

ARTIGO DE REVISÃO

Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço

Limiting factors in pelvic floor rehabilitation of patients with stress urinary incontinence

Mônica Faria Felicíssimo¹, Márcia Mendonça Carneiro¹, Elza Lúcia Baracho Lotti de Souza¹, Vitória Gomes Alipio¹, Márcia Rodrigues Costa Franco¹, Rafaela Grossi Oliveira e Silva¹, Agnaldo Lopes Silva Filho¹

RESUMO

A reabilitação da musculatura do assoalho pélvico tem sido preconizada por diversos autores como uma terapia de primeira linha para o tratamento da incontinência urinária de esforço. Apresenta vantagens por ser não invasiva, de baixo custo e sem efeitos colaterais. Porém, fatores como aderência, motivação, compreensão da terapia e deficiência esfinteriana podem interferir nos resultados dessa abordagem terapêutica. A fim de se conhecer o impacto dos fatores citados acima e se investigar o efeito de cada um destes na intervenção fisioterápica foi feita uma revisão da literatura.

PALAVRAS-CHAVE

incontinência urinária por estresse, assoalho pélvico, reabilitação

ABSTRACT

The rehabilitation of the pelvic floor muscles has been postulated by many authors as a first-line therapy for the treatment of stress urinary incontinence. It has advantages, such as being a non-invasive, low-cost therapy without side effects. However, factors such as adherence, motivation, therapy understanding and intrinsic sphincter deficiency can interfere with the results of this therapeutic approach. A literature review was carried out to understand the impact of aforementioned factors and investigate the effect of each one of them on the physical therapy intervention.

KEYWORDS

urinary incontinence, stress, pelvic floor, rehabilitation

¹ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina / UFMG - Agnaldo Lopes Silva Filho
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia - Belo Horizonte - MG - CEP 30130100
agsilva@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência define Incontinência Urinária (IU) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina.¹ A incontinência urinária é um problema comum que pode afetar mulheres de todas as idades. A prevalência de IU em mulheres de 15 a 64 anos varia de 10 a 30% e depende das características da população em estudo. Porém, mesmo com esta elevada prevalência, apenas um quarto das mulheres procura assistência em profissionais de saúde.²

Dentre os tipos de incontinência Urinária (IU), a incontinência urinária de esforço (IUE) é definida como a perda involuntária de urina que ocorre durante a tosse, espirro ou esforço físico, sendo o tipo mais comum entre as mulheres. Vários fatores são relacionados à ocorrência dos sintomas de IUE, sendo os mais importantes a idade avançada, o parto vaginal, a obesidade, a fraqueza do tecido conectivo e o trabalho extenuante com sustentação de carga.²

O tratamento conservador, que inclui a fisioterapia, tem sido considerado a primeira escolha para o tratamento da IUE.³ Essa abordagem associa-se a uma melhora dos sintomas, de forma minimamente invasiva e sem efeitos colaterais, além de permitir, caso necessário, futuras intervenções terapêuticas.⁴

Um dos recursos mais utilizados na fisioterapia é o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP), inicialmente abordado por Kegel em 1948, que visa um aumento da força e/ou *endurance*, onde se observa uma taxa de cura e melhora dos sintomas variando entre 56 a 84%. Existe uma evidência de que esses exercícios melhoram a incontinência e não abolem totalmente a condição, porém exercem influência direta na qualidade de vida.^{5,6}

O treinamento baseado na contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico ocasiona sua elevação e aproximação, resultando em fechamento uretral e favorecendo o mecanismo de continência. Este mecanismo é também influenciado pelo fechamento esfinteriano, dependente dos músculos estriado e liso uretral, dos elementos vasculares (coaptação da mucosa uretral) e do sistema de suporte, constituído pela fásia endopélvica, pelo arco tendinoso da pelve e pelos ossos da pelve.⁷ O tratamento fisioterápico da IUE apresenta limitações como: baixa aderência do paciente ao tratamento, falta de compreensão da terapia e correta realização dos exercícios do assoalho pélvico, baixa motivação da paciente e deficiência esfinteriana.

