



## **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER**

A incontinência urinária é geralmente definida como a saída involuntária da urina. É um problema relacionado com o enchimento da bexiga e com o as fases de acúmulo urinário. É um estado no qual a perda involuntária de urina, objetivamente desconfortável, leva a um problema social ou higiênico à mulher. Ocorre pelo enfraquecimento e/ou atrofia da musculatura do assoalho pélvico.

A incontinência urinária classifica-se em vários tipos, sendo que os tipos mais comuns de aparecer são a de esforço e de urgência. A primeira pode ser desencadeada por uma atividade física ou um esforço como saltar, tossir, rir, levantar pesos entre outros. A segunda ocorre por um desejo de urinar sem controle. É mais freqüente no sexo feminino, fato que se deve às diferenças anatômicas, as conseqüências dos partos e da menopausa.

Na menopausa as alterações hormonais, principalmente a deficiência do estrogênio, acentuam a perda da continência. Além da falta de exercício da musculatura pélvica que irá comprometer a elasticidade e firmeza dos tecidos musculares.

A fisioterapia tem sido indicada como uma possibilidade terapêutica, com o objetivo de reforçar a musculatura do assoalho pélvico, melhorando os sintomas da perda da urina. O melhor tratamento da incontinência urinária nas mulheres é a prevenção e esta deve se iniciar o quanto antes. Quanto à escolha do tratamento entre o não-invasivo e o cirúrgico da incontinência, a maioria das mulheres (67%) opta pelo tratamento não-invasivo. (WEHLE; PETROU, 1999). O tratamento não-cirúrgico vem se destacando nos últimos anos em face da melhora dos resultados e dos poucos efeitos colaterais que provoca. Um treinamento muscular através de exercícios irá manter um bom tônus muscular da pelve e ajudará evitar a incontinência urinária.

Não se deve esquecer que a incontinência urinária não coloca a saúde de uma mulher em risco. Seu único impacto diz respeito ao constrangimento social. A aceitabilidade da incontinência varia segundo as culturas, os países, os modos de vida, as faixas etárias. Atualmente, na mulher jovem, a incontinência pode ser vivenciada de forma dramática, associada a um fenômeno de senilidade precoce, medo de ficar molhada, de cheirar mal, temor de passar a depender da disponibilidade de banheiros para evitar a eliminação involuntária de urina, abandono das atividades esportivas ou ginásticas, modificação dos hábitos vestimentários. Passa a sofrer, então,

com dificuldades sexuais, alterações no sono e repouso. Essas mulheres, silenciosamente, têm queda da auto-estima, tornando-se deprimidas, angustiadas e irritadas. Frequentemente sentem-se humilhadas e embaraçadas para falar do seu problema. (FONSECA; FONSECA, 2004; GROSSE e SENGLER, 2003).

A fisioterapia motora tem atuação nas disfunções do assoalho pélvico, de modo a fortalecer a musculatura enfraquecida, promover relaxamento da musculatura sob tensão; reeducar a musculatura do assoalho pélvico, aumentar a auto-estima e a qualidade de vida da mulher, orientar a paciente para que esta possa compreender a importância de conhecer seu corpo e de prevenir e tratar a incontinência urinária.

Nas últimas décadas tem se falado da atividade física preventiva como forma de manutenção da saúde. Incentiva-se incessantemente o condicionamento físico como prevenção de problemas de saúde e otimização da qualidade de vida do cidadão em geral. É conhecido que exercícios físicos regulares mostram-se eficazes na melhoria da qualidade de vida da população em geral, diminuindo assim a incidência de processos patológicos muitas vezes exigentes de correção cirúrgica, além de profundos impactos na vida da população. Tais problemas podem ser evitados com a fisioterapia. Músculos podem ser fortalecidos por exercícios físicos, e os músculos do assoalho pélvico não fogem a regra. Se eles podem ser fortalecidos, certamente é possível evitar seu enfraquecimento, e desta forma, prevenir a precipitação da incontinência urinária e de outras alterações como prolapso genital. (LATORRE, 2001).

A cinesioterapia do assoalho pélvico baseia-se no princípio que contrações voluntárias repetitivas que aumentam a força muscular, além de promover a continência, melhora o prazer sexual. A cinesioterapia do assoalho pélvico é o único método que não possui contra-indicações e pode ser realizado individualmente ou em grupo. Trata-se de uma opção simples e barata, porém é preciso motivação para obtenção de bons resultados, uma vez que os exercícios devem ser realizados constantemente e por toda vida.

