

## ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTICA NA PREVENÇÃO DE INCONTINENCIA URINARIA EM IDOSAS

PHYSIOTHERAPEUTIC PERFORMANCE IN PREVENTING URINARY INCONTINENCE IN ELDERLY WOMEN

DESEMPEÑO FISIOTERAPÉUTICO EN LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ANCIANAS

Juliana Barreto Silva Rocha<sup>1</sup>  
Roberta de Melo Roiz<sup>2</sup>

**RESUMO:** Esse artigo buscou fazer uma revisão bibliográfica sobre a atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária em idosas. O estudo mostrou que a fisioterapia é um recurso promissor nas disfunções causadas pela incontinência urinária trazendo um resultado positivo na reabilitação do assoalho pélvico. A Sociedade Internacional de Continência define incontinência urinária (IU) como qualquer queixa de perda de urina involuntariamente, incumbido por provocar problemas sociais e higiênicos podendo ser desde um escape ocasional até uma incapacidade total para controlar qualquer quantidade de urina. Sabemos que IU não faz parte do envelhecimento fisiológico, porém é evidente o aumento da prevalência entre as idosas, que vem ocasionando repercussão na qualidade de vida, com o decorrer dos anos temos diminuição do tônus muscular e por efeito à diminuição de estrogênio ocorre às contrações involuntárias. A fisioterapia atua na prevenção da IU, buscando melhorar a sua qualidade de vida das idosas. Conclui-se que a fisioterapia possui diversas opções para tratar a IU, sendo o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico associado ou não à algum dispositivo, a forma mais usada para diminuir a sintomatologia e melhorar a qualidade de vida das mulheres que sofrem dessa disfunção.

669

**Palavras-chave:** Incontinência urinária. Idosa. Fisioterapia.

**ABSTRACT:** This article sought to carry out a literature review on the role of physiotherapy in the treatment of urinary incontinence in elderly women. The study showed that physiotherapy is a promising resource for dysfunctions caused by urinary incontinence, bringing a positive result in the rehabilitation of the pelvic floor. The International Continence Society defines urinary incontinence (UI) as any complaint of involuntary loss of urine, responsible for causing social and hygienic problems, ranging from occasional leakage to a total inability to control any amount of urine. We know that UI is not part of physiological aging, however the increase in prevalence among elderly women is evident, which has had an impact on quality of life, as over the years we have a decrease in muscle tone and as a result of the decrease in estrogen, contractions occur. involuntary. Physiotherapy works to prevent UI, seeking to improve the quality of life of elderly women. It is concluded that physiotherapy has several options to treat UI, with strengthening the pelvic floor muscles, associated or not with a device, being the most used way to reduce symptoms and improve the quality of life of women who suffer from this dysfunction.

**Keywords:** Urinary incontinence. Elderly. Physiotherapy.

<sup>1</sup>Discente do curso de fisioterapia Faculdade de Ilhéus/Faculdade Madre Thaís.

<sup>2</sup>Doutora em Ciências Médicas pela Unicamp e docente do curso de Fisioterapia pela Faculdade de Ilhéus/Faculdade Madre Thaís.

**RESUMEN:** Este artículo buscó realizar una revisión de la literatura sobre el papel de la fisioterapia en el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres adultas mayores. El estudio demostró que la fisioterapia es un recurso prometedor para las disfunciones provocadas por la incontinencia urinaria, aportando un resultado positivo en la rehabilitación del suelo pélvico. La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia urinaria (IU) como cualquier queja de pérdida involuntaria de orina, responsable de causar problemas sociales e higiénicos, que van desde pérdidas ocasionales hasta una incapacidad total para controlar cualquier cantidad de orina. Sabemos que la IU no forma parte del envejecimiento fisiológico, sin embargo es evidente el aumento de la prevalencia entre las mujeres de edad avanzada, lo que ha repercutido en la calidad de vida, ya que con el paso de los años tenemos una disminución del tono muscular y como consecuencia de la disminución en el caso del estrógeno, las contracciones se producen de forma involuntaria. La fisioterapia trabaja en la prevención de la IU, buscando mejorar la calidad de vida de las mujeres mayores. Se concluye que la fisioterapia tiene varias opciones para tratar la IU, siendo el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico, asociado o no a un dispositivo, la forma más utilizada para reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen esta disfunción.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria. Anciano. Fisioterapia.

## INTRODUÇÃO

De acordo com os dados divulgados recentemente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que a expectativa de vida dos idosos está cada vez maior, com a conclusão do IBGE, o Brasil passará dos atuais 8,6% de idosos para 13% em 2020, podendo chegar a 20% da população em 2050. Diante da crescente expectativa de vida dos idosos, essa pesquisa tem o interesse de demonstrar e empenhar-se ao processo de envelhecimento, desmitificando o contexto de envelhecimento.

