

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSOS

LUCAS ANDRÉ RIBAS¹
MAKELLY PETRIKIC GONÇALVEZ²
NATÁLIA DEMARCHI¹

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. Atualmente, a fisioterapia inclui-se como alternativa de tratamento, apresentando resultados satisfatórios para melhora ou cura dos sintomas. A incontinência urinária é um dos principais problemas enfrentados pelos idosos, pois a dificuldade que eles encontram em relatar o problema pode agravar a situação e levar com que sofram silenciosamente, muitas vezes procurando auxílio somente quando a perda de urina passa a intervir na sua qualidade de vida. A incontinência ainda pode repercutir nos aspectos físicos, mentais e sociais das pessoas acometidas. Assim, o objetivo desse trabalho é analisar a importância da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária em idosos, como também os fatores que a predispõe e os exercícios adequados que auxiliam no tratamento da mesma. Trata-se de um estudo de revisão de literatura cujo embasamento teórico buscou acerca da importância da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária em idosos, pela proximidade desses profissionais no atendimento a essas pessoas e a utilização de um método de tratamento não invasivo.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Fisiologia; Sintomas.

THE IMPORTANCE OF PHYSIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE IN ELDERLY

ABSTRACT: Urinary incontinence is defined as involuntary loss of urine. During aging, changes occur in all systems of the body as well as the urinary tract, with changes in the physiology of the body, which causes changes in the daily life of the elderly. Currently, physiotherapy is included as an alternative treatment, presenting satisfactory results for improvement or cure of symptoms. Urinary incontinence is one of the main problems faced by the elderly, because the difficulty they encounter in reporting the problem may aggravate the situation and lead to their suffering silently, often seeking help only when loss of urine passes To intervene in their quality of life. Incontinence can still affect the physical, mental and social aspects of people affected. Thus, the objective of this study is to analyze the importance of physiotherapy in the treatment of urinary incontinence in the elderly, as well as the predisposing factors and appropriate exercises that help in the treatment of the same. This

¹ Acadêmicos de Graduação, Curso de Fisioterapia, Faculdade de Sinop – FASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop - MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: pittaandre2009@hotmail.com; natalia_demarchi@hotmail.com.

² Professora Graduada em Fisioterapia, especialista em Treinamento Desportivo e Fisiologia do Exercício, Curso de Fisioterapia, Faculdade de Sinop – FASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop - MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: makelly_ipiranga@hotmail.com.

is a literature review study whose theoretical basis sought the importance of physical therapy in the treatment of urinary incontinence in the elderly, the proximity of these professionals in the care of these people and the use of a non-invasive treatment method.

KEYWORDS: Aging; Physiology; Symptoms.

1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina pela uretra. Podendo ser causada pelo esforço físico, espirro, tosse e pela disfunção das estruturas de sustentação da musculatura do assoalho pélvico (COFFITO, 2018). No entanto, algumas alterações decorrentes do envelhecimento como a atrofia dos músculos e tecidos, o comprometimento funcional do sistema nervoso e circulatório e a diminuição do volume vesical devem aumentar as chances para o surgimento da incontinência urinária, pois reduzem a elasticidade e a contratilidade da bexiga, podendo repercutir nos aspectos físicos, mentais e sociais das pessoas acometidas (MARTINS, 2016).

Ainda que muitos pacientes não considerem a incontinência urinária grave a ponto de necessitar de uma avaliação clínica, seu diagnóstico é muito relevante, pois, quanto mais cedo descoberta, melhor o seu tratamento, deste modo, 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. Dessa maneira, o tratamento fisioterapêutico foi indicado pela ICS (Sociedade Internacional de Continência) como a melhor opção para tratamento da incontinência urinária pelo fato do baixo custo e risco, pois compreende de uma alternativa de tratamento que tem apresentado resultados satisfatórios para a melhora e a cura dos sintomas, o fato da dificuldade de relatar o problema pode agravar a situação e levar a um sofrimento silencioso, muitas vezes procurando auxílio somente quando a perda de urina passa a intervir na sua qualidade de vida (SILVA, 2018).

Este trabalho trata de um estudo de revisão de literatura, cujo embasamento teórico buscou acerca da importância da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária em idosos compreendendo a fisioterapia como alternativa de tratamento, apresentando resultados satisfatórios para melhora e a cura dos sintomas, pois a incontinência urinária é um dos principais problemas enfrentados pelos idosos, tendo os sintomas agravados pela dificuldade em relatar o problema, levando a um sofrimento silencioso, muitas vezes procurando auxílio somente quando a perda de urina passa a intervir na sua qualidade de vida.

O estudo utilizou cerca de 15 artigos científicos dos anos de (2016 a 2018) e 3 livros dos anos de (1993 á 2018) e as bases de dados utilizadas foram o Ministério da saúde, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) para a busca dos artigos foram utilizadas as palavras chaves: incontinência urinária, idosos, tratamento, fisiologia, anatomia, sintomas. O objetivo deste trabalho é analisar a importância da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária em idosos, como também os fatores que a predispõe e os exercícios adequados que auxiliam no tratamento dela.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Anatomia do assoalho pélvico

Compreende como assoalho pélvico todo o conjunto de estruturas que dá suporte às vísceras abdominais e pélvicas, o assoalho pélvico faz parte dos músculos coccígeos e elevadores do ânus, pois cada músculo levantador do ânus tem uma origem linear a partir do dorso do corpo do púbis, da fáscia pélvica e da espinha isquiática, conjuntamente esses músculos são chamados de diafragma pélvico, que é atravessado à frente pela vagina e uretra, ao centro pelo canal anal (NORONHA e CARVALHAL, 2015; MARTINS, 2016).

