

A FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES ATLETAS

FEITEIRA, Gabriela Wagner

Discente da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT

TONON, Elisiane

GOSSER, Emmanuel Henrique Simões

Docentes do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT

RESUMO

Este trabalho descreveu sobre a incontinência urinária (IU), seus tipos, incidência, fatores de risco, patogênese e os possíveis tratamentos da fisioterapia. Este estudo foi realizado através de revisões bibliográficas. O objetivo desta pesquisa foi descrever a importância da atuação fisioterapêutica nas atletas com IU. A fisioterapia tem o objetivo de prevenir e tratar a incontinência urinária de esforço, com o tratamento conservador para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico. A incontinência urinária, além de ser um problema de saúde pública, tem afastado muitas atletas da sua prática esportiva e, com isso diminuindo sua qualidade de vida, conseqüentemente, é por isso que destaca-se a importância da fisioterapia na prevenção e no tratamento destas atletas, para evitar que passem por procedimento cirúrgico, por ter uma recuperação mais lenta, prejudicando o atleta no seu esporte.

Palavras-chave: fisioterapia, assoalho pélvico, prática esportiva

Tema central: Fisioterapia.

ABSTRACT

This paper describes about urinary incontinence (UI), their types, incidence, risk factors, pathogenesis and possible treatments of physiotherapy. This study was conducted through literature reviews. The purpose of this study was to describe the importance of physiotherapy performance in athletes with UI. Physical therapy aims to prevent and treat stress urinary incontinence with conservative treatment to strengthen pelvic floor muscles. Urinary incontinence in addition to being a public health problem, has removed many of its athletes and sports, thereby decreasing their quality of life, therefore it is why we highlight the importance of physiotherapy in the prevention and treatment of these athletes to avoid passing through the surgical procedure to have a slower recovery, undermining the athlete in your sport.

Keywords: physiotherapy, pelvic floor, sports

1 INTRODUÇÃO

A preocupação em manter uma boa forma física e uma melhor qualidade de vida vem aumentando entre as mulheres, o que promove um aumento da prática de atividade física, tanto relacionada ao lazer como a própria atividade profissional (MORENO, ZUCCHI e SARTORI, 2009).

A prática de atividade física traz vários benefícios para a vida de quem a pratica, tendo como resultado melhor condicionamento físico e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Porém, pessoas que tem a atividade física como profissão, no caso as atletas, podem apresentar algumas desvantagens proporcionadas pelo excesso de atividade física, como a incontinência urinária de

esforço (IUE) (BARROS, LUCEMA e ANSELMO, 2007)

Diversos estudos comprovam que a incontinência urinária (IU) feminina é uma afecção com incidência muito maior do que relatada na literatura e predominantemente superior em mulheres esportistas, quando comparadas com mulheres sedentárias (MORENO, ZUCCHI e SARTORI, 2009).

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) considera IU qualquer queixa de perda involuntária de urina relatada pelo paciente (ABRAMS et al., 2003). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), antes de 1998, a IU era classificada como um sintoma e após foi conhecida como uma doença (SANTOS et al., 2007).

Esta patologia é um problema de saúde pública que atinge mais de 200 milhões de pessoas no mundo, sendo que a população feminina tende a ter maior prevalência, além de progredir com a idade; de 20 a 30% ocorre na vida adulta jovem e 50% na terceira idade (TANAHGHO, BELLA e LUE, 2010).

Vários fatores de risco podem contribuir para o surgimento da IU como: idade avançada, obesidade, gestação, múltiplos partos vaginais, menopausa, tabagismo, alterações na musculatura do assoalho pélvico entre outros (BARROS, LUCEMA e ANSELMO, 2007).

A prática de atividade física em excesso também pode ser um fator de risco para IU (CAETANO et al., 2009). No esporte, a prevalência de IU é muito distinta, mas ocorre principalmente em atividades de grande impacto (ARAÚJO et al., 2008). A IU em atletas é um problema bastante complexo, pois além da patologia em si, ela vem acompanhada de fatores sociais e psicológicos que atingem as atletas promovendo uma redução no seu rendimento esportivo (BARROS, LUCEMA e ANSELMO, 2007).

