

Incontinência Urinária causada exclusivamente pela Hiperatividade dos Músculos do Assoalho Pélvico



Gustavo F. Sutter Latorre¹, Priscila Moura e Silva², Francieli A. Pereira da Silva³, Noemir A. dos Santos Moreno⁴, Manuela Oliveira de Andrade⁴, Lummy M. Campos Ogawa⁶, Kauane Pazeto de Brito⁶, Renata Verissimo Cabral⁷, Maria das Graças Araujo⁸, Francine Buckell⁹, Amanda Hintz do Nascimento¹⁰, Gabriele C. Bernardo Roque¹¹, Laura Pelizzoni¹², Vitória Romão¹³, Josiane Lopes¹⁴, Thaís J. Taborda Barcellos¹⁵ e Alessandra Ayala¹⁶

Submissão: 30/10/2024

Aceite: 05/12/2024

Publicação: 30/12/2024

RESUMO

Panorama: Dentre as diversas causas de incontinência urinária (IU) está a hiperatividade do assoalho pélvico, mas não existem dados estatísticos a respeito. **Objetivo:** Estudar a IU causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico e testar a eficiência de um protocolo de liberação miofascial (LM) para tanto. **Método:** Estudo retrospectivo de diversos consultórios, levantando tempo de prática com o protocolo testado, total de pacientes com IU atendidas, número destas que foram curadas somente por LM e máximo de sessões para a alta. Percentual de cura foi calculado a partir do total de pacientes em relação ao total de curas. Correlação entre experiência vs cura e experiência vs número de sessões foi calculada pelo coeficiente de Spearman. **Resultados:** Dados de 32 consultórios foram incluídos. Média de experiência nas técnicas foi $14,9 \pm 13$, total de pacientes com IU 1.814, destas 1.275 (70,2%) apresentaram IU exclusiva por hiperatividade, necessitando uma média de $5,8 \pm 1$ sessões para a alta. **Conclusão:** A atual classificação de IU não faz sentido e necessita substituição. IU de dois terços da população vem da hiperatividade do assoalho pélvico. A LM testada foi eficiente e excelente na cura deste tipo de a IU.

ABSTRACT

Background: Pelvic floor overactivity (PFO) in one of various causes for urinary incontinence (UI), but there are no statistical data on it. **Aims:** To study UI caused exclusively by PFO and to test the efficiency of a myofascial release protocol (MRP) for that. **Method:** Retrospective study of many clinics, surveying time of practice with the tested MRP, total number of patients with UI treated, number of these who were cured only by the MRP and maximum number of sessions for cure. The percentage of cure was calculated from the total number of patients in relation to the total number of cures. Correlation between experience vs. cure and experience vs. number of sessions was calculated by Spearman's coefficient. **Results:** Data from 32 practices were included. Average experience was 14.9 ± 13 , total number of patients with UI was 1,814, of which 1,275 (70.2%) had UI exclusively due to PFO, requiring an average of 5.8 ± 1 sessions for discharge. **Conclusion:** The current classification of UI makes no sense and needs to be replaced. Two in every three people has UI caused exclusively by PFO. The tested LM was efficient and excellent in curing this type of UI.

¹ Fisioterapeuta pélvico, doutor em medicina (UFRP). Portal Perineo.net, Florianópolis, SC. gustavo@perineo.net
²⁻¹⁶ Fisioterapeuta pélvica, ² Picos/PI: primoura00@gmail.com; ³ João Pessoa/PB: fisio.francielypereira@gmail.com; ⁴ Feira de Santana/BA: lummyogawa@hotmail.com e manueleandrade@hotmail.com; ⁵ Barcarena/PA: lummyogawa@hotmail.com; ⁶ S.J.dos Quatro Marcos/MT: cacau.fisio2021@gmail.com; ⁷ São Paulo/SP: renataverissimo.fisio@gmail.com; ⁸ Jaguaribe/CE: mdgafisio@hotmail.com; ⁹ São Marcos/RS: frann.buckell@hotmail.com; ¹⁰ Joinville, SC, ¹¹ Bauruj/SP: gabriele_bernardo@hotmail.com ¹²Tapejara/RS; ¹³Curitiba/PR, ¹⁴ Guarapuava/PR: jolopes@unicentro.br ¹⁵ Guairá/PR: thaisbarcellos.micro@gmail.com; ¹⁶ Florianópolis/SC: alessandra@perineo.net

