

INCONTINÊNCIA URINÁRIA E A INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Flávio Carlos Souza Ribeiro (flavio_fta@hotmail.com)
 Marcio Hideki Farias Miyamoto (cito_rd@hotmail.com)
 Maristela Barata dos Santos (marisbarata@hotmail.com)
 Rênnepla Cristine Vieira Martins (renegla@gmail.com)
 Suzy Ipuchima Guimarães (suzyaragao@hotmail.com)
 Orientador Daniel Salgado Xavier (xavierdaniel@hotmail.com)

RESUMO

Pesquisas recentes têm demonstrado a eficácia da fisioterapia no tratamento dos sintomas de incontinência urinária. O objetivo geral é estudar o impacto da intervenção fisioterapêutica no controle urinário e influência na qualidade de vida. Tratou-se de um estudo de revisão literária embasada em publicações amplas apropriadas para descrever e discutir a importância da fisioterapia na prevenção da IU. Conclui-se que o fisioterapeuta analisa cada indivíduo e desenvolve um plano de cuidados usando técnicas de tratamento para promover a capacidade de mover, reduzir a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade. Os fisioterapeutas também trabalham com indivíduos para evitar a perda de mobilidade através do desenvolvimento de programas fitness e bem-estar orientada para estilos de vida mais saudáveis e ativos.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Fisioterapia. Tratamento.

ABSTRACT

Recent research has demonstrated the effectiveness of physical therapy in the treatment of symptoms of urinary incontinence. The overall objective is to study the impact of physical therapy intervention in urinary control and influence on quality of life. It was a literature review study grounded in extensive publications appropriate to describe and discuss the importance of physical therapy in preventing UI. It follows that the physiotherapist analyzes each individual and develops a care plan using processing techniques to promote the ability to move, reduce pain, restore function and prevent disability. Physical therapists also work with individuals to prevent the loss of mobility by developing fitness programs and targeted welfare for healthier lifestyles and active.

Keywords: Urinary incontinence. Physiotherapy. Treatment.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária - a perda do controle da bexiga - é um problema comum e muitas vezes embaraçoso. A gravidade varia de vez em quando com o vazamento de urina ao tossir ou espirrar e a vontade de urinar súbita e forte (LIMA, 2010).

A incontinência urinária (IU), também conhecida como a micção involuntária, é qualquer fuga de urina. É um problema comum e angustiante, o qual pode ter um grande impacto na qualidade de vida. A incontinência urinária é muitas vezes resultado de uma condição médica subjacente, mas é sub-relatada aos médicos. A enurese é muitas vezes usada para se referir a incontinência urinária, principalmente em crianças, como enurese noturna (xixi na cama) (SILVA et al., 2014).

Existem quatro principais tipos de incontinência (SANTOS, 2015):

A incontinência de urgência devido a uma bexiga hiperativa;

A incontinência de esforço devido ao fechamento da bexiga;

A incontinência por regurgitação devido à contração da bexiga ou bloqueio da uretra;

Incontinência funcional devido a medicamentos ou problemas de saúde que torna difícil o acesso ao banheiro.

Os tratamentos incluem treinamento pélvico muscular do assoalho, o treinamento da bexiga e estimulação elétrica. O benefício de medicamentos é pequena e sem segurança a longo prazo.

Pesquisas recentes têm demonstrado a eficácia da fisioterapia no tratamento dos sintomas de incontinência urinária. Um estudo realizado por Souza et al. (2011) relata que o treinamento muscular do assoalho pélvico, em conjunto com o treinamento da bexiga, resolvem os sintomas de incontinência urinária em mulheres. Segundo Toledo (2011), medidas preventivas adequadas e exame e tratamento por um fisioterapeuta pode ajudar pacientes a controlar, se não aliviar, esta condição muitas vezes debilitante.

Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: De que forma a fisioterapia pode auxiliar no tratamento da incontinência urinária?

O objetivo geral é estudar o impacto da intervenção fisioterapêutica no controle urinário e influência na qualidade de vida.

Tratou-se de um estudo de revisão literária embasada em publicações amplas apropriadas para descrever e discutir a importância da fisioterapia na prevenção da IU. O presente estudo foi realizado entre os períodos de novembro de 2015 à janeiro de 2016. Os descritores utilizados foram: incontinência urinária, fisioterapia, e prevenção através do levantamento em base de dados como SCIELO e EBSCO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e revistas digitais de ciências da saúde, que discorram sobre o tema proposto. Foram selecionados artigos publicados entre o período de 2010 à 2015, escritos em português e inglês que abordavam o tema proposto.

