, espirro ou tosse. Sua prevalência pode variar de 12 a 56% dependendo da população estudada e do critério empregado para o diagnóstico (RETT, et al, 2007; BRANDT, CORDEIRO e MEDINA, 2002).

A mulher sofre, no decorrer dos anos, alterações posturais que podem desestruturar sua bacia pélvica, causadas por fatores como gravidez, parto, obesidade, alterações nas curvas fisiológicas da coluna vertebral, atividades esportivas, atividades profissionais, efeito da ação da força da gravidade, dentre outros. O corpo busca, então, novo equilíbrio, muitas vezes com danos às funções orgânicas (FOZZATTI et al, 2008).

Existe ligação entre a pelve e a cavidade abdominal, sendo que as variações de pressão na cavidade abdominal são transmitidas para as estruturas pélvicas. Para proteção dessas estruturas, existe um diafragma pélvico, bem como ligações de tecido conjuntivo e ligamentoso, cuja finalidade é manter as vísceras intra-abdominais acima da porção fechada do assoalho pélvico (AP) (FOZZATTI et al, 2008).

A continência é decorrente de um equilíbrio entre as forças de expulsão e as de retenção (tonicidade dos esfíncteres lisos e estriados e resistência uretral). Ela decorre, ainda, da posição intrapélvica da uretra proximal em relação ao colo vesical, onde os aumentos da pressão intra-abdominal, quando presentes, devem ser transmitidos diretamente à uretra,

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

causando hipotonia ao assoalho pélvico. A reeducação postural torna-se essencial neste mecanismo continente, uma vez que a pelve, estaticamente equilibrada, contribuirá para a manutenção de um posicionamento correto das vísceras abdominais e um perfeito funcionamento dos órgãos de sustentação, favorecendo, assim, uma correta transmissão das pressões intra-abdominais (RODRIGUES, 2005).

A abordagem da IUE, ainda hoje, apresenta dificuldades relativas ao diagnóstico e conduta terapêutica, pois, apesar de novas modalidades propedêuticas e distintas técnicas cirúrgicas descritas, os índices de insucesso alcançam entre 80% e 85% nos cinco anos subsequentes à cirurgia. Por essa razão, nos últimos anos, o tratamento não-cirúrgico da IUE vem ganhando maior projeção, apresentando bons resultados com baixo índice de efeitos colaterais, além de custo reduzido (HERRMANN, 2003).

A manipulação articular é comumente utilizada para o tratamento de diversas disfunções do sistema músculo-esquelético, inicialmente nos casos de restrição dos movimentos articulares acessórios que causam dor ou restrição do movimento fisiológico normal. Estas técnicas são aplicadas em geral, tanto para afetar diversos segmentos de movimento, quanto, ou especificamente, para libertar uma determinada articulação com perda do movimento artrocinemático (MACEDO e CARDOSO, 2007).

Para D'Ambrozio e Roth (2001), a terapia manual é uma parte da fisioterapia constituída por um conjunto de métodos e atos com a finalidade terapêutica que tem por objetivo a normalização do equilíbrio membranoso com conseqüente liberação dos movimentos, diminuição de compressão nervosa e relaxamento dos tecidos moles relacionados, obtendo de forma direto e/ou reflexa, reações fisiológicas que equilibram e normalizam as diversas alterações musculares, osteoarticulares, orgânicas e funcionais, assim como suas manifestações dolorosas. Devolvendo a biomecânica neuro-músculo-esquelética das estruturas envolvidas, e assim, devolver a sua função normal. A aplicação desses movimentos direcionados e agrupados favorecerem os movimentos pélvicos permitindo uma irrigação sangüínea mais abundante nesta região, assim como massageando os órgãos internos deixando-os mais relaxados.

Diante de tal fato o presente estudo visa investigar a relação de alterações sacroilíacas com incontinência urinária de esforço em mulheres.

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A expressão Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é uma condição freqüente na população feminina definida como perda involuntária e inconsciente de urina através da uretra intacta, a qualquer esforço, sem que haja a contração da musculatura lisa da bexiga (SILVEIRA e SILVEIRA, 2002).

