

## **FISIOTERAPIA: A RELEVÂNCIA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**Silmara Velini Souto de Lima**

### **SUMÁRIO**

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Epígrafe.....	v
Resumo.....	vi
Lista de Siglas .....	vii
CAPÍTULO I - O PROBLEMA.....	1
1.1 Apresentação do problema.....	1
1.2 Objetivos do Estudo.....	2
1.2.1 Objetivo Geral	
1.2.2 Objetivo Específico	
1.3 Questões de Estudo.....	2
1.4 Justificativa.....	3
1.5 Limitações e Delimitações.....	4
1.6 Variáveis de Estudo.....	4
CAPÍTULO II - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	5
2.1 Fatores Desencadeantes da IU.....	5
2.2 Fisioterapia e IU.....	10
CAPÍTULO III - CONCLUSÃO.....	17
Referências .....	20

## LISTA DE SIGLAS

IU – Incontinência Urinária

ICS – International Continence Society

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUEG – Incontinência Urinária de Esforço Genuína

IUM – Incontinência Urinária Mista

EE – Eletroestimulação

## Resumo

A incontinência urinária (IU) afeta milhões de homens e mulheres em todo o mundo e interfere consideravelmente em suas vidas. A busca por soluções das alterações que apresentam muitas vezes não acontece e estes indivíduos sofrem sozinhos. A Fisioterapia pode intervir nas alterações que levam a IU através de recursos menos invasivos e onerosos, o que deveria facilitar sua implantação nos serviços de saúde. Entretanto, observa-se que os sujeitos acometidos por esta afecção não são prioridades em projetos de assistência à saúde. O objetivo deste trabalho é demonstrar a eficácia do tratamento fisioterapêutico em homens e mulheres com IU e a urgência em incentivar a criação de projetos que busquem solucionar ou minimizar os problemas envolvidos nesta alteração funcional. Para fundamentação do mesmo foi realizada uma pesquisa bibliográfica que mostra evidências sobre os benefícios dos recursos fisioterapêuticos no tratamento da IU e conseqüente melhora na qualidade de vida dessa população.

## **CAPÍTULO I - O PROBLEMA**

### **1.1- Apresentação do Problema**

A incontinência urinária (IU) não é considerada uma patologia, mas um conjunto de sinais e sintomas que acomete alguns indivíduos, interferindo na vida relacional e psicológica do mesmo, deixando-o muitas vezes em isolamento social devido às situações de constrangimento que a incontinência pode lhe trazer.

Esta afecção pode se apresentar através de uma disfunção no mecanismo de enchimento ou de esvaziamento vesical.

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.

Segundo a carta de Ottawa (1986 apud Adriano et al. 2000), saúde mais do que “a ausência de doença é um estado adequado de bem-estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades”.

A IU limita o indivíduo no seu exercício de ir e vir, o impede de “realizar suas aspirações” e “satisfazer suas necessidades”. Sendo assim, a Fisioterapia por meio dos seus métodos e técnicas minimamente invasivos e onerosos, torna-se viável por facilitar sua implantação nos serviços mantenedores de saúde, objetivando a prevenção e o tratamento desta afecção na sociedade.

### **1.2- Objetivos do Estudo**

#### **1.2.1 Objetivo Geral**

Identificar os fatores que determinam a IU, demonstrando as altas taxas de incidência desta afecção na vida dos indivíduos e esclarecendo quanto à importância da Fisioterapia no tratamento da IU.

#### **1.2.2- Objetivos Específicos**

- Relacionar os fatores desencadeantes da IU;
- Mostrar a prevalência da IU na população;
- Demonstrar a importância da Fisioterapia no tratamento da IU.

### **1.3- Questões de Estudo**

- Quais os fatores desencadeantes da IU?
- Qual a prevalência de IU na população?
- Qual a importância da atuação da Fisioterapia junto a esses indivíduos?

### **1.4- Justificativa**

A atuação da Fisioterapia no campo da Urologia e Uroginecologia ainda é muito tímido, apesar das inúmeras conquistas dos profissionais que atuam nesta área.

Sabe-se que a incidência de câncer de próstata na população masculina vem crescendo cada vez mais e com isso há também o aumento de cirurgias para a retirada da próstata. E, que as mulheres têm sido submetidas majoritariamente a partos cesárea. Estes fatores associados a outros, como o envelhecimento da população, são os principais causadores da IU.