Os músculos pélvicos têm como função sustentar a bexiga, além de manter tono de repouso contínuo e da capacidade de contração voluntária. São os músculos pélvicos que têm a função de sustentação da bexiga e o elevador do ânus, que dá suporte primário aos órgãos pélvicos, não apenas levantando o colo da bexiga, mas ajudando, também, a manter a força quando há aumento na pressão intra-abdominal ou intra-uretral (JAHN, 2018).

Suas fibras dividem-se em grupos com diferentes inserções: anteriores, intermediárias e posteriores (JAHN, 2018). As fibras anteriores constituem o músculo esfíncter da vagina, que forma um laço ao redor da vagina e insere-se no centro tendíneo do períneo, sendo a porção do músculo mais sujeita a rupturas durante o parto e seccionada nas episiotomias (JAHN, 2018). As fibras intermediárias compõem o músculo puborretal, formando um laço ao redor da junção do reto com o canal anal, inserindo-se no ligamento anococcígeo (MARTINS, 2016). Por fim, as fibras posteriores, que compõem o músculo iliococcígeo, se inserem no corpo anococcígeo e no cóccix (BEUTTENMULLER, 2017). Podem ser denominados como pubo-coccígeo, ílio-coccígeo e ísquio-coccígeo, de acordo com sua origem fora da parede pélvica (POLDEN e MANTLE, 2017).

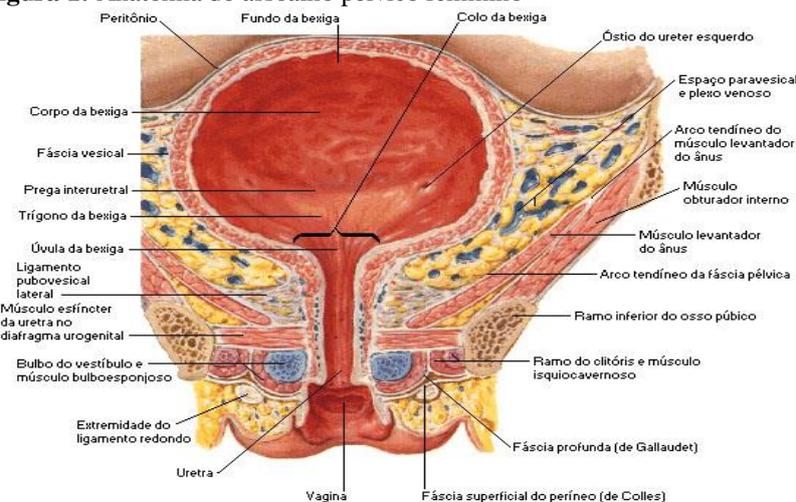
De acordo com Noronha e Carvalhal (2015), os músculos do assoalho pélvico são compostos por fibras também denominadas de tipo 1, que são de contração lenta e possuem maior vascularização, possuindo, assim, uma maior resistência, e fibras do tipo 2, que são de contração mais rápida apresentando grande quantidade de reservas de enzimas glicolíticas sujeitas a solicitação quando há uma necessidade de contração rápida e mais forte (BEUTTENMULLER, 2017).

Os rins são um órgão par, abdominal, localizado posteriormente ao peritônio parietal, identificados como retroperitoneal, situados à direita e à esquerda da coluna vertebral, ocupando o lado direito uma posição em relação ao esquerdo. Em virtude da presença do fígado à direita, possui a forma de um grão de feijão, apresentando duas faces – anterior e posterior e duas bordas medial e lateral, fazendo parte do sistema urinário e sua função é produzir a urina (MARTINS, 2016).

Os ureteres são responsáveis pelo transporte de urina para a bexiga urinária, sendo armazenada por um período de tempo e a uretra faz o transporte de urina para o meio externo, retirando o excesso de água, sais, resíduos resultantes do metabolismo de proteínas de origem do sangue enquanto voltam nutrientes e produtos químicos para o sangue. É um órgão mais anterior das vísceras pélvicas sendo dividido em ápice, corpo, fundo e colo (BEUTTENMULLER, 2017; SAMPAIO, 2017; POLDEN e MANTLE, 2017).

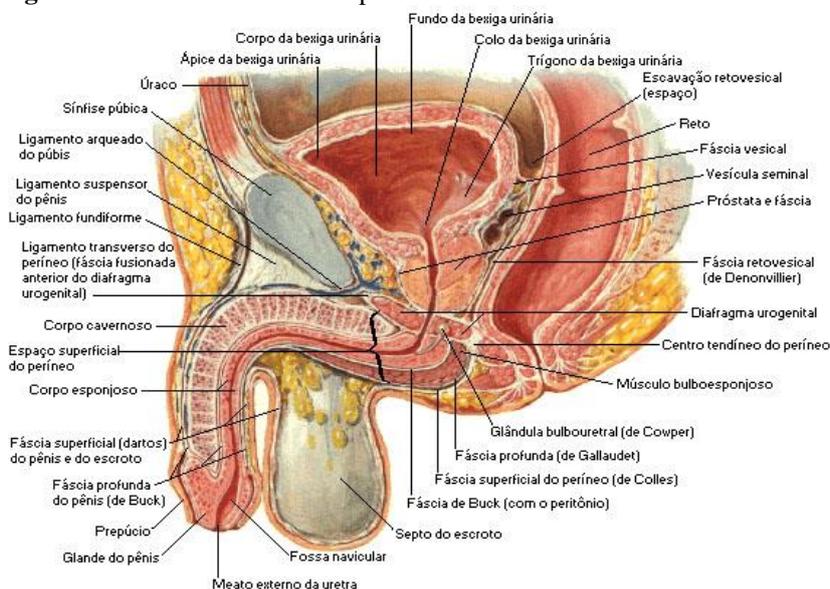
A uretra feminina mede aproximadamente 4 cm de comprimento e está localizada anteriormente à vagina (SAMPAIO, 2017). A uretra masculina mede aproximadamente uns 16 cm, estendendo-se desde a bexiga até o final do pênis (MARTINS, 2016). Elas são um tubo muscular que tem como forro uma membrana mucosa apresentando como função o transporte da urina que está na bexiga urinária para o meio externo (NORONHA e CARVALHAL, 2015).

