

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA DE IDOSA INCONTINENTE EM AMBIENTE DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lydiane Shizue Botelle Takeuchi¹,
Nathalia de Souza Abreu²

Resumo

A incontinência urinária é uma condição clínica muito prevalente entre mulheres e traduz-se em impacto físico, emocional e social. Embora o tratamento fisioterapêutico de mulheres incontinentes seja uma realidade, restritas são as evidências sobre a abordagem fisioterapêutica de mulher incontinente no contexto da Atenção Primária em Saúde, mais especificamente em ambiente domiciliar, o que indica a necessidade de mais estudos nesta área. O objetivo desse trabalho foi verificar os resultados da intervenção fisioterapêutica domiciliar em paciente idosa com incontinência urinária. Estudo longitudinal e descritivo relativo à abordagem fisioterapêutica de mulher de 69 anos com incontinência urinária em ambiente domiciliar. O International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form avaliou a qualidade de vida, a Escala Visual Analógica verificou as sensações de umidade e desconforto, a percepção da contração dos músculos do diafragma pélvico foi verificada subjetivamente, a avaliação postural com ênfase no alinhamento do complexo lombopélvico verificou o alinhamento corporal e a Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico verificou a capacidade de contração do diafragma pélvico. O tratamento fundamentou-se em exercícios para o diafragma pélvico e de alinhamento postural. Houve melhora na qualidade de vida e sensação de umidade e desconforto, redução da retroversão pélvica e aumento da força dos músculos do diafragma pélvico avaliada subjetiva e objetivamente. O tratamento fisioterapêutico de paciente com incontinência urinária em ambiente domiciliar é exequível e pode beneficiar a qualidade de vida da paciente.

Palavras chave: Incontinência urinária; Fisioterapia; Postura.

¹ TAKEUCHI, Lydiane Shizue Botelle. Universidade Salgado de Oliveira, campus Juiz de Fora. Curso de Graduação em Fisioterapia.

² ABREU, Nathalia de Souza. Doutoranda (Universidade Federal de Juiz de Fora). Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Universidade Salgado de Oliveira, campus Juiz de Fora e Hospital Therezinha de Jesus.

1 Introdução

A Sociedade Internacional de Continência define a incontinência urinária como qualquer perda involuntária de urina, independente da quantidade e frequência em que ocorre^{1,2,3,4}. Tais perdas tendem a afetar negativamente a qualidade de vida e são mais comuns entre as mulheres, com risco de agravar-se com a idade e gerar comprometimentos psicológicos, higiênicos e restrições de convívio social^{1,3,5,6}. Contudo, poucas são as mulheres que se consultam devido às perdas urinárias^{1,3,4}.

Relatos de constrangimento decorrente de perdas urinárias são recorrentes na literatura e quando associados à percepção de que a incontinência urinária não é um problema suficientemente grave pode justificar, parcialmente, a passividade de algumas mulheres quanto à busca por tratamento⁷. Em adição, sabe-se que dor e comprometimento funcional são importantes motivadores pela busca de tratamento e considerando a incontinência urinária uma situação clínica não incapacitante e não relacionada a processos dolorosos⁸, infere-se que estes são também fatores possíveis de explicar a passividade de muitas pacientes frente ao problema. Outro fator também relevante foi apontado por O'Donnell e colaboradores, que em estudo envolvendo 15 países europeus, a partir de dados de 9.434 mulheres coletados através do instrumento *Control Preference Scale*, concluíram que a busca por tratamento para incontinência relacionou-se fortemente às tradições e fatores culturais e que, por esta razão, esforços mais efetivos devem ser implementados no incentivo à participação da mulher no processo de tomada de decisão pelo tratamento⁹.

Ainda assim, estudos apontam que as perdas urinárias imprimem comprometimentos sexuais⁶, prejuízos emocionais e isolamento social^{6,7,10,11,12} que culminam em declínio da qualidade de vida. Tal informação pode ser captada por meio de questionários específicos, tais como o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*¹².

No Brasil, o impacto financeiro da incontinência urinária para os sistemas de saúde é desconhecido. A prevalência é, porém, tão elevada que é entendida como um problema de saúde pública^{7,8,9,10}. Há registro de um único estudo de prevalência de incontinência urinária em área de abrangência de Estratégia de Saúde da Família¹⁰, indicando a necessidade de mais estudos nesta área.