Os indivíduos acometidos por esta afecção desconhecem a abordagem fisioterapêutica para a IU e com isso acabam sendo desprestigiados dos recursos desta área, perdendo assim, a possibilidade de decidirem buscar melhorias no seu estado geral através de tratamentos conservadores.

Logo, é precípua a necessidade de criação de projetos que enfatizem a intervenção nesses sujeitos pelos serviços de saúde. E que esses projetos possam verdadeiramente vir a controlar os fatores determinantes de sua saúde.

### **1.5- Limitação e Delimitação**

Através de um estudo minucioso de referências bibliográficas sobre a IU em homens e mulheres, este trabalho abordará a atuação do profissional fisioterapeuta na promoção de saúde da população afetada.

### **1.6- Variáveis de Estudo**

Dependente: Incontinência urinária

Independente: A atuação da Fisioterapia.

## **CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA**

A carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde realizada no Canadá, em 1986, definiu algumas áreas operacionais para a implementação de estratégias que promovam a saúde, entre elas, a elaboração de projetos que preconizam propostas que gerem saúde e garantam melhor qualidade de vida para a população.

A partir deste fundamento a Fisioterapia deve atuar no campo de Urologia e Uroginecologia para promover o fator principal deste cenário: a saúde.

## **2.1- Fatores desencadeantes da IU**

A incontinência urinária incide sobre homens e mulheres entre variadas faixas etárias de acordo com o fator desencadeante.

Segundo Moreno (2004, p.95), cerca de 60% das mulheres acima de 60 anos de idade são afetadas pela incontinência urinária, e Cunha, Barros e Siqueira (*apud* Baracho (2002, p.278) encontraram uma prevalência no Brasil de 28,6% em idosas. Estas tendem ao isolamento social por temerem a ocorrência das perdas urinárias em público e ficam dependentes da possibilidade de ter um banheiro por perto, evitam realizar atividades diárias junto a outras pessoas que possam evidenciar a IU. Com isso, apresentam baixa autoestima e acabam se tornando deprimidas, sentem dificuldades em expor o seu problema, pois se sentem humilhadas. Soma-se a estes fatores o envelhecimento que muitas delas acreditam ser o culpado pela IU, considerando-na parte desta fase da vida e é esta a justificativa para não buscarem tratamento. Muitas buscam apenas quando a qualidade de vida está demasiadamente comprometida (MORENO, *op cit.*, p. 96).

Durante os períodos gravídico e puerperal muitas mulheres podem sofrer com a IU, pois nesses períodos o trato urinário sofre algumas modificações. No primeiro momento pode-se observar o crescimento do útero grávido e conseqüente aumento da sobrecarga no assoalho pélvico, alterações biomecânicas, hormônios que diminuem o tônus e a força muscular. Já no segundo momento, pode-se observar em algumas puérperas danos causados pelo parto vaginal ao assoalho pélvico, que se caracterizam pela denervação do mesmo e secção da musculatura estriada-esquelética (BARACHO *op cit.*, *passim*; *ibid.*, *passim*; RORTVEIT, 2003). A incidência da IU nestes períodos varia. No puerpério observou-se, num estudo realizado por Rortveit (*op cit*), que a prevalência de qualquer tipo de incontinência foi de 20,7% e para o período gravídico, Moreno *op cit.* (p.152) destaca a presença de IU de 17% a 25% no início deste período e de 36% a 67% no final do mesmo, e, ainda, em um estudo realizado pela mesma na Universidade Federal de São Paulo, com 111 gestantes, observou-se que 46% delas apresentaram pelo menos um episódio de perda durante a gravidez.

A prática de esporte também pode levar ao surgimento de IU em mulheres, principalmente as modalidades de alto impacto, e aquelas que exigem contrações máximas abdominais repetidas vezes. Na primeira situação, o impacto gera uma força sobre o assoalho pélvico de 3 a 4 vezes o peso corporal da atleta. Nygaard (*apud* Moreno *op cit.* p. 164) relatou a incidência da IU de acordo com algumas modalidades: 38% nas atletas que praticam atletismo, 36% nas que praticam

exercícios aeróbicos, 21% para aquelas que praticam caminhadas, 16% para as que praticam ciclismo e 12% para natação.

Já nos homens, os principais fatores que promovem a IU podem ser o envelhecimento, traumas pélvicos, doenças e lesões neurológicas e a prostatectomia, sendo esta a que apresenta maior expressão neste quadro.