INTRODUÇÃO

Apesar de não ser mais a líder das queixas principais que trazem pacientes aos consultórios e clínicas de fisioterapia pélvica, atrás apenas da dor genital, a incontinência urinária (IU) ainda é responsável por boa parte do movimento de nossos estabelecimentos. Trata-se de um problema não apenas cinesiológico-funcional, relacionado ao mal funcionamento dos músculos do assoalho pélvico¹, mas particularmente um problema de saúde pública, tanto pelas complicações higiênicas, psicológicas e sociais que causa, quanto aos elevados custos aos sistemas de saúde².

Dentre as principais causas de IU estão a falha funcional dos músculos do assoalho pélvico³. Assim, desde 2005 o treinamento muscular do assoalho pélvico é considerado padrão ouro no tratamento da IU³. A *International Consultation on Incontinence*, órgão internacional máximo no assunto, reconhece este treinamento como tratamento de primeira-linha, baseado em evidência, aconselhando que seja sempre tentado antes de qualquer cirurgia ou tratamento farmacológico⁴. São descritos hoje treinamento de força, potência, endurance, coordenação motora, propriocepção e reprogramação da pré-contração¹. Estes treinos são direcionados de acordo com os respectivos diagnósticos cinesiológico-funcionais, que apontam em qual função estes músculos estão falhando.

Todavia, além dos diagnósticos funcionais de hipoatividade (falha na força), impercepção (falha na propriocepção), incoordenação (falha na coordenação) e desprogramação (falha da pré-contração), existe ainda mais um. A hiperatividade do assoalho pélvico como um todo (não só de seus músculos), pode ser definida pela presença, à avaliação funcional, de contraturas musculares ou aderências conectivas⁵, que acarretam diminuição da capacidade de relaxamento e, portanto, da contração dos respectivos músculos, e conseqüentes sequelas sobre as funções urinária, sexual e evacuatória^{6,7}, que dependem diretamente da boa função desta musculatura.

Mas a hiperatividade não é apenas mais um dos diagnósticos funcionais do assoalho pélvico: é, de longe, o mais frequente. Sabe-se hoje que a maioria absoluta (85%) das pessoas que buscam consultórios de fisioterapia pélvica, tanto públicos quanto particulares, apresentam assoalho pélvico hiperativo⁶. Apesar de esta estatística abranger pacientes com qualquer queixa, inclusive dor, uma parte deste público chegou aos consultórios por causa da IU. No entanto, ainda inexistem estudos apresentando a quantidade de pacientes, especificamente com IU, que buscam ajuda nos consultórios de fisioterapia pélvica. Sabemos, clinicamente, que eles chegam. Mas quantos? Estudos respondendo a esta questão serão bem vindos.

Mas independente de quantas pessoas com IU buscam nossos consultórios, sabemos que três de cada quatro destes pacientes, independentemente da queixa, apresentam assoalhos hiperativos. É provável, portanto, que uma boa parte, senão a maioria de nossos pacientes de IU também tenham assoalhos hiperativos e, não somente isso, é possível que boa parte dos casos de IU sejam até mesmo causados por esta hiperatividade, considerando-se que as sequelas urinárias são comuns em assoalhos disfuncionais. E hiperatividade é uma disfunção.

