

O ADVENTO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Mônica Arruda Martinez

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Elaine da Silva Kraievski

Fisioterapeuta – UNIGRAN, Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional – IBRATE;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

No presente artigo temos como objetivo uma abordagem sobre a incontinência urinária, conceito, suas causas e tratamentos. O tema é de grande relevância dentro da fisioterapia, uma vez que um dos tratamentos usados nessa patologia, inclui exercícios fisioterapêuticos. Foi utilizada a metodologia do acervo de livros da biblioteca da faculdade, e artigos através da busca eletrônica na Lilac e Scientific Electronic Library Online (Scielo). Considerando a incontinência urinária uma perda involuntária de urina que se manifesta gradativamente e se agrava, gerando um grande impacto na qualidade de vida das pessoas. Dentre os vários tipos de incontinência, este artigo terá como foco a incontinência urinária de esforço (IUE), sendo a mais comum e os vários recursos terapêuticos encontrados na fisioterapia para o tratamento.

Palavras-Chave: incontinência urinária; tratamento; fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é a perda involuntária da urina através do óstio uretral externo, devido ao aumento da pressão abdominal e ausência de contração do detrusor. Pode afetar muitas pessoas em diferentes faixas etárias, independente do sexo, sendo mais comum em mulheres idosas. Essa situação constrangedora traz consequências como: frustrações psicossociais, ameaça à autoestima, resultando em significativa morbidade (OLIVEIRA et al., 2007).

Dentre os fatores que podem estar associados à incontinência urinária, estão à deficiência esfíncteriana uretral intrínseca, aumento da pressão intra-abdominal, elevado número de partos, período gestacional, menopausa, obesidade, trauma obstétrico, tabagismo, doenças crônicas, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, uso de drogas e excesso de exercícios físicos (HIGA et al., 2006).

A IU é uma doença silenciosa e de consequência natural da idade. O fato das mulheres não procurarem tratamento e acharem algo comum, eleva o índice da patologia.

O tratamento pode ser cirúrgico e/ou conservador, através de procedimentos fisioterápicos para fortalecimento do assoalho pélvico, e terapia farmacológica. É importante ressaltar que antes de tomar qualquer atitude a melhor conduta a ser adotada é procurar auxílio de um especialista, ginecologista ou urologista (RETT et al., 2007).

2 METODOLOGIA

Foi realizado levantamento bibliográfico, nas plataformas BIREME, MEDLINE, GOOGLE ACADÊMICO, PUBMED e SCIELO. Com intuito de expor os benefícios da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária de esforço.

3 ANATOMIA DO SISTEMA GENITAL FEMININO

Para melhor entendimento dessa patologia, é fundamental a compreensão da anatomia do sistema genital feminino.

O Sistema genital feminino é dividido em genitália externa e interna. A genitália feminina externa ou vulva pode ser estudada em conjunto com o períneo e inclui as seguintes estruturas: monte de Vênus, pregas tegumentárias (grandes e pequenos lábios), espaço interlabial (vestíbulo, meato uretral, introito vaginal e hímen), órgãos eréteis (clitórís e os bulbovestibulares), as glândulas acessórias (parauretrais e vulvovaginais). A genitália feminina interna se compõe de um longo canal que se estende da superfície externa do corpo até a cavidade perineal: vagina, útero, trompas uterinas e os ovários (FERNANDES; NARCHI, 2013, p.377).

O períneo fecha inferiormente a cavidade da pelve, classifica-se em anterior (ou genital) e posterior (ou retal). O períneo é composto pelos músculos do diafragma ou assoalho pélvico – levantador do ânus e coccígeo, músculos perineais superficiais – transverso superficial, isquiocavernoso e bulbocavernoso, e profundos – transverso profundo do períneo e esfíncter externo da uretra, músculo do períneo posterior – esfíncter externo do ânus (FERNANDES; NARCHI, 2013, p.377).

O assoalho pélvico fornece suporte aos órgãos pélvicos e mantém a continência urinária. É preciso a integridade de seus músculos, do tecido conjuntivo e da inervação, para o seu bom funcionamento (FERNANDES; NARCHI, 2013).