Conforme dados da International Continence Society, a incidência do câncer de próstata vem aumentando nos últimos anos, em 2001 o índice de ocorrência desta neoplasia para cada 100.000 habitantes era de 24,94 para o Brasil e de 60,30 para o estado do Rio de Janeiro, em 2003 estes índices subiram para 40,49 e 103,05 respectivamente (DATASUS, 2005), e em 2005 estima-se a ocorrência de 46.330 novos casos para este tipo de câncer no Brasil, e 78,66 casos para o Rio de Janeiro, no mesmo período (INCA, 2005).

Com isso, a realização de procedimentos para o tratamento desta patologia segue o mesmo padrão de crescimento, visto que para o câncer *in situ*, a melhor alternativa é a extirpação da próstata. As sequelas desta cirurgia são em geral: 1) lesão esfinteriana decorrente de iatrogenias no processo cirúrgico; da cicatrização da anastomose; ou de condições preexistentes, e 2) a alteração da funcionalidade contrátil do detrusor causada por lesão na parede vesical pela obstrução de longa data ou início da obstrução no pós-operatório.

Nos diversos estudos, a taxa de incontinência após a prostatectomia radical varia, de 8% a 87% no período de 6 meses após a cirurgia, e de 5% a 44,5% com 1 ano de pós-operatório (KAMPEN et al. 2000).

Nos idosos, assim como acontece com as mulheres da mesma faixa etária, a mobilidade e a destreza física estão comprometidas e estas afetam diretamente a continência. A prevalência desta afecção sobre estes indivíduos varia de acordo com o seu local de domicílio. Dos indivíduos que vivem na comunidade, estima-se que destes 5% a 15% apresentem IU, e dos que vivem em casas de repouso este número sobe para 50%. E, ainda, em um estudo realizado com idosos vivendo em casas de repouso o índice de mortalidade era maior entre os incontinentes (MAYO apud D'ANCONNA, 1995, p.250).

A International Continence Society (ICS), em 2004, disponibilizou as seguintes estatísticas: aproximadamente 8,5% das mulheres em todas as idades são acometidas pela IU, e no público masculino este número é aproximadamente 3,9% também abrangendo todos os grupos etários. Hampel et al. (1997) realizou um estudo sobre a epidemiologia da IU e demonstrou que o tipo de incontinência mais comum em mulheres é a incontinência urinária de esforço (IUE) ou genuína

(IUEG) a qual atinge 49% das mulheres que sofrem com esta afecção, em segundo lugar, de acordo com a prevalência do tipo de incontinência, vem a incontinência urinária mista (IUM) que tem uma taxa de 29% de acometimentos e por último a urge incontinência, que é predominante nos homens, atinge 22% das mulheres incontinentes, entretanto, nas mulheres acima de 60 anos a urge incontinência é o tipo mais comum.

Nos homens, nesta mesma pesquisa, a incidência, de acordo com os tipos de IU, apresenta uma diferença na distribuição quando comparados com as mulheres. Isso ocorre devido às diferenças anatômicas entre ambos gêneros. A maior incidência de IU no homem é a urge incontinência (73%) que pode ser explicada pela hiperplasia benigna da próstata, pois devido ao fator obstrutivo pode haver retenção urinária e conseqüentemente haver uma irritação na bexiga. O segundo tipo de IU que mais acomete os homens é a IUM (19%), e em terceiro lugar a IUE (8%).

A ICS (op cit.) mostrou que a IU é mais comum em mulheres (35%) do que a hipertensão (25%), depressão (20%) e o diabetes (8%). E, ainda, de acordo com Hampel et al. (op cit.) 3 de cada 10 mulheres sofrem com perdas urinária, mas menos da metade busca ajuda para o tratamento da IU. Isso pode ser explicado por alguns fatores, alguns já mencionados, como o embaraço de não saber como falar a respeito da IU com o fisioterapeuta ou o médico, por se sentirem humilhadas diante da situação; por algumas classificarem este problema como parte do envelhecimento; pelo pouco conhecimento sobre as opções de tratamento disponíveis para o manejo do problema; pela disponibilidade de produtos absorventes no mercado; por terem baixa expectativa diante dos tratamentos e por terem medo de cirurgia. A longo prazo, estas mulheres podem sofrer significativas perdas na qualidade de vida e desenvolverem quadros depressivos, entre outros.

