

# INCONTINÊNCIA URINÁRIA

## TRATAMENTO CONSERVADOR

WALDIR PEREIRA MODOTTE

*Professor do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Londrina — UEL.*

ELIANE CRISTINA HILBERATH MOREIRA

*Professora do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Medicina de Londrina — UEL.*

ANGÉLICA MÉRCIA PASCON

*Fisioterapeuta do Instituto de Atendimento à Mulher de Assis, São Paulo.*

ROGÉRIO DIAS

*Professor do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu — Unesp.*

CLEUSA PASCOTINI

*Professora do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Londrina — UEL.*

CARLOS IZAIAS SARTORÃO FILHO

*Médico do Instituto de Atendimento à Mulher de Assis, São Paulo.*

MARIA ANGÉLICA BRAGA

*Médica do Instituto de Atendimento à Mulher de Assis, São Paulo.*

### RESUMO

*A incontinência urinária é discutida em uma abordagem mais coerente e parcimoniosa, chegando a um diagnóstico mais preciso. O tratamento conservador da incontinência urinária é proposto nas suas diferentes modalidades.*

### INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) na mulher é um evento muito comum e não implica necessariamente em significado patológico. A IU apresenta um impacto negativo na qualidade de vida de muitas mulheres. Muitas mulheres padecem silenciosas, devido ao fato de acharem

a incontinência um processo normal do envelhecimento e, também, ao desconhecimento de opções não-cirúrgicas de tratamento. A IU tende, muitas vezes, a marginalizar a paciente de seu convívio social. Isto leva a graves conseqüências psicossociais.

### DEFINIÇÃO

A IU é definida como a perda involuntária de urina, em quantidade suficiente para levar a conseqüências higiênicas e(ou) sociais. Segundo a Sociedade Internacional de Continência, a IU é definida como “uma condição em que a perda involuntária de urina causa um problema higiênico ou social e é objetivamente demonstrável” (International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology).

### PREVALÊNCIA

A prevalência da IU varia de acordo com a população e o método diagnóstico empregado, girando em torno de 10%. Esta tem relação direta com a paridade e idade de forma independente. Em mulheres idosas a IU varia de 30%-40% e atinge mais de 50% das pacientes institucionalizadas. Mais de 50% de nulíparas jovens reportam ocasionalmente perda urinária quando tosse, riem ou espirram. Apenas 1/6 de todas as mulheres gestantes experimentam perda urinária e, dessas, 1/6 não resolve sua incontinência no período pós-parto.

### DIAGNÓSTICO

Os passos para uma abordagem diagnóstica segura devem seguir um organograma rigoroso. Comentaremos os métodos utilizados para esse fim:

#### *Urinálise e cultura de urina*

Utilizado para avaliar a presença de cistite. O estudo urodinâmico não tem validade na presença de infecção do trato urinário.

#### *Diário miccional*

Constam informações referentes ao número de micções e volume, episódios de perda sem esforço, episódios de perda com urgência, urgência sem perda, troca de absor-

ventes ou fraldas, além de medir o volume de ingestão líquida. Como regra geral, a produção diária de urina deve estar entre 1.500 e 2.500ml, com média de volume miccional de 250ml, com capacidade funcional vesical de 400 a 600ml (volume vesical máximo) e com sete a oito episódios miccionais ao dia.

### Exame físico

O *status* estrogênico vaginal deve ser primeiramente avaliado, incluindo o *status* uretral. A avaliação do prolapso genital pode ser feita em posição supina ou ginecológica, ao repouso e ao esforço. Um exame neurológico detalhado deve seguir o exame ginecológico. Em pacientes que apresentam dificuldades para evacuação, o exame neurológico se torna mais importante. Inicialmente avalia-se o estado mental da paciente, determinando a capacidade de memória recente e passada, orientação, capacidade para cálculo, compreensão e conhecimento geral. O exame dos pares cranianos pode ser omitido, a menos que haja história prévia de envolvimento dos mesmos. Na suspeita de esclerose múltipla, a função cerebral deve ser testada. A força muscular deve ser testada e graduada em cinco pontos. Os grupos musculares devem ser inspecionados com relação à atrofia e fasciculação. Reflexos tendinosos profundos são avaliados para determinar a hiper-reflexia (indicativo de lesão supranuclear) ou resposta assimétrica. Para avaliação da função sensorial deve-se avaliar vários territórios espinais, usando-se dor, temperatura, posição, vibração, toques sutil e hostil. Finalmente para avaliar a integridade da resposta neurológica sacral, o exame é orientado para as estruturas urológicas:

*Reflexo anal* — Excitado por uma pinçada na pele, lateral ao ânus.

