



Revista
Saúde Integrada
ISSN 2447-7079

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS

Sidriane Rodrigues Marques

Fisioterapeuta. Mestranda em Biociências e Reabilitação - Centro Universitário Metodista/IPA.

Email: sidrianemarquesw@gmail.com

RESUMO

A Incontinência Urinária é definida como “perda involuntária de urina”. Durante o envelhecimento ocorrem alterações em todos os sistemas do corpo, bem como do trato urinário, ocorrendo mudanças na fisiologia do organismo, o que acarreta alterações no dia a dia das pessoas idosas. O objetivo deste trabalho consiste de uma revisão bibliográfica acerca da incontinência urinária, analisando os fatores que predispõe a essa condição e estudando como os exercícios físicos beneficiam as idosas. A cinesioterapia para o assoalho pélvico mostrou-se eficaz pois as contrações voluntárias repetitivas aumentam a força muscular e a continência. Portanto, a fisioterapia é de grande importância para as idosas, pois é um tratamento não invasivo e conhecendo os fatores que a predispõe e as consequências da IU, este profissional é capaz de tratar e contribuir para uma melhora do bem-estar físico e social dessas pessoas.

Palavras-chave: Fisioterapia. Idosas. Incontinência Urinária.

ABSTRACT

The Urinary Incontinence is defined as “involuntary loss of urine”. During the aging process several alterations in all body systems occur, as well as of the urinary tract, occurring changes in the organism’s physiology, what brings on alterations in the daily life of elderly people. The objective of this work consisted of a literature revision on urinary incontinence, analyzing the factors that lead to this condition and studying how the physical exercises benefit the elderly. The kinesiotherapy for the pelvic floor proved to be efficient as the voluntary repetitive contractions increase the muscular strength and the continence. Therefore, the physiotherapy is of great importance to the elderly, as it is a non-invasive treatment and knowing the factors that lead to it and the consequences of the IU, this professional is capable of treating and contributing to an improvement of the physical and social well-being of these people.

Keywords: Physiotherapy. Elderly. Urinary Incontinence.

INTRODUÇÃO

O número de idosos dobrou nos últimos 50 anos, o que indica que no ano de 2020 a porcentagem atingirá 15% da população nacional. As limitações físicas, perdas cognitivas e doenças crônicas irão surgir no decorrer do envelhecimento, o que podem ser consideradas uma ameaça à independência dos idosos (LAZARI; LAJUDICE; MARATA, 2009).

O processo de envelhecimento contribui para maior vulnerabilidade às doenças, que podem interferir na mobilidade, na autonomia, na lucidez, na destreza manual e na funcionalidade das vias urinárias inferiores e da bexiga, o que favorece a Incontinência Urinária(IU), muito comum entre idosas (ABREU et al., 2007).

Multifatorial, a IU pode ser causada por hipoestrogenismo e deformidades pélvicas, que contribuem para a perda da função esfinteriana. Além desses fatores, algumas alterações decorrentes do envelhecimento como a atrofia dos músculos e tecidos, o

p. 110-116

comprometimento funcional do sistema nervoso e circulatório e a diminuição do volume vesical podem contribuir para o surgimento da IU, pois reduzem a elasticidade e a contratilidade da bexiga (CARVALHO et al., 2014).

O envelhecimento acarreta alterações anatômicas e funcionais em todos os sistemas do indivíduo. Esta pesquisa delimitou-se às alterações ocorridas especificamente no sistema urinário. Portanto, o conhecimento da anatomia e da fisiologia do sistema geniturinário, bem como as alterações provocadas pelo envelhecimento nesse sistema e nos mecanismos hormonais que afetam a produção de urina, é essencial para a correta interpretação dos sinais e sintomas relacionados às doenças que afetam a produção de urina e a micção (CUNHA; GUIMARÃES, 2004).

Na literatura, observou-se que estudos recentes têm demonstrado o impacto causado pela IU nas atividades ocupacionais e isso tem chamado a atenção dos pesquisadores, uma vez que os resultados têm mostrado que a mesma traz consequências tanto na vida pessoal como no desempenho profissional destas mulheres, causando um grande impacto na qualidade de vida desta população. Com o percentual da população idosa estima-se que o número de mulheres trabalhadoras na fase do climatério tenderá a crescer e como consequência, o número de casos de IU em mulheres profissionalmente ativas (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Embora muitos pacientes não considerem a IU grave para necessitar de uma avaliação clínica, seu diagnóstico é muito relevante. Assim, deve ser instituído um tratamento para cada caso, uma vez que os procedimentos cirúrgicos, além de serem invasivos e de alto custo, podem ter índice de falha de até 35% em pacientes com problemas esfínterianos. Deste modo, o tratamento fisioterapêutico foi indicado pela Sociedade Internacional de Continência como a melhor opção para tratamento da IU devido ao baixo custo e risco, além da eficácia comprovada (SOUZA et al., 2009).