2 - Incontinência Urinária

Incontinência Urinária (IU) é conceituada pela "International Continence Society" (ICS) como qualquer perda involuntária de urina, que pode ocasionar um grande problema social. Tem maior prevalência entre as mulheres, independente da idade, sendo atualmente um dos maiores alvos de estudo dos profissionais responsáveis pela saúde da mulher (KORELO, 2011).

Os tipos mais comuns de incontinência urinária em mulheres são incontinência urinária de esforço e incontinência urinária.

As mulheres com ambos os problemas têm incontinência urinária mista. Incontinência urinária de esforço é causada por perda de apoio da uretra que é normalmente uma consequência de danos nas estruturas de suporte pélvico como resultado de parto. Caracteriza-se por vazamento de pequenas quantidades de urina com atividades que aumentam a pressão abdominal, tais como tosse e espirros. Além disso, o exercício frequente em atividades de alto impacto pode causar incontinência atlética. A incontinência de urgência urinária é causada por contrações não inibidas do músculo detrusor. Caracteriza-se por vazamento de grandes quantidades de urina em associação com aviso insuficiente para chegar ao banheiro a tempo (LIMA, 2010).

Poliúria (produção excessiva de urina), dos quais, por sua vez, as causas mais frequentes são: descontrolada diabetes mellitus, polidipsia primária (excesso de líquido potável), diabetes insipidus central e diabetes insipidus nefrogênica. A poliúria geralmente causa urgência urinária e frequência, mas não necessariamente leva à incontinência (BERBAM, 2011).

Próstata alargada é a causa mais comum de incontinência em homens após 40 anos; por vezes, o câncer de próstata também pode ser associado com incontinência urinária. Além disso, as drogas ou radiação utilizadas para tratar o câncer da próstata pode também causar incontinência (DANNECKER et al., 2010).

Doenças como a esclerose múltipla, espinha bífida, doença de Parkinson, acidentes vasculares cerebrais e lesão da medula espinhal podem interferir na função do nervo da bexiga (LIMA, 2010).

2.1 - Mecanismo

A pressão uretral normalmente excede a pressão da bexiga, resultando em urina restante na bexiga. A uretra proximal e da bexiga são ambas dentro da pelve. O aumento da pressão intra-abdominal (tosse e espirros) são transmitidas para ambas uretra e bexiga igualmente, deixando o diferencial de pressão inalterada, resultando em continência. A micção normal é o resultado de alterações em ambos os fatores de pressão: quedas de pressão uretral e aumento da pressão da bexiga (OLIVEIRA, 2011).

O corpo armazena a urina - água e resíduos removidos pelos rins - na bexiga, um órgão em forma de balão. A bexiga se conecta à uretra, o tubo através da qual a urina sai do corpo (RAMOS; OLIVEIRA, 2010).

Durante a micção, o músculo detrusor na parede da bexiga força a urina para fora da bexiga e da uretra. Ao mesmo tempo, os músculos do esfíncter que rodeiam a uretra relaxa, deixando passar a urina para fora do corpo. A incontinência irá ocorrer se os músculos da bexiga de repente se contraírem (músculo detrusor), ou músculos que rodeiam a uretra de repente relaxarem (músculos do esfíncter) (OLIVEIRA, 2011).

2.2 - Crianças

A micção é uma atividade complexa. A bexiga é um músculo de balão que se encontra na parte mais baixa do abdômen. A bexiga armazena a urina, em seguida, libera-a através da uretra, o canal que transporta a urina para o exterior do corpo. Controlar esta atividade envolve nervos, músculos, medula espinhal e o cérebro (TOLEDO, 2011).

A bexiga é feita de dois tipos de músculos: detrusor, um saco muscular que armazena a urina e aperta para esvaziar, e o esfíncter, um grupo circular de músculos na parte inferior ou no pescoço da bexiga, que automaticamente fica contraída para segurar a urina e relaxar automaticamente quando os contratos detrusor permitem que a urina seja levada para dentro da uretra. Um terceiro grupo de músculos abaixo da bexiga (músculos do pavimento pélvico) pode contrair para manter a urina (BERBAM, 2011).

A bexiga de um bebê enche a um ponto de ajuste, então, automaticamente contrai e esvazia. À medida que a criança cresce, o sistema nervoso se desenvolve. O cérebro da criança começa a receber mensagens da bexiga de enchimento e começa a enviar mensagens para a bexiga para esvaziar automaticamente até que a criança decide que é a hora e o local de urinar. Falhas neste mecanismo de controle resultam em incontinência (LIMA, 2010).

2.3 - Diagnóstico

Pacientes com incontinência devem ser encaminhados para um médico especializado neste campo. Urologistas especializados no trato urinário, e alguns urologistas especializados ainda mais no trato urinário feminino. O uroginecologista é um ginecologista que tem formação especial em problemas urológicos em mulheres. Os médicos clínicos ouvem todos os tipos de reclamações, e são bem treinados para diagnosticar e tratar este problema comum. Esses especialistas de atenção primária podem submeter os pacientes a especialistas de urologia, se necessário (LEROY; LOPES, 2012).