Como toda hipótese, por melhor que seja, necessita suporte empírico (observação de campo) para ser sustentada, os objetivos do presente estudo são, portanto, o levantamento de dados estatísticos sobre o percentual de pacientes com IU atendidos em consultórios de Fisioterapia Pélvica, bem como do percentual de pacientes que apresentou IU causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado a partir dos dados epidemiológicos dos bancos de fisioterapeutas pélvicas de todo o território nacional. Este desenho dispensa parecer de ética, de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, Art. 1º, inciso V. Os objetivos foram descrever as relações entre a hiperatividade do assoalho pélvico e a IU, bem como de estudar os resultados de um protocolo de liberação miofascial, quando utilizado especificamente no tratamento da incontinência urinária (IU). Este protocolo é iniciado com sessões de liberação miofascial de músculos e fâscias^{5,7}, até que não existam mais contraturas musculares ou aderências conectivas⁵, para só então ser iniciado o treinamento dos músculos do assoalho pélvico. Noutros termos, não são iniciados quaisquer exercícios para o assoalho pélvico antes de que seja completado o tratamento com liberação miofascial pura. É esta primeira etapa, antes do treinamento, o objeto do presente estudo.

Para tanto, fisioterapeutas pélvicas, que trabalham com as técnicas latorreanas de liberação miofascial, foram convidadas via redes sociais (Gustavo Latorre Cursos) para, caso houvesse interesse, voluntariarem-se para participar enviando dados de seus bancos próprios, sob a forma de dados estatísticos anônimos. Foram solicitados 1) tempo de experiência desde a formação nas técnicas de liberação miofascial latorreanas, 2) total de pacientes com IU atendidas neste mesmo período, 3) quantas destas mesmas pacientes estavam sem queixas após as sessões de liberação

miofascial e 4) qual foi o maior número sessões de liberação necessárias para a regressão da incontinência. Os dados foram enviados via formulário eletrônico na plataforma Google Forms®, sem nomes ou quaisquer indicações de pacientes nem o nome da fisioterapeuta; apenas os dados estatísticos tabulados como descritos acima. A coleta de dados aconteceu entre o segundo e o sexto dias do mês de outubro de 2024.

Os dados foram organizados numa única tabela, para posterior análise. Relatórios com dados parciais, incompletos ou ambíguos foram excluídos da análise, bem como os dados de gestantes. Estatística descritiva foi aplicada ao banco de dados final. O percentual de cura foi calculado a partir do número de pacientes com IU curadas em relação ao número total de pacientes com IU atendidas no período. Estes percentuais foram então estratificados em quatro categorias: 0-24%, 25-49%, 50-74%, 75-100%. A correlação entre o tempo de experiência e o percentual de cura, bem como entre experiência profissional com as técnicas e número máximos de sessões necessárias para cura, foram calculadas com o auxílio do coeficiente de Spearman. Foi considerada IU causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico os casos onde a IU foi totalmente curada (ausência total da queixa e alta da paciente) unicamente por meio das técnicas de liberação miofascial, sem qualquer outro tipo de treinamento ou outro tipo de técnica associada.

RESULTADOS

Voluntariaram-se ao estudo 42 fisioterapeutas pélvicas de todas as regiões do país, todas formadas nas técnicas latorreanas de liberação miofascial. Destas foram excluídos os dados de dez, de acordo com os critérios metodológicos, resultando num total 32 relatórios, apresentados na tabela 1.

A média do tempo de experiência das profissionais foi de $14,9 \pm 13$ meses, com máxima de 48 e mínima de um. O número total de pacientes com IU atendidos por todas elas, desde a formação com as técnicas estudadas, foi de 1.814 pessoas. Destas, 1.275 (70,2%) não apresentavam mais IU após as sessões iniciais de liberação miofascial, tendo sua queixa sido curada exclusivamente pela liberação miofascial, sem necessidade de qualquer outro tipo de técnica ou treinamento posterior. A média de sessões de liberação necessárias para a cura completa (ausência dos sintomas de perda durante as AVDs) foi de $5,8 \pm 1$ sessões, sendo o máximo 8 e o mínimo duas sessões.

Pouco mais da metade das profissionais (53,1%) conseguiu curar ao menos a metade de suas

pacientes de IU exclusivamente com liberação miofascial. Uma em cada quatro delas (25%) conseguiu curar 90% de suas pacientes e, destas, quatro (12,5%) conseguiram curar a IU de todas as suas pacientes a partir da liberação miofascial exclusiva.