## **2.2- Fisioterapia e IU**

Manter a continência urinária depende de múltiplos fatores, mas principalmente do controle do detrusor e da função de fechamento uretral (DELANCEY, 1988 apud DUMOULIN et al., 2004). Através de alguns recursos como a cinesioterapia, a eletroestimulação, o biofeedback e o tratamento comportamental, a Fisioterapia pode intervir nestes componentes da continência.

A IUE é caracterizada pela deficiência esfíncteriana e a perda de urina ocorre quando a pressão intravesical excede a pressão uretral sem que para isso haja uma contração do detrusor, e como citado anteriormente, é comum em mulheres. A Fisioterapia, através dos exercícios para o assoalho pélvico, conhecidos também como exercícios de Kegel, pode minimizar ou estancar as perdas urinárias. Uma pesquisa comparativa entre estudos randomizados, realizados por Bo (2004), fundamentou as teorias que explicavam a eficácia dos exercícios para o assoalho pélvico.

Estas teorias postulavam que: 1) as mulheres aprendem a cocontrair ou pré-contrair o assoalho pélvico antes e durante a realização de algum esforço físico que gere um aumento na pressão abdominal; 2) o fortalecimento muscular promove o aumento do volume muscular e com isso melhora o apoio estrutural do assoalho pélvico; e 3) o treinamento muscular abdominal, indiretamente, fortalece o assoalho pélvico. Entretanto, a autora ressalta que esta última não apresenta estudos que comprovem este fenômeno em mulheres incontinentes, mas apenas naquelas continentais.

Os resultados obtidos através dos exercícios para o assoalho pélvico em pacientes com IUE são o aumento na resistência e força muscular e esses são mais efetivos quando a paciente é acompanhada por um fisioterapeuta do que quando realiza uma série de exercícios em domicílio, pois estes as ensinam como contraírem corretamente o assoalho pélvico (BO, 2003).

Num estudo realizado por Nygaard et al. (1995), com o objetivo de avaliar a eficácia dos exercícios para o assoalho pélvico como primeira escolha para o tratamento da IU de todos os tipos em mulheres, eles observaram que 44% de todas as participantes da pesquisa obtiveram um valor  $\geq 50\%$  de melhora nas perdas urinárias e este número subiu para 56% naquelas que terminaram o programa de tratamento. Esse último resultado foi obtido após 3 meses de realização de exercícios diários em domicílio. Após 6 meses de tratamento muitas mulheres (44% supracitado) avaliaram suas melhoras como boas, e relatavam que não havia necessidade de realizar outro tipo de tratamento. Entretanto, nesse estudo as mulheres foram orientadas e ensinadas a realizar as contrações num consultório médico e, posteriormente, foram divididas em grupos com orientações domiciliares através de um vídeo tape e outras sem a orientação do mesmo, seguindo apenas as recomendações passadas na consulta médica. Ao final do estudo, os autores observaram que suas taxas de sucesso em relação aos episódios de incontinência eram inferiores àqueles observados em estudos realizados por outros pesquisadores que utilizaram apenas a variável exercícios para o assoalho pélvico. Para explicar esse fator eles utilizaram as seguintes hipóteses, dentre outras: as técnicas utilizadas para ensinar a forma correta de contrair esses músculos foram inferiores, a prescrição de exercícios através do médico ou enfermeiro é inferior àquela realizada pelo fisioterapeuta, e o grau de envolvimento pessoal (realizavam o acompanhamento por telefone ou encontros quinzenais) com o paciente foi insuficiente para produzir melhores resultados. Isso comprova o que Bo (op cit.) afirmou sobre a potencialização dos resultados quando o tratamento conservador é conduzido pelo fisioterapeuta.

Cumma, Van Nylén e Amy, em 2000, publicaram um estudo que mostrava os resultados dos exercícios para o assoalho pélvico a longo prazo. Foi feito um levantamento de 10 anos de acompanhamento, após a realização dos exercícios para a reeducação do assoalho pélvico na IUE, e neste observou-se que existe uma chance de 66% de manutenção dos resultados após

todos esses anos, quando a Fisioterapia apresenta bons resultados inicialmente, pois isto motiva as pacientes a realizarem frequentemente os exercícios, mesmo quando consideram terem alcançado resultados satisfatórios.