BAIXA ADERÊNCIA DO PACIENTE AO TRATAMENTO

Aderir ao tratamento significa aceitar e seguir a proposta terapêutica, o que implica, principalmente, na concordância entre o comportamento da paciente e a prescrição do profissional de saúde. Vários fatores influenciam na adesão: características da terapia, peculiaridades do paciente, aspectos do relacionamento com a equipe multiprofissional e variáveis sócio-econômicas.^{8,9}

A Organização Mundial de Saúde considera a adesão um determinante primário da efetividade do tratamento, pois quando é baixa, atenua os resultados clínicos positivos obtidos com a terapia.¹⁰

A intenção à aderência ao tratamento sofre influência social, da expectativa da paciente, da atitude social e de variáveis externas.¹¹ Fatores que influenciam positivamente a intenção de aderir são a gravidade da perda de urina e a habilidade de realizar os exercícios do assoalho pélvico juntamente com as atividades de vida diária.¹¹ Por outro lado, os fatores que atuam negativamente são a falta de tempo, a baixa motivação, a gravidade do quadro clínico, a ausência de disciplina para realizar os exercícios e a presença de outras doenças mais graves que a incontinência urinária.

Uma revisão sistemática baseada em artigos randomizados com grupo controle mostrou que a fraca aderência associada a um baixo entendimento dos exercícios pelas pacientes constitui uma desvantagem do tratamento conservador.¹² Programas intensivos, que envolvem um tratamento mais personalizado, incluindo reforços com materiais educacionais e vídeos mostram forte evidência a favor da aderência.¹³

Em outro estudo verificou-se resultados distintos à adesão quando o tratamento domiciliar foi comparado com o tratamento ambulatorial. A baixa adesão neste caso foi verificada no grupo que realizou exercícios domiciliares, reforçando, então, a importância da supervisão de um profissional habilitado na melhora da aderência.¹⁴

Do ponto de vista da paciente, a adesão ao tratamento está relacionada a sua expectativa e satisfação frente a este. A satisfação inclui fatores intrínsecos à realização dos exercícios, à incorporação dos mesmos à rotina diária e às experiências com a doença tanto no âmbito pessoal como social. Isto é demonstrado em um estudo, na qual 38% das mulheres esperavam melhora e o restante, 62%, a cura. Esta alta taxa de expectativa de cura influenciou positivamente a adesão ao tratamento¹⁰ (Quadro 1).

Quadro 1
Fatores positivos e negativos que influenciam a aderência ao tratamento conservador

POSITIVOS	NEGATIVOS
- Gravidade da perda de urina	- Falta de tempo para realização dos exercícios
- Habilidade de realizar os exercícios juntamente com atividades de vida diária	- Baixa motivação do paciente
- Programas intensivos com tratamento mais personalizado incluindo reforços com materiais educacionais e vídeos.	- Baixa motivação do terapeuta
- Supervisão dos exercícios por profissionais habilitados	- Presença de doenças mais graves que a incontinência urinária
- Alta expectativa de cura	- Baixo entendimento da terapia e incorreta realização dos exercícios
- Compreensão da terapia e correta realização dos exercícios	- Ausência de disciplina

COMPREENSÃO DA TERAPIA E CORRETA REALIZAÇÃO DOS EXERCÍCIOS DO ASSOALHO PÉLVICO

Para o sucesso do tratamento da IUE as pacientes têm que entender claramente o que são os exercícios para a musculatura do assoalho pélvico, como se trabalha esses músculos e onde eles estão localizados. A confiança dos pacientes nos efeitos do método é a chave para o sucesso.¹⁵ Para otimizar os resultados, apropriadas instruções para a correta contração do assoalho pélvico na posição de pé, motivação e seguimento desses pacientes constituem fatores essenciais.¹⁶

Um estudo recente aponta que as maiores dificuldades na realização dos exercícios de Kegel são a falta de conhecimento do próprio corpo, a não assimilação da orientação que está sendo oferecida e a incorporação dos exercícios no dia a dia.¹⁰

Isso também é corroborado por um outro estudo, realizado anteriormente, na qual demonstrou-se que 30% das mulheres não conseguiam contrair corretamente a musculatura do assoalho pélvico na sua 1ª consulta, mesmo depois de instrução individual. O erro mais comum era a manobra invertida e o uso concomitante da musculatura acessória como glúteos, adutores de quadril e músculos abdominais.⁷