Uma anamnese cuidadosa é essencial, especialmente no padrão de esvaziamento e perda de urina, uma vez que sugere qual o tipo de incontinência está ocorrendo. Outros pontos importantes incluem esforço e desconforto, uso de drogas, cirurgia recente e doença (KNORST et al., 2013).

O exame físico vai se concentrar em busca de sinais de condições médicas que causam incontinência, como tumores que obstruem o trato urinário, impactação de fezes e reflexos ou sensações, que podem ser evidência de uma causa nervo-relacionada (LIMA, 2010).

Um teste executado frequentemente é a medida da capacidade da bexiga e urina residual para a evidência de mau funcionamento dos músculos da bexiga.

Outros testes incluem, de acordo com Lima (2010):

O exame de urina - urina é testada para a evidência de infecção, cálculos urinários ou outras causas.

Exames de sangue - sangue é tomado, enviado para um laboratório, e examinados para substâncias relacionadas a causas de incontinência.

O ultra-som - as ondas sonoras são usadas para visualizar os rins, ureteres, bexiga e uretra.

A cistoscopia - um tubo fino com uma pequena câmara é inserido na uretra e utilizado para ver o interior da uretra e da bexiga.

Urodinâmica - várias técnicas de medição de pressão na bexiga e o fluxo de urina.

Os pacientes são frequentemente convidados a manter um diário por um dia ou mais, até uma semana, para gravar o padrão de micção, observando os tempos e as quantidades de urina produzida (LEROY; LOPES, 2012).

Os projetos de investigação para avaliar a eficácia de terapias anti-incontinência frequentemente quantificam a extensão da incontinência urinária. Os métodos incluem o teste do absorvente 1-H, medição do volume de vazamento; usando um diário miccional, contando o número de episódios de incontinência (episódios de fuga) por dia; e avaliação da força dos músculos do assoalho pélvico, medindo a pressão máxima vaginal do aperto (BERBAM, 2011).

2.4 - Tipos

A incontinência de esforço deve-se essencialmente à força insuficiente dos músculos do assoalho pélvico para impedir a passagem de urina, especialmente durante as atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir e espirrar (PEREIRA et al., 2012).

A incontinência de urgência é a perda involuntária de urina que ocorre sem nenhuma razão aparente, enquanto repente sentindo a necessidade ou vontade de urinar (KRINSKI et al., 2013).

Incontinência por transbordamento - Às vezes as pessoas acham que eles não podem parar suas bexigas e vivem constantemente pingando ou continuam a driblar por algum tempo depois de terem urinado. É como se suas bexigas estivessem constantemente transbordando, daí a incontinência geral com o nome de transbordamento (KORELLO et al., 2011).

Incontinência mista não é rara na população feminina de idosas e às vezes pode ser complicado pela retenção urinária, o que torna um desafio requerendo tratamento multimodal (FITZ et al., 2012).

Incontinência estrutural : Raramente, problemas estruturais podem causar incontinência urinária, geralmente diagnosticada na infância (por exemplo, um ureter ectópico) As fístulas causadas

por trauma ou lesão obstétrica e ginecológica são comumente conhecidas como fístulas obstétricas e pode levar à incontinência. Estes tipos de fístulas vaginais incluem, mais comumente, fístula vesicovaginal e, mais raramente, fístula ureterovaginal. Estas podem ser difíceis de diagnosticar. O uso de técnicas padrão, juntamente com uma radiografia da vagina visualizam radiologicamente a cúpula vaginal com a instilação de meios de contraste (KRÜGER et al., 2011).

Incontinência funcional ocorre quando uma pessoa reconhece a necessidade de urinar, mas não pode fazê-la. A perda de urina pode ser grande. Existem várias causas da incontinência funcional incluindo confusão, demência, deficiência visual, mobilidade ou destreza, falta de vontade de usar o vaso sanitário por causa da depressão ou ansiedade ou embriaguez. A incontinência funcional também pode ocorrer em determinadas circunstâncias em que não há problema biológico ou médico presente. Por exemplo, uma pessoa pode reconhecer a necessidade de urinar, mas pode estar em uma situação onde não há sanitário nas proximidades ou acesso a uma casa (KRINSKI et al., 2013).

A enurese noturna é a IU episódica durante o sono. É normal em crianças pequenas (KRINSKI et al., 2013).

Incontinência transitória é uma versão temporária de incontinência. Ela pode ser desencadeada por medicamentos, insuficiência adrenal, deficiência mental, mobilidade restrita, e impação de fezes (obstipação grave), o que pode empurrar o trato urinário e obstruir o fluxo (KORELLO et al., 2011).