A IU resultante da hiperatividade vesical, conhecida também como urgeincontinência, é definida sintomaticamente como perda involuntária de urina associada a um forte desejo de urinar (BERGHAMS et al., 2000). Para o tratamento deste tipo de IU pode-se lançar mão de recursos como a eletroestimulação (EE), os exercícios de Kegel, o *biofeedback* e o tratamento comportamental. Esses são fundamentados nas seguintes teorias: as contrações involuntárias do detrusor podem ser inibidas através de contrações voluntárias do assoalho pélvico; e os exercícios previnem súbitas quedas na pressão uretral, pois modificam a morfologia, o posicionamento (melhoram o suporte) e a função neuromuscular dos músculos do assoalho pélvico (BO e BERGHMANS, 2000).

Os exercícios inibem reflexamente o detrusor e abortam as contrações involuntárias, as quais causam a urgência, podendo levar a urge incontinência. Quando os pacientes apresentam dificuldade em isolar a contração do assoalho, pode-se instituir o *biofeedback* que através de estímulos visuais, auditivos e táteis conscientizará o mesmo da contração ideal (ibid; THAKAR e STATON, 2000, p. 1329; LUKBAN e WHITMORE, 2002, p. 279; BARACHO, 2003, p. 397).

O mecanismo da EE, que inibe as contrações do detrusor, consiste na inibição da atividade eferente parassimpática através da estimulação aferente somática, havendo assim a supressão da via parassimpática central e impulsos simpáticos indiretos inibitórios (LUKBAN e WHITMORE, 2000, p.280; MORENO, 2004, p. 145).

A EE pode ser transmitida através de eletrodos vaginais ou anais com correntes em níveis subsensoriais, conhecida como EE crônica; ou correntes que alcancem o máximo de excitabilidade tolerável, estas são as EE máximas e promovem a contração do assoalho pélvico (ibid; BARACHO op cit.). Os índices de sucesso desta terapia variam bastante devido às diferentes formas de tratamento utilizados, tais como o tempo de tratamento, as correntes utilizadas, os parâmetros empregados e os aparelhos utilizados. Moreno op cit. (p. 146) relata que os índices de sucesso variam de 50% a 90% nas taxas de cura e melhora dos sintomas; e destes pacientes que apresentam sucesso 30% a 80% mantêm essas taxas após 1 ano de tratamento. Payne (apud Lukban e Whitmore op cit) demonstrou em um estudo com 361 pacientes que apresentavam IU por hiperatividade vesical, um índice de 20% para pacientes que ficaram curados, e de 37% para pacientes que obtiveram uma melhora significativa dos sintomas. Já Eriksen et al. apud Thakar e Stanton (op cit 2000, p.1329) encontraram uma taxa de cura de 88%,

com 77% destes mantendo os índices de sucesso após um ano. Estes dois últimos estudos comprovam a diversificação dos resultados obtidos com o emprego da EE na IU resultante da hiperatividade do detrusor.

O tratamento comportamental também pode ser utilizado como forma de intervenção na urge incontinência. Este se baseia na suposição que esforços conscientes para suprimir o estímulo sensorial restabelece o controle cortical sobre a bexiga, e com isso o padrão normal da micção (ibid). O diário miccional pode ser uma ferramenta importante nesse processo de reeducação da bexiga, como base para o planejamento e avaliação da terapia (BARACHO op cit., p.395; MORENO op cit., p. 138).

Na IUM os recursos utilizados são aqueles da IUE em conjunto com aqueles da IU por hiperatividade do detrusor. Nygaard et al. op cit. (p. 124) comparando os benefícios dos exercícios do assoalho pélvico na IUM observou que os episódios de incontinência por dia diminuíram de  $3,0 \pm 1,5$  para  $1,7 \pm 1,9$  após o tratamento.

O uso combinado destes recursos na terapia também tem sido utilizado para potencializar os resultados nos diferentes tipos de incontinência. Existem estudos analisando este tipo de terapia, destes, podemos citar o realizado por Stein (apud Lukban e Wihtmore op cit.), em que ele avaliou o uso da terapia combinada do biofeedback com a EE e detectou que 19% de sua amostra obteve cura e 24% apresentaram significativa melhora dos sintomas.

Nas pacientes que apresentam IU no pós-parto a Fisioterapia também apresenta resultados positivos. Morkeved (2000, p.1025) analisou, através de estudo randomizado com acompanhamento de 12 meses, os efeitos dos exercícios para o assoalho pélvico sobre a prevenção e o tratamento da IU no pós-parto. Ele observou que estes foram eficientes na prevenção e tratamento da IUE e que os resultados obtidos se mantiveram após 12 meses. E, Chiarelli, Murphy e Cockburn (2004) através de um estudo também randomizado, e com a mesma duração demonstraram que a prática dos exercícios para o assoalho pélvico diminui a probabilidade de incontinência urinária no pós-parto.