Segundo Rubinstein e Rubinstein (1999); Silveira e Silveira (2002), as perdas urinárias ocorrem quando essas mulheres são submetidas a um aumento da pressão intra-abdominal através dos esforços como a tosse, espirro, levantar peso ou subir escada que, por continuidade anatômica, aumenta a pressão na bexiga, o que podem levar a perda de urina.

A IUE gera sintomas com implicações sociais, causando desconforto e perda da autoconfiança, além de interferir, negativamente, na qualidade de vida de muitas mulheres. Pedro et al. (2003) diz que no Brasil esse é o tipo mais freqüente de Incontinência Urinária (IU), com incidência de aproximadamente 27,4% na população feminina no período do climatério. Outros estudos, afirmam que aproximadamente 10,7% das mulheres procuram atendimento ginecológico com queixa de perda urinária (RIBEIRO e ROSSI, 2000).

2.1 ETIOLOGIA

Para Marinho *et al.* (2006); Ribeiro e Habbad (2001); Moreira *et al.* (2002); Guarisi *et al.* (2001); Moreira, Yasuda e Kimura (2001); Reis *et al.* (2003), um dos fatores de risco importante para a IUE é a idade, devido a diminuição das fibras colágenas e substituição do tecido muscular por tecido adiposo, comum no período do envelhecimento, ocasionando a diminuição da pressão de fechamento da uretra. Os idosos formam o grupo com maior probabilidade para sofrer de incontinência urinária, todavia esta condição não está diretamente ligada ao envelhecimento. O impacto causado pelo envelhecimento está relacionado à diminuição da complacência uretral ou ausência de contratilidade do detrusor (GUCCIONE, 2002). Além disso, a idade tende a diminuir o suporte do colo vesical, o

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

comprimento da uretra e a competência do assoalho pélvico que oferece suporte suplementar à uretra (BARACHO, 2002).

Dentre outros fatores de risco, identifica-se a menopausa, paridade, os tipos de parto, o tempo de trabalho de parto, as cirurgias uro/ginecológicas, obesidade, tabagismo, diabetes mellitus e a raça (mulheres brancas têm mais chances de desenvolver a IUE).

Denominada de "doença do milênio" a incontinência urinária atinge milhões de pessoas. Dados da organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que os problemas urinários chegam a atingir 10% da população de um país sendo que 70% são mulheres. Além disso, Guarisi *et al.* (2001) afirma que duas em cada dez mulheres sofrem dessa enfermidade no período da menopausa, sendo a incontinência urinária de esforço a forma mais comum, particularmente no período perimenopausal.

3. TERAPIA MANUAL

3.1. HISTÓRICO

A osteopatia é um tratamento que surgiu nos Estados Unidos, cujo criador foi o Dr. Andrew Taylor-Still (1828-1917), juntamente com o Dr. William Garner Sutherland (1873-1954) que descobriu a terapia craniana, ambos apresentaram os grandes princípios desta medicina natural. Andrew Taylor Still propôs pela primeira vez sua filosofia e prática da osteopatia em 1874 (MAKOFSKY, 2005).

Muitos terapeutas têm integrado a manipulação em seus regimes de tratamento. Alguns médicos, especialmente ortopedistas e fisiatras, começaram a usar técnicas de manipulação. Na Inglaterra, James Mennell e Cyriax Edgar, ambos médicos, trouxe a consciência de manipulação para a comunidade médica tradicional. A Terapia manual é uma área da fisioterapia que se permite fazer o diagnóstico palpatório de bloqueios tissulares em geral, igualmente chamados de lesões ou disfunções, necessitando para tanto utilizar

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

manipulações, mobilizações, bombeios articulares dentre outros como tratamento (GÓIS et al, 2005).

Os princípios da técnica de terapia manual estão de acordo com as leis de still, sendo elas: a estrutura governa a função, ou seja, através da palpação, detecta se há alguma disfunção e diagnostica a possível alteração na estrutura. A outra é a lei da artéria, isto é, a lei que corresponde à vascularização do local; em seguida a unidade do corpo compreende que o corpo é um só está além de uma estrutura músculo-esquelética. Por fim, a auto-cura que através de estímulos dados na aplicação das técnicas o corpo encontre o caminho para se recuperar (GÓIS et al; 2005).