Incontinência dupla: Há também uma condição relacionada para a defecação conhecida como incontinência fecal. Devido ao envolvimento do mesmo grupo muscular (elevador do ânus) na bexiga e intestino, os pacientes com incontinência urinária são mais propensos a ter incontinência fecal, além disso. Isso às vezes é chamado de "incontinência dupla" (RAMOS; OLIVEIRA, 2010).

Incontinência coital (IC) é perda urinária que ocorre durante qualquer penetração ou orgasmo e pode ocorrer com um parceiro sexual ou com a masturbação. Tem sido referida a ocorrência de 10% a 24% das mulheres sexualmente ativas com distúrbios do pavimento pélvico (RAMOS; OLIVEIRA, 2010).

2.5 - Tratamento

As opções de tratamento variam de tratamento conservador, gestão de comportamento, reeducação da bexiga, a terapia do assoalho pélvico, dispositivos (para os homens), dispositivos fixos de oclusão para a incontinência (em homens), medicamentos e cirurgia. O sucesso do tratamento depende dos diagnósticos corretos. A perda de peso é recomendada naqueles que são obesos (BEUTTENMÜLLER et al., 2011).

Exercitar os músculos da pelve, como com exercícios de Kegel são uma primeira linha de tratamento para mulheres com incontinência urinária de esforço. Os esforços para aumentar o tem-

po entre a micção, conhecido como o treinamento da bexiga, é recomendado em pacientes com incontinência de urgência. Ambos podem ser usados em pessoas com incontinência mista. Pequenos cones vaginais de aumento do peso podem ser usados para ajudar com o exercício (SILVA, OLIVEIRA, 2011; BERBAM, 2011).

Biofeedback utiliza dispositivos de medição para ajudar o paciente se tornar consciente do funcionamento do seu corpo. Usando dispositivos eletrônicos ou diários para controlar quando o contrato dos músculos da bexiga e da uretra ocorrer, o paciente pode ganhar controle sobre estes músculos. Biofeedback pode ser usado com exercícios para os músculos pélvicos e estimulação elétrica para aliviar o stress e incontinência (SANTOS, 2015).

Anular o tempo ao urinar e treinamento da bexiga são técnicas que utilizam biofeedback. Em micção de tempo, o paciente preenche uma carta de micção e esvazia. A partir dos padrões que aparecem no gráfico, o paciente pode planejar esvaziar sua bexiga antes do momento em que iria vazar. Biofeedback e condicionamento muscular, conhecido como o treinamento da bexiga, pode alterar a programação da bexiga para o armazenamento e esvaziamento da urina. Estas técnicas são eficazes para urgência e incontinência por transbordamento (SANTOS, 2015; SILVA et al., 2014).

Em 2013, um estudo randomizado controlado não encontrou nenhum benefício da adição de biofeedback para o exercício muscular do assoalho pélvico na incontinência urinária de esforço, mas observou melhorias em ambos os grupos (SILVA et al., 2014).

Em outro estudo randomizado controlado a adição de biofeedback à formação dos músculos do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço, apresenta melhora da função muscular do assoalho pélvico, reduzindo os sintomas urinários, e melhorou a qualidade de vida (SANTOS, 2015).

2.6 - Dispositivos

Os indivíduos que continuam a experimentar incontinência urinária precisam encontrar uma solução de gestão que corresponda a sua situação individual. A utilização de dispositivos tem sido bem estudada na mulher a partir de 2014 (SILVA et al., 2014).

Sistemas de coleta (para homens) - consiste em uma bacia usada sobre o pênis para canalizar a urina em um saco de urina usado na perna. Estes produtos vêm em uma variedade de materiais e tamanhos para um ajuste individual. Estudos [mostram que estes sacos de urina têm preferência sobre produtos absorventes - em particular quando se trata de 'limitações para as atividades diárias'. Existem soluções para todos os níveis de incontinência. Vantagens com sistemas de coleta são discretas, a pele fica seca o tempo todo, e eles são fáceis de usar tanto de dia e de noite. As desvantagens são que é necessário para se

medir e assegurar o ajuste apropriado precisa de um profissional de saúde para escrever uma receita (SANTOS, 2015).

Produtos absorventes (incluem escudos, roupas, roupa interior de proteção, cuecas, fraldas, fraldas para adultos) são os tipos de produtos mais conhecidos para gerenciar incontinência. Eles são geralmente fáceis de se adquirir em farmácias ou supermercados e, portanto, muito popular. As vantagens de usar estes são que mal precisa de qualquer instalação ou a introdução por um especialista em cuidados de saúde. As desvantagens com produtos absorventes são de que eles podem ser volumosos, vazar, têm odores e pode causar lesões na pele (TOMASI, 2014).