Nas idosas, o passo inicial no tratamento da IU provocada pela hiperatividade vesical é a terapia comportamental que apresenta taxa de 50% de melhora nos quadros de incontinência (TANNENBAUM *et al.*, 2001 p. 136). A eletroestimulação, o *biofeedback* e os exercícios para o assoalho pélvico também apresentam bons resultados.

Em estudo comparativo entre o *biofeedback* e o tratamento medicamentoso, realizado por Burgio *et al.* (1998), observou-se que a aderência ao tratamento e as respostas positivas quanto à diminuição do quadro de perdas foi bem maior no grupo que realizava o *biofeedback*. Na população idosa a motivação e a integridade cognitiva são importantes para a condução da terapia, esta última característica, quando ausente, pode dificultar a evolução do tratamento e a paciente não responder positivamente ao mesmo.

Na população masculina a IU tem maior incidência nos indivíduos que realizam prostatectomia radical. Esta cirurgia pode alterar os componentes funcionais da continência. A principal seqüela resultante deste processo é a deficiência esfíncteriana intrínseca, em segundo lugar tem-se a combinação desta com a disfunção vesical, e em menor incidência, observa-se este último isoladamente. A disfunção vesical que se manifesta nesses indivíduos é a diminuição da complacência, a instabilidade vesical e a diminuição ou ausência da contratilidade do detrusor (CHAO e MAYO, 1995; FICAZZOLA e NITTI, 1998; GRAOUTZ *et al.*, 2000).

Para a abordagem de algumas alterações, a Fisioterapia pode utilizar as mesmas técnicas que aquelas já mencionadas no tratamento da IU na mulher. Os exercícios para o assoalho pélvico podem ser utilizados para os casos de insuficiência esfíncteriana e hiperatividade vesical. Existem poucos estudos analisando os efeitos destes exercícios sobre a IU após a prostatectomia, entretanto estes apresentam índices de melhoras subjetivas que variam entre 60% e 82% (BO e BERGHMANS, *op. cit.*, p.8).

O tratamento comportamental apresenta boas respostas neste tipo de paciente. Burgio *et al.* (1985 apud Meaglia *et al.* 1990, p. 674) já estudavam os efeitos desta terapia combinada com os exercícios de Kegel e o *biofeedback* e encontraram um índice de 82% de melhora no quadro de IU em homens e mulheres idosas. Mais tarde, Burton *et al.* (1988 apud *ibid*) estudaram os efeitos do tratamento comportamental com e sem o *biofeedback*, e observaram que em ambas situações os resultados sobre a diminuição das perdas urinárias foram significativos e similares. Meaglia *et al.* (*op cit.*), em 1990, estudou, então, os efeitos desta terapia combinada apenas com o *feedback* verbal, sem o *biofeedback*, sobre pacientes prostatectomizados com incontinência persistente, e concluiu que um número significativo de pacientes melhoraram, ou seja, diminuíram os sintomas da IU.

Um estudo randomizado realizado por Van Kampen *et al.* (2000), para verificar os efeitos da reeducação do assoalho pélvico através dos exercícios em combinação com o *biofeedback* e a eletroestimulação, sobre o grau e duração da incontinência no pós-operatório da prostatectomia, observou-se que a qualidade de vida do grupo ativo (tratamento) melhorou significativamente. No grupo controle, ao final de 3 meses de tratamento, 44% da amostra se mantinha incontinente

enquanto que no grupo tratamento esse percentual era de 12% e, ainda, após 12 meses de acompanhamento essas taxas eram de 19% e 5%, respectivamente.

Kakihara (2003) realizou um estudo para observar os efeitos da cinesioterapia aplicada isoladamente sobre pacientes pós-prostatectomizados incontinentes e observou que esta proporcionou redução da perda urinária e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Muitos estudos mostram que o tratamento conservador pode proporcionar melhorias à qualidade de vida de pacientes que são acometidos pela IU. Todavia, é importante ressaltar que grande parte destes não apresenta um consenso para a definição desta afecção, levando a diversificados índices de resultados quanto às respostas ao tratamento, positivas ou negativas. Outro fator bastante relevante que se observa em alguns estudos, é que muitos analisam formas de tratamento combinadas, o que dificulta a precisão na determinação de qual fator efetivamente influenciou nos resultados obtidos; em outros trabalhos, as populações estudadas não são separadas de acordo com os tipos de IU que apresentam, levando em consideração apenas o fator comum entre os indivíduos: as perdas urinárias; e muitos dos objetos de estudo são subjetivos, o que impossibilita a reprodução de alguns parâmetros e consequentes resultados. No caso de IU em homens, observa-se iguais dificuldades em uniformização dos resultados, pois são poucos os estudos disponíveis e nestes, raramente se analisam os recursos conservadores isoladamente de acordo com cada sintoma apresentado, e, ainda, de acordo com as diferentes técnicas cirúrgicas para o tratamento do câncer de próstata localizado.