Não houve correlação entre o tempo de experiência no uso das técnicas com o percentual de pacientes curados ($p=0,5$), mas houve correlação significativa entre o tempo de experiência e o número máximo de sessões necessárias ($p=0,03$): profissionais mais experientes deram alta mais cedo para as suas pacientes.

Tabela 1: Dados estatísticos sobre IU e liberação miofascial enviados pelas fisioterapeutas pélvicas.

Experiência ¹ (meses)	N ² (ptes. IU)	n ³ (ptes. curadas)	%	n Sessões ⁴ (para alta)	
1	14	13	92,8	6	
7	55	50	90,9	5	
12	40	18	45	4	
20	202	152	76	4	
4	3	1	33,3	6	
4	8	4	50	7	
13	69	30	42,8	5	
7	10	3	30	4	
24	15	14	93,3	8	
8	6	6	100	4	
12	7	2	28,5	7	
6	7	4	57,1	5	
48	380	380	100	7	
26	5	2	40	7	
18	13	9	69,2	6	
29	99	80	80	8	
1	3	1	33,3	3	
16	40	12	30	6	
3	4	2	50	6	
36	98	90	90	5	
3	45	8	17,7	4	
24	25	6	24	2	
30	32	12	40	8	
12	37	37	100	8	
12	2	2	100	6	
12	6	2	33,3	6	
1	10	6	60	4	
48	492	295	60	8	
3	2	1	50	8	
3	19	6	30	4	
12	11	2	20	8	
24	50	20	40	8	
Total:	14,9*	1.814	1.275	70.2*	5,8*

¹ Experiência em meses desde que começou a usar as técnicas estudadas.

² Número total de pacientes com IU atendidos desde que começou as técnicas.

³ Número total de pacientes com IU que se apresentaram sem queixas logo após as técnicas de liberação.

⁴ Número máximo de sessões de liberação necessárias para acabar com a queixa de IU.

* Média.

DISCUSSÃO

Apesar de ser o tema mais antigo da saúde pélvica, os critérios para definição da incontinência urinária (IU) parecem longe de serem consistentes. Recentemente, Della Justina (2013) mostrou que os estudos de prevalência da IU no Brasil apresentam taxas que variam de 5,8% a 72%, ou seja, uma variação de mais de 700%! Isto significa que, ou as ferramentas para avaliação da IU têm confiabilidade duvidosa (não avaliam realmente a IU), ou que há uma diferença absurda na validade destas ferramentas entre si (ferramentas diferentes não falam a mesma língua), ou então que os próprios conceitos e critérios que definem o que é IU que é que são o maior problema.

Mas como poderiam as definições de o que é incontinência urinária erradas? Há quase um século se define incontinência como a perda “involuntária” de urina⁴, classificada de acordo com os sintomas nos tipos ‘de esforço’ (IUE), ‘de urgência’ (IUU) e ‘mista’ (IUM)⁴. Algo tão antigo poderia estar errado? Claro que sim. A ‘Santa Inquisição’ que o diga.

Sem desperdiçar tempo útil discutindo o paradoxo da “perda involuntária” (como se fosse possível *perder* alguma coisa de forma voluntária), podemos nos focar nos enferrujados tipos de IU. Eventualmente a classificação em IUE, IUU e IUM não vai funcionar, de acordo com as próprias ICS (International Continence Society) e ICI (International Consultation on Incontinence)⁴: há um tipo particular de incontinência de urgência, a urgência induzida pelo esforço, que causa urgência mas acontece durante aumentos na pressão intraabdominal⁴. O grande problema é que a “definição” de IUE é justamente a perda que *acontece durante aumentos da pressão intra-abdominal*, enquanto a definição de IUU é *aquela que acontece durante episódios de urgência miccional*⁴. Tudo bem. É só classificar então a tal ‘urgência induzida por esforço’ como *incontinência mista*. Que saída elegante!