Dispositivos fixos de oclusão (para os homens) são amarrados em torno do pênis, suavemente pressionando a uretra e interrompendo o fluxo de urina. Esta solução de gestão só é adequada para a incontinência moderada (BERBAM, 2011).

Cateteres são muitas vezes utilizados em ambientes hospitalares ou se o usuário não é capaz de lidar com qualquer das soluções acima descritas. O cateter é normalmente ligado a um saco de urina, que pode ser usado na perna ou pendurar na parte lateral da cama. Os cateteres permanentes precisam ser alterados em uma base regular por um profissional de saúde. A vantagem de cateteres permanentes são, que a urina fica canalizada para longe do corpo mantendo a pele seca. A desvantagem, no entanto, é que é muito comum para obter infecções do trato urinário, quando utilizando cateteres (LIMA, 2010).

Cateteres intermitentes são os cateteres de uso único que está inserido na bexiga para esvaziá-la, e uma vez que a bexiga está vazia eles são removidos e descartados. Os cateteres intermitentes são utilizados principalmente para a retenção (incapacidade para esvaziar a bexiga), mas para algumas pessoas podem ser usados para reduzir/evitar a incontinência (BEUTTENMÜLLER et al., 2011).

Um número de medicamentos existe para o tratamento da incontinência incluindo: fesoterodina, tolterodina e oxibutinina. Embora um certo número parece ter um pequeno benefício, o risco de efeitos secundários são uma preocupação. Para cada dez ou mais pessoas tratadas apenas um vai se tornar capaz de controlar sua urina e todos os medicamentos são de benefício similar (LIMA, 2010).

Medicamentos não são recomendados para aqueles com incontinência urinária de esforço e só são recomendados em quem tem incontinência de urgência que não melhoram com o treinamento da bexiga.

A cirurgia pode ser usada para ajudar na incontinência. As técnicas cirúrgicas comuns para incontinência urinária de esforço incluem fita vaginal livre de tensão e suspensão de bexiga entre outros. O teste urodinâmico parece confirmar que a restauração cirúrgica do prolapso de cúpula pode curar a incontinência. Em pessoas com problemas após a cirurgia de próstata há poucas

evidências sobre o uso de cirurgia (SANTOS, 2015).

2.7 - Epidemiologia

Globalmente, até 35% da população com idade superior a 60 anos é estimada para ser incontinente. Em 2014, a perda urinária afetou entre 30% e 40% das pessoas com mais de 65 anos de idade. Vinte e quatro por cento dos adultos mais velhos têm incontinência urinária moderada ou grave que deve ser tratado medicamente (SANTOS, 2015).

Os problemas de controle da bexiga foram encontrados para ser associado com maior incidência de muitos outros problemas de saúde como obesidade e diabetes. Dificuldade com os resultados de controle da bexiga em taxas mais elevadas de níveis de depressão e atividade limitada (BERBAM, 2011).

Incontinência é cara, tanto para os indivíduos sob a forma de produtos de controle de bexiga e à indústria para o sistema de saúde e de enfermagem. Lesões relacionadas com a incontinência é uma das principais causas de admissão à vida assistida e cuidados de enfermagem. Mais de 50% das admissões em instalação de enfermagem estão relacionadas com a incontinência (SILVA et al., 2014).

Incontinência acontece com menos frequência depois de 5 anos de idade: Cerca de 10 por cento das crianças de 5 anos, 5 por cento dos jovens de 10 anos, e 1 por cento dos episódios de crianças de 18 anos com incontinência. É duas vezes mais comum em meninas quanto em meninos (LIMA, 2010).

Os sintomas urinários afetam as mulheres de todas as idades. No entanto, problemas de bexiga são mais comuns entre as mulheres mais velhas. As mulheres com idade superior a 60 anos são duas vezes mais propensas que os homens a experimentar incontinência; uma em cada três mulheres com idade superior a 60 anos são estimadas a ter problemas de controle da bexiga. Uma das razões por que as mulheres são mais afetadas é o enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico por parto (SOUZA et al., 2011).

Os homens tendem a experimentar incontinência com menos frequência do que as mulheres, e a estrutura dos homens do trato urinário conta para essa diferença. É comum em homens em tratamento de câncer de próstata. Tanto as mulheres como os homens podem se tornar incontinentes de lesões neurológicas, defeitos congênitos, acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla e problemas físicos associados com o envelhecimento (BEUTTENMÜLLER et al., 2011).

