

PROPOSTA DE TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA MELHORIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO PÓS-TRAUMA: RELATO DE CASO

PROPOSAL PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT FOR IMPROVEMENT OF URINARY INCONTINENCE POST TRAUMA: CASE REPORT

*Ayla Rodrigues Pereira¹, Mayra Aparecida Côrtes², Flávio César Vieira Valentim³,
Andreza Martinez Pozza⁴, Lorena Priscila O. Rocha⁵*

RESUMO

A incontinência urinária de esforço é o tipo mais comum de perda involuntária de urina na mulher e a fisioterapia ginecológica atua no tratamento da mesma na perspectiva de aprimorar a musculatura perineal que se encontra enfraquecida, o que pode resultar na perda de urina. Por tanto, este estudo objetivou relatar a atuação da fisioterapia ginecológica na melhora da incontinência urinária. Trata-se especificamente de um estudo qualitativo, do tipo relato de caso, realizado entre os meses de junho a agosto de 2013 tendo como finalidade relatar a conduta fisioterapêutica para o tratamento da incontinência urinária de esforço pós- trauma decorrente de um acidente automobilístico no ano de 2011. Para isso foi realizado um relato de caso onde a paciente E.V.M.S., idade cronológica de 13 anos que apresentou diagnóstico clínico de incontinência urinária de esforço com alterações visíveis na força da musculatura do assoalho pélvico, avaliados por meio da Escala de Oxford e Stop Teste. Após a realização de 30 sessões de fisioterapia com conduta específica, observou-se uma melhora na força muscular e resistência do assoalho pélvico. Portanto, os resultados obtidos neste estudo reforçam a ideia de que a força de contração da musculatura pélvica aumenta expressivamente com o tratamento fisioterapêutico. Logo, pode-se concluir que a fisioterapia voltada para a reabilitação das disfunções do assoalho pélvico provenientes da incontinência urinária de esforço, apresenta melhora significativa nas condições clínicas da paciente, interferindo na esfera biopsicossocial desta, mesmo quando o tratamento é iniciado de forma tardia.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Fisioterapia. Tratamento. Ginecologia.

-
1. Acadêmica do curso de Fisioterapia – UNIVAR de Barra do Garças, MT.
 2. Fisioterapeuta, Mestre, docente da UNEMAT – Cáceres, MT
 3. Fisioterapeuta, Mestre, docente do Curso de Fisioterapia – UNIVAR, Barra do Garças, MT.
 4. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar pela FAMERP, São José do Rio Preto, SP.
 5. Enfermeira – UNIVAR, Barra do Garças, MT.

Correspondência

M^a Mayra Aparecida Côrtes - UNEMAT, Departamento de Medicina, Av. Santos Dumont, Cidade Universitária, Cáceres-MT, CEP 78200-000

E-mail: mayra.fisio@yahoo.com.br

ABSTRACT

Urinary incontinence is the most common type of involuntary loss of urine in the female gynecological therapy and treatment in the same works in the perspective of improving the perineal musculature is weakened, which can result in loss of urine. Therefore, this study describes the performance of gynecological physiotherapy to improve urinary incontinence. This is specifically a qualitative study, the type of case reporting, conducted between the months from June to August 2013 and aims to report the practice of physical therapy for the treatment of stress urinary incontinence post-trauma from an automobile accident in the year 2011. For this one case report was conducted where the patient EVMS, chronological age of 13 years who had a clinical diagnosis of stress urinary incontinence with visible changes in the strength of the pelvic floor muscles, assessed by the Oxford Scale and Stop test. After conducting 30 sessions of physiotherapy with specific conduct, there was an improvement in muscle strength and endurance of the pelvic floor. Therefore, the results obtained in this study reinforce the idea that the force of contraction of the pelvic muscles increases significantly with physical therapy. Thus, we can conclude that physiotherapy aimed at rehabilitation of pelvic floor dysfunction from stress urinary incontinence, improves significantly on the clinical conditions of the patient, interfering with the biopsychosocial this sphere, even when treatment is started lazily.