Métodos de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária incluem instrução de exercícios para o assoalho pélvico, exercícios de resistência (treinamento da musculatura vaginal) e aconselhamento nutricional para evitar diuréticos e substâncias que irritam a bexiga, como a cafeína. O treinamento de exercícios para o assoalho pélvico é tão específico quanto para qualquer outro grupo muscular e pode depender da integridade tecidual de cada mulher, frequentemente um fator relacionado à idade (STENPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Assim, o objetivo desse trabalho é analisar os fatores que predispõe à Incontinência Urinária em idosas e os exercícios adequados que auxiliam no tratamento da mesma.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, com busca eletrônica de publicações científicas na base de dados Scielo complementada com pesquisa em livros. Foram utilizados os descritores “fisioterapia em idosas com incontinência urinária”, “tratamento fisioterapêutico em idosas”, “fortalecimento pélvico em idosas”, todos em língua portuguesa.

Como critério de inclusão para os artigos, estes deveriam abordar o tema proposto no período de 2004 a 2015, publicados no Brasil em português. Artigos publicados fora desse período foram excluídos. Foram identificados 14 artigos com o tema, porém 9 foram incluídos após leitura do resumo e 6 foram excluídos pois não estavam de acordo com o

objetivo da pesquisa. Além dos artigos, 8 obras literárias foram utilizadas no presente trabalho.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A IU é definida como qualquer “perda involuntária de urina em quantidade ou frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico”. Sua prevalência aumenta com a idade e é maior entre as mulheres do que entre os homens. Afeta 30% dos indivíduos idosos na comunidade e 50% daqueles internados em asilos. Do ponto de vista clínico, pode ser classificada em transitória e estabelecida (CUNHA; GUIMARÃES, 2004).

Caracteriza-se por início súbito, usualmente associado a condições clínicas agudas ou ao uso de drogas. Tende a se resolver, uma vez removida a causa ou causas subjacentes. As principais causas da incontinência transitória são: delirium, infecções do trato urinário, uretrite e vaginite atróficas, restrição da mobilidade, aumento do débito urinário, medicamentos, impactação fecal e distúrbio psíquico (MACIEL, 2006).

Na população idosa feminina (acima de 60 anos) coexiste uma série de fatores de risco associadas à Incontinência urinária como a chegada da menopausa e os efeitos do parto sob a musculatura do assoalho pélvico. Alguns autores afirmam que o sexo feminino já é uma fator de risco importante para a gênese da IU, bem como o avanço da idade. Entre os fatores de risco conhecidos na literatura, a prática de exercícios físicos vigorosos também vem sendo associada à perda urinária, devido ao comprometimento dos mecanismos de sustentação, suspensão e contenção da musculatura pélvica que sofre sobrecarga intensa e repetida, promovendo o enfraquecimento do assoalho pélvico (VIRTUOSO; MENEZES; MAZO, 2015)

É classificada em razão da sintomatologia e dos achados urodinâmicos. Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a IU pode ser classificada como de Esforço, caracterizada pela perda urinária ao aumento da pressão intra-abdominal. Pode ser ainda, subdividida em anatômica e esfinteriana, sendo que a primeira decorre de aumento da pressão abdominal, durante os esforços, ao tossir, espirrar ou rir, que não é transmitido igualmente para a uretra e a bexiga, de maneira que a pressão vesical torna-se maior que a pressão uretral, ocorrendo a perda urinária. Já a esfinteriana decorre da lesão do mecanismo esfinteriano da uretra, a pressão uretral é constantemente baixa e a perda urinária ocorre geralmente aos mínimos esforços. A Incontinência de Urgência caracteriza-se por um forte desejo miccional que pode ou não ser acompanhado por perda involuntário de urina, podendo essa ser de algumas gotas até todo conteúdo vesical, decorrente da hiperatividade do músculo detrusor. Outro tipo é a Incontinência Reflexa, caracterizada pela perda involuntária de urina, reflexamente ao enchimento da bexiga, presente em pacientes com lesões neurológicas medulares. Há também a Incontinência Paradoxal e a Incontinência Mista de Esforço e Urgência. A primeira caracterizada pela presença de um fator obstrutivo acompanhado pela perda urinária e a outra é vista em maior frequência em mulheres na meia- idade (período da menopausa), o que significa a perda involuntária de urina associada com forte desejo de urinar, é principalmente observada entre as mulheres mais idosas (MORENO, 2009).