*Reflexo bulbocavernoso* — Excitado pela massagem sutil no clitóris.

*Reflexo da tosse* — Produz uma contração do assoalho pélvico em resposta a respiração profunda e tosse.

### Exame uroginecológico

*"Stress" teste (teste de esforço)* — Com a bexiga cheia a paciente é solicitada a realizar manobras provocativas como tossir, manobra de esforço ou qualquer evento que aumente a pressão intra-abdominal. Esse exame deve ser realizado tanto em posição supina quanto em posição ginecológica. O propósito desse teste é documentar qualquer perda urinária associada com essas manobras.

*"Q-tip test" (teste do cotonete)* — Utilizado para medir o grau de mobilidade da junção uretrovesical. Esse teste é realizado introduzindo um cotonete esterilizado na uretra acima do nível do colo vesical (confirmado pela perda de resistência). Medem-se os ângulos, em relação ao plano horizontal, tanto em repouso como ao esforço. Uma diferença acima de 30 graus (teste positivo) ou ângulo de

repouso maior do que 45 graus é significativo de aumento na mobilidade da junção uretrovesical. Sua principal utilidade é a seleção para o procedimento.

*"Ped test" (teste do absorvente)* — Utilizado para determinar a presença de IU durante uma hora de teste com absorvente. A paciente ingere um volume conhecido de água e submete-se a uma rotina de exercícios provocativos (caminhar, tossir, correr, lavar as mãos, etc.). Após o exame, o absorvente é pesado e subtraído do seu peso original. Qualquer perda acima de 2g é caracterizada como IU. Perdas acima de 10g são de maior gravidade.

*Medida do volume residual* — É imperativa a realização da medida do volume residual pós-miccional antes da decisão para o tratamento cirúrgico. Ele deve ser menor que 50ml ou 1/4 do volume miccional total. Se a paciente apresenta aumento importante do volume residual, isto indica pobre contratilidade da bexiga. Então, ela será uma forte candidata a problemas de retenção urinária após a cirurgia.

*Estudo urodinâmico* — Compreende a urofluxometria, a cistometria e o perfil pressórico uretral. Importante para o diagnóstico diferencial de IU de urgência (motora ou sensorial) e IU de esforço (ou genuína), além de determinar os tipos de IU de esforço. Pacientes com IU devem ser investigadas quanto à presença de contrações não-inibidas, pressão de perda (*leak point pressure*), pressão de fechamento uretral e padrão de fluxo urinário. Nos dias de hoje, vivemos um avanço tecnológico importante com medidas funcionais importantes, porém, com frequência, avaliamos pacientes operadas sem um diagnóstico preciso e com recidiva da sintomatologia. O estudo urodinâmico é um teste importante no diagnóstico da IU.

*Cistoscopia* — Importante no diagnóstico dos processos irritativos e em pacientes que apresentam problemas pós-cirúrgicos. A uretra é inspecionada durante a introdução do uretrocópio na procura de alterações de coloração, eritema e exsudatos das glândulas suburetrais. Em algumas pacientes um divertículo suburetral pode ser encontrado. O colo vesical deve ser cuidadosamente inspecionado. Após, os meatos ureterais devem ser pesquisados quanto a sua posição e funcionalidade, além de determinar anatomicamente o triângulo da bexiga. Finalmente, toda a bexiga deve ser inspecionada como rotina sistemática, à procura de qualquer anormalidade grosseira. Pode também, ao término do exame, realizar uretrocopia dinâmica. Solicita-se à paciente que realize manobras de esforço e tentativa de interrupção do jato de urina. Visualiza-se então o fechamento da uretra ao nível do colo vesical.