### CAPÍTULO III - CONCLUSÃO

A IU é caracterizada por perda involuntária de urina, clinicamente demonstrável, que causa problemas sociais e psicológicos, afetando a qualidade de vida dos indivíduos.

Esta afecção se manifesta de acordo com os fatores desencadeantes envolvidos no desequilíbrio funcional. Mulheres e homens podem ser acometidos pela IU, sendo elas mais afetadas que eles, pois suas constituições anatômicas são distintas. No sexo feminino, as perdas involuntária acontecem principalmente nas mais idosas, em consequência do declínio da capacidade funcional; as gestantes também podem ser acometidas por esta alteração, tanto no período gravídico quanto no puerperal, pois nessa fase o organismo da mulher sofre algumas modificações que as deixam mais susceptíveis à IU. E, nas atletas, o aparecimento das perdas são decorrentes das atividades de alto impacto e daquelas que exigem contrações abdominais repetitivas. Dentre os tipos de IU, a IUE é a mais comum nesta parcela da população, em segundo lugar tem-se a IUM e por último a IU pela hiperatividade do detrusor.

Nos homens esta alteração funcional se apresenta principalmente naqueles indivíduos submetidos a prostatectomia e nos idosos. Os índices de pacientes incontinentes após esta cirurgia tem aumentado nos últimos anos em decorrência do crescente número de casos de câncer de próstata.

Em relação aos idosos, a incidência da incontinência urinária é maior naqueles que residem em asilos. Um dado preocupante é a relação da incontinência com a mortalidade, pois a prevalência desta é maior nos indivíduos acometidos pelas perdas urinárias. Os tipos de IU mais comuns, segundo a prevalência, é a incontinência decorrente da hiperatividade vesical, a IUM e a IUE.

A Fisioterapia pode intervir nos fatores que desencadeiam a IU através de recursos menos invasivos e de baixo custo, através do trabalho de reeducação da musculatura do assoalho pélvico.

Dentre os diversos estudos nas áreas de Uroginecologia e Urologia, existem muitos que atestam a eficácia do tratamento conservador, e quando estes são comparados ao tratamento medicamentoso a aceitação da terapia por parte do paciente é maior no tratamento conservador.

Alguns trabalhos mostram os resultados obtidos quando se utiliza os exercícios para o assoalho pélvico, isoladamente, e outros mostram estes em combinação com o *biofeedback*, a EE e o tratamento comportamental, em todos eles observou-se bons resultados. Contudo, é

importante ressaltar que alguns estudos investigam fatores subjetivos, dificultando a reprodução dos resultados posteriormente; indivíduos com características diferentes, quanto ao tipo de IU, o que leva a uma precisão dos fatores nos quais efetivamente a terapia agiu; e, ainda, muitos estudam os efeitos do tratamento conservador utilizando terapias combinadas, não precisando o recurso mais eficiente.

Segundo os dados já relatados, esta afecção atinge as mulheres mais do que algumas doenças crônicas que apresentam preocupação evidente da sociedade. Isto denota a necessidade de priorizar projetos de assistência que tenham como público-alvo as pessoas acometidas pela incontinência urinária. Sendo assim, a Fisioterapia pode ser a primeira escolha para o tratamento IU, visto que apresenta recursos mais simples, e de respostas bastante positivas.