O trato urinário inferior é composto pela uretra, colo vesical e a bexiga. A bexiga é uma esfera oca revestida pelo músculo detrusor, ela se enche passivamente, sem apresentar grande aumento em sua pressão interna. Quando o enchimento da bexiga chega a aproximadamente 150-250 ml, os receptores de distensibilidade são estimulados e levam o impulso ao sistema nervoso central, ocorrendo a sensação de plenitude vesical. A uretra permanece oclusa durante a fase de enchimento. Quando a bexiga esta cheia, a vontade de urinar surge através de estímulos provindos dos hemisférios cerebrais. A eliminação da urina é controlada pela contração do músculo esfíncter externo da uretra, que esta innervado pelos nervos da região sacra da medula, quando há desejo de urinar, ele relaxa e o músculo detrusor se contrai para vencer a pressão uretral e expelir a urina da bexiga através da uretra. A capacidade da mulher de se manter continente depende da combinação das funções do colo vesical, da uretra e do assoalho pélvico (VIANA et al., 2001; FERNANDES; NARCHI, 2013).

Rodrigues apud Oliveira (2013) nos ensina que os músculos do assoalho pélvico são constituídos por 70% de fibras do tipo I de contração lenta e 30% de fibras do tipo II contração rápida. As fibras do tipo I são responsáveis pela ação antigravitacional, mantendo o tônus dos músculos e a continência. Já as do tipo II, são recrutadas durante o aumento súbito da pressão abdominal contribuindo para o aumento da pressão de fechamento uretral.

Santos apud Oliveira (2013) nos esclarecem que a sobrecarga na musculatura do assoalho pélvico como partos, aumento excessivo de peso, entre outros, sofrem alongamentos, e a mucosa vaginal acompanha, mas a fáscia não possui elasticidade, onde desprende-se ou se rompe, formando defeitos no assoalho pélvico, como as hérnias, levando a incontinência urinária.

4 VOLUME RESIDUAL

A mensuração do volume residual é importante na avaliação do esvaziamento adequado da bexiga. Podemos medir o volume residual através do exame físico, pelo ultrassom transvaginal, cateterismo pós-miccional e através de estudos radiológicos. O valor de referência deve ser de 50 ml para mulheres jovens

e 100 ml para mulheres acima de 65 anos. Quando o volume residual esta elevado, há a confirmação de disfunção miccional (VIANA et al., 2001).

5 TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A IU a partir de 1998 passou a ser considerada como doença pela Classificação Internacional de Doenças (CID/OMS).

De acordo com Fernandes e Narchi (2013), os tipos de incontinência urinária são: (i) incontinência urinária de esforço (IUE) – perda de urina na decorrência de algum esforço físico como pular, correr e tossir; (ii) incontinência urinária de urgência (IUU) – causada por uma contração involuntária súbita da bexiga; (iii) incontinência urinária mista (IUM) – combinação de incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência, mais comum em mulheres mais velhas e (iv) incontinência urinária de transbordamento (IUT) – sensação de urgência para urinar, porém sem esvaziamento completo da bexiga.

6 INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Dentre os tipos de IU, a incontinência urinária de esforço é a mais comum (incidência variando de 15-56%), a mesma se resume na perda involuntária de urina devido a algum esforço. A prevalência de incontinência urinária de esforço aumenta com a idade e paridade, diversos outros fatores influenciam gerando o aumento da pressão intra-abdominal, levando a distúrbios do assoalho pélvico (BERQUÓ; RIBEIRO; AMARAL, 2009).

A fisioterapia é de suma importância no tratamento da incontinência urinária de esforço, é através de exercícios fisioterápicos que o sistema genital feminino recupera suas funções voluntárias, contribuindo para que a paciente volte a ter uma vida normal, pois sabemos que essa patologia causa grandes traumas psicossociais nas pessoas por ela acometidas (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

A principal queixa relacionada à incontinência urinária de esforço é a perda involuntária de urina, causada pelo aumento da pressão abdominal, que pode ser decorrente de um esforço físico como tossir, espirrar, subir escadas ou até mesmo mudança de posição, como levantar (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Segundo Oliveira et al. (2007), a IUE é classificada em três tipos: Tipo I (perda urinária discreta, que se manifesta quando paciente esta de pé e faz muito esforço); Tipo II (perda urinária moderada, onde há o prolapso da bexiga e da uretra, ela se produz quando se faz um esforço de pé) e Tipo III (perda urinária severa por lesão da uretra. A bexiga e a uretra podem estar no lugar, porém perde a capacidade de contrair).