Sabe-se que nesse processo natural de envelhecimento perpassa por alterações físicas e psicossociais, que vão desde manchas na pele até as alterações geniturinárias, reprodutivas e sexuais, que transformam todo o padrão fisiológico e alteram as atividades sociais realizadas pelos idosos. Entre as manifestações geriátricas está a Incontinência Urinária (IU), apontada como uma das disfunções mais corriqueiras e indispensáveis no domínio geriátrico, a IU foi estabelecida pela *International Continence Society* (ICS) como qualquer perda involuntária de urina. A IU entre idosos é um dos sintomas mais habituais e é muitas vezes inadequadamente entendido como parte natural do envelhecimento.

A justificativa desta pesquisa de baseou por tratar de um tema que aborda uma patologia com grande incidência na sociedade, na qual acomete mais de 50% da população idosa, desconhecida por muitos na qual afeta a qualidade de vida e a rotina diária, e surgimentos de

doenças psicossociais evitando restrição no seu estilo de vida, por falta de diagnóstico apropriado e tratamento específico.

Diante desse cenário, a incontinência urinária em idosas pode ser prevenida pela atuação fisioterapêutica?

A esta maneira, esse trabalho monográfico objetivou, de forma geral analisar a atuação fisioterapêutica como forma de prevenir e tratar a incontinência urinária em idosas; E de forma específica buscou-se esclarecer estruturas anatômicas e fisiologia do assoalho pélvico; abordar a atuação fisioterapêutica no tratamento e prevenção da IU; verificar os benefícios da atuação fisioterapêutica na Incontinência urinária.

A metodologia utilizada nessa pesquisa, foi de caráter qualitativo com abordagem de revisão bibliográfica, contida em trabalhos publicados nos últimos anos de 12 anos, abrangendo dentre livros e autores renomados, sites de bancos de dados, periódicos artigos, entre outros.

## DIAGNÓSTICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O diagnóstico da incontinência urinária é basicamente clínico, que se dá por meio de instrumentos que levam a um bom prognóstico, como a anamnese, exame uroginecológico, exame de urina de rotina com urocultura, medida do volume residual pós-miccional, teste do absorvente e diário miccional. (BARACHO, 2018).

671

A referência da realização da avaliação fisioterapêutica baseia-se na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), preparado com o objetivo de normalizar a terminologia e conduzir a avaliação, envolvendo tanto os fatores ligados com a condição de saúde (não se utiliza o termo “doença”) quanto a avaliação de deficiências de estruturas e funções do corpo, limitações nas atividades de vida diária e as restrições que tais deficiências possam causar na participação social do indivíduo. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

## ANAMNESE

A anamnese representa a parte principal e é indispensável para conduzir o exame físico. É um questionário onde é composta por informações como dados pessoais, informações como endereço e telefone, demandas referentes a história obstétrica (gestações, paridade, tipos de parto e ocorrências durante o parto, como traumas perineais, uso de fórceps, episiotomia etc.), cirurgias prévias (especialmente as ginecológicas), doenças associadas, medicações utilizadas e

peso e altura para o cálculo do índice de massa corpórea (IMC) devem constar na ficha de avaliação. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

Conseguida os dados iniciais, é necessário investigar as informações referentes a queixa principal: informações detalhadas com relação ao sistema geniturinário em particular, indicativos se há sinais de infecções vaginal, como (corrimento, prurido e/ou vermelhidão vulvar) ou urinária (disúria, urina de coloração “amarelo-ouro” e/ou com odor forte), que, se existente, precisara de avaliação médica antes do começo da intervenção fisioterapêutica. Excluídas essas manifestações de alerta, necessita-se de averiguação a fundo sobre as queixas e os sinais urinários. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

O total de absorventes utilizados na rotina pela paciente e a capacidade de urina perdida (perda em gotas ou em jato) demonstram informações que precisam ser notáveis, pois atestam a intensidade desses sintomas e a repercussão da IU no cotidiano da mulher.

A indagação em relação ao consumo de bebidas e sua quantia contém dados fundamentais, visto que, entre outras causas, a produção de urina necessita diretamente da quantidade de líquido ingerido, o que tem potencial de intervir exclusivamente na frequência urinária. Além disso recomenda-se perguntar a respeito dos hábitos alimentares, visto que alguns alimentos influenciam nos sintomas urinários, basicamente os irritativos, como: Cerveja, Café, Sucos cítricos, Proteína, Gaseificados, Refrigerantes, Chá mate, Vitamina D, Cálcio. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

O desempenho intestinal ou de defecação (continência fecal, frequência defecatória, entre outros) e sexual precisam ser examinados, porque podem estar prejudicados pela alteração da função do assoalho pélvico. Além disto, tem que considerar a prática de medicações que sejam capazes de estar atingido o aparelho urinário, como diuréticos, ansiolíticos, entre outros. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

Conforme à história clínica, é relevante apurar distúrbios que mexam diretamente nos sintomas urinários, como diabetes melito, insuficiência vascular, doença pulmonar crônica e condições neurológicas que ocorrem a neurofisiologia da micção. Como vários medicamentos afetam o trato urinário baixo, é importante perguntar sobre o uso de: Benzodiazepínicos (podem causar confusão e incontinência secundária), álcool (aumenta a diurese e também causa confusão), fármacos anticolinérgicos (comprometem a contratilidade do detrusor), agentes alfa-adrenérgicos (aumentam a resistência uretral), alfa bloqueadores (diminuem o fechamento uretral), bloqueadores dos canais de cálcio (podem reduzir a contratilidade do detrusor),

diuréticos (causam polaciúria e urgência), inibidores da enzima de conversão de angiotensina (podem causar tosse crônica e subsequente aumento da pressão abdominal). (BARACHO, 2018).