## Referências

- ADRIANO, Jaime Rabelo, et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciências & saúde coletiva**. Belo Horizonte, 5(1):53-62, 2000.
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia – aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
- BERGHMANS, L. C. M. et al. Conservative Treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. **BJU international**. Norway, 85, p. 254-263, set., 2000.
- BLAIVA, Jerry G. **Urinary incontinence after radical prostastectomy**. Cancer supplement. v.75, 1978-82, 1995.
- \_\_\_\_\_. The neurofisiology of micturition: a clinical study of 550 patients. **The journal of urology**, 197 v. 958-963, 1982.
- BO, Kari; BERGHMANS, L. C. M. Nonpharmacologic treatments for overactive bladder – pelvic floor exercises. **Urology 55** (suplemento 5A). Norway: Elsevier Science Inc., p. 7-11, mar., 2000.
- BO, Kari. Pelvic Floor muscle strenght and response to pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence. **Neurourology and urodynamics**. Norway: Wiley-Liss Inc., 22, p.654-658, jul., 2003.
- \_\_\_\_\_. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. **Int. urogynecol J**. Norway: International Urogynecological Association, 15, p. 76-84, jan., 2004.
- BURGIO, Karthryn L., et al. Behavior vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a radandomized controlled trail. **JAMA**. Urge urinary incontincy in older women. Birmingham. 280 v. nº 23, dec. 1998.
- CHAO, Robert; MAYO, Michael E. incontinence after radical prostectomy: detrusor or sphincter causes. **The journal of urology**, 154 v. 16-18, 1995.
- CHIARELLI, Pauline; MURPHY, Barbara; COCKBURN, Jill. Promoting urinary continence in postpartum women: 12-month follow-up data from a randomized controlled trail. **Int Urogynecol J**. Callaghan, 15:99-105 DOI 10.1007/s00192-004-1119-y, 2004.
- CUMMA, H.; NYLEN, M. Van; AMY, J. J. A 10-yers follow-up after Kengel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. **BJU international**. Brussels, 2000.
- D'ANCONA, Carlos A. L.; RODRIGUES NETO JUNIOR, Nelson. **Aplicações clínicas da urodinâmica**. São Paulo: Eletrônica, 1995. 334p.
- DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Apresenta dados sobre índices de morbidade e os fatores de risco. Anuário estatístico de Saúde no Brasil, 2001. Disponível em:  
[htt://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/morb/lmorbt12.2b.cfm](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/morb/lmorbt12.2b.cfm). Acessado em: 23 Abr. 2005.

DUMOULIN, et al. Reliability of dynamometric Measurements of the pelvic floor musculature. **Neurology and urodynamics**. 23:134-142, Montreal, 2004.

FICAZZOLA, Michael A.; NITTI, Victor W. The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and correlation of symptoms with urodynamic findings. **The Journal of urology**. New York, 160 v, 1317-1320, 1998.

GROUTZ, Asnat et al. The pathophysiology of post-radical prostatectomy incontinence: a clinical and video urodynamic study. **The journal of urology**, 163 v. 1767-1770, 2000.

HAMPEL, C., et al. Definiton of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. **Elsevier science inc, urology 50 (supplement 6A)**. Mainz, 1997.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde, 1995-2005. Apresenta textos e dados estatísticos sobre o câncer de próstata. Disponível em: [htt://www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acessado em: 24 Abr. 2005.

KAMPEN, M. Van, et al. Efect of pelvic floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled. **The lancet**. Leuven, v.355, p.100, 2000.

KAKIHARA, Carina Tárzia. Cinesioterapia na redução da incontinência urinária de pacientes pós-prostatectomizados. **Fisioterapia brasil**. São Paulo, v.4, n.4, p.265, 2003.

LUKBAN, James Chivian; WHITMORE, Kristene E. Pelvic floor muscle re-education treatment of the overactive bladder and painful bladder syndrome. **Clinical obstetrics and gynecology**. Philadelphia, v.15, n.1, p.273, 2002.

MEAGLIA, James P., et al. Post-prostatectomy urinary incontinence: response to behavioral training. **The journal of urology**. Dallas, v.144, p.674, 1990.

MESSELINK, E. J. The overactive bladder and the role of the pelvic floor muscle. **BJU international**. Amsterdam, 83. Suppl. 2.34-35, p.31, 1999.

MORENO, Adriana L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. São Paulo: Manole, 2004. 187p.

MORKVED, Siv. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. **British journal of obstetrics and gynecology**. Trondheim, v.107, pp.1022-1028, 2000.

NYGAARD, Ingrid E., et al. Efficacy of pelvic floor muscle exercices in women with stress, urge, and mixed urinary incontinence. **Obstect gynecol**. Iwoa City, v.174, n.4, p.1, 1995.

TANNENBAUM, Cara, et al. Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. **Clinical management review**. Boston, v.82, p.134, 2001.

THANKAR, Rane; STANTON, Stuart. **Management of urinary incontinence in women**. Clinical review. London, 2000.