Pacientes que apresentam IUE normalmente se isolam socialmente, com medo de ocorrer perda urinária em público. A maioria é prejudicada na prática de exercícios físicos, ao frequentar ambiente social, pois passam a depender da disponibilidade de banheiros. Outros aspectos negativos relacionados são: dificuldades sexuais, alteração no sono, queda da autoestima, irritação, depressão, angústia e sentimento de humilhação (PEDRO et al., 2011).

O diagnóstico é realizado através da anamnese, exame clínico e estudo urodinâmico. Na anamnese é feita a investigação sobre a menopausa, reposição hormonal, história obstétrica e sintomas urinários. No exame clínico, exames ginecológico e neurológico. O estudo urodinâmico é o melhor para avaliar a função miccional, identificando a causa da incontinência (SOUSA et al., 2010).

7 FATORES DE RISCO ASSOCIADO À INCONTINÊNCIA URINÁRIA

De acordo com Higa et al. (2006), os fatores de risco são: idade (afeta as mais idosas, em geral a partir do climatério/menopausa); obesidade (a obesidade é um fator que agrava ou contribui para o desenvolvimento da IU. Presume-se que a obesidade seja consequência da alta pressão intra-abdominal provocada); paridade (quanto maior número de partos vaginais, maior a incidência); menopausa (com as mudanças hormonais durante a menopausa, a estática pélvica pode ser afeta, onde há uma pré-disposição a IU); cirurgias ginecológicas (o útero é um órgão que ajuda na sustentação do assoalho pélvico, caso haja a excisão do mesmo, poderá causar danos nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra); constipação intestinal (a constipação crônica afeta a função urológica, o estiramento do reto pode comprimir a bexiga, contribuindo para a retenção urinária, causando infecção do trato urinário e, devido a força realizada durante a evacuação intestinal pode lesar a musculatura pélvica, através da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular); doenças

crônicas (doenças neurológicas e diabetes são fatores de risco para a incontinência); uso de drogas (o uso de medicamentos contribui para o surgimento da IU); consumo de cafeína (a cafeína tem ação diurética nos rins aumentando o volume urinário. A ingestão em alta concentração pode causar instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente, perda involuntária de urina); tabagismo (o fumante apresenta tosse mais violenta, causando assim efeito sob a bexiga e a uretra, que pode danificar os componentes e o mecanismo esfinteriano) e exercícios físicos (o exercício físico rigoroso é um dos fatores de risco para IU em mulheres jovens e nulíparas. A prevalência é maior em ginastas).

Muitos que possuem a incontinência urinária não procuram tratamento, por vergonha ou comodidade, assim, dificultando o tratamento.

8 TRATAMENTO

O tratamento da IUE pode ser cirúrgico e/ou conservador. Os profissionais ginecologistas e urologistas, que decidem a melhor forma após anamnese e diagnóstico (RETT et al., 2007).

8.1 Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos que podem ocasionar complicações, além de serem de custo elevado, podem ser contraindicados. O índice de cura é imediato após o procedimento cirúrgico. Porém, ao longo dos anos com o crescimento do índice de recidivas, o tratamento conservador passou a ganhar destaque (PITANGUI et al., 2012).

8.2 Tratamento Conservador

O tratamento conservador pode ser realizado através de farmacoterapia e fisioterapia. No tratamento farmacológico há uma grande variedade de drogas que atuam no trato urinário, porém a maioria das pacientes que fazem uso das mesmas é hipertensa (PEDRO et al., 2011). Devido ao diagnóstico não ser específico ao tipo de incontinência, o tratamento fisioterapêutico é o mais eficaz.