Keywords: Urinary incontinence, physicaltherapy, treatment, gynecology.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela International Continence Society como qualquer perda involuntária de urina. É uma experiência que acomete milhões de pessoas de todas as idades, principalmente as do sexo feminino, afetando a qualidade de suas vidas, não é considerada uma patologia, mas um conjunto de sinais e sintomas que acomete alguns indivíduos, interferindo na vida relacional e psicológica do mesmo.^{1,2,3}

Constitui sintomas com implicações sociais, causando desconforto e perda de autoconfiança, além de interferir, negativamente, na qualidade de vida de muitas delas.⁴ Seus principais fatores de risco são: idade, trauma no assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crônicas, constipação, tabagismo e consumo de cafeína.⁵

Dentre os vários tipos de IU, destacam-se: a incontinência urinária de esforço (IUE), a urge incontinência ou bexiga hiperativa (BH) e a incontinência urinária mista (IUM), caracterizada pela incontinência urinária de esforço associada à bexiga hiperativa.⁶

A incontinência de urgência representa a perda urinária associada ao intenso desejo miccional (urgência) e pode ser causada por disfunção motora (contrações não-inibidas do músculo detrusor) ou por hipersensibilidade vesical (urgência sensorial).⁷

Quando a doente não dispõe de um local adequado para urinar ou tem dificuldades de locomoção, a imperiosidade pode despertar a perda involuntária de urina.⁸

A IUE é o tipo mais comum de perda involuntária de urina na mulher, podendo ocorrer por hiper mobilidade da uretra ou por deficiência esfinteriana.⁹ A causa mais frequente de incontinência urinária de esforço é a hiper mobilidade uretral decorrente da fraqueza do assoalho pélvico ou, conseqüentemente, a procedimentos cirúrgicos.¹⁰

A incontinência por esforço ou por estresse ocorre quando a paciente tosse, faz força, espirra ou, ainda, inicia uma manobra de Valsalva.¹¹ O problema nestes casos é que a pressão intravesical ultrapassa a pressão uretral, originando perda de urina.⁸

Como uma unidade funcional que produz, armazena e excreta a urina, o aparelho urinário quando sujeito a um traumatismo exibe varias características que influenciam o prognóstico vital e funcional das lesões.¹²

O tratamento da IUE pode ser clínico ou cirúrgico. Nos últimos anos, o tratamento clínico vem ganhando maior projeção pelos bons resultados, baixo índice de efeitos colaterais e diminuição de custos.¹³

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.¹⁴ 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.⁶

Técnicas de reeducação, direcionadas às incontinências leves ou moderadas, são indicadas para quaisquer idade ou antecedentes obstétricos e cirúrgicos.¹⁵ A Fisioterapia, através de seus recursos, torna-se competente para elaborar planos de ação para o enfrentamento deste problema, proporcionando melhorias na qualidade de vida para estes pacientes e, conseqüentemente, gerando saúde.³

O tratamento fisioterapêutico é feito por meio de técnicas que visam o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, uma vez que a disfunção da musculatura perineal representa importante fator etiopatogênico.¹⁰ O fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico através da reeducação perineal tem-se revelado

apropriada numa série de mulheres com incontinência urinária, constituindo a base da terapêutica conservadora.⁶

Entre as modalidades clínicas para o tratamento da incontinência urinária de esforço assinalam-se as técnicas comportamentais e o tratamento fisioterápico, com destaque para os exercícios perineais.¹³ Assim, uma forma de melhorar o tônus da musculatura perineal é a ginástica hipopressiva, técnica criada por pesquisadores franceses na década de 1980 que baseia-se na contração ativa da musculatura abdominal (manobra de aspiração diafragmática).¹⁴ Esses exercícios são praticados em três fases: inspiração diafragmática lenta e profunda, expiração completa e aspiração diafragmática em que ocorre progressiva contração dos músculos abdominais profundos, intercostais e elevação das cúpulas diafragmáticas.¹⁶