Devido ao importante impacto físico, emocional e social das perdas urinárias, o diagnóstico precoce é essencial e se fundamenta na história clínica e no exame físico, este último baseado na avaliação do diafragma pélvico e na estabilidade lombar e pélvica¹¹. Questionários de qualidade de vida podem ser utilizados¹¹ e exames como ultra-som, urofluxograma e urodinâmica são também úteis¹³.

Embora a atenção primária seja a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde brasileiro, a rotina de atendimento da equipe de estratégia de saúde da família não contempla a investigação de possíveis perdas urinárias, o que pode denotar despreparo profissional para detectar o problema, crença de que perdas urinárias são um problema de menor importância ou comum com o avançar da idade e ou falta de interesse público. Esta realidade salienta a necessidade de capacitação profissional e busca ativa para a detecção das perdas urinárias no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

O tratamento que pode ser cirúrgico ou conservador, podendo haver atuação fisioterapêutica em ambos os casos.^{3,5} Na abordagem fisioterapêutica é essencial o fortalecimento dos músculos do diafragma pélvico e a correção do alinhamento corporal com especial atenção ao complexo lombopélvico com o objetivo de rearmar a estática pélvica, já que desequilíbrios pélvicos podem gerar déficits da musculatura perineal.⁵

Apesar de constituírem nível de evidência “A” para o tratamento de mulheres com incontinência urinária¹⁴, a fundamentação teórica para os exercícios de fortalecimento dos músculos do diafragma pélvico desconsidera importantes déficits musculares e fasciais, tais como falência esfinteriana, deficiências de suporte do colo vesical e uretral, deficiência da atividade tônica, atraso no tempo de recrutamento, contração assimétrica e fraqueza dos músculos do diafragma pélvico, bem como a respiração diafragmática e a fraqueza dos músculos abdominais. Assim, além do fortalecimento muscular, há que se considerar também o incentivo à respiração diafragmática, à atividade tônica do diafragma pélvico, aos padrões expiratórios funcionais e às atividades de impacto de modo que atividades funcionais sejam suficientes para estimular o acionamento muscular visando à saúde dos músculos do diafragma pélvico⁸.

Foi objetivo desse trabalho verificar os resultados da intervenção fisioterapêutica baseada na reeducação dos músculos do diafragma pélvico associada à correção do alinhamento postural lombar e pélvico em uma paciente com incontinência urinária em ambiente domiciliar.

2 Metodologia

Estudo longitudinal e descritivo relativo à abordagem fisioterapêutica de mulher com incontinência urinária em ambiente domiciliar. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, parecer número 094/09 e conduzido em concordância com a Declaração de Helsinque, revisada em 2008.

A paciente, na ocasião com 69 anos, assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi submetida à anamnese e avaliação física. As 12 sessões tiveram periodicidade de 3 vezes por semana, com duração aproximada de 40 minutos cada.

Antes e ao final do tratamento foi aplicado o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) (Quadro 1) para avaliar o impacto da incontinência urinária¹² e avaliada a postura com ênfase no alinhamento do complexo lombopélvico. A paciente foi observada em ortostatismo (vistas anterior, lateral e posterior) e em flexão de tronco com os membros superiores pendentes.^{15,16}

Quadro 1. International Consultation On Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) utilizado antes e após o tratamento fisioterapêutico para avaliação do impacto das perdas urinárias na qualidade de vida da paciente.

Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)
 2. Sexo: () Feminino () Masculino
 3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)
() Nunca 0
() Uma vez por semana ou menos 1
() Duas ou três vezes por semana 2
() Uma vez ao dia 3
() Diversas vezes ao dia 4
() O tempo todo 5
 4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)
() Nenhuma 0
() Uma pequena quantidade 2
() Uma moderada quantidade 4
() Uma grande quantidade 6
 5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule [um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)]
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____
6. Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você)
() Nunca
() Perco antes de chegar ao banheiro
() Perco quando tusso ou espirro
() Perco quando estou dormindo

- () Perco quando estou fazendo atividades físicas
- () Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
- () Perco sem razão óbvia
- () Perco o tempo todo

“Obrigado por você ter respondido às questões”

Fonte. Próprio autor.