## TRATAMENTO CONSERVADOR

O tratamento conservador na IU vem assumindo novas proporções nos últimos tempos, à medida que o tratamento cirúrgico não apresenta taxas de sucesso dentro da

expectativa da paciente. Ele é de extrema importância, porque consegue atingir taxas de cura e(ou) melhora entre 50%-60%. O tratamento cirúrgico ficou então restrito aos casos que não responderam ao tratamento conservador. Nas modalidades onde o tratamento conservador tem resultados, ele deve sempre ser exposto à paciente, para que a mesma possa analisar suas reais possibilidades de cura e(ou) melhora e engajar-se no tratamento escolhido. Para o tratamento conservador a paciente deve ter boa disposição para o método, pois requer um tempo mais prolongado para a cura e(ou) melhora, e depende do engajamento da mesma.

### *Modalidades do tratamento conservador*

*Modificação de comportamento* — As orientações dadas à paciente com IU são um fator básico para o tratamento. Elas devem ser realizadas pelo médico ou fisioterapeuta, ou qualquer profissional envolvido na reabilitação da paciente.

A dieta alimentar deve ser modificada sempre que a paciente apresentar constipação intestinal. Dificuldades para a evacuação habitualmente elevam a pressão intra-abdominal, conseqüentemente com piora do afrouxamento do assoalho pélvico. A paciente não deve restringir a ingestão de líquidos.

A partir da avaliação do diário miccional, modificações podem ser feitas no intuito de diminuir as perdas urinárias. Deve-se orientar a paciente para manter o volume urinário baixo na bexiga. Através de uma avaliação criteriosa, várias sugestões podem ser feitas à medida que se conheça melhor os hábitos da paciente.

Atenção especial deve ser dada ao volume residual. A persistência de volume residual pode levar a quadros repetidos de infecção urinária baixa. Deve-se orientar a paciente para permanecer no vaso sanitário após a micção habitual e forçar a eliminação do volume retido.

Finalmente, a paciente não deve limitar suas atividades sociais ou profissionais. É importante que o médico conheça as diversas modalidades alternativas disponíveis para sua paciente.

*Tratamento clínico medicamentoso* — Na abordagem diagnóstica podemos selecionar casos específicos que respondem bem ao medicamento. Pacientes com contração não-inibida do detrusor são candidatas ao tratamento com inibidores dessa musculatura. Os antidepressivos tricíclicos são também utilizados para pacientes com IU de esforço, com resultados bons em alguns casos selecionados.

*Tratamento fisioterápico* — A avaliação fisioterápica deve pesquisar os componentes físicos envolvidos no processo da IU e tomar medidas terapêuticas para devolver a função normal da micção.

### *Avaliação fisioterápica*

*Tônus vaginal* — Através do toque bidigital (dedos indicador e médio) avalia-se o grau do tônus vaginal, classificando-o de I a V (Quadro 1).

*Perineômetro* — É um equipamento para medir o trabalho muscular dos músculos elevadores do ânus. Introduce-se sua haste de látex na vagina e solicita-se uma contração voluntária e mantida da vagina.

*"Ped test"* — Já descrito anteriormente.

### *Tratamento fisioterápico*

*Modificação de comportamento* — Reforço das orientações de modificação do comportamento e sugestões e(ou) soluções para as possíveis situações apresentadas.

*Exercícios de Kegel* — É uma modalidade terapêutica que utiliza contrações voluntárias dos músculos perineais, que são trabalhados diariamente, várias vezes ao dia. A proporcção desse agrupamento muscular é de fundamental importância para o resultado terapêutico.

*Exercícios de fortalecimento da musculatura acessória e do assoalho pélvico* — Exercícios monitorados que envolvem os seguintes grupos musculares: glúteos máximo, médio e mínimo, obturador interno, piriforme, pubococígeo, ileococígeo, cocígeo, ligamento largo, diafragma pélvico, reto abdominal, oblíquos interno e externo, adutor e abductor da coxa.

*Cones vaginais* — São utilizados cones confeccionados em material plástico lavável, contendo um fio na extremidade para facilitar a remoção. Os cones são em número de cinco e apresentam pesos diferenciados, apesar de mostrarem o mesmo tamanho. A paciente inicia os exercícios com o cone subsequente ao cone, que mantém-se por mais de um minuto no interior da vagina (considerado o cone com força gravitacional menor que a força muscular mínima). Os exercícios são realizados duas vezes ao dia, por 15 minutos, até que a paciente consiga permanecer mais de três dias sem a perda do cone, onde segue-se para o cone subsequente (de maior peso).