3.2. TIPOS DE LESÕES

As disfunções osteopáticas da articulação sacroilíaca podem ser descritas da seguinte maneira: Lesões ilíacas: estão relacionadas com o exagero dos movimentos fisiológicos do ílio em relação ao sacro. A força lesional é induzida pelos membros inferiores. Lesão de rotação posterior do ilíaco e as lesões de rotação anterior do ilíaco (LEE, 2001).

As lesões do sacro: estão relacionadas com o exagero dos movimentos fisiológicos de nutação e contranutação do sacro com relação aos movimentos do tronco. Existe torção, mas não cisalhamento ao nível da sínfise púbica.

As lesões em nutação são chamadas lesões em extensão e as lesões em contranutação são chamadas de lesões em flexão. Nas lesões anteriores do sacro: nessas lesões a base sacra é anterior. Do lado lesado, o sacro desce sobre o pequeno braço auricular e depois sobre o grande braço auricular. Essa lesão pode ser bilateral ou unilateral, ela se produz sobre o segundo eixo transversal.

Ela pode também ser o resultado de uma torção, produzindo-se sobre um eixo oblíquo. Nomeia-se essa lesão de torção esquerda sobre o eixo esquerdo, ou torção direita sobre o eixo direito. Já as lesões posteriores do sacro: nestas lesões a base sacra é posterior. Do lado

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

posterior o sacro sobe sobre seus braços auriculares. Essa lesão pode ser unilateral ou bilateral, se produz então, sobre o segundo eixo transversal (LEE, 2001).

3.3. AVALIAÇÃO

A avaliação da sacroilíaca pode ser realizada usando vários testes que têm como finalidade a verificação de lesão sacroilíaca, e que são fundamentados no modelo biomecânico e o diagnóstico é baseado no exame manual (MORAES et al, 2004; LEE, 2001; BIENFAT, 1997).

Dentre os testes existentes usaremos o spine test ou teste de Gillet, por avaliar o sacro e ilíaco, já que tais estruturas têm relação direta com o assoalho pélvico. O teste deve ser feito bilateralmente e com o paciente em pé, de frente a uma parede sobre a qual repousa as mãos. O terapeuta coloca seus polegares, um sobre a espinha ilíaca pósterio-superior de um lado e o outro sobre a base sacra do mesmo lado. O examinado flexiona o joelho e o quadril do lado do teste em direção ao abdome (90º). Se o polegar na espinha ilíaca pósterio-superior não se mover inferiormente, o teste é positivo (LEE, 2001).

3.4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da IUE baseia-se na história da queixa atual, seguida pelo exame físico, inspeção, palpação, estudo urodinâmico, além de testes complementares como: o *Pad-test*, diário miccional e outros. O estudo urodinâmico é extensão da história e do exame físico para melhor avaliar a etiologia das queixas das pacientes. A anamnese deve conter alguns aspectos incluindo o início dos sintomas, sua duração, gravidade, condições associadas e descrição do impacto social e higiênico da mulher. (cf. SOUZA, 1999; GROSSE E SENGLER, 2002; MORENO, 2004; FELDNER JR *et al.*, 2006).

Na terapia manipulativa o diagnóstico de uma lesão sacra pode ser realizado por meio da palpação das estruturas anatômicas (base do sacro, ângulo ínfero-lateral, processo articular superior) e por meio de imagem radiográfica, que permite observar a perda da

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

horizontalidade sacra. Pode ser feito, ainda, por testes diagnósticos, tais como o teste de inclinação em pé e o teste de mobilidade em decúbito prono, entre outros (MORENO, 2004; FELDNER JR et al., 2006).

4. METODOLOGIA

A Pesquisa foi caracterizada como sendo descritiva do tipo estudo de caso que foca um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade para examinar aspectos variados de sua vida (CAMPBELL; STANLEY, 1996).

A População é composta por indivíduos encaminhados, para o Studio de Pilates Ianna Soares na cidade de Assú/RN no período de agosto a setembro de 2010. A Amostra foi composta por uma paciente que apresenta queixa clínica de incontinência urinária de esforço, que foi escolhida de forma aleatória de um universo de vários pacientes. Os critérios de inclusão foram apresentar idade variando entre 30 e 75 anos e, com quadro de perda involuntária de urina em situações de esforço (tosse, espirro, riso, levantamento de peso ou subir escada) e obedecesse aos seguintes critérios de exclusão: mulheres com quadro clínico de outros tipos de incontinência associada e que fizeram ou fazem algum tratamento para IU.

