



TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO HOMEM UTILIZANDO RECURSOS TERAPÊUTICOS

BARRIZA, Isabela Aranha

Acadêmica do curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva

SAVIAN, Nathalia Ulices

Mestre em Fisioterapia, docente da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva

RESUMO

O presente artigo trata da Incontinência urinária que é definida como uma condição na qual há perda involuntária de urina, considerando esse fator um problema social ou higiênico. A síndrome deve se tornar cada vez mais frequente na sociedade causada pelo envelhecimento populacional. A sintomatologia pode ser de comprometimento no convívio social como timidez, depressão, isolamento social e até distúrbios do sono podem fazer parte do quadro clínico, causando grande desconforto aos pacientes e aos familiares. **Objetivos:** O propósito desse artigo é avaliar a eficácia das técnicas fisioterapêuticas para o tratamento da incontinência urinária. **Métodos:** O presente trabalho teve como base um levantamento bibliográfico obtido através da pesquisa realizada nas bases de dados: Scielo e Google acadêmico. **Conclusão:** Se mostraram benéficas, trazendo uma melhor qualidade de vida aos pacientes afetados por essa patologia.

Palavras-chave: Fisioterapia, Tratamento, Incontinência Urinária.

ABSTRACT

Urinary incontinence is defined as a condition in which involuntary urine leakage is observed, leading to social and hygiene problems. Shyness, depression, isolation and even sleep disorders may be seen as a part of the clinical picture, making both patient and family uncomfortable. The syndrome is becoming increasingly common in society caused by population aging. The symptoms may be of commitment in social life as shyness, depression, social isolation and even sleep disorders can form part of the clinical picture, The purpose of this article is to evaluate the effectiveness of physical therapy techniques for the treatment of urinary incontinence, which proved beneficial, bringing a better quality of life for patients.

Keywords: Physiotherapy, Treatment, Urinary Incontinence.



1. INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Incontinência define a incontinência urinária como uma perda involuntária de urina pela uretra. Algumas alterações comprometem o meio social do indivíduo como timidez, depressão e isolamento, gerando certo transtorno na vida dos pacientes, cuidadores e familiares. (DOS REIS et al, 2003; MAGALHÃES, 2004)

Problemas de incontinência urinária ou de bexiga hiperativa afetam cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo. Está associada à diminuição da qualidade de vida. Entretanto, as consequências de saúde relacionadas com a incontinência são variadas, como a ocorrência de quadros depressivos, dermatite relacionada a doença, aumento do número de quedas e problemas do sono. (DOS REIS et al, 2003; MAGALHÃES, 2004)

Em alguns países a Incontinência Urinária ainda não é reconhecida como uma doença que precisa ser tratada, como por exemplo, em Portugal. Há uma grande proporção dos indivíduos não beneficia de cuidados médicos adequados, que poderiam resolver ou minimizar este problema. Em outros países europeus a incidência de acordo com estudos variam valores entre 18% e 42% nas mulheres e 7% e 13% nos homens. (DOS REIS et al, 2003; MAGALHÃES, 2004)

Os principais tipos de incontinência urinária são: incontinência urinária de esforço, causada pela perda de urina associada a atividades físicas(aumentam a pressão intra-abdominal); a incontinência urinária de urgência, causada pela perda involuntária de urina associada ao forte desejo de urinar; e a incontinência urinária mista, em que ambos estão presentes os dois tipos citados. (DOS REIS et al, 2003; MAGALHÃES, 2004)

A incontinência urinária pode ocorrer tanto em pessoas da terceira idade quanto em jovens, causada por qualquer alteração anormal como por motivação, destreza manual, mobilidade, lucidez e doenças associadas: diabetes mellitus, insuficiência cardíaca. (DOS REIS et al, 2003; MAGALHÃES, 2004)

Antigamente o principal recurso utilizado no tratamento era o cirúrgico, porém, é uma técnica de alto custo, podendo gerar complicações para o paciente. A partir de 2005, a Sociedade Internacional de Continência indicou a fisioterapia como



tratamento de primeira linha para a incontinência urinária, devido à sua alta efetividade, baixo custo e baixos riscos. (DOS REIS et al, 2003; MAGALHÃES, 2004)

Os métodos utilizados podem variar, a cinesioterapia se destaca, pelo fato de fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, aumentando o tônus e a resistência uretral, a eletroestimulação também é indicada, pois aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos, reestabelece as conexões neuromusculares e melhora a função das fibras. Também são indicados tratamentos com cones vaginais, aparelho de biofeedback, eletroestimulação e terapias comportamentais. (DOS REIS et al, 2003; MAGALHÃES, 2004)

2. CONTEÚDO

Kegel (BEREK 1998, e CARRIÈRE, 1999) investigou o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, desenvolveu a consciência da paciente quanto ao músculo pubococcígeo e instruiu-a em exercícios para fortalecer este músculo com um dispositivo de *biofeedback* (um equipamento que para mensura efeitos fisiológicos internos ou condições físicas das quais o indivíduo não tem conhecimento, aumenta a propriocepção da região genital, aumentando a capacidade de contrações voluntárias do assoalho pélvico).