*Eletroterapia ou estimulação elétrica* — Na eletroterapia tanto o tipo de corrente quanto a voltagem são controlados e isto é fundamental para a eficiência terapêutica e suas alterações nos tecidos nervoso e muscular. As correntes utilizadas como modalidade terapêutica são: contínuas, pulsadas e alternadas. Para a IU a corrente mais adequada é a alternada. Para essa modalidade, as variáveis amplitude, pulso e tempo são controladas. Para a estimulação do assoalho pélvico utiliza-se uma corrente em forma de onda simétrica e bifásica, representada graficamente pelo Quadro 2. Essa possui menor potencial de fadiga muscular, além de não ocasionar queimaduras, irritações, sendo bem tolerável pela paciente. Na estimulação do assoalho pélvico, são utilizados parâmetros variáveis como:

— Frequência de estímulo: 10-5-0 hertz.

— Duração do pulso: 1 a 3ms.

— Ciclo: 1:2 ou 1:1.

— Amplitude: Varia de paciente para paciente e de sessão para sessão.

Quadro 1 — Ficha de avaliação fisioterápica utilizada no Instituto de Atendimento à Mulher

**Avaliação fisioterápica — Incontinência urinária**

**Dados pessoais**

Nome \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Data avaliação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Atendimento \_\_\_\_\_  
 Data de nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Est. civil \_\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_ Atua \_\_\_\_\_ Outra \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
 Est. \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Antecedentes pessoais**

Peso \_\_\_\_\_ kg Altura \_\_\_\_\_  
 Partos (\_\_\_\_) Cesáreas (\_\_\_\_) Abortos (\_\_\_\_) Gestações total (\_\_\_\_)  
 Intestino — Obstipado ( ) Solto ( ) Normal ( )  
 Menopausa ( ) Não ( ) Sim ( ) Data \_\_\_\_\_  
 Cirurgias anteriores \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Doenças associadas — Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Outras \_\_\_\_\_

**Medicações atuais** \_\_\_\_\_

**História clínica**

Data aproximada do início da IUE \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
 Processo desencadeante \_\_\_\_\_  
 Evolução da história \_\_\_\_\_

Infecções — Anteriores ( ) Repetições ( ) Atual ( )  
 Disúria ( ) Hematúria ( )  
 Cistocele — Não ( ) Sim ( ) Grau I ( ) Grau II ( ) Grau III ( )  
 Retocele — Não ( ) Sim ( ) Grau 1 ( ) Grau 2 ( ) Grau 3 ( )  
 Frequência miccional — Diurna — Nº máximo (\_\_\_\_) Mínimo (\_\_\_\_)  
 Noturna — Nº máximo (\_\_\_\_) Mínimo (\_\_\_\_)  
 Urgência miccional Não ( ) Sim ( )  
 IUE — Não ( ) Sim ( ) 0 — Pequeno (mudança de decúbito)  
 1 — Médio (riso, deambulação)  
 2 — Grande (tosse, espirro)

Troca de forros — Diurna (\_\_\_\_) Noturna (\_\_\_\_)  
 Grau de satisfação com a situação atual — ( ) Satisfeita ( ) Insatisfeita ( ) Indiferente

**Considerações**

**Dados urodinâmicos — Pré-tratamento — Considerar resultados médicos**

**Exame físico**

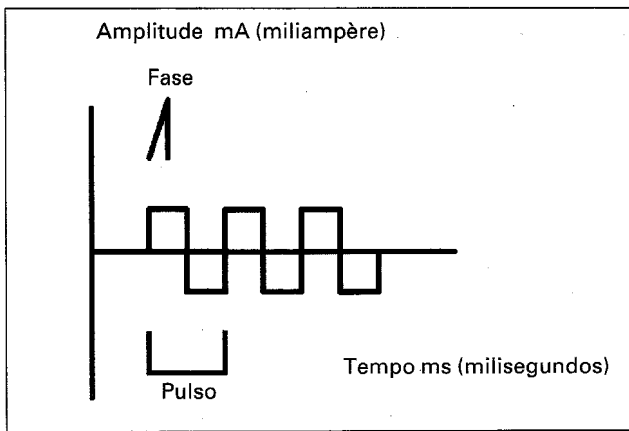
Tônus vaginal \_\_\_\_\_ Grau \_\_\_\_\_ Palpação \_\_\_\_\_  
 ( ) 0 Ausente  
 ( ) I Reconhecível  
 ( ) II Reconhecível  
 ( ) III Sem resistência  
 ( ) IV Resistência não-mantida  
 ( ) V Resistência mantida cinco segundos