O problema é que nem toda paciente com IUM apresenta urgência induzida por esforço, e vice-versa⁸, e quem tenta estudar por aí, acaba mais perdido que cachorro em procissão. Por exemplo, pacientes com IUM apresentam “tipos distintos e heterogêneos de perda urinária”⁸ ou, noutros termos, dentro da IUM existem ainda vários subtipos que não podem ser classificados numa única categoria. Classificar é separar em categorias: feijão preto num pote, vermelho num outro e marrom num outro. A atual “classificação” dos tipos de IU mais parece estar pegando vários potes, colocando punhados aleatórios de feijões de todas as cores e colocando nomes nos potes.

E quanto ao tratamento? Será que, depois de cozinhar, a feijoada vai dar certo? Como

funcionará o tratamento de condições que sequer sabemos classificar? Se não classificamos, IU é tudo a mesma coisa. Será? IUE, IUU e IUM são sintomas. Tratar sintomas funciona? O tratamento para IUM deve ser simples: basta aplicar as técnicas para IUE somadas às técnicas para IUU, e pronto. Será?

Vejamos. A complacência vesical é uma variável importante na avaliação e tratamento de disfunções urinárias, e quando corretamente avaliada é fundamental para um tratamento clínico apropriado⁹. Complacência normal significa um volume (ou tamanho) normal para a bexiga. Quando este volume está acima do normal (bexiga muito grande, hiperdistendida), chamamos *bexiga hipercomplacente*¹⁰. Já o oposto, quando a capacidade volumétrica do detrusor está reduzida (detrusor pequeno, encurtado), é chamado *bexiga hipocomplacente*¹¹.

Pois bem. As pessoas com uma bexiga hipercomplacente (hiperestendida), que apresentam, portanto, urgência durante os episódios de transbordamento, têm então IUU. Mas quando estas mesmas pessoas relatam perder alguma urina durante risadas ou espirros, elas têm IUE. Então, no fim, é só chamar de IUM, e tudo bem. Mas, agora, e quanto às pessoas com bexiga hipocomplacente (pequena), que perdem urina tanto por transbordamento, sentindo urgência ao correr para o banheiro, quanto sentadas assistindo televisão, durante uma risada? Elas também têm IUM. E agora? O tratamento deverá ser o mesmo? Mesmo que se trate de duas condições não só absolutamente diferentes mas, muito pior, completamente opostas? Um detrusor hipercomplacente (muito grande) precisa, obviamente, diminuir de tamanho. Enquanto isso, um detrusor hipocomplacente (muito pequeno) necessita aumentar de tamanho. Como é possível que o tratamento destas duas condições seja absolutamente o mesmo!?

Ao que parece, a moribunda classificação das incontinências urinárias precisa ser revisada e, provavelmente, completamente abandonada e substituída por outra melhor. Talvez o maior problema esteja no conceito de tratar sintomas. Um paciente que chega com dor na coxa deve receber anestésico? Isso é tratar sintomas. Ou será que o tratamento deve ser feito a partir de uma avaliação que revelou qual o problema neste joelho (uma contratura no m. vasto lateral, por exemplo), para depois tratar exatamente o problema (liberação miofascial e alongamentos daquele músculo em particular)?

No caso acima, com anestésicos a dor (sintoma) vai sumir, mas não por muito tempo. O “tratamento” não resolveu o problema. Por quê? Porque a **causa** não foi tratada. E como se trata a

causa? Somente depois de uma avaliação que revele, justamente, a causa! Se este raciocínio está correto, então não deveríamos AVALIAR pacientes que perdem urina durante esforços (um **sintoma**), para saber se tal perda está sendo causada por falha nos levantadores do ânus, no detrusor, no rabdosfíncter, na mucosa uretral ou em qualquer uma das várias outras estruturas que devem manter a urina dentro da bexiga durante os aumentos de pressão intra-abdominal, como os esforços diários? E, a partir daí, o tratamento não deveria ser direcionado, precisa e objetivamente, para as estruturas que estão **causando** aquela queixa? É claro que sim. E esta ideia não têm absolutamente nada de nova: trata-se do processo de **diagnóstico cinesiológico-funcional**¹², utilizado há anos por fisioterapeutas brasileiras, e que realmente reflete a prática baseada em evidências¹³. Sua fórmula responde a duas perguntas: 1) qual estrutura está causando a queixa; e 2) qual o tipo de disfunção que esta estrutura está apresentando.