Os testes para avaliar o assoalho pélvico são: a eletromiografia, o estudo histomorfológico por biópsia muscular ou avaliação clínica pela palpação bidigital vaginal, perineômetro e cones vaginais. A palpação bidigital vaginal é o método mais simples, por não requerer instrumentação e pode fornecer dados quantitativos da força e da resistência

muscular durante a contração da musculatura do assoalho pélvico da paciente. O perineômetro é um equipamento pneumático que baseia-se no mesmo princípio do esfigmômetro, o que é constituído de uma sonda vaginal que infla, conectada a um manômetro onde indica ao paciente e ao terapeuta a intensidade da pressão exercida durante a contração (ZANETTI et al., 2009).

Os exercícios perineais constituem a modalidade fisioterapêutica que tem as melhores evidências no tratamento da IU de esforço. Foi introduzido por Arnold Kegel, em 1948. Solicitava-se às pacientes a realização de 300 a 400 contrações do assoalho pélvico por dia. Posteriormente Kegel modificou o conceito da resistência progressiva obtendo um índice de cura superior a 70% (MARTINS et al., 2007).

O objetivo da cinesioterapia é melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos e reforçar a resistência uretral, hipertrofiar as fibras musculares estriadas tipo II dos diafragmas urogenital e pélvico principalmente (OLIVEIRA, 2007).

A cinesioterapia do assoalho pélvico baseia-se no princípio de que contrações voluntárias repetitivas aumentam a força muscular e a continência pela ativação da atividade do esfíncter uretral e pela promoção de um melhor suporte do colo vesical, estimulando contrações reflexas desses músculos durante as atividades diárias que geram estresse (MORENO, 2009).

Na cinesioterapia clássica existem alguns exercícios para alongamento e fortalecimento muscular, tanto para os músculos do assoalho pélvico, como para a musculatura correlata. Entre eles, a elevação do quadril em combinação com a respiração adequada, lenta e profunda. Durante a expiração poderá ser feita a contração dos músculos do assoalho pélvico. O objetivo do uso de bola entre os joelhos é de harmonizar a sínfise púbica, e não de promover a contração de adutores. Estes exercícios são indicados após a paciente ter aprendido a contrair corretamente o assoalho pélvico (BORGES, 2006).

O retreinamento vesical é a primeira linha de tratamento. Baseia-se em dois princípios: micções frequentes para manter pequeno volume vesical e retreinamento do SNC (Sistema Nervoso Central) e de mecanismos pélvicos para inibir contrações do detrusor. A paciente deve ser orientada a estabelecer intervalos curtos entre as micções e após dois dias sem perdas involuntárias aumentá-los em trinta a sessenta minutos. O objetivo é manter intervalos miccionais de três a quatro horas sem perdas. Caso haja sensação de urgência entre as micções, devem ser utilizadas estratégias para controle, entre elas estão a realização de cinco ou seis contrações rápidas e vigorosas da musculatura pélvica, a distração mental e o uso de técnicas de relaxamento, como respirações profundas. Se a sensação de urgência ceder, a paciente deve aguardar a próxima micção programada, mas caso a sensação persista, deve ir calmamente ao toalhete. Em pacientes com déficit cognitivo, pode-se recorrer às micções programadas, geralmente a cada duas ou três horas, fazendo reforço positivo quando a paciente mantém a continência e reforçando o uso do toalhete (LOPES, 2006).

A reeducação comportamental é muito importante, pois o restabelecimento de um ritmo mais frequente, de hora em hora seguido de um aumento progressivo desse intervalo pode ajudar no tratamento da IU. Para isso, é importante que a paciente seja instruída, fornecendo-lhe conhecimentos básicos da anatomofisiologia urinária. Pacientes conscientes a esses aspectos apresentam melhores resultados submetidas a exercícios de reforço do assoalho pélvico (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2007).

Como exercícios, as pacientes podem utilizar de contrações longas e curtas, por exemplo, para as contrações longas, ficando em posição deitada de costas ou de lado com as

pernas afastadas e o tórax relaxado, levantar o assoalho pélvico e sentir a contração conforme os esfíncteres são apertados e a passagem interna se torne estreita e tensa e prenda por 10 segundos e relaxe completamente. Para as contrações rápidas, a mulher, de costas ou de lado, com as pernas afastadas e o tórax relaxado, levantar o assoalho pélvico, sentir a contração e prender por 2-3 segundos e então relaxar completamente (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Dentre as orientações necessárias, inclui-se mudanças de hábitos alimentares, como a diminuição da ingestão de cafeinados, excesso de líquidos antes de dormir, frutas ácidas, achocolatados e refrigerantes. Esses são considerados irritantes vesicais e por isso podem agravar os episódios de perdas urinárias, portanto tais mudanças devem ser estimuladas (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Para que o tratamento seja eficaz, é necessário uma interação terapeuta-paciente, com total dedicação tanto daquele quanto desta, que deve entender o que o terapeuta espera dela. As reavaliações devem ser periódicas para progredir com o programa de exercícios e o comando verbal do terapeuta são imprescindíveis (MORENO, 2009).