A paciente analisada participou de maneira voluntária e esclarecida da presente pesquisa, sendo essa pertencente ao município de Assú no RIO GRANDE DO NORTE. Após o consentimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi realizada avaliação fisioterapêutica, padronizada por meio de uma ficha de avaliação semi-estruturada de dados sócio - demográficos e clínicos (Anexo A). A avaliação de incontinência urinária foi dividida em três partes: identificação, anamnese e exame físico (Apêndice A). Sendo a identificação composta por nome, idade, endereço, telefones, estado civil, grau de instrução, profissão e renda familiar.

A anamnese era composta pela história atual e pregressa do sistema urogenital e investigação de estruturas sacroilíacas. No exame físico foi realizada a biometria (peso, altura e IMC) e feita a investigação da região sacroilíaca através do teste de gillett, (LEE, 2001; BIENFAIT, 1997).

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

No spine test ou teste de Gillet foi feito bilateralmente e com o paciente em pé, de frente a uma parede sobre a qual repousa as mãos. O terapeuta colocou seus polegares, um sobre a espinha ilíaca pósterio-superior de um lado e o outro sobre a base sacra do mesmo lado. O examinado flexionou o joelho e o quadril do lado do teste em direção ao abdome (90º), a fim de verificar se teste positivo (LEE, 2001). E o avaliador foi registrando achados em sua ficha e avalia ambos os lados direito e esquerdo da mesma forma.

Análise estatística foi feita através de uma análise descritiva.

5. RESULTADO E DISCUSSÕES

A paciente MLFPS, 53 anos, casada, professora, com renda familiar mensal maior ou igual a 4 salários mínimos, com IMC 33,2, perde urina aos pequenos esforços, usa 2 protetores higiênico durante o dia, número de micções ao dia 5 e a noite 2, com quadro de infecções urinárias de repetição, está na menopausa há 2 anos, com história obstétrica de 4 partos normais e foi submetida a 2 episotomias, hipertensa, foi submetida a histerectomia há 8 anos atrás, faz reposição hormonal, tem constipação e não pratica atividade física com regularidade. Durante o exame físico da paciente ao teste de gillet e apresentou positivo para lesão sacral (Lesão unilateral Direita).

A musculatura estriada do assoalho pélvico assume papel relevante no mecanismo da continência urinária, pois, é fundamental na manutenção do suporte anatômico e da pressão intrauretral. As fibras desta musculatura são do tipo I e do tipo II; as do tipo I caracterizam-se por serem capazes de contraírem-se lentamente e por longos períodos sem sofrerem fadiga, sendo responsáveis pelo tônus muscular. As fibras do tipo II apresentam grande quantidade de enzimas glicolíticas, pequenas concentração de mitocôndrias que lhes concede baixo potencial aeróbico sendo mais fatigáveis. São fibras que se contraem rapidamente em resposta ao aumento súbito da pressão intra-abdominal. As fibras do tipo I predominam sobre as do tipo II (CARVALHO, HADDAD e RIBEIRO, 2003). Muitos fatores como a idade avançada, cirurgias prévias, multiparidade, infecções do trato urinário, fragilidade da musculatura do assoalho pélvico e atrofia tecidual levam a disfunção da musculatura do assoalho pélvico, que pode ser uma hiper-mobilidade uretral ou deficiência intrínseca do esfíncter (músculos). Esta

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

disfunção impede o mecanismo de continência urinária, levando à perda de urina durante a tosse, espirro, exercícios físicos e até mudanças de posição (BRANDT, CORDEIRO e MEDINA, 2002; BEZERRA, et al, 2002; GEBER, MARTINS, 2001).