O tratamento deve ser desenhado e realizado sobre o diagnóstico cinesiológico-funcional que, por sua vez, é independente da queixa^{12,13}. Noutros termos, a queixa não tem nada a ver com o diagnóstico e, por consequência, nada a ver com o tratamento. Trata queixas para lá na frente chutar técnicas, só vai resolver o problema na base da sorte. Mas tratar seres humanos na base da loteria não é nada responsável.

Talvez já esteja mais do que na hora de surgir uma classificação cinesiológico-funcional para as disfunções urinárias, não só incontinências, mas também as retenções urinárias. Uma classificação que leve em conta as causas de ambas estas queixas: quais estruturas estão relacionadas à causa das queixas, e quais disfunções estas estruturas estão apresentando. Por exemplo, uma IU causada por falha na **estrutura** mm. puboviscerais, que apresentaram a **disfunção** hipoatividade. Isto é diagnóstico cinesiológico-funcional: hipoatividade (disfunção) dos puboviscerais (estrutura). O tratamento? Aí sim: fácil e preciso: reforço dos puboviscerais. Neste caso. Em específico. Vai funcionar porque é prática baseada em evidências – o exato oposto de prática baseada na tentativa e erro de técnicas aleatórias.

Outro diagnóstico cinesiológico-funcional de pacientes com a queixa de IU é, como demonstramos no presente estudo, aquele onde a queixa está associada à hiperatividade (disfunção) dos músculos e fâscias (estruturas) do assoalho pélvico. Hiperatividade é tratada com liberação miofascial¹⁴, e existem hoje técnicas de alta performance tanto para o tratamento da hiperatividade das fâscias, quanto dos músculos do assoalho pélvico⁷.

No presente estudo demonstramos não apenas que a hiperatividade do assoalho pélvico pode estar correlacionada à incontinência urinária, mas que esta hiperatividade pode ser, por si só, a causadora de IU para a maioria das pessoas. Todos os 32 consultórios avaliados receberam pacientes cujas queixas de IU eram causadas exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico, observação comprovada pelo fato de apenas o tratamento para hiperatividade (liberação miofascial) ter regredido por completo os sintomas de IU, culminando na alta de 70,2% das pacientes.

A hiperatividade do assoalho pélvico é responsável pelas queixas de IU de duas em cada três pessoas. Portanto, a liberação miofascial dos músculos e fáscias do assoalho pélvico, a partir de técnicas eficientes e baseadas em evidência, deve constituir a primeira linha de tratamento para estas pacientes, antes mesmo do treinamento do assoalho pélvico. Mesmo porque, treinar músculos hiperativos não é a opção terapêutica mais inteligente: a liberação miofascial existe exatamente para este fim. A liberação miofascial antes do treinamento melhora o desempenho do treino em si¹⁵.

Enquanto oito em cada dez das pessoas que buscam fisioterapia pélvica (85%) apresentam assoalhos pélvicos hiperativos⁶, três em quatro delas (70,2%) apresentam IU causada por esta mesma hiperatividade. Para todas estas existem técnicas de liberação miofascial altamente eficientes⁷. O protocolo de liberação miofascial utilizado no presente estudo⁷ apresentou cura da IU (para as pacientes cuja IU era exclusivamente causada por hiperatividade) em uma média de seis atendimentos ($5,8 \pm 1$ sessões), representando eficácia, eficiência e alta performance na solução do problema.