Quando acontece a micção, há uma contração ativa da musculatura detrusora – que é um músculo liso da parede da bexiga urinária. Em seguida, a abertura do colo vesical e da uretra e, por último, o relaxamento da musculatura do assoalho pélvico. Quando a micção termina há contração do esfíncter voluntário e fechamento do colo (BEUTTENMULLER, 2017).

Figura 1: Anatomia do assoalho pélvico feminino

Fonte: Putz e Pabst (1993)

Na imagem podem-se notar alguns dos músculos que compõem assoalho pélvico feminino, sendo eles: o músculo obturador interno, responsável pela ação de abdução e rotação lateral da coxa; levantador do ânus, responsável pela contenção das vísceras pélvicas e participa da continência urinária, fecal e esfíncter vaginal; isquiocarvernososo, responsável por fixar os ramos do clitóris e auxiliar na sua ereção; bulboesponjoso, responsável pelo esvaziamento da uretra após a micção ou esfíncter vaginal e; esfíncter da uretra no diafragma urogenital, que participa no controle da micção.

Figura 2: Anatomia do assoalho pélvico masculino

Fonte: Putz e Pabst (1993)

No assoalho pélvico masculino é notável uma diferença estrutural anatômica comparado com a imagem anterior do assoalho pélvico feminino. É perceptível a presença dos músculos: bulboesponjoso, responsável pelo esvaziamento uretral após a micção ou ejaculação; diafragma urogenital, atuante no controle da pressão intra-abdominal e sustentador das vísceras pélvicas e; o músculo externo da uretra, que envolve a uretra e participa no controle da micção.

2.2 Fisiologia da continência e da micção

Quando se versa sobre continência, sabe-se que é quando a capacidade normal do indivíduo de acumular urina, havendo controle consciente sobre o momento e lugar para urinar. O trato urinário inferior possui como função armazenar uma quantidade apropriada de urina sob baixa pressão intravesical e não tendo perda, eliminando a urina corretamente e em intervalos apropriados. Esse desempenho é controlado pelo sistema nervoso central, pelo centro de micção da ponte e da medula espinhal, nos segmentos de T10 a L2, fazendo parte do sistema nervoso simpático e a S2 a S4 do sistema nervoso parassimpático (PUTZ E PABST, 1993).

A ação de micção abrange duas etapas: a primeira é quando a bexiga enche-se por total, até que a tensão nas suas paredes exceda o nível limiar, desta maneira, desencadeia a segunda etapa, quando acontece um reflexo nervoso, denominado reflexo da micção, que esvazia a bexiga, ou, se não ocorrer, produz pelo menos o desejo consciente de urinar. Apesar de o reflexo da micção ser um reflexo medular autonômico, também pode ser inibido, ou facilitado, por centros situados no córtex cerebral ou no tronco cerebral (MOREIRA; YASUDA e KIMURA, 2017).

Com o alcance do enchimento, o limite de distensibilidade da parede da bexiga é atingido e então a pressão começa a se elevar, a continência é conservada enquanto a pressão dentro da bexiga for inferior à pressão de fechamento da uretra, mesmo em uma pessoa normal e sadia, há um ponto, na medida em que sobe a pressão da bexiga, em que o controle da uretra pode ser superado e ocorrer um vazamento de urina quando não existe a presença de urina na bexiga, a pressão intravesical fica por volta de 0 e pode ocorrer acúmulo adicional de urina cerca 200 a 300 ml, com isso eleva aos poucos a pressão, esse nível constante de pressão é produzido pelo tônus intrínseco da própria parede vesical. Entretanto, acima de 300 a 400 ml, o acúmulo de mais urina na bexiga provoca uma rápida elevação da pressão (KISNER e COLBY, 2016).

Quando acontece o reflexo de micção, mas não consegue o esvaziamento da bexiga, os elementos nervosos desse reflexo, continuam no estado inibido durante alguns minutos ou até horas, antes que aconteça outro reflexo de micção. Na medida em que a bexiga vai se enchendo, os reflexos de micção acontecem com maior frequência, e são cada vez mais intensos. Quando o reflexo de micção fica intenso o suficiente, provoca outro reflexo, que passa pelos nervos pudendos até o esfíncter externo, para inibi-lo. Se essa inibição for mais intensa no cérebro do que nos canais constritores voluntários para o esfíncter externo, ocorre a micção. Caso contrário, a micção só acontecerá quando a bexiga se encher ainda mais e o reflexo se tornar mais intenso (NORONHA e CARVALHAL, 2015).

De forma geral, toda a urina é eliminada, raramente permanece mais de 5 a 10 ml na bexiga, já para realizar a interrupção voluntária da micção pode ser conseguida pela contração da musculatura estriada, conseguindo uma elevação temporária da pressão do detrusor, e a isto advém a inibição reflexa da contração deste músculo. Portanto durante a fase de esvaziamento, a bexiga libera seu conteúdo sob controle voluntário, os distúrbios que afetam o armazenamento da bexiga causam incontinência urinária, enquanto que os distúrbios da fase de esvaziamento provocam retenção urinária parcial ou completa (KISNER e COLBY, 2016).