## EXAME FÍSICO

O exame físico abdominal tem o propósito de descartar tumores, hérnias e outros fatores de aumento da pressão abdominal. Efetua-se uma investigação neurológica breve para examinar a força muscular, reflexos e sensibilidade dos membros inferiores e do períneo. Analisa-se a integridade nervosa do assoalho pélvico através do arco reflexo (componente motor do nervo pudendo) e por três reflexos. (BARACHO, 2018).

De acordo com Baracho, os reflexos a serem analisados são: Cutâneo-anal: estimulação ou toque na pele do períneo causa contração do esfíncter externo anal. Bulbocavernoso: estimulação do clitóris causa contração do músculo bulbocavernoso, constatada pela contração do esfíncter anal. Sensibilidade em sela: sensibilidade tátil da pele do períneo. (BARACHO, 2018, p.329).

Previamente ao exame físico é fundamental que seja explicado como irá acontecer os métodos que serão utilizados e como é realizado o exame físico. Para uma melhor compreensão pode ser utilizados figuras e/ou peças anatômicas, esclarecendo de forma rápida abrangendo assuntos sobre anatomia e a fisiologia da micção, a posição e a função dos rins, dos ureteres, da bexiga e da uretra, além disso orientar a respeito da função e o posicionamento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) é essencial para entender a avaliação, a qual precisa do exame vaginal com o permissão da paciente, deve-se proporcionar a ela privacidade para se despir, mantendo a atenção para que no decorrer do procedimento a paciente não fique descoberta. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

A paciente deve ser posicionada em decúbito dorsal com os quadris abduzidos e fletidos, pernas fletidas e apoiadas na maca, ao que se chama “litotomia modificada”, começando-se a condução dos passos de avaliação do assoalho pélvico: inspeção e palpação. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

## INSPEÇÃO

Por meio dessa etapa de avaliação física, observa-se a vulva (uretra, vagina, corpo perineal e ânus) e da região pélvica. Nessa fase, nota-se os sinais como infecção vaginal e presença de alguma lesão. Em situações de haver prolapsos graves, necessita-se diminuí-lo antes

de iniciar a inspeção e a palpação. Precisa-se estar alerta a: (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

- **Coloração da vulva:** a vulva de uma mulher no ciclo reprodutivo tem cor rosada; na fase do climatério ou na pós-menopausa, a vulva se torna mais atrófica e esbranquiçada. A cor avermelhada intensa pode apontar algum processo inflamatório na região (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

- **Corrimento vaginal:** é uma das manifestações costumeira de algum processo infeccioso ou inflamatório vaginal, frequentemente percebe-se por sua coloração e odores específicos, diferente da lubrificação vaginal. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

- **Lesão vaginal superficial** (fissura de pele provocados por assaduras, relação sexual sem lubrificação etc.): na hipótese de ter tecido não íntegro, carece distanciamento dos recursos fisioterapêuticos com procedimentos intravaginal. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

- **Varizes pélvicas e/ou hemorroidas:** apresenta-se em constância na região vulvar, particularmente em pacientes constipadas. O aparecimento dessas manifestações precisa-se ser examinado e registrado, casos aconteça de ter alguns métodos fisioterapêuticos contraindicados ou realizados com cuidados, conforme o nível de comprometimento. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

- **Cicatrizes** (episiotomias e lacerações perineais decorrentes de partos vaginais): conseguem ser reparadas as aderências, fibroses ou até mesmo pontos dolorosos (pontos-gatilho, ou *trigger points*) nessa parte e, no decorrer da palpação, pode-se provar essa hipótese. (SILVA E COSTA; MARQUES; AMARAL, 2018).

- **Trofismo vulvar:** embora pode não ter uma maneira para avaliar tal situação, a diminuição de elasticidade dos tecidos genitais (especialmente dos MAP), a associada com a redução da vascularização originada pelo hipoestrogenismo, deixa a vulva (grandes e pequenos lábios) com um aspecto flácido (caracterizado pela abertura dos lábios e a visualização dos orifícios vaginal e uretral), designado hipotrófico ou atrófico. Em mulheres com o trofismo normal, nota-se os lábios fechados, não tendo a constatação de tais orifícios. (SILVA E PINTO; MARQUES; AMARAL, 2018).

- **Prolapsos de órgãos pélvicos (POP):** através da inspeção, é capaz de perceber se há ou não prolapsos mais avançados, mas é complicado indiciar, somente pela aparência, o grau de

distopia ou a região envolvida, razão pelo qual a palpação se torna fundamental. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

Depois da inspeção inicial, ocorre-se a “fase ativa” da avaliação, que se começa com o teste de esforço. Pede-se ao paciente efetue determinada manobra de aumento de pressão intra-abdominal, como tosse e/ou manobra de Valsalva, para que aconteça e seja reparado perda involuntária de urina, gases e/ou fezes (classificando em teste de esforço negativo ou positivo), a mobilidade perineal (períneo excessivamente móvel quase sempre é relacionado a *ballooning* hiatal) e o descimento dos órgãos pélvicos. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL; 2018).