O tratamento conservador mais importante para a incontinência de esforço é a fisioterapia dos músculos pélvicos descritos por Kegel.⁸ Com o passar do tempo, os chamados Exercícios de Kegel têm sido cada vez mais valorizados uma vez que estudos mostram uma quantidade significativa de pacientes que obtiveram melhora ou mesmo a solução completa para seus distúrbios.¹⁷ Os exercícios de Kegel auxiliam no mecanismo de continência por meio da contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico que ocasionam sua elevação e aproximação, resultando no fechamento uretral.¹⁴

Dessa forma, a cinesioterapia é uma técnica que permite, por meio da contração e do relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, resultados mais efetivos, observando-se melhora ou cura em vários pacientes de forma mais duradoura.⁹

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de caso, realizado entre os meses de junho a agosto de 2013 tendo como finalidade relatar a conduta fisioterapêutica para o tratamento da incontinência urinária de esforço pós- trauma. Paciente E.V.M.S. idade cronológica de treze anos, sexo feminino, com diagnóstico de incontinência urinária de esforço decorrente de acidente automobilístico em setembro de 2011. Foi submetida à fixação dos ossos do quadril e reconstrução da vagina e bexiga. Na avaliação fisioterapêutica a paciente foi colocada em posição de litotomia e instruída primeiramente a contrair o períneo para avaliação da força desta

musculatura sendo solicitada a contrair e manter a contração pelo máximo de tempo possível. Essa avaliação foi feita por meio da palpação bidigital.

A avaliação do grau de acometimento muscular foi realizada por meio da Escala de Oxford, e a avaliação do assoalho pélvico foi realizada por meio do Stop Teste¹⁸ onde a paciente foi orientada a interromper o jato urinário por uma a duas vezes após 5 (cinco) segundos do início da micção e manter a interrupção pelo maior tempo possível. A paciente é classificada de acordo com seu sucesso em interromper a micção. Após avaliação iniciou-se o tratamento fisioterapêutico, no qual foram feitas 30 sessões de fisioterapia, cinco vezes por semana com duração aproximadamente de 45 minutos cada sessão. Na conduta fisioterapêutica foram utilizados as seguintes técnicas: alongamento global, propriocepção da musculatura do assoalho pélvico através de exercícios de co-contração na bola suíça, exercícios de Kegel para fortalecimento e resistência do períneo além da ginástica hipopressiva. Para análise dos resultados obtidos ao término da terapia, a avaliação do grau de acometimento muscular (Escala de Oxford e Stop Teste) foram realizadas novamente. Para fundamentação teórica utilizou-se artigos científicos publicados nas seguintes bases de dados: SCIELO, BIREME, LILACS e PUBMED além de livros conceituados. Após elucidação sobre a pesquisa, os responsáveis pela participante do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o exame físico, pode-se verificar alteração visível da resistência muscular do assoalho pélvico, sendo a contração desta musculatura mantida por apenas 12 segundos.

Percebeu-se também um enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, sendo encontrado um tônus muscular diminuído, apresentando grau III de força muscular, conforme a Escala de Oxford (Tabela 1).

Segundo a literatura, na primeira sessão, cerca de 30% das pacientes não conseguem realizar adequadamente a contração, daí a necessidade de um trabalho proprioceptivo inicial.¹⁷ Kegel foi o primeiro pesquisador a relatar a eficácia do treinamento da MAP no tratamento da incontinência urinária feminina.⁷

Ainda no período de avaliação foi realizado o Stop Teste (Tabela 2), apresentando dessa forma grau III, conseguindo interromper totalmente o jato urinário, mantendo a interrupção por 17 (dezesete) segundos, porém com tônus muscular fraco.

O objetivo da cinesioterapia é reforçar a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos além de hipertrofiar principalmente as fibras musculares estriadas tipo II do diafragma urogenital e pélvico.²⁰

Após a realização de 30 (trinta) sessões de reabilitação fisioterapêutica foi feita a reavaliação física da musculatura do assoalho pélvico, onde foi possível observar a progressão da paciente para o grau IV de força muscular, conforme a Escala de Oxford, mantendo a contração por 26 (vinte e seis) segundos, apresentando uma contração satisfatória, com compressão dos dedos do examinador e elevação da parede vaginal posterior em direção à sínfise púbica.