A fisioterapia tem grande importância para prevenção e melhora da IU, usando diversos recursos como: a cinesioterapia (a mais utilizada para fortalecimento do assoalho pélvico), cones vaginais, eletroestimulação e terapia comportamental (GUEDES e SOBBEN, 2006).

O presente trabalho teve como objetivo verificar a importância da fisioterapia no tratamento de mulheres atletas portadoras de incontinência urinária.

2 CONTEÚDO

2.1 DEFINIÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A IU é a perda involuntária de urina de gravidade suficiente para ser considerado problema de saúde ou social (OUSLANDER, 2009).

A IU é classificada de acordo com seus sintomas, em: Incontinência Urinária de Esforço (IUE) que ocorre quando se realiza esforço de baixa ou média intensidade, como tosse ou espirro; Incontinência Urinária de Urgência (IUU) que é a perda de urina acompanhada com a vontade imediata de urinar e Incontinência Urinária Mista que é definida como a associação da incontinência de esforço e de urgência, tendo diferentes proporções entre elas (RHODEN et al, 2009).

2.2 INCIDÊNCIA

A IU atinge a população mundial, com maior frequência no sexo feminino em média de 83%, sendo idosas, mulheres jovens e de meia idade. Não é causada apenas por fatores naturais da idade e nem por problemas associados ao envelhecimento (LOPES e HIGA, 2005).

Uma porcentagem de 10 a 56% das mulheres entre 15 a 64 anos podem obter o evento de perda involuntária de urina, mas independente da elevada quantidade de pessoas afetadas, somente um quarto desta população procuram ajuda de um profissional de saúde. Além dos fatores de risco, as mulheres múltíparas com idade avançada e jovens que praticam atividade física estressante, são mais acometidas pela IU (BARROS, LUCENA e ANSELMO, 2007).

2.3 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco para IU são diversos, pois é uma patologia multifatorial podendo ser provocada por: idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiências estrogênicas, condições associadas ao aumento da pressão abdominal, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias e histerectomia prévia, sendo as mulheres as mais atingidas (MOURÃO et.al., 2008).

2.4 PATOGÊNESE

A IU resulta da falha do trato urinário inferior em armazenar a urina por atividade excessiva da bexiga ou baixa resistência uretral, falha no esvaziamento da bexiga pela obstrução anatômica ou fisiológica ou contratilidade inadequada da bexiga ou até mesmo a combinação de todos estes fatores (OUSLANDER, 2009).

Durante o esforço, o deslocamento da uretra proximal para posição infrapúbica causa falha na transmissão da pressão, tendo um aumento da pressão vesical maior que a pressão uretral. O parto pode causar deslocamento da uretra próxima e do colo da bexiga, que irá progredir para alterações do suporte, seja do ligamento pubouretrais, tecido conectivo, músculo levantador do ânus, inervação pudenda ou a combinação destes fatores (GIRÃO, et al., 2005).

Segundo Girão, et al. (2005) a vagina é suspensa pelo ligamento pubouretral, superiormente pelo arco tendíneo da fáscia endopélvica e posteriormente pelo ligamento utrerossacral. Ao repouso, a vagina é tracionada e esticada através de contrações lentas dos músculos pubococcigeos e levantador do ânus, respectivamente, com isso previnem a ativação reflexa da micção antecipadamente, conseqüentemente, os sintomas de urgência e urge-incontinência.

Durante a micção, o músculo pubococcígeo, relaxa e a tração pósterio-inferior da bexiga permanece, assim abre o colo da bexiga e simultaneamente estimula as terminações nervosas e reforça o reflexo da micção (GIRÃO, et al., 2005).

No esforço, o músculo pubococcígeo, contrai rapidamente, tracionando a parede vaginal anterior contra a uretra e fechando e comprimindo o esfíncter estriado uretral, este mecanismo pode permanecer fechado a uretra mesmo que o colo da bexiga seja incapaz por alteração na porção suburetral da vagina e dos ligamentos pubouretrais, que causa a perda de urina aos esforços (GIRÃO, et al., 2005).

2.5 DIAGNÓSTICO

A avaliação consiste em saber a história da paciente, sendo esta colhida por meio do diário miccional, o qual terá os dias do evento e a quantidade e por qual circunstância ocorreu, além de um bom exame físico e análise de urina residual após a micção (OUSLANDER, 2009).