Não houve correlação entre o tempo de experiência da profissional com as técnicas em questão e a quantidade de pacientes curadas ($p=0,5$). Esta observação é consistente com o fato de que nem todas as pacientes com IU atendidas no período do estudo tinham IU por hiperatividade do assoalho pélvico. Boa parte dos casos provinha de impercepção, hipoatividade, incoordenação ou desprogramação do assoalho pélvico, algumas advinham de falhas no rabdosfíncter e outras ainda da falha dos outros mecanismos intrínsecos do fechamento uretral, como a mucosa, os vasos e a própria musculatura lisa uretral, isso sem falar dos problemas inerentes à própria bexiga, como hiperatividade e hipoatividade do detrusor. Cada um destes diagnósticos funcionais foi revelado por um minucioso processo de avaliação, até o estabelecimento de uma lista das estruturas em situação de falha e das disfunções presentes em cada uma delas. Apenas uma parcela dos casos estudado (muito embora a maior parcela; 70,2%) advinda da hiperatividade dos levantadores, uma estatística independente da

experiência de quem atende. Por mais experiente que fosse a profissional com o protocolo, a quantidade de pacientes que deixou seu consultório curada apenas pela liberação miofascial, foi apenas a parcela de pacientes cuja IU era causada única e exclusivamente pela hiperatividade do assoalho pélvico. Todas as outras necessitaram treinamento posterior, fosse do assoalho pélvico, fosse vesical, fosse comportamental...

Houve grande variação quanto ao tempo de experiência das profissionais no uso das técnicas latorreanas de liberação, que oscilou de um mês a quatro anos. Porém, todas elas obtiveram sucesso na cura da IU por hiperatividade, desde a profissional menos experiente até a mais veterana. No entanto, houve correlação significativa entre o tempo de experiência e o número máximo de sessões necessárias ($p=0,03$) para a cura. Isto pode ser explicado pelo fato de que, para se fazer uma boa fisioterapia, é fundamental conhecer a teoria, mas, em última instância, aplicar fisioterapia é aplicar técnica e arte: duas coisas que vão sendo aperfeiçoadas com o tempo e a experiência. Há quem diga que, para dominar completamente uma técnica, é preciso repeti-la por pelo menos 10.000 vezes¹⁶. Pode ser. Independentemente de o quanto, o fato é que, quanto mais treinamos, melhor realizamos trabalhos técnicos. E, como pode confirmar qualquer artista, o mesmo vale para qualquer tipo de arte, seja a música, a pintura, a escultura, ou a fisioterapia pélvica. Cada hora a mais de experiência na vida de uma fisioterapeuta pélvica, nada mais é do que uma hora a mais de aperfeiçoamento naquelas habilidades que são capazes de, literalmente, remover com as mãos o sofrimento de tantos seres humanos. Uma missão de vida e tanto!

CONCLUSÃO

A atual classificação dos tipos de incontinência urinária baseada em sintomas (IUE, IUU e IUM) não faz sentido do ponto de vista técnico nem científico, leva a tratamentos aleatórios, com base na sorte e, portanto, deve ser abandonada. Uma nova classificação cinesiológico-funcional das disfunções urinárias se faz urgente. Para um tratamento preciso e baseado em evidência, é preciso que este seja guiado por um diagnóstico cinesiológico-funcional rigorosamente estabelecido.

A IU é causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico para duas de cada três pessoas, portanto, todo protocolo de tratamento de IU de causas cinesiológico-funcionais (disfunções de músculos, fáscias, arcos medulares, controle de movimento etc.) deve iniciar, antes de qualquer treinamento, por liberação miofascial. Deste modo, mais de 70% das pacientes estará livre dos

sintomas e receberá alta completa logo no início do tratamento. Protocolos de liberação miofascial específicos para o assoalho pélvico são imprescindíveis.

O protocolo de liberação miofascial testado apresentou alta performance no tratamento da IU por hiperatividade do assoalho pélvico, sendo necessárias uma média de $5,8 \pm 1$ sessões (uma semana) para a regressão completa das queixas urinárias e alta da paciente. Quanto mais experiente é a profissional na aplicação do protocolo em questão, mais rápidos são os resultados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o zelo e capricho das 32 fisioterapeutas pélvicas, apaixonadas por sua profissão e pela prática baseada na evidência, sem as quais o presente estudo não poderia ter sido levado à cabo. Parabéns novamente, time! É uma honra para este autor poder se considerar colega de vocês. A #familiadafisioterapiapelvica agradece toda a dedicação e profissionalismo da #familiaintensivao. Produzir ciência é produzir saúde, e tornar essa saúde acessível à toda população, de forma democrática e com equidade. Obrigado.