Além de que, nesse período, é comum as mulheres mostram-se com baixo volume vesical (prática de esvaziamento vesical antes da consulta) sendo possível atrapalhando na avaliação da “perda urinária ao esforço”. É fundamental verificar se no decorrer das manobras há aumento de pressão abdominal tendo contração reflexa dos MAP (visualizada pelo movimento para dentro e para cima), mostrando que o reflexo de contração está mantido. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

A última parte da inspeção é analisar a contração dos MAP, ela é feita de acordo com o comando verbal do fisioterapeuta, para que isso aconteça, pede-se a mulher que execute a contração muscular como se fosse suspender o jato urinário, a observação da movimentação certa é permitida pela elevação do ânus em direção ao púbis, obstruindo o introito vaginal. No decorrer da contração dos MAP, é preciso visualizar se a paciente comete apneia inspiratória ou se contrai outros músculos (abdominais, adutores e glúteos), visto que esses costumes necessitam ser desestimuladas pelo exercício de contração dos MAP de forma separada e durante a fase expiratória. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

## PALPAÇÃO

Na palpação, irão ser detectados alguns achados mencionados na inspeção vulvar serão validados, e os demais sinais ligados à função dos MAP notadamente avaliados. Durante essa fase, o profissional precisa colocar luvas descartáveis para o manejo da genitália da mulher, sem a obrigação de serem estéreis, visto que a região vaginal contém flora bacteriana própria, viabilizando a utilização de luvas no método. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).



Primeiro, serão examinados os reflexos clitoriano (bulboesponjoso) e anal (cutâneo-anal) com o contato sutil no clitóris e no esfíncter anal externo (no sentido laterolateral), na devida ordem. Com o reflexo mantido, serão vistos a ereção do clitóris e a contração simétrica de todo o esfíncter anal. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

Logo após a palpação digital dos MAP necessita ser inseridos os dedos indicador e/ou médio (uni ou bidigital) na concavidade vaginal, até a falange média (4 a 6 cm do introito vaginal). É essencial a utilização de lubrificantes (gel à base de água), notando-se que auxilia a colocação dos dedos do terapeuta, ocasionando conforto à paciente. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

A Avaliação funcional do assoalho pélvico se dá por meio de escalas que são eficazes para a classificação de contração dos MAP, a mais usada é a escala de Oxford modificada e Laycock *et al.* onde propõe o método PERFECT de avaliação, onde cada letra caracteriza uma fase realizada isoladamente (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018):

- P (*power ou pressure*): avaliação da contração ou da pressão muscular, segundo a escala de Oxford modificada. Idealmente, é interessante realizar essa avaliação três vezes, para que se possa tirar uma média, pois, na maioria dos casos, essa contração é uma experiência nova para a paciente e as primeiras contrações podem ser pouco eficazes;

- E (*endurance*): avaliação do tempo em que a paciente consegue manter a contração muscular vista inicialmente. Por exemplo, se a paciente obteve uma força 3 na avaliação, neste momento avaliam-se quantos segundos ela consegue manter essa força. Assim que se observa sua diminuição, o tempo é desconsiderado. Para a avaliação prática, recomenda-se não exceder o tempo máximo de 10s;

- R (*repetition*): avaliação da capacidade de repetição do valor obtido no “E” com o grau atingido no “P”. Esse tempo de contração deve ser repetido até o limite da paciente, com tempo de repouso de 4 s entre elas. Consideram-se 10 contrações sustentadas um bom número de repetições;

- F (*fast*): número de contrações rápidas. Após 1 min de repouso, a paciente é orientada a realizar quantas contrações rápidas e fortes for capaz com a duração de 1 s seguidas de um relaxamento de 1 s mantendo a intensidade do “P”. Consideram-se 10 repetições suficientes para uma boa avaliação;



•ECT (*every contraction timed*): no passado, essa etapa buscava apenas lembrar ao fisioterapeuta que a sequência de eventos descrita anteriormente deveria sempre ser registrada, contudo novas propostas para essa sigla vêm sendo oferecidas;

**Figura 1** - Escala de Oxford Modificada

GRAU DE FORÇA	ESCALA DE OXFORD MODIFICADA
0	Ausência de resposta muscular
1	Esboço de contração não-sustentada
2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta
3	Contração moderada, sentida como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal
4	Contração satisfatória, a que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica
5	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

**Fonte:** PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018

## DIÁRIO MICCIONAL OU GRAFICO DE FREQUENCIA/VOLUME VESICAL

É um recurso não invasivo, necessário ser prescrito para todos os pacientes com sintomas do trato urinário inferior. Proporciona um método de avaliação “objetiva” de conclusão de tratamentos clínicos e cirúrgicos, através da comparação dos dados coletados antes e depois da intervenção. O diário miccional é adequado para diagnóstico clínico da hiperatividade vesical. (BARACHO, 2018).