A IUE é uma condição comum que leva a sério comprometimento na qualidade de vida da mulher, com danos sociais, psicológicos e higiênicos. O bom equilíbrio da pelve depende da condição postural. A pelve bem posicionada propicia o equilíbrio dos órgãos pélvicos dentro da cavidade abdominal, o que favorece suas funções. O equilíbrio da bacia mostra os ilíacos paralelos entre si, com as cristas ilíacas ântero-superiores orientadas para frente, os ísquios para baixo, sacro com ângulo de aproximadamente 30%, medido a partir do platô sacral e a linha horizontal (FOZZATTI et al, 2008).

Nesta situação, a tensão dos músculos estruturais da bacia pélvica, os pelvitrocantarianos, dos músculos que compõem a massa comum, na região lombar, dos músculos transversos do abdome e dos músculos do assoalho pélvico (MAP) estão normalizadas. Isto se reflete na adequada transmissão de pressão dentro da cavidade abdominal e atividade de resposta dos músculos do AP às variações da pressão, favorecendo o processo de continência (FOZZATTI, et al, 2008).

Durante a avaliação da paciente foi detectado desequilíbrio postural sugestivo de modificação no ângulo sacral, haja vista que a paciente apresentou fixação e cristas ilíacas desniveladas, além de hiperlordose, o que pode provocar estiramento dos músculos do AP, comprometendo sua função. Estudos mostraram que durante a contração desses músculos há um movimento do coccix para frente, em direção ao púbis. Isso pode sugerir haver relação entre a posição do sacro e a atividade desses músculos (BO et al, 2005).

Portanto, o equilíbrio entre lordose lombar, músculos transversos do abdome, responsáveis pela manutenção da pressão intra-abdominal e a forma cilíndrica do tronco, a mobilidade do diafragma torácico, mais importante músculo da função respiratória e responsável pelas variações da pressão intra-abdominal e o eixo de rotação das articulações coxo-femorais, são os princípios básicos do tratamento de IUE (FOZZATTI et al, 2008).

As articulações sacroilíacas podem ser envolvidas em diversas patologias, por isso o teste de gillet torna-se uma importante ferramenta que pode ajudar no diagnóstico e tratamento dessas doenças. Porém, é importante saber que o resultado do teste vai depender da habilidade e da experiência do examinador (RIBEIRO et al, 2003).

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

6. CONCLUSÃO

Conclui-se com essa pesquisa que pode existir uma relação biomecânica entre a articulação ílio-sacra e os episódios de IUE. O fisioterapeuta deve possuir conhecimentos anatômicos e biomecânicos suficientes para o entendimento da patologia e de sua instalação. Embora, ainda existam outras formas de abordagem fisioterapêutica de pacientes com incontinência urinária de esforço, a Osteopatia vem se mostrando de grande valia na avaliação e eficácia na abordagem dos mesmos.

Visto que o presente estudo foi realizado com uma amostra muito pequena, somente uma paciente, ressaltamos que não é possível considerar os resultados obtidos como regra para uma população maior, por isso, sugerimos que futuras pesquisas sejam feitas, com um número maior de participantes para que se possa provar estatisticamente a relação das funções sacrílicas com patologias do sistema uroginecológico, e principalmente para podemos validar os meios diagnósticos que são usados pelos osteopatas, já que o uso da sensibilidade tátil é extremamente subjetiva. Dessa forma, sugerimos que novos estudos sejam realizados nessa área a fim de comprovar, através de uma amostra mais ampla, a real eficácia do Osteopatia.

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

REFERENCIAL TEÓRICO

BARACHO E. *Fisioterapia aplicada á obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

BEZERRA, L. R. P. S.; et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.24, mar. 2002.

BEZERRA, Maria Rita Lima et al; **Identificação das estruturas músculo-ligamentares do assoalho pélvico feminino na ressonância magnética**. *Radiol Bras* vol.34 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2001.

BIENFAIT, M. Bases elementares: **técnicas de terapia manual e osteopatia**. São Paulo: **Summus**, 1997.

Bo KS. **Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength**. *Phys Ther*. n.85, p269-82. 2005.

BOTEGA, N. J.; et al. Validação do “Kings Health Questionnaire” para o português em mulheres com Incontinência Urinária. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2003.

BRANDT, F. T., et al. A importância da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. Londrina: Apostila de Terapia Manual, 2002.

CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C. *Experimental and quasi-experimental*. tratamento da disfunção músculo esquelético. São Paulo: Manole, 2001.