2.3 Fisiopatologia da incontinência urinária

A fisiopatologia da incontinência urinária compreende a necessidade de conhecer a fisiologia da micção e os órgãos e estruturas envolvidas, uma vez que o enchimento e o esvaziamento vesical acontecem de forma coordenada e adequada, sendo que o enchimento é

realizado pelos estímulos do sistema nervoso autônomo simpático e o esvaziamento pelos estímulos do sistema nervoso autônomo parassimpático (SAMPAIO, 2017).

Assim que percebe a dilatação máxima da parede do órgão os receptores sensoriais encaminham estímulos ao córtex cerebral pelo sistema nervoso central, que responde com estímulos motores para a musculatura da bexiga, pois é o músculo detrusor e começa a contrair, aumentando, assim, a pressão intravesical e estimulando a musculatura lisa, conseguindo realizar o relaxamento involuntário do esfíncter uretral interno momentaneamente. Dessa maneira o esfíncter uretral interno se abre para a passagem de urina, o que pode ser inibido pela contração do músculo esfíncter uretral externo dando a contração voluntária que é controlada pelo paciente através do sistema nervoso somático (MARTINS, 2016).

A incontinência urinária acontece pela disfunção do mecanismo de fechamento uretral podendo ser de origem intrínseca, quando há atrofia do corpo esponjoso uretral ou quando há alteração funcional do esfíncter uretral, ou ainda de origem extrínseca, quando há um enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, ou ruptura das fibras musculares e tecido conectivo do assoalho pélvico ou sendo por danos da fásia endopélvica, provocando perda de urina durante esforços, como espirros ou tosse (JAHN, 2018).

Deste modo, a incontinência urinária é decorrente de uma contração da musculatura detrusora durante o período de enchimento espontâneo da bexiga ou em resposta a estímulos, sendo visivelmente demonstrável em tentativas de inibição por parte da paciente, ocasionando sintomas irritativos como a noctúria, disúria, emergência, enurese, gotejamento, sensação de bexiga cheia mesmo após urinar (NORONHA e CARVALHAL, 2015).

Diversas manobras de esforço, como a tosse, levantar peso ou subir escada, levam ao aumento da pressão intra-abdominal e por continuidade anatômica ao aumento da pressão na bexiga, nestas situações de estresse, o aumento súbito e momentâneo da pressão do conteúdo vesical tem que ser correspondido por aumento concomitante e proporcional da pressão de fechamento uretral. Quando isso não ocorre, há perda involuntária de urina (SAMPAIO, 2017).

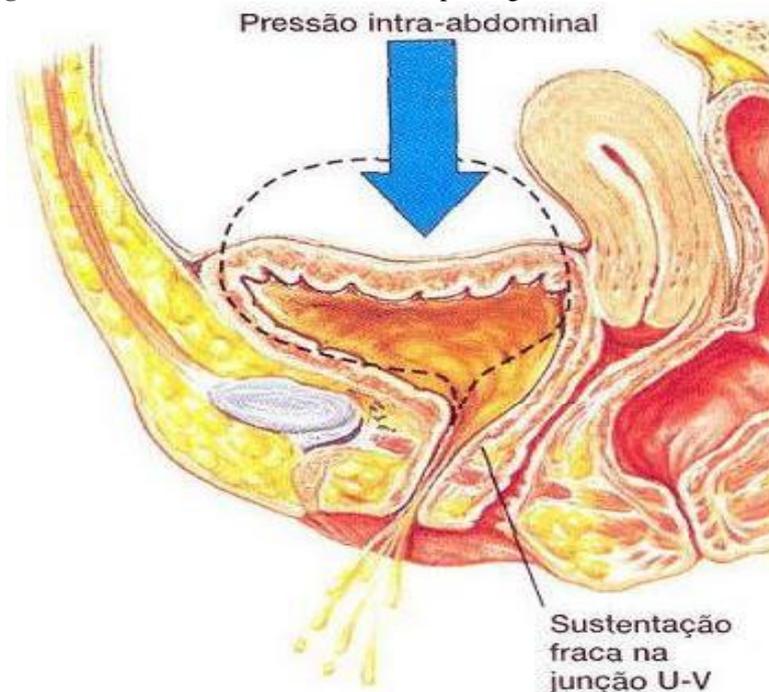
Um dos mecanismos pelo qual a uretra procura compensar esse aumento pressórico súbito é com a rápida contração da musculatura estriada de seu esfíncter externo (MENDONÇA, 2015). Quando esses mecanismos de compensação uretral não estão funcionando, há desequilíbrio entre as pressões, permitindo haver escape da urina pela uretra e devido ao seu mecanismo esfíncteriano uretral (NORONHA e CARVALHAL, 2015).

A incontinência urinária ocorre em duas situações distintas, na primeira situação, que corresponde à grande maioria dos casos, a uretra conserva a função de esfíncter pois, em repouso, a pressão uretral é maior que a pressão vesical, mantendo a continência, mas durante os esforços ocorre um aumento da pressão intra-abdominal que não é transmitido igualmente para a uretra e para a bexiga, de maneira que a pressão vesical torna-se superior que a pressão uretral, ocorrendo perda urinária, acarretando na transmissão desigual da pressão intra-abdominal devido à hiper mobilidade do colo vesical e da uretra proximal, que decorre do relaxamento do assoalho pélvico ou defeitos do suporte pélvico (MENDONÇA, 2015).

Já na segunda condição, ocorre a lesão do mecanismo esfíncteriano próprio da uretra. A pressão uretral é constantemente baixa e a perda da urinária ocorre geralmente aos mínimos esforços, nesse caso pode não existir hiper mobilidade do colo vesical, que em geral se encontra fixo com a uretra fibrosada (MENDONÇA, 2015).