REFERÊNCIAS

1. Latorre GFS, Fraga R, Seleme MR, Mueller CV, Berghmans B. An ideal e-health system for pelvic floor muscle training adherence: Systematic review. *Neurourology and Urodynamics*. 2018;1–18. <https://doi.org/10.1002/nau.23835>.
2. Seleme M. Incontinência urinária: um problema social de saúde pública. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do grau de Doutor. UFRJ, 2006. 245 p.
3. Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice. 2 ed. London: Churchill Livingstone (2015) 446 p.
4. Cardozo L, Rovner E, Wagg A, et al. The Book of Incontinence. 7th International Consultation on Incontinence – ICI (2023) 2205 p.
5. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. *Rev Bras Fisiot Pelvica* (2021) 1(2)71-82. DOI: 10.62115/rbfp.2021.1(2)71-82.
6. Latorre GFS, Rohenkohl SD, Vianna FH, et al. (Quase) todos os assoalhos pélvicos são hiperativos: a inversão do mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica. *Rev Bras Fisiot*

Pelvica 2022;2(2)63-70. DOI: 63 10.62115/rbfp.2022.2(2)63-70.

7. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, et al. Novas técnicas de Liberação Miofascial para Dor Genital e Sexual. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)5-15. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(3)5-15.
8. Minassian VA, Yan XS, Pitcavage J, Stewart WF. Mixed Incontinence Masked as Stress Induced Urgency Urinary Incontinence. J Urol. 2016 Oct;196(4):1190-5. doi: 10.1016/j.juro.2016.04.084. Epub 2016 May 6. PMID: 27157370; PMCID: PMC5025340.
9. Wyndaele JJ, Gammie A, Bruschini H, De Wachter S, Fry CH, Jabr RI, Kirschner-Hermanns R, Madersbacher H. Bladder compliance what does it represent: can we measure it, and is it clinically relevant? Neurourol Urodyn. 2011 Jun;30(5):714-22. doi: 10.1002/nau.21129. PMID: 21661019.
10. Wang J, Yang B, Zhang W, Sun S, Wang J, Zhang Y. The relationship between bladder storage function and frequent micturition after TURP. World J Urol. 2022 Aug;40(8):2055-2062. doi: 10.1007/s00345-022-04079-z. Epub 2022 Jul 1. PMID: 35778576.
11. Harris RL, Cundiff GW, Theofrastous JP, Bump RC. Bladder compliance in neurologically intact women. Neurourol Urodyn. 1996;15(5):483-8. doi: 10.1002/(SICI)1520-6777(1996)15:5<483::AID-NAU5>3.0.CO;2-B. PMID: 8857616.
12. COFFITO. Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2022/10/ANEXO-1-CBDF-PRINCI%CC%81PIOS-E-FORMATAC%CC%A7A%CC%83O.pdf> Acesso em 04/12/24.
13. Klein GF. O diagnóstico cinesiológico funcional e o futuro da Fisioterapia no Brasil. Revista FT. 2012: abril. <https://revistaft.com.br/o-diagnostico-cinesiologico-funcional-e-o-futuro-da-fisioterapia-no-brasil/>.
14. Pereira CMS, Monteiro ER, Oliveira AS. (2021). Abordagem fisioterapêutica em paciente com lesão do nervo torácico longo dor associada à discinesia escapular: relato de caso. *RBPFE-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 15(98), 467-473.
15. Cavalcante TM. Efeito agudo da liberação miofascial na ativação muscular do movimento de snatch/arranco. 2023. Tese de Doutorado.
16. Gladwell M. Outliers: The Story of Success. 1 ed. Back Bay Books (2011) 336 p.