CARVALHO, C. A., PAMATO, L.A.L., ROSAS, R.F.; **MANIPULAÇÃO DO OSSO ILÍACO NA DOR LOMBAR**. Disponível em: <www.terapiamanual.com.br>. Acesso em; 11 ago. 2004.

CORDEIRO, A. F.; MEDINA, R. S.; BRANDT, F. T. A importância da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. v. 1, n.2. p.37-41. out./dez.2002.

D'AMBROZIO, J. R.; ROTH, B. G. **Terapia de liberação posicional (PRT): avaliação e designs for research**. Boston: Houghton Mifflin Company. 1963.

FELDNER JR. et al. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, São Paulo, v. 5, n.1, p.55-62, 2006.

FOZZATTI, Maria Celina Martins et al.; **Impacto da reeducação postural global no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina**. *Rev. Assoc. Med. Bras*. vol.54 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2008.

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

GÓIS, R. M. et al., **tratamento da lombalgia crônica através de técnicas alta velocidade baixa amplitude: uma revisão bibliográfica**. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.18, n.3, p. 23-29, jul./set., 2005.

GROSSE, D.; SENGLER, J.; **Reeducação Perineal**, Barueri: Manole, 2002.

GUARISI, T. et al. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 428-435, out. 2001.

GUCCIONE, A. A. *Fisioterapia geriátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HALBE, H. W. Tratado de ginecologia. v. 1. 2. ed. São Paulo: Roca, 1999.

HERRMANN, V, B. A. et al. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico o tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínicas e ultra-sonográfica. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 4, n. 18, p. 401-5. Abr.2003.

LEE, Diane. A cintura **pélvica – uma abordagem para o exame e tratamento da região lombar, pélvica e do quadril**. 2 ed. São Paulo – SP: Manole, 2001.

MACEDO, Christiane S. Guerino; CARDOSO, Jefferson Rosa Eficácia da terapia manual craniana em mulheres com cefaléia. v.14, nº2. Agosto. 2007.

MAKOFISKY, H. W. Coluna Vertebral: Terapia Manual. 1a edição, editora LAB, 2005.

MARINHO, A. R et al. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 7, n 4, p. 301-306, jul.-ago. 2006.

MIRANDA,E. **Bases da Anatomia e Cinesiologia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MORAES, M. F. de, et al. Índice de disfunção sacroilíaca em mulheres com lombalgia. **Terapia Manual** ,Londrina. v. 2, n. 3, mar. 2004.

MOREIRA, E. C. K.; YASUDA, E. K.; KIMURA, F. K. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. **Revista Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v. 8, n 2, p. 9-14, 2001.

MORENO, A. L. Avaliação Fisioterapêutica. **Fisioterapia em Uroginecologia**, Barueri: Malone, v. 9, n.12 , p. 101-106, 2004.

PEDRO, A. O. et al. Síndrome o climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p.735-742, dez. 2003.

PINHEIRO, Delci Silva; SANTOS, João Fernando M.; **Assoalho pélvico: Fisiopatologia da incontinência urinária de esforço**; Prática hospitalar. ano X. Nº6 – Nov/Dez/2008.

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

PRADO, Fabiana M. L. de Oliveira; CARVALHO, Patricia Gubulin. **Fisioterapia e pesquisa**. v.14, n.2, maio/ago. São Paulo 2007.

REIS, R. B. *et al.* Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirurgica Brasileira**, São Paulo, vol. 18, n 5, p. 47-51, 2003.

RETT, Mariana Tirolli *et. al.*; **Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.29. nº3. Rio de Janeiro Mar. 2007.

RIBEIRO, R. M.; HABBAD, J. M. Incontinência urinária de esforço. In: **Tratado de Ginecologia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, v. 2, n. 99, p. 866-870, 2001.

RIBEIRO, R. M.; ROSSI, P. Diagnóstico clínico e radiológico da incontinência urinária de esforço. In: MONTELLATO, N.; BARACAT, F.; ARAP, S. **Uroginecologia**. São Paulo: Roca, v. 9, n. 34, p. 55-64, 2000.

RIBEIRO, Sady Et. Al.; **Disfunção sacroilíaca**. ACTA ORTOP BRAS 11(2) - ABR/JUN, 2003.