A ultrassonografia fornece estimativas não invasivas e precisa do volume da bexiga, tendo por objetivo identificar fatores potencialmente reversíveis e, determinar se possível, os tipos mais prováveis e as causas latentes e identificar os pacientes que precisarão de avaliações adicionais, as quais progridem a avaliação urológica, ginecológica e urodinâmicas (OUSLANDER, 2009).

2.6 TRATAMENTO

2.6.1 TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico pode ser altamente adequado para as mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) com períodos de um a cinco anos (OUSLANDER, 2009).

2.6.2 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

A fisioterapia tem como recursos terapêuticos a cinesioterapia, cones vaginais, eletroestimulação, biofeedback e terapia comportamental (GUEDES e SEBBEN, 2006)

Bump et al., 1991 APUD Gill et al, 2005 afirma que mulheres que apresentam disfunção do assoalho pélvico deve realizar uma avaliação vaginal digital para observar a ação muscular correta; menos de 50% destas mulheres mostrou realizar a contração correta do assoalho pélvico com comando verbal apenas, e o feedback pela avaliação digital é a única forma de avaliar a atividade muscular apropriada.

O biofeedback é realizado através de eletromiografia ou de sensores de pressão, que as paciente recebem uma informação visual relacionado com a atividade do assoalho pélvico e tem a possibilidade de aumentar ou alterar o esforço. Fornecendo altos níveis de motivação. Mas com essa variável, o biofeedback apenas monitora a contração muscular e não mensura a força muscular (GILL et al., 2005)

A cinesioterapia tem o objetivo de fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, melhorando os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos. Por outro lado a dificuldade em realizar o tratamento, ocorre freqüentemente, pela dificuldade da paciente isolar a musculatura do assoalho pélvico, e realizar contração dos

músculos acessórios ou sinergista como o reto abdominal, glúteo máximo e adutor da coxa (OLIVEIRA, RODRIGUES e PAULA, 2007)

Com os cones vaginais realiza-se uma contração muscular mais específica e eficaz, diminuindo o trabalho dos músculos acessórios, mas para mantê-los internamente na vagina é necessária a contração específica da musculatura do assoalho pélvico. É utilizado para realizar exercícios dinâmicos durante diversas variações de pressão abdominal, considerado esforço como tossir, rir e correr. A tendência de o cone sair da vagina é como uma sensação de perda do dispositivo, o que resulta um retorno sensorial induzido para contração involuntária do músculo do assoalho pélvico (TEIXEIRA et al, 2005). Os cones possuem pesos progressivos variando de 20g a 100g e deve ser usado, inicialmente do mais leve (BORGES, 2006)

A eletroestimulação proporciona contração passiva da musculatura perineal, realizado através de eletrodos endovaginais ou retais conectados a um gerador de impulso elétrico, promovendo a contração (GUEDES e SEBEN, 2005)

A terapia comportamental ou também conhecida como reeducação comportamental, restabelece um ritmo miccional mais freqüente, com início de hora em hora e progredindo estes intervalos, auxilia no tratamento da IUE. Mas só é satisfatório para pacientes conscientes, obtendo uma melhora relacionada a terapias de fortalecimento do assoalho pélvico (OLIVEIRA, RODRIGUES e PAULA, 2007)

A fisioterapia com foco no assoalho pélvico mostra-se efetiva em mulheres adultas com IUE e IUM com uma taxa de cura subjetiva variando de 56 a 70% e a taxa de cura objetiva com teste de absorvente de 44 a 67% (Hay- Smith et al., 2001 APUD Zucchi et al., 2008)

Hay- Smith et al., 2001 APUD Zucchi e at., 2008 observou a força de impacto durante a atividade física que é 3 a 4 vezes o peso corpóreo ao correr, 5 a 12 ao pular, 9 vezes na queda de um salto em altura, 16 vezes após um pulo mais alto e 9 no salto com vara, ou seja o assoalho pélvico de um atleta deve ser mais fortalecido do que a população em geral.