Enquanto a incontinência urinária afeta homens mais velhos com mais frequência do que os homens mais jovens, o início da incontinência pode acontecer em qualquer idade. Estimativas em meados da década de 2000 sugeriu que 17 por cento dos homens com mais de 60 anos de idade, cerca de 600.000 homens, tinham incontinência urinária, com esta percentagem aumentando com a idade (SANTOS, 2015).

3 - Intervenção fisioterapêutica na incontinência urinária

Antes mesmo de começar a pensar em fisioterapia, o paciente deve consultar um médico, porque a incontinência pode ser resultado de um trato urinário ou outras infecções, certos medicamentos, ou problemas neurológicos ligados a doenças como Parkinson e diabetes.

Na maioria dos casos, a incontinência urinária é tratável, e um fisioterapeuta pode obter resultados satisfatórios no sentido de ajudar um paciente a recuperar o controle da bexiga (SANTOS, 2015).

Se o médico recomenda a terapia, um fisioterapeuta vai elaborar um plano que inclui uma rotina de exercícios específicos para os músculos do assoalho pélvico, uma agenda para ir ao banheiro e recomendações para mudanças na dieta (PINCELLI; MOCCELLIN, 2014).

A fisioterapia atua no tratamento da incontinência urinária e na perspectiva de melhora da musculatura perineal enfraquecida, pois este enfraquecimento pode resultar na perda de urina. São objetivos principais da fisioterapia a reeducação da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e seu fortalecimento, visto que, na maioria dos tipos de incontinência urinária, está presente uma redução da força desta musculatura (SILVA et al., 2015).

Normalmente, o fisioterapeuta irá pedir o paciente para manter um registro, ou o que é chamado um "diário da bexiga." Por cerca de uma semana, o paciente deve anotar quantas vezes ele foi ao banheiro, se ele teve um acidente, e o que desencadeou (SILVA et al., 2014).. Por exemplo, uma forma frustrante e comum de incontinência entre as mulheres é a incontinência de esforço, em que um espirro, tosse ou riso pode causar a perda de urina.

A reeducação da bexiga é baseada na noção de que o paciente pode controlar a bexiga ao invés do contrário. Modificar o comportamento do paciente é um aspecto da reeducação da bexiga e é parte primordial para lidar com incontinência de urgência. A incontinência de urgência pode ser um sinal de uma bexiga irritável, e quando alguém corre para ir ao banheiro em um momento de marcação, ele não ajuda este tipo de incontinência. Um fisioterapeuta pode trabalhar com um paciente em maneiras de relaxar, que incluem respiração profunda e exercícios para os músculos do assoalho pélvico (SANTOS, 2015).

Os músculos do assoalho pélvico apoiam o controle da bexiga e a ajudam. Se alguém é incontinente, e pode aprender a fortalecer os músculos, ela tem uma melhor chance de melhorar seu problema. As mulheres que fizeram o treinamento dos músculos do assoalho pélvico eram mais propensas a relatar que elas foram curadas ou melhoradas do que as mulheres que não fizeram (SILVA et al., 2014).

Os exercícios para os músculos do assoalho pélvico, conhecidos como exercícios de Kegel, são fáceis de fazer e podem ser

feitos deitados, em pé ou sentado, sem ninguém ao redor saber sobre ele. Muitas mulheres fazem Kegels antes, durante e após a gravidez para fortalecer os músculos que suportam a bexiga (BERBAM, 2011).

Uma maneira rápida de descobrir como fazer um Kegel é tentar parar ou diminuir o fluxo de urina ao urinar, e observar a ação que envolve os músculos. Para fazer um Kegel, Deve-se contrair esses mesmos músculos durante três segundos e depois relaxar (RAMOS; OLIVEIRA, 2010).

Um dos exercícios para o AP elaborado por Kegel é utilizado para estimular a propriocepção. A paciente encontra-se em posição ortostática ou em sedestação e imagina que está urinando, e procura segurar abruptamente o jato de urina para não deixar escapar. O exercício é realizado em três séries de 10 repetições, com intervalo de 60 segundos entre as séries. Outro exercício para a musculatura do assoalho pélvico (MAP) é conhecido por Ponte. A paciente em decúbito dorsal flete os joelhos e eleva o quadril, apoiada apenas sobre os ombros e pés. A contração dos glúteos é realizada contando até três segundos, e em seguida, a gestante relaxa a musculatura. O exercício é repetido em três séries de 10 vezes. Para mulheres que usam os grupos musculares acessórios, como os adutores, é preciso utilizar um travesseiro, almofada, ou uma bola pequena e flexível, para isolar os músculos e dar a noção exata da real musculatura a ser utilizada. Os autores enfatizaram a necessidade de ter um profissional da área da saúde para orientar corretamente a forma de se contrair a MAP (BARBAM, 2011; FITZ et al., 2012).