De acordo com Mendonça (2015), a hiper mobilidade do colo vesical é a causa de incontinência urinária de esforço em 90% dos casos e o restante decorre da insuficiência esfíncteriana associada ou não à hiper mobilidade.

Figura 1: Pressão intra-abdominal na fisiopatologia da incontinência urinária



Fonte: Polden e Mantle (2017)

O aumento da pressão intra-abdominal deve ser simultâneo e proporcional ao da pressão de fechamento uretral. No momento em que não há o equilíbrio entre essas duas pressões, intra-abdominal e de fechamento uretral, ocorre a perda de urina involuntária. Desse modo, a perda involuntária de urina pode ocorrer sob duas circunstâncias: na presença de diminuição da pressão na via de saída da uretra ou no aumento da pressão intravesical (MARTINS, 2016).

2.4 Incontinência urinária

A incontinência urinária está relacionada com alterações funcionais da bexiga ou uretra, considera-se a incontinência urinária um sinal e um sintoma que tem implicação social causando desconforto, vergonha, perda da autoconfiança, que pode ter efeito negativo na qualidade de vida, não uma doença, de acordo com a definição da Sociedade Internacional de Continência, compreende por incontinência o estado no qual a eliminação involuntária de urina se compõe em problema social ou de higiene, podendo ser demonstrada de forma objetiva (SCHUSTER, 2016; TATA, 2016; POLDEN e MANTLE, 2017).

A incontinência urinária segundo Tata (2016) pode ser graduada os sintomas em:

Grau 0 – continente.

Grau I – incontinência somente após esforço vigoroso e em pé.

Grau II – incontinência com esforço relativo.

Grau III – incontinência não relacionada ao esforço, posição ou atividade.

A incontinência urinária pode ser classificada de acordo com diversos critérios, como: idade, etiologia ou pelo estudo urodinâmico. A Sociedade Internacional de Continência baseando-se nos sintomas e em alguns parâmetros urodinâmicos classifica a incontinência urinária em incontinência urinária de esforço que é a perda involuntária de urina durante atividades físicas, que podem incluir, sem se limitar a tosse, rir e levantar peso acontece quando os músculos que sustentam a uretra estão enfraquecidos ou danificados, isso pode ocorrer como resultado do parto, de um trauma, de mudanças hormonais e por muitas outras

razões, ela possui dois tipos, a hipermobilidade e a deficiência intrínseca do esfíncter (JAHN, 2018; SAMPAIO, 2017).

A hipermobilidade ocorre quando os músculos normais do assoalho pélvico não conseguem mais sustentar adequadamente a uretra, isso pode fazer com que a uretra pingue quando qualquer pressão para baixo for aplicada, resultando em perda involuntária de urina e a deficiência intrínseca do esfíncter que significa ao enfraquecimento dos músculos do esfíncter ureteral ou do mecanismo de fechamento. Como consequência, o esfíncter não funciona normalmente independente da posição do colo da bexiga ou da uretra (RIBEIRO, 2015; SCHUSTER, 2016).

A incontinência de urgência, que é uma forma bastante comum de incontinência urinária, consiste na vontade forte e repentina de urinar, ocasionada por espasmos ou contrações na bexiga e com eventuais vazamentos de urina antes da pessoa conseguir chegar ao banheiro, normalmente, o músculo da bexiga, chamado de detrusor, costuma relaxar e se descontraír conforme a bexiga enche de urina, quando a capacidade da bexiga já está metade cheia, seu cérebro recebe a mensagem e a interpreta, neste momento é quando você começa a sentir vontade de urinar, quando ocorre a associação os dois tipos de incontinência a de esforço e a de urgência e o sintoma mais importante é a impossibilidade de controlar a perda de urina pela uretra, esta por sua vez é chamada de incontinência mista (GUARISIA, 2017; POLDEN e MANTLE, 2017).

2.5 O impacto da idade na musculatura do assoalho pélvico

A incontinência urinária é um problema que provoca alterações capazes de comprometer o convívio social do idoso, pois traz junto de si a vergonha, a depressão e o isolamento. A incontinência urinária é um estado anormal de saúde, e que com o devido acompanhamento médico, na maioria das vezes, os casos podem ser resolvidos ou minorados (SILVA, 2018).

Para Martins e Ribeiro as alterações da motivação, da destreza manual, da mobilidade, da lucidez e a existência de doenças associadas, como a diabetes mellitus, alterações neurológicas, dentre outras, especialmente no idoso, estão entre os fatores que podem ser responsáveis pela incontinência urinária, sem que haja comprometimento significativo do trato urinário inferior (RIBEIRO, 2015; MARTINS, 2016).

O trato urinário inferior apresenta alterações relacionadas ao envelhecimento, que surgem mesmo na ausência de doenças, com a passagem do tempo, a força de contração da musculatura detrusora, a capacidade vesical e a habilidade de adiar a micção aparentemente diminuem, no homem e na mulher, contrações involuntárias da musculatura vesical e o volume residual pós-miccional também aumentam com a idade, em ambos os sexos (SCHUSTER, 2016). Porém, a pressão máxima de fechamento uretral, o comprimento uretral e as células da musculatura estriada do esfíncter alteram-se predominantemente nas mulheres, que sofrem mais com a incontinência urinária. Estimativas da Sociedade Brasileira de Urologia apontam que cerca de 40% das mulheres desenvolvem a doença, após a menopausa (COFFITO, 2018).

A incontinência urinária não faz parte do envelhecimento normal, embora a prevalência do problema aumente com a idade e os idosos acima de 75 anos constituem o grupo mais provável de sofrer com a incontinência (BARATA, 1999). A prática de exercícios físicos vigorosos também vem sendo associada à perda urinária e considerada um fator de risco, 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 (TATA, 2016).