RODRIGUES, Natália Camargo *et al.* **Exercícios Perineais, Letroestimulação E Correção Postural Na Incontinência Urinária – Estudo De Casos**. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.18, n.3, p. 23-29, jul./set., 2005.

RUBINSTEIN, I.; RUBINSTEIN, M. Avaliação diagnóstica e classificação da IUE. In: RUBINSTEIN, I. **Urologia Feminina**. São Paulo: Byk, v. 1, n. 21, p.179-188, 1999.

SETTINERI, L.I.C. **Biomecânica. Noções Gerais**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

SILVEIRA, J. G.; SILVEIRA, G. P. G. Ginecopatias de causa obstétrica. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v. 9, n. 23, p. 1195, 2002.

SOUZA, O. L. Incontinência urinária. In: SOUZA, Elsa Lúcia Baracho Lotti. **Liv. Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia – uma visão multidisciplinar**, Belo Horizonte, v. 2, n. 22, p. 273-285, 1999.

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

ANEXO A – FICHA DE AVALIAÇÃO SEMI-ESTRUTURADA DE DADOS SÓCIO -
DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Nome: _____

Endereço: _____

Fone para contato: _____

Q1	Ano de nascimento		Q9	Com que idade teve sua primeira menstruação	
Q2	Raça / Cor (auto-declaração) 1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Parda (mulata, mestiça, cabocla, etc) 5. Indígena 97. Não sabe 98. Recusa a responder		Q10	A senhora ainda apresenta menstruações? 0. Sim, regularmente 1. Sim, mas de forma irregular 2. Não, pois não tenho mais útero (histerectomia) 3. Não, parou há mais de um ano. Se respostas 0, 1 ou 2, passar para a Q13 Se resposta 3, passar às questões 11 e 12	

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

Q3	Renda familiar mensal 0. até 1 SM 1. 2 a 3 SM 2. $\geq$ 4 SM 97. Não sabe 98. Não respondeu	☐	Q11	Com que idade ocorreu a sua última menstruação (idade em que entrou na menopausa)?	☐
Q4	Quantas pessoas moram na casa?	☐	Q12	Há quantos anos está na menopausa?	☐
Q5	Qual a sua ocupação? 0. do lar 1. trabalha fora	☐	Q13	Você é fumante? 0. Não 1. Sim Se NÃO, passe à questão 15 Se SIM, passe à questão seguinte	☐
Q6	Anos de estudo completos: ____ anos 0. analfabetas 1. 1 a 4 anos 2. 5 a 8 anos 3. 9 e mais	☐	Q14	Quantos cigarros você fuma, em média, por dia?	☐
Q7	Estado civil	☐	Q15	Você costuma ingerir bebidas	☐

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

	0. casada / união estável 1. solteira / divorciada / separada 2. viúva			alcoólicas? 0. Não 1. Sim Se NÃO, passe à questão 17 Se SIM, passe à questão seguinte	
Q8	No momento, a senhora tem vida sexual ativa? 0. Sim 1. Não	☐	Q16	Com que frequência você costuma ingerir bebidas alcoólicas? 0. Bebo socialmente ou, no máximo, 1 vez por semana 1. 2 a 3 vezes por semana 2. quase todos os dias (>3 x semana)	☐

Q17	Você faz atividades físicas regularmente? Considerar SIM se: 3 ou mais vezes por semana, pelo menos 40 minutos/vez 0. Não 1. Sim	☐	Q21	Alguns parentes próximos (pais, irmãos, avós) já realizou exame de cateterismo, cirurgia para desentupir artérias do coração ou ponte de safena? 0. Não 1. Sim 99. Não sabe	☐
-----	---	--------------------------	-----	--	--------------------------

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

Q18	Apresenta algum parente próximo (pais, irmãos, avós) com história de AVC ou derrame cerebral? 0. Não 1. Sim 99. Não sabe	☐	Q22	Você já fez alguma cirurgia para retirada dos ovários? 1. Não 2. Sim 3. Não sabe / desconhece	☐
Q19	Algum parente próximo (pais, irmãos, avós) já realizou exame de cateterismo, cirurgia para desentupir artérias do coração ou ponte de safena? 2. Não 3. Sim 99. Não sabe	☐	Q23	Você faz uso de alguma medicação para tratar os efeitos da menopausa? 0. Não 1. Sim, hormônio (_____) 2. Sim, cálcio 3. Sim, alendronato (remédio para os ossos) 4. Sim, raloxifeno (Evista®) 5. Sim, Outra: _____ 6. Sim, Outra: _____	☐
Q20	Você apresenta alguma doença que necessite de acompanhamento	☐	Q24	Constipação? 0. Não	☐