A paciente deve marcar ao longo de 1 a 3 dias o horário de cada micção, a quantidade de urina eliminada, e ocorrências de incontinência ou algum demais sintoma urinário e em casos de ingestão de líquido registrar seu volume. Através dessas anotações, serão colhidos o débito urinário de 24 h, o número de micções diárias capacidade vesical funcional (maior volume eliminado) e o volume médio eliminado. Os valores de referências adotados são: débito urinário de 24 h de 1.500 a 2.500 mL, volume médio eliminado de 250 mL, capacidade funcional de 400 a 600 mL e até 7 a 8 micções por dia (BARACHO, 2018).

## TESTE DO ABSORVENTE

O teste do absorvente é estabelecido pela ICS na avaliação e comparação de conclusão do tratamento da IU através da avaliação objetiva das perdas urinárias. A paciente coloca 2

absorventes durante 24 ou 48, sem modificações da atividade diária, em seguida esses absorventes são examinados. O teste é positivo no momento que a pesagem de todos os absorventes usados é maior ou igual a 1,3 g em 24 h, segundo a ICS. Porém, seguimos o valor igual ou maior que 4 g depois de analisar a população brasileira. (BARACHO, 2018).

## ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

De acordo com os dados divulgados recentemente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que a expectativa de vida dos idosos está cada vez maior, com a conclusão do IBGE, o Brasil passará dos atuais 8,6% de idosos para 13% em 2020, podendo chegar a 20% da população em 2050. Diante da crescente expectativa de vida dos idosos, essa pesquisa tem o interesse de demonstrar e empenhar-se ao processo de envelhecimento, desmitificando o contexto de envelhecimento (IBGE, 2020).

Precisamos antes de tudo, distinguir a conceituação de velhice e envelhecimento. O envelhecimento quer dizer um processo que se apresenta como inseparável da condição humana, ou seja, o envelhecer não é apenas um momento na vida do indivíduo, ele acontece desde o momento em que viemos ao mundo. Já a velhice é o estado do indivíduo com idade avançada que sofreu o resultado do processo de envelhecer (MESSY; BEAUVOIR, 1999).

678

A partir destas definições, percebe-se que a velhice, embora caracterizada pela existência das alterações físicas, sua essência transcende este aspecto, devendo ser considerados seus fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos, entre outros. Dessa forma, o idoso deve ser visto como sujeito capaz de construir sua própria história, acumulando vivências e experiências das várias etapas da vida (OLIVEIRA; GRACIA, 2011).

Sabe-se que nesse processo natural de envelhecimento perpassa por alterações físicas e psicossociais, que vão desde manchas e modificações na pele até as alterações genitourinárias, reprodutivas e sexuais, que transformam todo o padrão fisiológico e alteram as atividades sociais realizadas pelos idosos. Entre as manifestações geriátricas está a *Incontinência Urinária (IU)*, apontada como uma das disfunções mais corriqueiras e indispensáveis no domínio geriátrico. A IU entre idosos é um dos sintomas mais habituais e é muitas vezes inadequadamente entendido como parte natural do envelhecimento. (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

Essas alterações são inerentes ao envelhecimento natural, impactando drasticamente na qualidade de vida dos idosos, havendo isolamento social relacionado ao medo de urinar

involuntariamente em locais públicos, ocorrendo assim constrangimento e restrições de atividades da vida diária, gerando sentimento de baixa autoestima, interferindo nas relações pessoais e nas tarefas domésticas.

Apesar de a incontinência urinária não ser consequência natural do processo de envelhecimento, modificações do trato urinário relacionado à idade influencia as pessoas idosas à incontinência com o aumento da idade, a capacidade vesical diminui, aumentando assim as contrações involuntárias e, em especial para as mulheres, a redução fisiológica do estrogênio contribui significativamente para a diminuição do tônus muscular. Essas alterações fisiológicas acarretam alguns distúrbios urinários, incluindo a incontinência e a infecção. (CESTÁRI et. al., 2017).

Estudos revelaram que as evidências da incontinência urinária em idoso pode variar de 8 a 34%<sup>2</sup>. Essa prevalência pode ser relativamente explicada por meio dos diferentes tipos de questionários, pelas amostras populacionais distintas, pela falta de uniformização nas definições, pelo desconhecimento da história natural da incontinência urinária. (REIS, et. al., 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a qualidade de vida (QV) como uma forma de percepção individual em vinculação à própria posição na vida não estabelecido no contexto cultural e sistema de valores na qual o indivíduo vive, e em correlação aos seus intuítos, perspectivas, metas e preocupações/ interesses. Esta idealização positiva de saúde enfatiza os recursos humanos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas do indivíduo. (PAIS-RIBEIRO, 2009).

A IU pode comprometer a QV, daí a relevância em avaliar as repercussões causadas a IU está vinculada a saúde, autonomia, relacionamentos pessoais, estabilidade financeira e a vida ativa em geral. (ABREU, 2007).