A velhice é uma fase natural da vida e carrega em seu bojo sua complementação. Embora existam perdas, existem também desafios e tarefas. Uma velhice bem vivida implica alguns conhecimentos específicos, se entender a vida como um constante processo de desenvolvimento, de criatividade sempre renovada. A energia que, na primeira fase da vida, foi direcionada para o mundo ao seu redor, para o estabelecimento e fortalecimento de um ego capaz de dar respostas adequadas às demandas profissionais, de prover a própria existência, e de resolver suas questões de relacionamento e criação de família, na velhice direciona-se, primariamente, para o mundo interno. Essa nova configuração, essa flexão da libido em direção introvertida, responde de dar um sentido à vida, a seus processos, acontecimentos e escolhas feitas. A velhice é a fase da introspecção, do estar e do ser (CÔRTE et al., 2006).

CONCLUSÃO

Com a intensão de analisar os fatores que predispõe à Incontinência Urinária, sugere-se a fisioterapia como meio de tratamento para tal, através da cinesioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.

A fisioterapia vem apresentando bons resultados, o que inclui um diagnóstico correto que envolve estudos urodinâmicos, pois o tratamento adequado é diferente e varia conforme cada indivíduo e as causas da incontinência urinária, levando-se em conta os baixos custos e ausência de efeitos colaterais.

Exercícios físicos como o fortalecimento do assoalho pélvico, as contrações corretas dos músculos perineais em concomitância com a respiração adequada é de grande importância para as idosas portadoras de IU, pois a fisioterapia mostra-se eficaz na sustentação dos órgãos pélvicos e reforça a resistência uretral, dando condições para o equilíbrio desse grupo muscular.

REFERÊNCIAS

ABREU, N. S. 2007. *Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

&pid=S1413-35552007000600003&nrm=iso>.

Acesso em: 20 abr 2016.

BORGES, F. S. *Dermato- Funcional: Modalidades Terapêuticas nas Disfunções Estéticas*. São Paulo: Phorte, 2006.

CARVALHO, Maitê Peres de, et al. *O impacto da Incontinência Urinária e seus Fatores Associados em idosas*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00721.pdf>>. Acesso em 21 ago 2016.

CÔRTE, B. *Envelhecimento e Velhice: um guia para a vida*. São Paulo: Arcuri, 2006.

CUNHA, U.G.V.; GUIMARÃES, R.M. *Sinais e Sintomas em Geriatria*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. de M.; REIS, M. J. 2008. *Fatores de risco para incontinência urinária na mulher*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_srttex&pid=S0080-6234200800000025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai 2016.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. 2009. *Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida*. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-71672009000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul 2016.

LAZARI, I. C. F.; LAJUDICE, D. C.; MARATA, A. G. 2009. *Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência*. Disponível em http://revista.unati.uerg.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-982320090000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 abr 2016.

LOPES, A. C. *Diagnóstico e Tratamento*. Barueri: Manole, 2006.

MACIEL, A. C. *Incontinência Urinária*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MARTINS Jr, P. C. F. *Diagnóstico e Tratamento*. Barueri: Manole, 2007.

MORENO, A. *Fisioterapia em Uroginecologia*. 2.ed. Barueri: Manole, 2009.

OLIVEIRA, T. M. e S. V.; CARVALHO, J. A.; SILVA, E. B. 2013. *Técnicas Fisioterapêuticas no Tratamento e Prevenção da Incontinência Urinária de Esforço na Mulher*. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/64/7.pdf>>. Acesso em: 17 jul 2016.

SOUZA, C. E. C. 2009. *Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentemente e incontinentemente na pós-menopausa*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413-35552009000600011&lng=pt&nrm=iso Acesso em 14 jun 2016.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. *Fisioterapia aplicada à Ginecologia e Obstetrícia*. 2.ed. Barueri: Manole, 2004.

VIRTUOSO, J.F.; MENEZES, E.C.; MAZO, G. Z., 2015. *Fatores de risco para Incontinência Urinária em Idosas Praticantes de Exercícios Físicos*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n2/0100-7203-rbgo>>. Acesso em 22 ago 2016.

ZANETTI, M. R. D. *Impacto da fisioterapia do assoalho pélvico supervisionado de exercícios para o tratamento da incontinência feminina*. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802007000500003&script=sci_arttex. Acesso em: 17 jul 2016.

Recebido em: 08/07/2016

Revisões requeridas em: 18/08/2016

Aceito em: 25/08/2016