O suporte do colo vesical com a idade altera o comprimento funcional da uretra e a competência do assoalho pélvico, que oferece um suporte adicional à uretra, tendem a diminuir com a idade avançada, propiciando o aparecimento da dissinergia do detrusor. As circunstâncias que levam à perda da urina, são a tosse, riso, erguer peso, andar, correr e saltar. Elas são de fundamental importância para o diagnóstico de incontinência urinária. Nos idosos surge normalmente a instabilidade do detrusor, pois as pessoas idosas podem ser mais suscetíveis em razão dos efeitos colaterais dos medicamentos, da falta de suporte social ou de médico necessário, ou da intervenção de várias patologias associadas que podem conduzir à instabilidade funcional (TATA, 2016; GUARISIA, 2017; JAHN, 2018).

Segundo Guarisia (2017), o estigma da incontinência urinária, combinado à falta de consciência profissional em relação às opções para a intervenção, resulta num tratamento nitidamente deficiente dessa condição incapacitante, com graves consequências para o idoso. A incidência de incontinência urinária no idoso é aumentada com a idade. Tal situação determina reflexos importantes não apenas na qualidade de vida das pacientes, pois há relatos de aumento da incidência de depressão, neuroses e disfunção sexual (SCHUSTER, 2016).

2.6 Tratamentos fisioterapêuticos para incontinência urinária

Existe um amplo interesse nas terapias conservadoras, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das próprias pacientes, isso tem estimulado pesquisas na área fisioterápica, aperfeiçoamento dos recursos disponíveis e introdução de novas técnicas que visam uma abordagem menos invasiva, reduzindo o número de cirurgias e proporcionando melhor qualidade de vida à paciente (RIBEIRO, 2015).

A Organização Mundial da Saúde recomenda a assistência fisioterapêutica em pacientes com incontinência urinária de esforço de leve a moderada como primeiro tratamento, pois seus objetivos principais consistem na reeducação dos músculos do assoalho pélvico e seu fortalecimento, sendo que, somente após a intervenção fisioterapêutica por aproximadamente três meses é que se deve avaliar a necessidade das alternativas cirúrgicas ou farmacológicas (GUARISIA, 2017; SCHUSTER, 2016).

Os órgãos pélvicos estão suspensos e são sustentados por um sistema de ligamentos e músculos, além da função de sustentação, esses músculos têm papel esfínteriano e seu principal representante é o músculo elevador do ânus (RIBEIRO, 2015). As fibras quando atua sobre as forças de retenções ativas dependentes da vontade, faz com que a reeducação perineal busque restabelecer a continência e prevenir as deteriorações, essa informação e conscientização representam uma fase essencial dessa reeducação (POLDEN e MANTLE, 2017).

Inicia com o seu diagnóstico adequado e a avaliação dos fatores precipitantes para o tratamento da incontinência urinária, como medida profilática, todo paciente idoso deve ser estimulado desde a realizar as contrações do assoalho pélvico como um hábito diário, caso o paciente não consiga realizar essas contrações as opções são cirúrgicas, de acordo com a natureza e a gravidade do estado e preferências do médico e do paciente (TATA, 2016). 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 (SAMPAIO, 2017).

Podem ser utilizadas injeções de material sintético no tecido que envolve a uretra, toxina botulínica e estimuladores de nervos. Além disso, há a opção de procedimentos cirúrgicos, como o sling (tiras de tecido sintético ou de malha aplicadas em torno da uretra e colo da bexiga, que impedem a micção fora de hora), suspensão do colo da bexiga, cirurgia de prolapso e esfíncter urinário artificial (MENDONÇA, 2015).

Os métodos de tratamento não cirúrgicos da incontinência urinária têm sido estudados desde muito tempo se tornando um importante fator contribuinte para melhora ou cura da perda da urina, dentre os recursos usados pela fisioterapia, citam-se a cinesioterapia, cones vaginais, eletroestimulação, biofeedback e terapia comportamental (JAHN, 2018).

De acordo com Ribeiro (2015) os exercícios perineais constituem a modalidade fisioterapêutica que têm as melhores evidências no tratamento da incontinência urinária, obtendo um índice de cura superior a 70% e, segundo Jahn (2018), o treinamento vesical é a primeira linha de tratamento baseando-se em dois princípios, micções frequentes para manter pequeno volume vesical e treinamento do sistema nervoso central e de mecanismos pélvicos para inibir contrações do detrusor.

O idoso deve ser orientado 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 à 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 (TATA, 2016).

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 incontinência urinária, para isso, é importante que o paciente seja instruído, fornecendo-lhe conhecimentos básicos da anatomofisiologia urinária, os pacientes conscientes apresentam melhores resultados submetidos a exercícios de reforço do assoalho pélvico (SCHUSTER, 2016).

Os exercícios de reforço são de contrações longas e curtas, por exemplo, para as contrações longas, fica-se em posição deitada de costas ou de lado com as pernas afastadas e o tórax relaxado, levanta-se o assoalho pélvico e sente-se a contração conforme os esfíncteres são apertados e a passagem interna se torne estreita e tensa e prenda por 10 segundos, relaxando completamente (SAMPAIO, 2017). Já para as contrações rápidas, o idoso, ficará de costas ou de lado, com as pernas afastadas e o tórax relaxado, deve-se levantar o assoalho pélvico, sentir a contração e prender por 2 á 3 segundos e então relaxar completamente (POLDEN e MANTLE, 2017).

Dentre as orientações necessárias, incluem-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 (PUTZ e PABST, 1993).