De fato, ocorre na maioria das vezes, um constrangimento na mulher idosa de que as outras pessoas percebam o odor da urina, podendo contribuir para o isolamento social e consequente comprometimento psicológico. Há evidências de que os incontinentes, em especial os idosos, experimentam sentimentos de solidão, tristeza, depressão muito expressivos. (ABREU, 2007).

Os tipos de incontinência mais comuns que afetam, e causam maiores impactos na QV da mulher idosa conforme a literatura e pesquisas divulgadas a este respeito são: incontinência

urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM). (DEDICAÇÃO et al., 2009).

A IU desempenha vários efeitos com relação às atividades diárias, interações sociais e concepção própria de saúde. Na maioria das vezes o problema está ligado /relacionada ao bem-estar sociais e mentais inclusive problemas sexuais, isolamento social, baixa autoestima e depressão comprometendo de maneira considerável a qualidade de vida, com implicações psicológicas, físicas, profissionais, sexuais e sociais. (DEDICAÇÃO et al., 2009).

## TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO NA INCONTINENCIA URINARIA

A fisioterapia atua de maneira significativa e fundamental no tratamento e prevenção da IU, ela coopera para a reiteração do paciente portador de incontinência urinaria, por diversas técnicas como, cinesioterapia, *biofeedback*, eletroestimulação, reeducação comportamental e exercícios de Kegel. A fisioterapia por mostrar que é um método conservador de primeira linha terapêutica da incontinência urinária (IU), na qual vem alcançando espaço especialmente entre mulheres incontinentes. Por ser um tratamento conservador, a fisioterapia vem conquistando destaque, visto que se, desenvolve um tratamento não invasivo, seguro, com mínimos efeitos colaterais e com custo relativamente baixo em comparação aos tratamentos cirúrgicos. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

680

## CINESIOTERAPIA

A base essencial dos métodos fisioterapêuticos aplicados no tratamento de mulheres incontinentes corresponde com estratégias que atuam na conquista da consciência de contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP) no decorrer o processo de reabilitação. Além da cinesioterapia, aplicada para o treinamento dos MAP, existem outros mecanismos utilizáveis, como eletroterapia e terapia comportamental, adequados para intensificar ou/ tendo importância no destaque para o resultado do tratamento fisioterapêutico. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

A cinesioterapia é o artifício mais utilizado pelo fisioterapeuta na reabilitação e na prevenção das disfunções uroginecológicas, foi referida e estudada por Kegel, que indicava os exercícios de contração dos MAP para melhorar a incontinência urinária de esforço (IUE), atingindo ótimos resultados (70% das mulheres tratadas exibiram melhora). A cinesioterapia compreende não unicamente de exercícios específicos para os MAP (“treinamento dos

músculos do assoalho pélvico – TMAP”), mas também conduz exercícios para outros grupos musculares que abrangem a pelve e que agem na estabilidade postural (abdominais, diafragma respiratório, glúteos, eretores da coluna, multifídios entre outros), aperfeiçoando ou restaurando a funcionalidade dos MAP. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

As técnicas de cinesioterapia aplicada a musculatura do assoalho pélvico têm como finalidade aperfeiçoar a força de contração das fibras musculares através da execução de exercícios. No entanto em um estudo observa que 30% das mulheres não são capazes contrair e exercitar corretamente os músculos do assoalho pélvico, portanto se preconiza o fortalecimento dos músculos abdominais, glúteos, e os abdutores, precisam permanecer em repouso ou em contração continua para de evitar contração conjunta do assoalho pélvico, sendo assim é importante que o fisioterapeuta ao iniciar o tratamento utilizar o comando verbal correto para que a paciente adquira conscientização da região (NOLASCO, et al., 2008).

A cinesioterapia tem objetivo importante que pode ser alcançada por meios de práticas de exercício terapêutico, melhora ou a sustentação da força, sendo habilidade que um musculo ou um grupo muscular possui para melhorar a tensão e força resultantes do esforço máximo, tanto dinâmico quanto estático. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

O fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico em termos gerais está relacionado basicamente na realização dos exercícios de Kegel que tem como escopo exercitar a musculatura, no que se alega o tratamento de hipotonia do assoalho pélvico através de formas de contrair, manter e relaxar os músculos do assoalho pélvico. (NOLASCO, et al., 2008).

Os exercícios de contração dos MAP têm o propósito de proporcionar maior suporte uretral, o que proporciona o aumento da oclusão uretral (ação esfínteriana ao redor da uretra), impedindo a perda urinária e favorece o suporte dos órgãos pélvicos. Além disso estimula a circulação local, reeducar e hipertrofiar os MAP e colabora para a atividade sexual (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

O treinamento muscular dos MAP, beneficia as mulheres com síndrome da bexiga hiperativa (BH) e hiperatividade do detrusor, através do mecanismo do reflexo de Mahony e como efeito acontece a inibição do detrusor. Além disso, o TMAP favorece as mulheres com IU, mesmo sem apresentar fraqueza muscular, situações na quais o TMAP agiria com o intuito de aprimorar a função global dos MAP, favorecendo o exercício de contração e relaxamento dos MAP (SIVA E PINTO; MARQUES; AMARAL, 2018).