Na década 50, Kegel, um ginecologista americano, foi o primeiro a introduzir os exercícios do assoalho pélvico como tratamento da incontinência urinária. Foi recomendada a realização de numerosas repetições diárias de contrações simples dos músculos pubococcígeos, onde após um ano de tratamento, obteve um índice de 70% de cura. Em 1986, Bourcier demonstrou os benefícios dos exercícios do assoalho pélvico, separadamente dos seus grupos agonista (obturadores, adutores e glúteos) e antagonista (abdominais). Em 1992, a Sociedade Internacional de Continência validou cientificamente as técnicas de reabilitação do assoalho pélvico para distúrbios perineais. (LEMOS, 2005; MORENO, 2004).

Os exercícios de Kegel possuem uma seqüência de dez: 10 vezes por dia (20 minutos por dia), 10 repetições por vez, mantendo a contração por 10 segundos a cada repetição.

O primeiro passo para realizar os exercícios de Kegel é a identificação dos músculos responsáveis pela interrupção do jato urinário. A paciente irá interromper a urina ao sentar no vaso. Inicia-se a micção interrompa e depois relaxe. É um exercício de propriocepção em que consiste na identificação da musculatura a ser trabalhada. Essa identificação não deverá ser feita na primeira urina do dia. Caso não consiga da primeira vez, a paciente deve ser estimulada a tentar novamente até obter o sucesso. O erro mais comum é a contração errada dos músculos, geralmente abdome, glúteo e adutores.

Os exercícios do assoalho pélvico são facilmente realizados na posição prona ou supina (deitada de barriga para cima), onde não há ação da gravidade dificultando a contração perineal. Podendo progredir para sentada, depois de pé. E com o ganho de força progressivo podemos simular a perda da urina com a tosse. (LEMOS, 2005; MORENO, 2004).

Paciente em decúbito dorsal irá identificar a musculatura abdominal colocando a mão sobre a parte inferior do abdome e a seguir realizar as seguintes manobras: tossir, contrair todos os músculos da pelve e abdome (a mão é movimentada pela musculatura). (Foto 1)



Na mesma posição a paciente irá identificar a musculatura perineal contrair os músculos ao redor do ânus como se estivesse segurando gases ou interrompendo a saída das fezes e ao redor da vagina e da uretra como se estivesse interrompendo o jato de urina. (Figura 2)



Ainda deitada, coloque uma bola ou almofada entre os joelhos e prenda para não cair. Contraia o assoalho pélvico contraindo o glúteo e o ânus, enquanto segura a bola contraindo a musculatura adutora (Figura 3).



A região do assoalho pélvico, em especial da mulher, ainda é injustamente negligenciada no tocante à prevenção de problemas relacionados ao seu baixo condicionamento, que tantas repercussões têm na vida da mulher. Provavelmente, a fraqueza muscular poderia ser detectada ainda em seu início, uma vez que fosse incluído na rotina propedêutica um teste de função muscular do assoalho pélvico, o que abriria espaço para uma prevenção eficaz, que evitasse progressão.

A fisioterapia ginecológica dispõe de técnicas, cuja eficácia dos resultados vem sendo comprovada há mais de meio século, em dezenas de estudos, desde 1948 com ginecologista norte americano Dr. Arnold Kegel. Porém essas técnicas estão sendo utilizadas apenas como procedimento curativo conservador. O fisioterapeuta é capaz de reabilitar, além de promover a saúde e melhoria na qualidade de vida. A prevenção é a melhor solução para combater a Incontinência Urinária.

## **Fisioterapeuta: Roberta Botelho Campos**

**CREFITO-2 / 90992-F**

**Contato: (21) 88425978**

### **Referências:**

**FONSECA, Eliana Sueloto M. e FONSECA, Marcelo Cunio M.** Incontinência urinária feminina e qualidade de vida. In: MORENO, Adriana L. Fisioterapia em Uroginecologia. Barueri, SP: Manole, 2004.

**GROSSE Dominique e SENGLER, Jean.** Reeducação Perineal. São Paulo, SP: Manole, 2002.

**LATORRE, Gustavo Fernando Sutter.** Fisioterapia na prevenção de problemas ginecológicos. In: BARROS, Fabio Monteiro de. O Fisioterapeuta na Saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

**LEMOS, Diane Carlos.** Sem Controle: A incontinência urinária é um problema grave e deixa suas vítimas em pânico. Revista: Vida e Saúde. No 5, maio, 2005.

**MORENO, Adriana L.** Fisioterapia em Uroginecologia. Barueri, SP: Manole, 2004

**WHELE, M.J., PETRPU, S.P.** Incontinência Urinaria em mulheres: guia prático para diagnóstico e tratamento. □1999□. Disponível em: [//http://www.gineconews.org/jornal/1999/novembro/novembrointegral\\_1999.htm-90k](http://www.gineconews.org/jornal/1999/novembro/novembrointegral_1999.htm-90k). Acesso: 25 maio 2005.