Um recurso adicional para minimização deste erro é o *biofeedback* que utiliza-se de eletromiografia de superfície para ajudar as pacientes na correta contração da musculatura do assoalho pélvico.¹⁷ Este método tem a vantagem de detectar uma contração muscular mesmo quando muito fraca e selecionar a musculatura específica do assoalho pélvico, isolando-a da musculatura acessória. O processo de aprendizado e treinamento proporcionado pelo *biofeedback* favorece um melhor controle e recrutamento de unidades motoras da musculatura do assoalho pélvico. Esta terapêutica utilizada favorece a manutenção dos resultados após 3 meses de interrupção dos exercícios.¹⁸

Existem fatores que interferem na correta realização dos exercícios, e que não podem ser manipulados pelo terapeuta. São estes: a posição anatômica dos músculos do assoalho pélvico, a composição dos tecidos conectivos, a distribuição dos tipos de fibras musculares e da área de secção transversa dos músculos do assoalho pélvico.⁶

MOTIVAÇÃO DA PACIENTE

A motivação está relacionada com os valores pessoais e com a expectativa que cada indivíduo tem em relação aos procedimentos terapêuticos. Dessa forma, quando o tratamento supre suas expectativas, o paciente se sentirá motivado em aderir a ele.¹⁰

A efetividade dos exercícios da MAP requer alta motivação da paciente, principalmente no início (3 a 6 meses), uma vez que sua realização exige orientações especializadas e treinamento apropriado. Este treinamento, quando inadequado, pode gerar resultados insatisfatórios e frustração.^{4,17} Fortalecendo estes achados, um estudo randomizado com grupo controle envolvendo 66 mulheres

portadoras de IUE submetidas a um tratamento de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico constatou que o maior fator de sucesso do tratamento é a motivação da paciente, sendo avaliada indiretamente através da realização diária dos exercícios.¹⁸

DEFICIÊNCIA ESFINCTERIANA

A incontinência urinária de esforço subdivide-se em incontinência urinária de esforço por hiper mobilidade uretral e incontinência urinária de esforço por deficiência esfíncteriana intrínseca.¹⁹

Na hiper mobilidade uretral o suporte uretral é enfraquecido e ocorre uma falha na transmissão da pressão abdominal para a uretra, favorecendo a incompetência uretral, podendo ou não contribuir para o surgimento da incontinência urinária.^{20,21}

A deficiência esfíncteriana uretral intrínseca é causada pela inabilidade do mecanismo esfíncteriano uretral em manter a coaptação da mucosa tanto no período de repouso quanto em períodos de esforço físico. Ela está associada a uma maior gravidade dos sintomas, com perdas aos mínimos esforços e pior resposta aos tratamentos.²²

Esta classificação permite distinguir duas bases fisiopatológicas distintas, porém não é absoluta, pois existe uma interface na qual os dois tipos podem coexistir independentemente.²³

Não existe uma padronização universal para o diagnóstico do defeito esfíncteriano uretral intrínseco. A pressão máxima de fechamento uretral avalia o mecanismo passivo informando sua integridade e tônus. A pressão de perda mede a capacidade do mecanismo ativo, avaliando o componente intrínseco do esfíncter uretral sob esforço.²⁴

A pressão de perda urinária durante a manobra de valsalva, "Valsalva leak point" (VLPP), é um método confiável de avaliação do mecanismo esfíncteriano.²⁵ Pacientes com VLPP inferior a 60cmH₂O provavelmente terão como etiologia a IUE por deficiência esfíncteriana intrínseca e um aumento na severidade dos sintomas.²³

Atualmente, a severidade da IUE é um fator que parece não mais interferir nos resultados da reabilitação do assoalho pélvico, sendo a motivação e aderência ao tratamento o único fator que tem uma associação direta com os resultados positivos da intervenção fisioterápica.²⁶

Ainda não se sabe em que dimensão a fisioterapia influencia esse mecanismo, e sim que a efetiva contração da musculatura do assoalho pélvico tem demonstrado indiretamente um aumento da pressão de fechamento uretral.²⁷ Esse aumento da pressão uretral está relacionado diretamente com o aumento da pressão vaginal durante a contração muscular. A habilidade da contração independe da idade, paridade, severidade da IU e pressão passiva de fechamento uretral. Isto sugere que mulheres com IU não deveriam ser excluídas de programas de treinamento da musculatura do assoalho pélvico.²⁸

O treinamento do assoalho pélvico pode não ser efetivo se a causa da IU é devido à ruptura de ligamentos, fâscias ou da severidade da lesão de nervo periférico. Dependendo da gravidade e extensão destas lesões, a restauração da função normal do assoalho pélvico é prejudicada. Porém, futuras técnicas de imagem podem melhorar

a habilidade para diagnósticos específicos e assim favorecer os resultados do tratamento conservador. Um melhor entendimento da patofisiologia e das técnicas de imagem, conjuntamente aos sintomas individuais dos pacientes podem melhorar o planejamento do tratamento e os índices de cura.²¹

CONCLUSÃO

O sucesso da intervenção no tratamento da IUE depende da identificação e controle dos fatores limitadores a esse procedimento. Conhecer estes fatores é essencial para a elaboração de um programa de reabilitação da musculatura do assoalho pélvico.