## BIOFEEDBACK

Incluído no tratamento conservado está o treinamento do controle motor assistido com *biofeedback*, uma das alternativas de tratamento de primeira linha para/ o tratamento da IU. É um instrumento muito utilizado para avaliar os efeitos fisiológicos e as condições físicas onde o paciente não apresenta conhecimento, fornecendo uma informação imediata. Após essa informação leva a um controle voluntário das funções, muitas mulheres não apresentam propriocepção em região urogenital, sendo incapaz de contrair de forma correta os músculos do assoalho pélvico, *biofeedback* é um método eficaz ajuda na reeducação da região proporcionando fortalecimento do assoalho. Ajudando o paciente a se autoconhecer e obter controle das contrações involuntárias do assoalho pélvico. por ser um recurso utilizado em conjunto com o TMAP, com a capacidade diferencial de demonstrar o recrutamento muscular às próprias pacientes (BARACHO, 2018).

O *biofeedback* tem uma função importante, contribui no tratamento das disfunções neuromusculares, acrescentando nos procedimentos de TMAP de estratégia como a reeducar, favorecendo consciência sobre o treinamento muscular e a função fisiológica inconsciente, dissociando grupos musculares acessórios. Há dois tipos de *biofeedback* os manométricos ou eletromiográfico. (BARACHO, 2018).

O *biofeedback* manométrico é constituído por uma sonda vaginal inflável, de látex, na qual tem contato com a parede vaginal da paciente, viabiliza o alcance de elementos referentes à percepção dos níveis pressóricos no interior da sonda vaginal. O eletromiográfico vem junto com sensor de eletromiografia de superfície, eletrodo terra e monitor de vídeo, que, vinculado ao músculo, desenvolve reação fisiológica e a transforma em informações relevantes visuais e/ou acústicas. (BARACHO, 2018).

O aparelho *biofeedback* contribui no TMAP, conseguem produzir parâmetros como: tipo de contração a ser estimulada (rápida ou sustentada), número de repetições, tempo de duração da contração e intervalo de relaxamento, intensidade da contração (contração voluntária máxima, submáxima, são capazes ainda de estipular a proporção de contração desejada), frequência (número de contrações diárias) e adequação à postura indicada para realização dos exercícios. (BARACHO, 2018).

## ELETROESTIMULAÇÃO

A eletroestimulação é utilizada para propiciar a contração passiva da musculatura perineal. Podem-se utilizar eletrodos intracavitários (endovaginais ou endorretais), de superfície (transcutâneo, posicionados na região sacral, perineal ou no trajeto do nervo tibial), com auxílio de agulha (percutâneo, normalmente utilizado nos nervos sacrais ou no trajeto do nervo tibial) e até mesmo de eletrodos implantáveis, conectados com um gerador de impulsos elétricos, promovendo a contração perineal, isso faz com que diminua a atividade do detrusor e reforça essa musculatura. (BARACHO, 2018).

A onda elétrica mais usada é a pulsada, bifásica, assimétrica, balanceada, de pulso retangular, assim sendo despolarizada. O modo de ação dessa corrente muda de acordo com cada tipo de IU e as estruturas ficarem organizadas (assoalho pélvico ou detrusor, sistema nervoso central ou periférico). Baseado nisso, a eletroestimulação, tem a finalidade de executar o trabalho muscular e inibir o detrusor por neuromodulação vesical. (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

## CONES VAGINAIS

Os cones vaginais são utilizados para oferecer resistência aos músculos que formam o assoalho pélvico, tem por objetivo de restaurar as fibras musculares, em especial as fibras do tipo I (fibras de contração lenta), podem ser utilizados durante a execução de exercícios cinesioterapêuticos e caminhadas. Os cones estimulam as contrações voluntárias e involuntárias dos músculos elevadores do ânus, o cone é introduzido no canal da vagina, que tende ocasionar a sensação de deslizamento, sensação de perda essa sensação estabelece um vigoroso biofeedback tátil, fazendo com que o assoalho pélvico a se contrair de forma reflexa na tentativa de evitar o deslizamento (BARACHO, 2018).

Os cones vaginais fortalecem os músculos do assoalho pélvico pela resistência, promove propriocepção aumentando a motivação, e evitam contrações excessivas indesejáveis de abdominais e glúteos. É recomendado o uso dos cones durante as atividades diárias ativa da mulher. Os cones são em número de cinco a nove, e contêm volumes, formas e pesos diferentes, conforme o fabricante. Os comercializados no Brasil são em número de cinco e diferenciam de 25 a 65 g. São conhecidos com *feedback* tátil e cinestésico por possibilitarem a retroalimentação da paciente, à medida que recrutam progressivamente suas fibras musculares, dessa forma, intensifica a atividade de contração (BARACHO, 2018).