Se os músculos de um paciente são particularmente fracos, ou é difícil para ele ter uma noção de quais os músculos que se precisa controlar, pode-se aprender a fazer os exercícios de Kegel com a ajuda de um fisioterapeuta através de biofeedback. Eletrodos são colocados fora da vagina, ou uma sonda é inserida para medir a atividade na musculatura do assoalho pélvico, enquanto ela está contraindo (SILVA et al., 2014).

A sonda ou eletrodos são conectados a um monitor de televisão. Com a ajuda de um fisioterapeuta, ela pode assistir suas contrações na tela e aprender a exercitar o músculo para torná-lo mais forte (SILVA et al., 2014).

O recurso de biofeedback foi identificado nos trabalhos de Silva et al., (2014) e Santos (2015), em pesquisas correlacionadas com a utilização dos recursos da cinesioterapia, eletroterapia, terapia manual e comportamental, que ressaltaram a eficácia da associação dos procedimentos fisioterapêuticos e confirmaram os benefícios promovidos pelo tratamento conservador fisioterapêutico.

Os exercícios essenciais fortalecem os músculos que suportam os órgãos pélvicos e aliviam a tensão muscular e dor. Eles são simples de fazer, e desempenham um papel importante em ajudar a superar a incontinência e dor. As sessões de terapia de tratamento físico podem variar de um a algumas vezes por

semana. Isso pode exigir tão pouco quanto 4-6 semanas, mas o período de tempo varia de acordo com o diagnóstico e as necessidades específicas de pacientes. Todas as sessões de tratamento são realizadas em um ambiente privado de uma forma carinhosa e confidencial (SILVA et al., 2015).

A cinesioterapia é uma das alternativas fisioterapêuticas mais utilizadas pela maioria dos estudos como um recurso importante, de grande relevância no tratamento de IU, além de fortalecer a musculatura pélvica possibilitaram a melhora dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, uma vez que a reeducação perineal revelou-se um tratamento apropriado para a IU, com a cinesioterapia constituindo-se como um recurso básico no tratamento conservador (SILVA et al., 2015).

A cinesioterapia baseia-se no treinamento funcional do assoalho pélvico, que consiste em contrações específicas dos músculos que o compõem e apresenta como benefícios a melhora da percepção e consciência corporal da região pélvica e o aumento do tônus e força muscular. Esses foram propostos por Arnold Kegel na década de 80, visando o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (BERBAM, 2011).

Soares et al., (2012) avaliaram o efeito de um programa de cinesioterapia na IU de esforço em cinco mulheres idosas, durante 12 encontros, de uma vez por semana, no período de agosto a novembro de 2011. Os resultados evidenciaram que os exercícios de contração perineal ajudaram no problema da IU, principalmente em mulheres idosas. O estudo ressaltou ainda a importância do fisioterapeuta no tratamento da IU, não somente na questão da intervenção para a melhoria da IU, mas também na melhoria da qualidade de vida.

Considerações finais

A incontinência urinária ou perda involuntária de controle da bexiga, não é algo que só acontece em pacientes mais velhos. Na verdade, a condição afeta homens e mulheres, jovens. O fisioterapeuta analisa cada indivíduo e desenvolve um plano de cuidados usando técnicas de tratamento para promover a capacidade de mover, reduzir a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade. Os fisioterapeutas também trabalham com indivíduos para evitar a perda de mobilidade através do desenvolvimento de programas fitness e bem-estar orientada para estilos de vida mais saudáveis e ativos.

A incontinência de adultos não é uma doença, mas uma condição tratável. Esforço, urgência e excesso de fluxo de incontinência são as formas mais comuns. A incontinência de esforço ocorre quando há pressão sobre a bexiga, como correr, saltar, espirros e tosse. O esfíncter ou válvula que controla a liberação da urina da bexiga e/ou a musculatura do pavimento pélvico não pode tolerar a quantidade de tensão que é colocado sobre ele durante estas atividades.

Fisioterapeutas utilizam uma variedade de técnicas e treinamento para tratar a incontinência urinária. Aproximadamente

75% de todos os pacientes respondem favoravelmente e experimentam uma redução significativa em seus sintomas (muitos têm resolução total). Estas técnicas são indolores e pode incluir biofeedback, que pode estar em várias formas diferentes. O terapeuta pode usar vídeo ou sensores que emitem um sinal quando a musculatura do assoalho pélvico está ativa. Isso ajuda a ensinar o paciente que a sensação adequada deve ser quando tudo está "funcionando corretamente." O terapeuta pode utilizar o manual de estimulação, massagem ou trechos que ajudam a aliviar os sintomas de músculos tensos ou fracos.