O tratamento fisioterápico incluem cinesioterapia, exercícios de Kegel para o fortalecimento do assoalho pélvico, exercícios de resistência do assoalho pélvico

(treinamento da musculatura vaginal), cones vaginais, *biofeedback*, perineômetro e eletroestimulação (STEPHENSON; O' CONNOR, 2004).

A cinesioterapia é de grande importância para restaurar e melhorar o bem-estar musculoesquelético ou cardiopulmonar do paciente. Compreende basicamente na realização de exercícios de Kegel, trabalhando a musculatura perineal para tratamento da hipotonia do assoalho pélvico (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

O perineômetro é um dispositivo pneumático de resistência, que mede a contração em milímetros de mercúrio (mm Hg), ou em cm de água, ou em polegadas de pressão de água, quando inserido na vagina. É um dispositivo de borracha cheia de ar compressível inserido na vagina e ligado a um manômetro, que ira fazer a leitura da força e período de tempo da contração (STEPHENSON; O' CONNOR, 2004; PEATTIE 1988).

O *biofeedback* é um aparelho que facilita o reconhecimento da musculatura trabalhada através de sinais visuais e sonoros. A partir de então a paciente passa a obter com mais facilidade o controle voluntário de tais estruturas (OLIVEIRA RODRIGUES; DE PAULA, 2007; AMARO et al., 2006).

Eletroestimulação endovaginal na dependência do tipo de corrente e frequência utilizada, inibe o músculo detrusor pela estimulação do nervo pudendo, diminuindo o número de micções e conseqüentemente aumentando a capacidade vesical. Os eletrodos podem ser colocados na vagina ou no reto, em contato com as fibras nervosas, assim o estímulo elétrico do nervo pudendo ativa os músculos do assoalho pélvico (AMARO et al., 2006).

Outro tipo de exercício de resistência é a utilização de cones vaginais, com diferentes pesos (20g a 100g). Começando com mais leve e o auxílio da gravidade, e progredir para posição contra gravidade com aumento do peso do mesmo (VIANA et al, 2001; STEPHENSON E O CONNOR, 2004).

9 EXERCÍCIOS DE KEGEL

Nolasco apud Oliveira (2013) nos apresenta algumas imagens que exemplificam os exercícios que compõem o programa de Kegel para fortalecimento dos músculos perineal.

Para iniciá-lo é importante que a bexiga esteja vazia, realizar dez contrações e relaxamento com série de três, conforme paciente apresentar melhora ir aumentando sucessivamente o número de repetições e contração e relaxamento.

Decúbito dorsal pernas semifletidas pés no chão, expirar, colocar a pelve em retroversão e em seguida elevar as nádegas mantendo a retroversão. Repousar lentamente inspirando, desenrolando lentamente a região lombar até o solo.

Decúbito dorsal nádegas ligeiramente elevadas com uma almofada, pernas flexionadas e cruzadas, pés no chão; sustentar entre as faces internas do joelho, elevar assento o mais alto possível expirando, voltar à posição de partida inspirando.

Decúbito dorsal, nádegas apoiadas no chão, colocar entre as pernas um *medicine-balle* elevar as duas pernas semi-estendidas.

Decúbito dorsal, nádegas ligeiramente elevadas, perna de apoio flexionada e que fará a elevação estendida. Realizar o exercício com as duas pernas.

Em pé, como uma bola entre as faces internas da coxa, ficar na ponta dos pés, contraindo o períneo e relaxando-o ao voltar com as plantas dos pés no chão.

Sentada coma as duas pernas estendidas realizar contrações na musculatura perineal.

Em pé, encostada em uma parede realizar retroversão da pelve com a musculatura pélvica contraída.

Como vimos com o fortalecimento do músculo Pubiococcígeo por meio dos exercícios de Kegel previne a perda involuntária de urina.

Dentre os benefícios dos exercícios de Kegel estão a melhora do contato íntimo para identificação dos músculos envolvidos, aumento da circulação sanguínea, além de combater a contração involuntária dos músculos da vagina que impedem a penetração (vaginismo).