Na realização do Stop Teste, a paciente apresentou grau V, conseguindo interromper totalmente o jato, mantendo a interrupção com tônus muscular forte por 32 (trinta e dois) segundos. Estudos relatam, através de uma revisão sistemática do tratamento da IUE com exercícios do assoalho pélvico que há forte evidência de que estes sejam efetivos no controle da perda urinária.¹⁰

Com a intervenção fisioterapêutica obteve-se um resultado satisfatório, apresentando ao final das sessões uma evolução tanto da força muscular do assoalho pélvico quanto da resistência desta musculatura, melhorando assim, a qualidade de vida da paciente. Exercícios para o assoalho pélvico em pacientes com IUE promovem benefícios como o aumento na resistência e força muscular sendo estes mais efetivos quando a paciente é acompanhada por um fisioterapeuta.³

Os resultados obtidos neste estudo coincidiram com outro trabalho onde corroboraram a ideia de que a força de contração da musculatura pélvica aumenta significativamente com os exercícios de Kegel¹¹ além da melhoria significativa dos sinais e sintomas da IU em mulheres incontinentes quando submetidas a tratamento conservador através da cinesioterapia do assoalho pélvico.⁶

A hipertrofia é um processo mais lento e usualmente inicia-se após as 6 a 8 semanas, podendo prolongar-se por anos, porém a cinesioterapia tem apontado a melhora ou a cura de várias pacientes, com efeito duradouro por mais de 5 anos e

que apesar das diferenças de programas de exercícios para os MAP eles são eficazes para melhora do quadro inicial de IU.^{5,14}

Neste estudo além dos exercícios de Kegel foi realizado também a ginástica hipopressiva como um meio alternativo para auxiliar na melhora dos sinais e sintomas da IU, entretanto a literatura ressalta que a ginástica hipopressiva é uma técnica adicional, que complementa os exercícios de treino da MAP, visando uma tonificação abdominal e perineal.¹⁴

A ginástica hipopressiva pode ser uma tática de autocuidado por se caracterizar como uma técnica não invasiva, resolutiva e de baixo custo, podendo ser ampliada na rede básica de atenção à saúde, desde que supervisionado por um fisioterapeuta.¹⁴ A respeito da técnica hipopressiva afirmam que há uma carência de estudos que realmente evidenciem o que ocorre com o músculo diafragma e os MAP.¹⁶

De acordo com os resultados obtidos, a cinesioterapia é uma das modalidades terapêuticas que apresenta melhora significativa na função da MAP, reduzindo dessa maneira os sinais e sintomas da IUE. É possível evidenciar o efeito dos Exercícios de Kegel, ou seja, é possível que com a prática de um número maior de intervenções, as pacientes readquiram o controle de seu esfíncter, comprovando assim o valor de tais exercícios na vida da mulher não só para tratamento, mas também para prevenção de disfunções do assoalho pélvico.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incontinência urinária merece um cuidado distinto por se tratar de um problema de saúde pública que pode afetar a mulher em qualquer período de sua vida, desencadeando uma série de implicações biopsicossociais, principalmente emocional, sexual e social, intervindo de forma negativa na qualidade de vida da paciente.

Por meio deste estudo, pode-se concluir que a fisioterapia voltada para a reabilitação das disfunções do assoalho pélvico proveniente da incontinência urinária de esforço, apresenta melhora significativa nas condições clínicas da paciente, mesmo que a intervenção ocorra de forma tardia, estimulando o bem – estar desta.

Os resultados obtidos nesse estudo coincidiram com os resultados de muitos outros estudos, comprovando, portanto a eficácia da fisioterapia como tratamento conservador na IUE. Dessa maneira, a fisioterapia por meio dos seus recursos, torna-se um instrumento indispensável para a elaboração de planos de tratamento para a reabilitação da MAP.