O tratamento conservador (fisioterapia) tem apresentado mínimos efeitos adversos e não impossibilita de um tratamento cirúrgico no futuro, se necessário (RETT et al., 2007). Oliveira, Rodrigues e Paula (2007) mostram que a fisioterapia tem sido satisfatória no tratamento conservador e é a escolha da maioria dos pacientes para não precisar passar por um procedimento cirúrgico futuro.

3 CONCLUSÃO

A IU é caracterizada pela perda involuntária de urina, o que ocasiona problemas sociais e higiênicos ao paciente. O tipo mais comum de incontinência urinária nas mulheres, principalmente em atletas, é a de esforço, na qual ocorre perda de urina pelo meato externo da uretra quando a pressão vesical se torna superior à pressão máxima de fechamento uretral, na ausência de contração do músculo detrusor.

A principal manifestação é perda de urina durante alguns movimentos, o que promove uma redução do desempenho das atletas, afetando, portanto, diretamente sua atividade profissional. Diante de tal fato, destaca-se a importância da fisioterapia no tratamento e na prevenção da IU, pois a mesma reeduca a musculatura do assoalho pélvico, promovendo melhora da qualidade de vida do paciente e, conseqüentemente, proporcionando o retorno da atividade física sem prejudicar o rendimento esportivo da atleta e se necessário sem tem que passar por um procedimento cirúrgico.

Sendo que deve ter um atendimento preferencial para mulheres atletas, pois muitas vezes os sinais e sintomas passam despercebidos

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS P, et al., The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of International Continence Society. *Urology*. 2003, v.61, n.1, p. 37-49

BARROS, J.D; LUCENA, A.C.T; ANSELMO, C.W.S.F. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura. **An Fac Med Univ Fed Pernamb**, Recife, v.52, n.2, 2007, p.173-180

BORGES, T.G. Incontinência urinária de esforço. In: BASTO, A.C. *Ginecologia*. 11 ed. – São Paulo: Atheneu, 2006, cap.25, p. 219-231

CAETANO, A.S; et al., Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n.2, 2009, p.93-97

GIRÃO, M.J.B.C. et al., Incontinência urinária de esforço. In: BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de ginecologia**. –Barueri:

Manole, 2005, cap.23, p. 189-192

GILL, B. et al., Fisioterapia na saúde da mulher. In: PORTES, S. Fisioterapia de tity. 13 ed. –Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, cap 159 , p. 123-139

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

LOPES, M.H.B.M; HIGA, R. Restrições causada pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.1, 2005

MORENO, A.L; SARTORI, M.G.F; ZUCCHI, E. V.M. Incontinência urinária e prática esportiva. In :MORENO, A L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 2 ed – Barueri: Manole, 2009, cap 18, p. 185-188.

MOURÃO et.al. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupo de atividade física. **Revista Acta Fisiátrica**, v.15, n.3, 2008, p.170-175.

OLIVEIRA, K.A.C, RODRIGUES, A.B.C, PAULA, A.B. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incotinência urinária de esforço na mulher. Rev. Eletronica **F@pciência**.- Apucarana, v.1, n.1, 2007, p.31-40

RETT, M.T. et al., Qualidade de viada em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev. Bras.Ginecol.Obstet**, v.29, n.3, 2007, p. 134-140

RHODEN, E.L; et al. Incontinência urinária. In: MORENO, A.L. **Urologia**. 1 ed.- Porto Alegre: Artemed, 2009, cap.14, p. 240-257

SANTOS, E.S. et al., Incontinência urinária entre estudantes de educação física. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.43, n.2, 2009, p.307-312

TANAGHO, E.A; BELLA, A.J; LUE, T.F. Incontinência urinária. In TANAGHO,E.A; MCANINCH, J.W. **Urologia geral de Smith**. 17 ed. – Porto Alegre: AMGH, 2010, cap. 29, p. 473-489

TEIXEIRA, A. et al., Tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária de esforço em mulheres de 35 a 55 anos. **RUBS**. v.1, n.3, 2005, p. 12-16

OUSLANDER, JG. Incontinência urinária. In: GOLDMAN, L. **Cecil Medicina** 23.ed – Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, cap. 24, p. 156-160

ZUCCHI, E.V.M. et al., A mulher atleta. In: COHEN, M. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de medicina do esporte**. Barueri: Manole, 2008, cap.12, p.195-199