Perineômetro — Pico \_\_\_\_\_ Tempo manutenção no pico \_\_\_\_\_ Tempo total \_\_\_\_\_  
 Ped Teste — Peso forro Antes \_\_\_\_\_ Após \_\_\_\_\_ Peso real de perda \_\_\_\_\_

**Tratamento conservador adotado:**

Data de início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cones 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) Não ( )  
 Orientações de conduta diária Sim ( ) Não ( )  
 Exercícios orientados Sim ( ) Não ( )  
 Exercícios com acompanhamento Sim ( ) Não ( )  
 Eletroestimulação Sim ( ) Não ( )  
 Perineômetro Sim ( ) Não ( )  
 Nível de aceitação ao tratamento conservador — Regular ( ) Bom ( ) Ótimo ( )

Quadro 2 — Gráfico demonstrativo da forma de corrente — amplitude x tempo



Amplitude = intensidade da corrente.  
Tempo = tempo de duração entre uma onda e outra.  
Pulso = tempo entre uma fase e outra.

A eficácia do tratamento depende da escolha do tipo do eletrodo, do tipo da onda, da amplitude selecionada, tipo de ciclos, pulsos e frequência previamente determinada. A eletroterapia apresenta resultados de cura ou melhora variando entre 60% e 90%, de acordo com a literatura pesquisada. A eletroterapia não deve ser utilizada nas pacientes grávidas ou com suspeita de gravidez, em pacientes com infecções vaginais, pacientes com perda da percepção sensorial, com história de retenção urinária, volume urinário maior que 200ml/s, infecção ativa do trato urinário, sangramento urogenital, arritmia cardíaca ou portadoras de marcapasso. A eletroterapia deve ser diária, com duração de 15 a 30 minutos. A média de tempo para o tratamento é de 14-16 semanas.

### CONCLUSÃO

O National Institute of Health e a Agency for Health Care Police recomendam, como regra geral, que o tratamento mais apropriado para a paciente é aquele menos invasivo ou perigoso, devendo ser a primeira escolha.

A IU foi, em passado recente, subestimada por muitos ginecologistas. Numa visão simplista todas as pacientes eram encaminhadas para correção cirúrgica, sem uma adequada avaliação pré-operatória. Negligenciaram-se as modalidades de diagnóstico e de tratamento conservador.

Conseqüentemente, muitas mulheres ainda perambulam por ambulatórios de incontinência, sem encontrar resposta para sua aflição. Uma abordagem mais criteriosa deve ser proposta para que o diagnóstico seja mais preciso, e se determine a melhor opção terapêutica.

### SUMMARY

*The urinary incontinence is discussed in approach more consistent and parsimony, getting an accurate diagnosis. The conservative therapy of urinary incontinence is proposed in different modalities.*

### REFERÊNCIAS

1. ABRAMS, P.; BLAIVAS, J.G. *et al.* — The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Incontinence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 115:5-10, 1988.
2. ACOG 45 ANNUAL CLINICAL MEETING — 120 Postgraduate Course (SS12) *Urogynecology*, 1997.
3. BERTUOL, M. — Abordagem diagnóstica inicial na paciente incontinente. *Femina*, 21(7): 699-708, 1993.
4. EMPI UROLOGIC — *The fundamentals of pelvic floor stimulation*. 800414 Ver B; Empi, Inc., 1994.
5. LEVY, J.S.; ROSENZWIG, B. *et al.* — *Urogynecology: evolution and treatment of urinary incontinence* (CD ROM — Interactive Medical Review). Corporate Technology Ventures and Omnia, Inc., 1995. Censo do IBGE, 1991.
6. PEARSON, B.D. & KELBER, S. — Urinary incontinence treatments, interventions and outcomes (see coments). *Clin. Nurse Spec.*, 10(4): 177-82, 1996.

Endereço para correspondência  
WALDIR PEREIRA MODOTTE  
Rua Nágila Jubran, 40 — Jardim Europa  
19800-000 — Assis-SP  
E-mail: iamulher@femane.com.br