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

	médico constante? 0. Não 1. Sim, diabete (açúcar no sangue) 2. Sim, resistência insulínica (pré-diabete) 3. Sim, hipertensão arterial (pressão alta) 4. Sim, doença do coração (angina, etc) 5. Sim, dislipidemia (gordura no sangue) 6. Sim, osteoporose 7. Sim, Outra: _____			1. Sim	
--	--	--	--	--------	--

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

APÊNDICE A - FICHA DE AVALIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: ()M ()F
Endereço: _____
CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Altura: _____ Profissão/Função: _____
Estado Civil: _____ Fone: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
Médico Responsável: _____ Data da Avaliação: ____/____/____

2. ANAMNESE

Perde urina ao realizar esforços?

() Sim () Não

Por conta desta perda de urina, necessita usar protetor higiênico?

() Sim () Não - Qtos p/ dia? ____

Ao sentir desejo de urinar, consegue chegar ao banheiro ou perde urina antes?

() Sim () Não

Este fato ocorre:

() Com frequência () Esporadicamente _____

Número de micções ao dia: _____

Número de micções a noite: _____

Há quanto tempo tem I.U.E: _____

Perde urina aos: () 3 – Pequenos esforços **Infecções Urinárias:** Anteriores () Sim () Não

() 2 – Médios esforços

Repetição () Sim () Não

() 1 – Grandes esforços

Dificuldade para urinar: () Sim () Não

Hematúria: () Sim () Não

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: iannakk@hotmail.com

***Professor da pós graduação Terapia Manual e graduação da FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN - FARN](#): Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

Grau de Satisfação Atual (Incontinência):

() Satisfeita () Insatisfeita () Indiferente

Menopausa:

() Sim () Não – Há quanto tempo: _____ Medicamento: _____

Número de Gestações: _____ Partos normais ()

– Fórceps (); Episiotomia () Cesárias () Abortos ()

Situação sexual:

() Ativa () Inativa - Frequência: _____

Durante o ato sexual:

() Perde urina; () Sente dor; () Tem prazer - Obs.: _____

Intestino Constipado: () Sim () Não

Faz dieta: () Sim () Não **Tratamentos:** _____

Doenças associadas: _____

Cirurgias anteriores:

() Sim () Não Histerectomia: () Sim () Não – Há quanto tempo: _____

Ooforectomia: () Sim () Não – Há quanto tempo: _____

Outras: _____

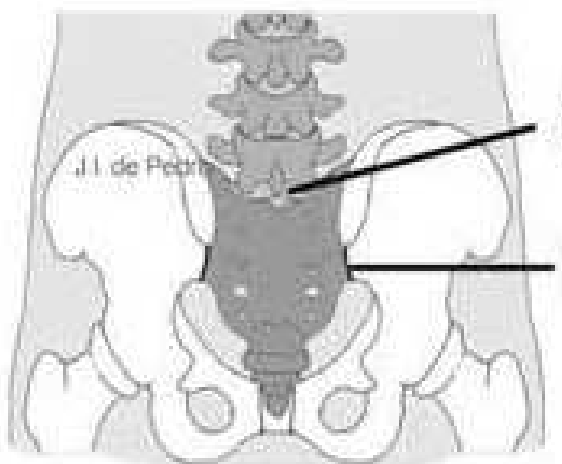
Medicação Atual: _____

Hábitos de Vida : _____

3. EXAME FÍSICO

Teste de gillet –

*Bacharel em fisioterapia pela Universidade Po
***Professor da pós graduação Terapia Manua
FARN. E-mail: luizrn@hotmail.com
**Professora da [Faculdade Natalense para o De](#)
especialista em Saúde Pública com formação en



Manual pela
fisioterapeuta
@gmail.com