A paciente é ensinada oralmente a interromper e iniciar seu jato de urina algumas vezes por dia ao urinar. As mulheres eram instruídas a segurar, soltar e contrair os músculos do períneo e a se exercitar três vezes por dia durante 20 minutos anotando num diário. Kegel (1951) relatou que o controle urinário foi restaurado em 84% de uma série de 500 mulheres.

O cone vaginal oferece resistência na musculatura do assoalho pélvico, sua utilização estimula as contrações voluntárias e involuntárias dos músculos elevadores do ânus. O cone é introduzido no canal vaginal tende a deslizar, e essa sensação de perda proporciona um vigoroso *biofeedback* tátil e cinestésico, levando o assoalho pélvico a se contrair para segurar o cone. Fortalece a musculatura do assoalho pélvico e aumenta a propriocepção. Sua eficácia ainda não é definida, pois



não se sabe o tempo ideal do tratamento e sua forma de utilização. (PALMA et al., 1997, MOREIRA, 2001)

A estimulação elétrica é um meio utilizado para propiciar a contração passiva da musculatura perineal. Os resultados podem ser considerados bons, em 34 pacientes com incontinência urinária foi realizado o tratamento de eletroestimulação funcional do assoalho pélvico durante três meses, em duas sessões semanais, com 20 minutos de duração cada, o autor utilizou eletrodos vaginais e corrente bipolar alternada, com frequência fixa de 50 Hz e intensidade variável de acordo com a sensibilidade da paciente. Em conclusão, observou índice de melhora e cura das pacientes de 82,3%.(MORENO, 2004)

A terapia comportamental segundo Moreno (2004) é um conjunto de técnicas, as pessoas podem ser educados sobre a patologia e podem desenvolver estratégias para minimizar ou eliminar a incontinência. Em um estudo com 197 mulheres com incontinência urinária, as pacientes foram divididas em três grupos: um realizou terapia comportamental, outro utilizou oxibutinina e o terceiro grupo, placebo. Houve uma melhora subjetiva de 74,1% no grupo que realizou terapia comportamental; de 50,9% no grupo que utilizou o medicamento e de 26,9% no com placebo. No fim da terapia, somente 14% do grupo de terapia comportamental declararam que gostariam de mudar o tratamento.

No estudo de Baracho et al 2006 participaram do estudo 30 pacientes do sexo feminino portadoras de incontinência urinária. Na avaliação foi realizado levantamento da história uroginecológicado, exame físico constituído por exame postural e classificação da atividade muscular do assoalho pélvico, de zero a cinco, por meio da avaliação.

Foi feita uma única sessão de conscientização da contração do assoalho pélvico por meio do aparelho de *biofeedback* para que, nas sessões seguintes as pacientes pudessem executar os exercícios de forma adequada. Durante a contração muscular, a eletromiografia de superfície oferece informações sobre as fibras fásicas, que produzem contrações de máxima amplitude e curta duração (BARACHO et al, 2006).



A sessão consistia de uma única contração sustentada de 12 segundos, com tempo de repouso de 24 segundos, para conscientização das fibras tônicas e, posteriormente, de 5 contrações rápidas para conscientização das fibras fásicas. Foi solicitada uma contração do assoalho pélvico, e essa era visualizada pelo monitor do computador gerando um aprendizado e conscientização desses músculos. (BARACHO et al, 2006).

Antes de iniciar a intervenção, as pacientes submeteram-se ao *pad test*, que informa a quantidade objetiva da perda urinária no período; além de permitir a confirmação das queixas. Os protetores, escolhidos individualmente pelas pacientes, foram encaminhados para pesagem junto com um absorvente seco, referencial para comparações. (BARACHO et al, 2006).

Após a primeira avaliação, as pacientes seguiram o protocolo de cinesioterapia para musculatura do assoalho pélvico. Eram realizados seis exercícios, sendo cinco em decúbito dorsal e um sentado, uma série de dez repetições para cada exercício. Inicialmente foi solicitado que sustentassem a contração por seis segundos; de acordo com a tolerância da paciente, progrediu-se até o tempo máximo de 12 segundos. (BARACHO et al, 2006).

Foi orientado um tempo de relaxamento de duas vezes o tempo de contração entre cada repetição, tanto nos exercício supervisionados quanto em exercícios domiciliares. O programa de eletroestimulação vaginal foi realizado utilizando o aparelho dualpex com uma sonda com quatro anéis de metal, que era introduzida com auxílio de gel lubrificante aquoso. (BARACHO et al, 2006).