Um tratamento eficaz exige uma forte interação fisioterapeuta e paciente com total dedicação de ambos, a proposta de tratamento e condutas adotadas pelo fisioterapeuta deverá ser de fácil entendimento e assimilação do paciente, para que fique claro o seu dever em realizar os exercícios. As reavaliações devem ser periódicas para progredir com o programa de exercícios e o comando verbal do terapeuta é imprescindível (GUARISIA, 2017).

2.6.1 Treinamento dos músculos do assoalho pélvico

Através de exercícios específicos, o paciente consegue identificar os músculos e realizar o treino individualizado para a disfunção apresentada (POLDEN e MANTLE, 2017). È tido como a primeira escolha para o tratamento da incontinência urinária, pois leva à hipertrofia das fibras musculares, a um reforço da sensibilização cortical dos grupos musculares e ao fortalecimento do tecido conectivo dos músculos.

Exercícios hipopressivos são um conjunto de exercícios posturais e respiratórios com coordenadas específicas que incluem o avanço do eixo de gravidade, relaxamento da musculatura do pescoço, alongamento da coluna cervical, diminuindo a pressão intra-abdominal e intratorácica, fortalecendo os músculos internos do abdômen e períneo, tonificando o assoalho pélvico e melhorando a postura, entre outros benefícios. Para realizar esses exercícios deverá ficar sentado ou de pé e encolher ao máximo a barriga, enquanto suga também os músculos do assoalho pélvico, durante a realização desse exercício deverá respirar normalmente, mas para garantir que os músculos do interior da vagina estão sendo contraídos corretamente, pode-se associar ao uso da eletroestimulação (MARTINS, 2016).

Para conseguir controlar a incontinência urinária somente com esses exercícios é preciso fazer cada contração corretamente, todos os dias até à completa resolução do problema, algumas pessoas demoram mais tempo que outras para se recuperar, em aproximadamente 1 mês é possível observar os resultados, mas o tempo de tratamento pode variar de 6 meses à 1 ano, no início deve-se fazer 10 contrações seguidas e então parar, fazer no mínimo 3 séries completas, e repita de 2 à 3 vezes ao dia. No total, é aconselhado fazer no mínimo 100 contrações por dia, mas não é aconselhado fazer tudo de uma só vez porque os músculos do assoalho pélvico cansam com muita facilidade (GUARISIA, 2017).

O Cone vaginal foi um método desenvolvido por Plevnik em 1985, no qual demonstrou que a mulher pode melhorar o tônus da musculatura pélvica introduzindo, manualmente pela paciente, cones de material sintético na cavidade vaginal, exercitando a musculatura do períneo na tentativa de reter os cones e aumentando progressivamente o peso dos mesmos (TATA, 2016). Estes cones consistem de uma série de cinco a nove cilindros pequenos, de peso variável, que vão de 20 a 100 gramas, feitos de chumbo coberto com plástico, são do tamanho aproximado de um tampão com um cordão de nylon ligado a uma ponta um tanto afilada. Os fabricantes alegam que o cone age forçando para baixo os músculos do assoalho pélvico, e essa sensação de soltar o cone faz os músculos se contraírem em torno dele, para retê-lo (SCHUSTER, 2016).

Biofeedback foi definido em 1970 por Basmajan como uma técnica que utiliza um equipamento habitualmente eletrônico para revelar aos seres humanos, de maneira contínua e instantânea, alguns acontecimentos fisiológicos internos normais ou anormais, em forma de sinais visuais ou auditivos. Ele consiste, então, em aprender a manipular esses acontecimentos involuntários ou inconscientes, manipulando os sinais representados. O objetivo do biofeedback é, portanto, modificar uma resposta fisiológica inadequada ou propiciar a aquisição de uma nova resposta fisiológica (GUARISIA, 2017).

O Cateter foley ou tampão é um cateter é usado por alguns fisioterapeutas, ao que parece com êxito, como um meio de fornecer à mulher biofeedback para as contrações do assoalho pélvico. A ideia é de que, além do estímulo provocado pela presença do cateter na vagina e ameaça de retirada, uma tração suave pode ser aplicada para forçar e esticar os músculos do assoalho pélvico, e ser correlacionado com uma contração voluntária, para atuar como uma resistência. Um cateter com manga inflado como exemplo, um cateter Foley é inserido na vagina, de preferência pela própria mulher. Ela é então instruída a enrijecer os músculos do seu assoalho pélvico para resistir à retirada do cateter pelo fisioterapeuta (SCHUSTER, 2016; GUARISIA, 2017).

A Eletroestimulação teve suas primeiras utilizações no tratamento da incontinência urinária por volta dos anos 60 e tratavam-se de estimuladores implantáveis. Tendo seus resultados como relativamente modestos, a escola sueca teve seu papel principal, com trabalhos que lançaram as bases experimentais da eletroestimulação nas incontinências urinárias no início dos anos 70, essa técnica é um dos componentes do trabalho reeducativo global e suas modalidades dependem do diagnóstico e da evolução da paciente, foi nesse contexto que a estimulação se revelou um meio muito eficaz para a conscientização do

assoalho pélvico, mesmo que sua finalidade principal seja a inibição do detrusor e o reforço muscular, utilizado para propiciar a contração passiva da musculatura perineal, também apresenta grande importância na conscientização da contração desta musculatura em pacientes que têm dificuldade de identificar a mesma, pode ser realizada através de eletrodos endovaginais conectados a um gerador de impulsos elétricos, os quais promovem a contração do períneo (TATA, 2016; SAMPAIO, 2017; POLDEN e MANTLE, 2017).

Cinesioterapia são exercícios perineais, também conhecidos como exercícios de Kegel, são úteis tanto para o tratamento da incontinência urinária, quanto para a urge-incontinência, tais exercícios foram desenvolvidos para fortalecer a musculatura pélvica, que suporta a bexiga e a uretra, e assim são denominados em homenagem ao médico Kegel, ginecologista norte-americano que criou a técnica em 1948 e a popularizou (SCHUSTER, 2016).