A verificação da sensação de umidade foi feita no início de cada sessão através de uma Escala Visual Análoga graduada de 0 (sensação de nenhuma de umidade e desconforto) a 10 (sensação máxima de umidade e desconforto).⁵ A capacidade de contração do diafragma pélvico foi feita subjetivamente pela percepção da paciente mediante contração muscular (posições sentada com apoio para coluna vertebral e pés, deitada em decúbito dorsal com membros inferiores fletidos, abduzidos e pés apoiados e posição ortostática) e objetivamente pela Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico que classifica a força muscular em escala que varia de 0 (ausência de função perineal) a 5 (função perineal objetiva presente e resistência oppositora mantida mais que cinco segundos à palpação) com a paciente em decúbito dorsal¹¹ (Quadro 2). As verificações da sensação de umidade e da força do diafragma pélvico foram feitas antes do tratamento e após a 6ª sessão e a 12ª sessão.

Quadro 2. Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico utilizada antes e após a 6ª e a 12ª sessões de fisioterapia para avaliação objetiva da força dos músculos do diafragma pélvico.

Grau de força	Observação	Palpação
0	Ausente	Ausente (sem função perineal objetiva)
1	Ausente	Reconhecível (função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente à palpação)
2	Débil	Reconhecível (função perineal objetiva débil, contração fraca à palpação)
3	Presente	Presente sem resistência (função perineal objetiva presente e resistência não oppositora à palpação)
4	Presente	Presente com resistência < 5” (função perineal objetiva presente e resistência oppositora não mantida à palpação)
5	Presente	Presente com resistência > 5” (função perineal objetiva presente e resistência oppositora mantida mais do que cinco segundos à palpação)

Fonte. Próprio autor.

O trabalho postural foi realizado sobre os desequilíbrios miofasciais encontrados. Inicialmente foi realizada a liberação das fáscias através de pompagens.¹⁵ O alinhamento do complexo lombopélvico foi corrigido e solicitou-se sua manutenção nas posições sentada sem apoio para a coluna e ortostática^{15,16} com objetivo de reequilíbrio músculo-esquelético, melhora do alinhamento corporal e consequentemente a redução das sobrecargas impostas aos músculos do diafragma pélvico.

Foram realizados exercícios para as fibras de contração lenta e rápida dos músculos do diafragma pélvico com a paciente sentada e em ortostatismo. Os exercícios isométricos constaram de 10 repetições, com contração mantida de 10 a 30 segundos e os isotônicos de 10 contrações rápidas mantidas por 2 a 3 segundos.²

3 Desenvolvimento

Na anamnese a paciente relatou perda urinária aos esforços e reduzida frequência miccional, vida sexual inativa, episódios recorrentes de infecção urinária, aborto espontâneo e 2 partos vaginais com episiotomia e histerectomia parcial aos 48 anos de idade.

O questionário ICIQ-SF variou de 15 para 5 ao final do tratamento e segundo a avaliação da sensação de umidade e desconforto o valor inicial foi de 4 e após a 6ª e a 12ª sessões valor 0, denotando redução importante do impacto na qualidade de vida e da sensação de umidade e desconforto, respectivamente.

A redução do escore do questionário ICIQ-SF corrobora achados de outros autores quanto à redução do impacto das perdas urinárias na qualidade de vida após abordagem fisioterapêutica.^{1,3,5,6} Foi possível, ainda, observar que as perdas urinárias afetavam sua vida com base na avaliação da sensação de umidade e desconforto. Embora o valor 4 atribuído inicialmente possa ser considerado numericamente baixo, ele é expressivo de incômodo quando analisado no seu contexto de vida e em associação com o escore do ICQI-SF. Outro estudo também utilizou tal avaliação, porém com escala graduada de 0 a 5, encontrando valor médio de umidade e desconforto igual a 4, o que proporcionalmente corresponde a impacto bem maior.⁵

A avaliação postural com ênfase no complexo lombopélvico evidenciou lordose diafragmática e retroversão pélvica. Ao final do tratamento percebeu-se que a retroversão foi minimizada indicando melhor alinhamento lombopélvico. A lordose diafragmática, porém, manteve-se inalterada.