10 CONCLUSÃO

Concluimos com o presente estudo o conceito de Incontinência Urinária e suas variações, demos ênfase na Incontinência Urinaria de Esforço, pois é nela que a Fisioterapia atua como pilar na contenção da perda involuntária da urina.

A incontinência urinária é uma doença mais presente do que imaginamos, o que a faz passar despercebida é o receio que os pacientes têm de se tratar, pois,

ainda existe um sentimento de vergonha em relação a patologia, que impede que a mesma seja tratada.

O tratamento dessa patologia se resume em cirúrgico e conservador, o tratamento cirúrgico por ser intensamente invasivo e de alto custo, somente é indicado em casos onde não se pode atuar por meio do tratamento conservador, que se divide em farmacológico e fisioterápico. O uso de drogas também agride intensamente o organismo, e é nesse diapasão que o tratamento fisioterapêutico ganhou força e destaque, pois, por meio da cinesioterapia o paciente ao realizar uma série de exercícios denominados Kegel, atua em determinados pontos, fortalecendo os músculos específicos que irão interromper a perda involuntária de urina.

É com satisfação que vemos a fisioterapia atuar com grande importância nesse tratamento, a ponto de substituir em alguns casos intervenções cirúrgicas. Lembrando que é importante seguir à risca as técnicas de realização desse exercício para que o mesmo tenha sucesso e recomenda-se um profissional orientado para auxiliar na sua realização.

REFERÊNCIAS

BERQUÓ. Marcela Souza; Marília Oliveira Ribeiro; Rita Goreti Amaral. Fisioterapia no tratamento da incontinência urinária feminina. FEMINA. Julho 2009. vol 37. nº 7. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n7p385-8.pdf>. Acesso em: mar., 2016.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Enfermagem e saúde da mulher, 1 ed. Barueri, SP: Manole, 2007.

HIGA. Rosângela. Maria Helena Baena de Moraes Lopes. Maria José dos Reis. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41723/0>. Acesso em: marc. 2016.

HIGA. Rosângela, Maria Helena Baena de Moraes Lopes , Maria José dos Reis. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. RevEscEnferm USP 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/25.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

OLIVEIRA. Jaqueline Ramos de; Rosamaria Rodrigues Garcia. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol. 14 no. 2 Rio de Janeiro 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200014. Acesso em: marc. 2016.

PAULA Alfredo Batista. Técnicas Fisioterapêuticas no Tratamento e Prevenção da Incontinência Urinária de Esforço na Mulher.. Apucarana-PR, v.1, n.1, 31-40, 2007. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=tecnicas+fisioterapeuticas+no+tratamento+e+prevencao+da+incontinencia+urinaria+de+esforco+na+mulher&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwiwwYH41ebMAhVJGJAKHT-UCJgQgQMIGzAA. Acesso em: mar. 2016.

RETT. Mariana Tirolli. José Antonio Simões Viviane Herrmann Maria Salete Costa Gurgel. Sirlei Siani Moraes. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia.

SOUSA. Jânio Serafim de. Paulo Arlindo Polcheira João Serafim da Cruz Neto. Incontinência Urinária. Disponível em: <http://www.pelvi.com.br/pdf/Incontin%C3%Aancia%20Urin%C3%A1ria.pdf>. Acesso em: mar 2016.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia, 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Manole 2004.

VALÉRIO. Talita Monteiro de Oliveira e Silva, Jair Antonio de Carvalho, Elirez Bezerra da Silva. Cinesioterapia na Incontinência Urinária de Esforço na Mulher. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.6, n.4, Pub.7, Outubro 2013. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/64/7.pdf>. Acesso em: marc 2016.

VIANA, L. C.; MARTINS, M.; GEBER, S. GINECOLOGIA , 2 ed : MEDSI 2001. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.29 no. 3 Rio de Janeiro Mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000300004. Acesso em: mar. 2016.

WROCLAWSKI. Amaro JL, ER, Rios LAS, Kawano PR. Incontinência Urinária de Esforço: Tratamento Não Cirúrgico e Não Farmacológico. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Disponível em: http://projetodiretrizes.org.br/6_volume/28-Incontinenuresforc.pdf. Acesso em: marc. 2016.