As pacientes foram submetidas à estimulação durante 20 minutos. No presente estudo, mesmo tendo sido associadas eletroestimulação vaginal e cinesioterapia para assoalho pélvico, foi notado eficácia dessa alternativa de tratamento na redução dos sintomas de perda urinária, o que reforça sua utilização. (BARACHO et al, 2006).

Nesse estudo 9 (30%) pacientes obtiveram cura e 21 (70%) diminuíram ou mantiveram a quantidade de urina perdida, de acordo com o ponto de corte de



quatro gramas, o que se traduz em melhora dos sintomas clínicos (BARACHO et al, 2006).

Glisoi e Girelli, 2011 realizaram um estudo experimental quantitativo composto por 10 pacientes com idade entre 30 e 70 anos, com diagnóstico de IU procedimentos realizados, no período de agosto a novembro, composto por 2 sessões semanais com duração de 40 minutos cada, totalizando 8 sessões (GLISOI 2011; GIRELLI 2011).

Na primeira sessão as pacientes foram submetidas a uma ficha de avaliação em uroginecologia com questões sobre antecedentes obstétricos e urológicos A anamnese física constou de inspeção da musculatura do assoalho pélvico (mucosa, coloração, presença de prolapsos, roturas e cicatrizes), avaliação da contração dos músculos do assoalho pélvico (contração adequada ou inadequada, uso de musculatura acessória e apneia durante a contração) e observação de perda urinária em posição ginecológica quando submetida a situações de aumento de pressão abdominal (GLISOI; GIRELLI 2011).

Outro recurso utilizado para avaliação da consciência e contração do assoalho pélvico foi o perineômetro de pressão *miofeedback* Perina®. As sessões foram compostas por treinamento da musculatura do assoalho pélvico através de exercícios de contração rápida, com sustentação e associado a aumento de pressão abdominal nas posições de decúbito dorsal, sentada, agachada e em ortostatismo, exercícios para cintura pélvica, contração do assoalho pélvico associada à respiração e fortalecimento de musculatura adutora de quadril, abdominal e glútea e orientações através de entrega de folheto com exercícios domiciliares (GLISOI; GIRELLI 2011).

Na 8ª sessão as pacientes foram reavaliadas através do KHQ final, AFA e *miofeedback*. Além da aplicação de um questionário de satisfação com o tratamento. 50% das pacientes classificaram o atendimento como muito bom e 50% como bom; em relação à melhora da perda urinária comparada ao início do tratamento 80% referiu melhora completa e 20% referiu melhora parcial (GLISOI; GIRELLI 2011).



Através da orientação do que são, onde ficam e para que servem os músculos do assoalho pélvico associado à execução da cinesioterapia houve melhora da AFA média inicial de 3 e média final de 3,90. Em 1998 autores verificaram que a simples contração voluntária do assoalho pélvico durante a tosse, em mulheres com IU leve ou moderada, melhorava a perda urinária. Foi observada melhora na ativação pressórica do assoalho pélvico em todas as pacientes média de 11,22 para 19,040 mmHg (GLISOI; GIRELLI 2011).

O presente estudo comprovou que com apenas 8 sessões de fisioterapia já podem ser observados diminuição e/ou cura dos sintomas e queixas de perda urinária. Esta informação é extremamente importante tanto para as políticas de saúde quanto para a adesão das pacientes e estímulo para continuidade do tratamento e qualidade de vida se manteve significativamente melhor, Isto porque a conscientização e treinamento da musculatura do assoalho pélvico propiciam maior controle urinário e segurança (GLISOI; GIRELLI 2011).

3. CONCLUSÃO

A Fisioterapia tem um papel essencial na reabilitação da incontinência urinária com ênfase no treinamento do controle da contração e relaxamento do assoalho pélvico. A cinesioterapia, a eletroestimulação elétrica, cone, e a terapia comportamental se mostraram eficazes no tratamento da incontinência, porém o biofeedback se destacou no presente estudo. Através desses recursos foi comprovado uma diminuição e/ou cura da perda urinária.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GUEDES F. M; SEBEN V. Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p.105-113, 2006.



DOS REIS R. B.; COLOGNA A. J.; MARTINS A. C. P.; PASCHOALIN E. L.; JR S. T.; SUAID H. J. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira** - Vol 18, 2003.

MAGALHÃES L. V. B. Incontinência urinária em pacientes geriátricos: abordagem diagnosticada em APS. **Revista APS**, v.7, n.1, p.34-39, jan./jun. 2004.

BARACHO E. L. L. S.; DIAS R. C.; SALEME C. S.; GEO M. S.; LARANJEIRA C. L. S.; LIMA R. S. B. C. Impacto sobre a quantidade de urina perdida de uma intervenção fisioterapêutica em idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia e pesquisa** 12(3) 23, 2006.

GLISOI S. F. D. N.; GIRELLI P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Bras Clin Med**. Nov-dez;9(6):408-13, 2011