O objetivo básico dos exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica é o reforço da resistência uretral e a melhora dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, além disso, de todas as formas de tratamento da incontinência urinária, os exercícios de musculatura pélvica são a única que não tem virtualmente nenhum efeito colateral (SAMPALIO, 2017).

Em primeiro lugar, o fortalecimento do esfíncter urogenital estriado poderia aumentar sua capacidade de contrair a luz uretral, produzindo uma força de fechamento mais forte na uretra em repouso ou aumentando as forças de fechamento uretral geradas durante a tosse ou outras situações de estresse. Em segundo lugar, como os músculos levantadores do ânus desempenham papel importante no suporte pélvico e uretral, o exercício poderia melhorar a sustentação da uretra proximal, gerando aumento da continência durante a tosse, quando os músculos são ativos, sem produzir uma elevação notável das medidas de pressão uretral em repouso (GUARISIA, 2017).

Na terapia comportamental o paciente é orientado sobre a ingestão de líquidos durante o dia e a noite, alimentos e bebidas que irritam o músculo da bexiga e regulares intervalos de micções, para que os resultados da fisioterapia pélvica sejam bem-sucedidos. Em longo prazo é necessário disciplina e comprometimento do paciente com os exercícios propostos, associados ou não a medicamentos em casos de incontinência urinária com procedimento cirúrgico, realiza-se a fisioterapia pré e pós-operatória melhorando o resultado, quanto mais precocemente o paciente for encaminhado e realizar a fisioterapia pélvica, melhor será o resultado do tratamento (MENDONÇA, 2015; SAMPAIO, 2017).

3. CONCLUSÃO

A incontinência urinária é uma condição muito frequente em nossa sociedade, atingindo diversas pessoas, principalmente em idosos, que por diversos fatores, tais como idade, deficiência nos músculos pélvicos, entre outros, acabam por desenvolver esta patologia, alguns problemas surgem devido ao fato dos próprios pacientes subestimarem o problema, aceitando como uma condição normal do envelhecimento. Em outros casos, por medo ou ignorância, os pacientes acabam não procurando ajuda dos profissionais de saúde, passando a conviver com os constrangimentos gerados pela incontinência.

O tratamento da incontinência urinária deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar e a fisioterapia é fundamental para atuar em todos os níveis de tratamento contribuindo para a sua melhora. Assim, mantendo a qualidade de vida do paciente, é fundamental realizar exercícios físicos como o fortalecimento do assoalho pélvico, as contrações corretas dos músculos perineais em conjunto com a respiração adequada. Os exercícios são de grande importância para os idosos portadores de incontinência

urinária, pois a fisioterapia mostra-se eficaz na sustentação dos órgãos pélvicos e reforça a resistência uretral, dando condições para o equilíbrio desse grupo muscular.

Além de a fisioterapia atuar no pré-operatório e pós-operatório contribuindo para os resultados obtidos, a eficácia do método parece ultrapassar os limites fisiológicos e trazer benefícios também no campo sócio psicológico, influenciando no bem-estar, na autoestima e na qualidade de vida destes pacientes que se consideram satisfeitos realizando o tratamento. Portanto, a fisioterapia é uma alternativa essencial de tratamento, apresentando resultados positivos para melhora e a cura dos sintomas desta condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARATA, H. S.; CARVALHAL, G. F. **Urologia - princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- BEUTTENMULLER, L. *et al.* Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia. **Revista de Fisioterapia e Pesquisa**. n. 23, v. 3, p. 110-121, 2017.
- COFFITO. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. N. 41, São Paulo, 2018.
- GUARISIA, T. *et al.* Incontinência urinária. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 5, São Paulo, 2017.
- JAHN, A. do C. **Incontinência urinária em idosos**. p. 20-54, Ribeirão Preto, 2018.
- KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas**. Revista Manole, v. 3, p. 14-17, São Paulo, 2016.
- MARTINS, F.G. Tratamento conservador da incontinência urinária feminina. **Urologia Contemporânea – Órgão Oficial do Departamento de Urologia da Associação Paulista de Medicina**, v. 11, n. 7, São Paulo, 2016.
- MENDONÇA, M. *et al.* Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 263, n.27, p. 79 - 86, Rio de Janeiro, 2015.
- MOREIRA, E. C. H.; YASUDA, E. K.; KIMURA, F. R. Tratamento cirúrgico e conservador da Incontinência Urinária de Esforço. **Revista Fisioterapia em movimento**, v. 27, n. 5, p. 9-14, 2017.
- NORONHA, J. A. P.; CARVALHAL, G. F. **Princípios e aplicabilidade da avaliação de incontinência urinária**. P. 17-21, Porto Alegre, 2015.
- POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em idosos**. São Paulo: Santos, 2017.
- PUTZ, R.; PABST, R. **Sobotta – Atlas de Anatomia Humana**. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

RIBEIRO, R. M. Incontinência urinária em idosos. **Revista Tratado de Ginecologia**. 3 ed, p. 123-133, São Paulo, 2015.

SAMPAIO, M. C. F. *et al.* Fisioterapia como tratamento de disfunção vesical. **Faculdade Federal de Medicina de Pernambuco**. v. 71, n. 32, p. 14-19 Recife, 2017.

SCHUSTER, M. **Uso de técnicas alternativas para conscientização da musculatura perineal e melhora da força muscular**. Cascavel, 2016.

SILVA, J. C. *et al.* Incontinência urinária. **Revista Ciência e Saúde**. P. 37-44, Rio de Janeiro, 2018.

TATA, G. E. *et al.* **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, p. 331-357, 2016.