Na avaliação objetiva inicial constatou-se grau 2, grau 4 após a 6ª sessão e 5 ao final do tratamento. O ganho progressivo de força foi evidenciado subjetiva e objetivamente

(Quadro 3). Subjetivamente a paciente percebeu a força dos músculos do diafragma pélvico como “fraca”; após a 6ª sessão a percepção foi “média” e ao final do tratamento referiu a percepção como “forte”. Aumento na força de contração muscular exclusivamente devido ao fortalecimento do diafragma pélvico foi reportada por Belo³ com aumento de tônus e força em toda a amostra, sendo que 24% das mulheres atingiram o grau máximo de força e 64% tiveram perdas urinárias abolidas.³

Quadro 3. Resultados referentes à Avaliação Funcional do Assoalho pélvico (AFA) nos três momentos avaliados.

AVALIAÇÕES	GRAU DE FORÇA	
	Fibras de contração lenta	Fibras de contração rápida
Antes da 1ª	2	2
Após a 6ª	4	4
Após a 12ª	5	5
Graduação de força de 0 a 5 onde 0 representa ausência de função perineal objetiva e 5 função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação. ¹³		

Fonte. Próprio autor.

Revisão sistemática realizada por Neumann e colaboradores avaliou 24 estudos e encontrou evidências de que a cinesioterapia isolada ou em associação com biofeedback, eletroestimulação ou cones vaginais foi igualmente efetiva para a redução ou eliminação das perdas urinárias em mulheres com incontinência de esforço¹⁷. Resultado similar foi apresentado por Castro e colaboradores, que compararam resultados da cinesioterapia, estimulação elétrica e cones vaginais e concluíram que as três abordagens foram igualmente efetivas¹⁸. Em ambos os estudos, a cinesioterapia para os músculos do diafragma pélvico foi sugerida como tratamento de escolha para incontinência de esforço, recomendação também feita por Dumoulin e Hay-Smith cuja revisão sistemática apontou o treino de força para os músculos do diafragma pélvico como tratamento de primeira linha para pacientes com incontinência urinária de esforço, visto melhoras observadas em todos os parâmetros avaliados (força muscular do diafragma pélvico, número de perdas por dia e por noite e qualidade de vida). Estes autores informam que todos os estudos avaliados consistiam de medida pós-intervenção e por esta razão sugerem que estudos de seguimento sejam realizados com intuito de verificar se os ganhos são mantidos ao longo do tempo¹⁹.

Embora estudos comprovando a efetividade de exercícios de acionamento sinérgico dos músculos do tronco inferior para tratamento de pacientes com incontinência urinária sejam ainda incipientes na literatura, os resultados são bastante animadores^{5,11,20}. Matheus e colaboradores associaram exercícios perineais e cones vaginais à correção postural estática para tratamento da incontinência urinária feminina e observaram redução da sensação de umidade, aumento na força muscular do diafragma pélvico e correção do equilíbrio estático da pelve em ambos os grupos. Os autores concluíram que a correção postural foi efetiva no tratamento da incontinência quando associada à reeducação perineal⁵. Fozzatti e colaboradores verificaram em estudo envolvendo 26 mulheres com incontinência urinária de esforço que exercícios de estabilização estática da coluna lombar e pelve baseados em posturas da reeducação postural global favoreceram melhora da qualidade de vida, melhora da força dos músculos do assoalho pélvico e redução do volume de urina perdido, tanto após a intervenção quanto em seis meses de seguimento¹¹. Painter e colaboradores relataram tratamento de paciente com incontinência urinária de estresse e disfunção lombopélvica através de exercícios para melhorar o controle motor de transversos e diafragma pélvico e observaram que mesmo após seis meses de interrupção da abordagem terapêutica, os resultados positivos foram mantidos²⁰.

Estudos como o de Fozzatti¹¹ e Matheus⁵ confirmam a pertinência do tratamento conservador baseado no fortalecimento do diafragma pélvico associado ao trabalho postural. Nesse estudo de caso, a paciente após tratamento de fortalecimento da musculatura perineal associada ao trabalho postural teve suas perdas urinárias reduzidas a zero, o que corrobora os estudos referenciados.