## TERAPIA COMPORTAMENTAL

A terapia-comportamental é uma associação de técnicas cuja base é a ideia de que os pacientes com IU podem ser educadas sobre a condição e podem desenvolver estratégias para minimizar ou eliminar as perdas urinárias. Entre as principais técnicas citam-se o treinamento vesical, a ingestão hídrica controlada, esvaziamento programado, diário miccional, educação sobre o trato urinário, orientação alimentares e cinesioterapia. Pode-se utilizar um programa intenso de fisioterapia com avaliação urodinâmica e radiológicas pré e pós-tratamento. Há necessidade de retreinar os músculos do assoalho pélvico e os esfíncteres (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

Esse planejamento proporciona a paciente, uma conexão com o próprio corpo, melhorando o tratamento. Pacientes que desenvolvem episódios de urgência e urgeincontinência têm prescrição à TV (terapia vesical) e o modo de inibição reflexa ou urgeinibição. Esse método resulta na ativação dos reflexos miccionais, que provocam a inibição da contração vesical, através da contração dos MAP. Desse modo, a paciente precisa ser instruída a praticar a contração muscular e ignorar o desejo urinário durante esse momento, direcionando-se ao banheiro assim que o desejo passar (PINTO E SILVA; MARQUES; AMARAL, 2018).

684

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento fisioterápico é um recurso promissor nas disfunções causadas pela incontinência urinária oferecendo resultados positivos da reabilitação do assoalho pélvico. Portanto sabemos que a fisioterapia tem uma enorme importância no tratamento conservadores relacionados a (IU). As principais disfunções do assoalho pélvico estão associadas com enfraquecimento dos músculos como a incontinência urinária.

Com passar dos anos o ser humano se torna suscetível ao envelhecimento que é um processo natural e fisiológico, conforme a evolução desse processo as capacidades vão diminuindo, por exemplo; diminuição da capacidade vesical, contribuindo pra contrações involuntárias, diminuição do nível de estrogênio contribui pra a redução do tônus muscular do assoalho pélvico essas, portanto, essas alterações fisiológicas levam alguns distúrbios urinários, como incontinência urinária e infecções sendo que essas patologias são responsáveis por gerar transtornos na qualidade vida no idoso.

Este presente estudo permitiu concluir que a fisioterapia é uma forma de tratamento conservador, com diversas opções de equipamentos e protocolos, que vem se mostrando eficaz na diminuição da sintomatologia da, no ganho de força nos MAP, na melhora da qualidade de vida e autoestima da mulher, além da importante de atuação na prevenção da incontinência urinária, promovendo uma melhor conscientização corporal e perineal, propriocepção perineal, reeducação vesical e da musculatura do assoalho pélvico, bem como melhora do tônus muscular perineal.

Compreende -se que os métodos fisioterapêuticos no tratamento da IU têm a missão tanto na prevenção e tratamento ativo na qual a patologia está instalada, envolvem uroterapia, treinamento muscular do assoalho pélvico eletroestimulação e *biofeedback*, além de outros recursos que serão adicionados de acordo com o tipo de incontinência e sintomas do paciente, visando sempre a funcionalidade e promovendo qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ABREU, N.S; et al. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v.II. n.6. 429-436 - Nov/dez -2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbfis/viIn6/viIn6ao3.pdf>. Acesso em: 16 de maio.2021.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**: 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2018.

CESTARI, C. E., et al. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina** - Número 7. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). 2017 jan. - jul. (p. 27-37). Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1773>. Acesso em: 17 de maio 2021

DEDICAÇÃO, A.C., et al. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Rev Bras Fisioter** 2009; 13(2): 116-22. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n2/aop012\\_09.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n2/aop012_09.pdf). Acesso em :17 de maio. 2021

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018**. 2020 Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018.html>. Acesso em: 17 de maio 2021

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe**. Uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph, 1999.

NOLASCO, J.; et. al. Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: Revisão bibliográfica. **Revista Digital Buenos Aires**. 2008;12(117):1-10.

Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd117/fortalecimento-muscular-do-assoalho-pelvico-feminino.htm>. Acesso em: 18 de maio 2021

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. **Rev. Bras.Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro. v., n., p. 343-351, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n2/v14n2a14.pdf>. Acesso em: 17 de maio.2020

PAIS-RIBEIRO, J. (2009). **A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde**. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), Bem-estar e qualidade de vida (pp.31-49). Alcochete, Portugal. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/285367775\\_A\\_Importancia\\_da\\_Qualidade\\_de\\_Vida\\_para\\_a\\_Psicologia\\_da\\_Saude\\_The\\_importance\\_of\\_Quality\\_of\\_life\\_to\\_Health\\_Psychology](https://www.researchgate.net/publication/285367775_A_Importancia_da_Qualidade_de_Vida_para_a_Psicologia_da_Saude_The_importance_of_Quality_of_life_to_Health_Psychology). Acesso em: 16 de maio 2021

PINTO E SILVA, M. P.; MARQUES, A. A.; AMARAL, M. T. P.; **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**: 2. ed. -Rio de Janeiro: Roca, 2018

REIS, R. B. et al. **Incontinência Urinária no Idoso**. Acta Cirúrgica Brasileira. v. 18, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acb/a/JqVGTGKvG7Xp6JPfMqnvJ6q/>. Acesso em: 16 de maio 2021