REFERÊNCIAS

1. Fozzatti MCM, Palma P, Herrmann V, Dambros M. Impacto da reeducação postural global no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1): 17-22.
2. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enf Usp* 2008; 42(1): 187-92.
3. Lima SVS. Fisioterapia: A Relevância no Tratamento da Incontinência Urinária. *Rev Ele Nov Enf* 2010; 10(10): 144-60.
4. Herrmann V, Potrick BA, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Júnior NRN. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultrassonográfica. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(4): 401-5.
5. Gomes PRL, Souza AM, Vieira CI, Pastre CM, Carmo EM. Efeito da cinesioterapia e eletroestimulação transvaginal na incontinência urinária feminina: estudo de caso. *Arq Ciênc Saúde* 2009 abr-jun; 16(2): 83-8.
6. Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev Bras Ger Gero* 2011; 14(2): 343-51.
7. Sanches PRS. Avaliação de técnicas conservadoras para tratamento da incontinência urinária feminina empregando instrumentação para monitorização domiciliar. Tese [Doutorado em Ciências] - Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2008.
8. Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência urinária feminina. *Acta urol* 2007; 24(1): 79-82.
9. Sousa JG, Ferreira VR, Oliveira RJ, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioter Mov* 2011 jan-mar; 24(1):39-46.
10. Carvalho MF, Holanda PJ. Atuação fisioterapêutica na incontinência urinária em mulheres na terceira idade. Monografia [Graduação em Fisioterapia] - Universidade da Amazônia; 2008.
11. Félix IL. Avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço. Dissertação [Mestrado] – Unifor; 2005.
12. Matos S, Coutinho AN, Rosa G, Neves J. Traumatismos do aparelho urinário. *Acta Med Port* 1999;12: 49-56.
13. Santos PFD, Oliveira E, Zanetti MDR, Arruda RM, Sartori MGF, Girão MJBC, et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Gin Obst* 2009;31(9):447-52.
14. Berbam LW. Exercícios de Kegel e ginástica hipopressiva como estratégia de atendimento domiciliar no tratamento da incontinência urinária feminina: relato de caso. Monografia [Graduação em Fisioterapia] – Unijuí; 2011.
15. Dreher DZ, Berlezi EM, Strassburger SZ, Ammar MZE. O fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais: programa de atendimento domiciliar. *Scie Med* 2009 jan-mar;19(1): 43-9.
16. Costa TF, Resende APM, Seleme DS, Stupp I, Castro RA, Berghmans B, et al. Ginástica hipopressiva como recurso proprioceptivo para os músculos do assoalho pélvico de mulheres incontinentes. *Fisio Bra* 2011 set-out;12(5).
17. Ramos AL, Oliveira AAC. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. *Rev Hór* 2010; 4(2).
18. Palma PCR. Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 1. ed. São Paulo: Personal link comunicações; 2009.
19. Moreno AL. Fisioterapia em uroginecologia. 2. ed. São Paulo: Manole; 2009.
20. Oliveira KAC, Rodrigues ABC, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Rev Ele f@ciência* 2007; 1(1):31-40.

Tabela 1 – Adaptada. Fonte: Moreno (2009)

GRAU DE FORÇA	ESCALA DE OXFORD
Grau 0	Ausência de contração dos músculos perineais.
Grau I	Esboço de contração muscular não sustentada.
Grau II	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta.
Grau III	Contração sentida com um aumento da pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação da parede vaginal posterior.
Grau IV	Contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal posterior em direção à sínfise púbica.
Grau V	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em relação a sínfise púbica.

Tabela 2 - Adaptada. Fonte: Palma (2009)

GRAU DE FORÇA	STOP TEST
Grau 0	Não consegue interromper o jato urinário.
Grau I	Consegue interromper parcialmente o jato urinário, mas não consegue manter a interrupção.
Grau II	Consegue interromper parcialmente o jato urinário e mantém por curto intervalo de tempo a interrupção.
Grau III	Consegue interromper totalmente o jato urinário, mantendo a interrupção, mas com tônus muscular fraco.
Grau IV	Consegue interromper totalmente o jato urinário, mantendo a interrupção com bom tônus muscular.
Grau V	Consegue interromper totalmente o jato urinário, mantendo a interrupção com tônus muscular forte.