Fisioterapeutas ensinam aos pacientes técnicas de relaxamento e exercícios de fortalecimento alvejados. Há mesmo equipamento especializado que pode ajudar a construir a força e resistência dos músculos envolvidos. O paciente vai ser ensinado com uma rotina de exercícios que irá incorporar uma boa quantidade de exercícios de fortalecimento e atividades principais.

Referências

BERBAM, L.W. Exercícios de kegel e ginástica hipopressiva como estratégia de atendimento domiciliar no tratamento da incontinência urinária feminina: relato de caso. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí - RS 2011.

BEUTTENMÜLLER, L.; CADER, S.A.; MACENA, R.H.M.; ARAUJO, N.S.; NUNES, E.F.C.; DANTAS, E.H.M. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.18, n.3, p. 210-6, jul/set. 2011.

DANNECKER, C.; FRIESE, K.; STIEF, C. et al. Urinary incontinence in women: part 1 of a series of articles on incontinence. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(24):420-6

FITZ, F.F. et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo. 2012

KNORST, M.R.; ROYER, C.S.; BASSO, D.M.S.; RUSSO, J.S.; GUEDES, R.G.; RESENDE, T.L. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 20, n. 3, Sept. 2013.

KORELO, R.G.; GRUBER, C.R.; NAGATA, A.S.; KUHNEN, E.Y.; DUTRA, E.S.; ELYS, F. N.; XAVIER, M. D.; OLIVEIRA, P.D.; ANTOCHECEN, T. Atuação da fisioterapia na síndrome do assoalho pélvico-vulvodínia e vaginismo - uma revisão da literatura. *Rev Fisio Evid.*2011.

KRINSKI, G.G.; GUERRA, F.M.R.M.; CAMPIOTTO, L.G.; GUIMARÃES, K.M.F.; BENNEMANN, R.M. Os benefícios do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária de esforço em idosas: revisão sistemática. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)*. v.4, n.3, pp. 37-40. Set – nov, 2013.

KRÜGER, A.P.; LUZ, S.C.T.; VIRTUOSO, J.F. Home exercises for pelvic floor in continent women one year after physical therapy treatment for urinary incontinence: an observational study. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. São Carlos - SP. 2011

LEROY, L.S.; LOPES, M.H.B.M. A incontinência urinária no

puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto. 2012

LIMA, S.V.S. Fisioterapia: A Relevância no Tratamento da Incontinência Urinária. *Rev Ele Nov Enf* 2010; 10(10): 144-60.

OLIVEIRA, J.R.; GARCIA, R.R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev Bras Ger Gero* 2011; 14(2): 343-51.

PEREIRA, V.S.; ESCOBAR, A.C.; DRIUSSO, P. Efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 16, n. 6, p. 463-8, nov./dez. 2012.

PINCELI, M.G.; MOCCELLIN, A.S. Protocolos de prevenção da incontinência urinária em idosas: revisão crítica da literatura. *Revista geriatria e gerontologia*. v.8, n.2, Abr/Mai/Jun, 2014. ISSN 1081-8289.

RAMOS, A.L.; OLIVEIRA, A.A.C. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. *Rev Hór* 2010; 4(2).

SANTOS, F.D.R.P. Análise entre a técnica de cinesioterapia isolada e associada ao biofeedback no tratamento da incontinência urinária de esforço: estudo de dois casos. *Revista Movimento* ISSN:1984-4298, 2015; 8(1):80-86.

SILVA, A.M.N.; OLIVA, L.M.P. Exercícios Exercícios de Kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. *Scientia Medica*. Porto Alegre - RS. 2011.

SILVA, G.C.; FREITAS, A.O.; SCARPELINI, P.; HADDAD, A.C.S. Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço: relato de caso. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*. v. 11 nº. 25, 2014.

SILVA, R.E.G.; VIVAS, G.T.; SILVA, S.L. Tratamento cinesioterapêutico como medida da prevenção da incontinência urinária de esforço em mulheres idosas e a sua relação com a qualidade de vida. *Journal of Amazon Health Science*. v. 1, n.1, 2015.

SOARES C; SCHERER N; IRBER P; FRIGO L; GASPARETTO A. Efeito de um programa de cinesioterapia na força muscular do assoalho pélvico em mulheres idosas com incontinência urinária de esforço – estudo de caso. *Fórum unifisio*. Unifra, Santa Maria-RS, 2012.

SOUZA, J.G.; FERREIRA, V.R.; OLIVEIRA, R.J.; CESTARI, C.E. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 24, n.1, p. 39- 46, jan./mar. 2011.

12

TOLEDO, D.A, et al. Physical therapy treatment in incontinent women provided by a Public Health Service. *Revista Fisioterapia em Movimento*. Curitiba. 2011

TOMASI, A.V.R. O uso da eletroestimulação no nervo tibial posterior no tratamento da incontinência urinária. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5): 597-602.