Sugere-se que estudos com amostra ampla sejam desenvolvidos com a finalidade de reafirmar ou refutar os resultados apresentados e que tais estudos sejam preferencialmente longitudinais para verificar se os resultados são mantidos ao longo do tempo.

Devido à escassez de estudos relativos à prevalência de incontinência urinária em área de abrangência de Estratégia de Saúde da Família, sugere-se a realização dos mesmos e a capacitação das equipes de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família para a busca ativa e a adequada investigação de possíveis perdas urinárias entre usuárias do Sistema Único de Saúde Brasileiro, o que poderia culminar em diagnóstico precoce, facilidade de acesso, reduzido período de tratamento, bons resultados terapêuticos e custos ínfimos.

4 Conclusão

Os resultados relativos ao aumento da força muscular dos músculos do diafragma pélvico mensurada objetiva e subjetivamente apontam que a associação terapêutica proposta (reeducação do assoalho pélvico associada à correção do alinhamento postural lombar e pélvico) mostrou-se válida no tratamento da incontinência urinária para a paciente deste estudo nos quesitos sensação de desconforto e umidade e qualidade de vida. O tratamento fisioterapêutico de paciente com incontinência urinária em ambiente domiciliar é, portanto, exequível e pode beneficiar a qualidade de vida da paciente.

5 Referências

- 1 - Marinho AR, Leal BB, Flister JS, Barnardes NO, Rett MT. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. *Fisioterapia Brasil* 2006 Jul/Ago; 7(4): 301-05.
- 2 - Baracho E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- 3 - Belo J, Francisco E, Leite H, Catarino A. Reeducação do pavimento pélvico com cones de plevnik em mulheres com incontinência urinária. *Acta Médica Portuguesa* 2005 Mar/Abr; 18(2): 117-122.
- 4 - Ribeiro JP, Raimundo A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica* 2005 Jul; 23(3):305-14.
- 5 - Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2006 Out/Dez; 10(4): 387-92.
- 6 - Abreu NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2007 Nov/Dez; 11(6).
- 7 - Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of Urinary Incontinence in Women. *JAMA* 2004 Fev; 291(8):986-995.
- 8 - Sapsford RR. Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. *Manual Therapy* 2004 Fev; 9(1):3-12.
- 9 - O'Donnell M, Monz B, Hunskaar S. General preferences for involvement in treatment decision making among European women with urinary incontinence. *Social Science & Medicine* 2007 Mai; 64(9):1914-1924.

- 10 – Gomes GV, Silva GD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao Programa de Saúde da Família de Dourados (MS). Rev Assoc Med Bras 2010; 56(6): 649-654.
- 11 - Fozzatti MCM, Palma P, Herrmann V, Dambros M. Impacto da reeducação postural global no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. Revista da Associação Médica Brasileira 2008 Jan/Fev; 54(1):17-22.
- 12 – Tamanini JTN, Dambros M, D’Ancona CAL, Palma PCR, Júnior NRN. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire -Short Form” (ICIQ-SF). Revista Saúde Pública 2004; 38(3):438-444.
- 13 - Feldner PC, Sartori MGF, Lima GR, Baracat EC, Girão MJBC. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2006; 28(1):54-62.
- 14 - Bø K et al. Evidence for benefit of transversus abdominis training alone or in combination with pelvic floor muscle training to treat female urinary incontinence: A systematic review. Neurourol Urodyn 2009; 28(5):368-373.
- 15 - Magee DJ. Avaliação Musculoesquelética. 4 ed. Barueri (SP): Manole; 2005.
- 16 - Bienfait M. Fâscias e Pompagens: Estudo e tratamento do esqueleto fibroso. 2 ed. São Paulo (SP): Summus; 1999.
- 17 - Neumann PB, Grimmer KA, Deenadayalan Y. Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. BMC Women's Health 2006;6(1):11-17.
- 18 - Castro RA et. al. Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. Clinics 2008;64(2):465-472.
- 19 - Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. Eur J Phys Rehabil Med 2008 Mar; 44(1):47-63.
- 20 - Painter EE, Ogle MD, Theyhen DS. Lumbopelvic Dysfunction and Stress Urinary Incontinence: A Case Report Applying Rehabilitative Ultrasound Imaging. Journal of orthopaedic & sports physical therapy 2007 Ago; 37(8):499-504.