Acreditamos que a aderência ao tratamento fisioterápico é um fator favorável aos resultados positivos da reabilitação, assim como de toda uma equipe multiprofissional. Cabe aos profissionais da saúde conduzirem o tratamento com empenho e criatividade, utilizando-se sempre de recursos visuais e verbais, podendo assim otimizar os resultados.

REFERÊNCIAS

- Abrams P. Recommendation of the International Scientific Committee. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence: 3rd International Consultation on Incontinence. Plymouth: Health Publications; 2005. p.426-71.
- Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ*. 1999;318(7182):487-93.
- Bo K, Kvarstein B, Nygaard I. Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years. *Obstet Gynecol*. 2005;105(5 Pt 1):999-1005.
- Mouritsen L, Schiotz HA. Pro et contra pelvic floor exercises for female stress urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(12):1043-5.
- Bo K, Talseth T, Vinsnes A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(7):598-603.
- Bo K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2004;15(2):76-84.
- Bo K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys Ther*. 2005;85(3):269-82.
- Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61: 416-425.
- Garcia R, Shooley RT, Badaró R. An adherence trilogy is essential for long term HAART success. *Braz J Infect Dis*. 2003;7(5):307-14.
- Silveira SRB. Estudo observacional de aspectos relacionados à adesão ao tratamento da IU em mulheres que realizaram exercícios da musculatura do assoalho pélvico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
- Alewijnse D, Mesters I, Metsemakers J, Adriaans J, van den Borne B. Predictors of intention to adhere to physiotherapy among women with urinary incontinence. *Health Educ Res*. 2001;16(2):173-86.
- Saunders M. The impact of conservative management. *Eur Urol Suppl*. 2006;5(16):860-2.
- Alewijnse D, Metsemakers JF, Mesters IE, van den Borne B. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote long-term adherence among women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2003;22(4):284-95.
- Castro RA. Estudo prospectivo, randomizado e controlado em mulheres com incontinência urinária de esforço, tratadas com exercícios perineais, terapia com cones e eletroestimulação funcional do assoalho pélvico [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
- Sung MS, Hong JY, Choi YH, Baik SH, Yoon H. FES-biofeedback versus intensive pelvic floor muscle exercise for the prevention and treatment of genuine stress incontinence. *J Korean Med Sci*. 2000;15(3):303-8.
- Parkkinen A, Karjalainen E, Vartiainen M, Penttinen J. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: individual therapy at the outpatient clinic versus home-based pelvic floor training: a 5-year follow-up study. *Neurourol Urodyn*. 2004;23(7):643-8.
- Pages IH, Jahr S, Schaufele MK, Conradi E. Comparative analysis of biofeedback and physical therapy for treatment of urinary stress incontinence in women. *Am J Phys Med Rehabil*. 2001;80(7):494-502.
- Capellini MV, Riccetto CL, Dambros M, Tamanini JT, Herrmann V, Muller V. Pelvic floor exercises with biofeedback for stress urinary incontinence. *Int Braz J Urol*. 2006;32(4):462-9.
- Cammu H, Van Nysten M, Amy JJ. A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. *BJU Int*. 2000;85(6):655-8.
- Lagro-Janssen TL, Debryne FM, Smits AJ, van Weel C. Controlled trial of pelvic floor exercises in the treatment of urinary stress incontinence in general practice. *Br J Gen Pract*. 1991;41(352):445-9.
- Blaivas JG, Olsson CA. Stress incontinence: classification and surgical approach. *J Urol*. 1988;139(4):727-31.
- Schick E, Jolivet-Tremblay M, Tessier J, Dupont C, Bertrand PE. Observations on the function of the female urethra: III: An overview with special reference to the relation between urethral hypermobility and urethral incompetence. *Neurourol Urodyn*. 2004;23(1):22-6.
- DeLancey JO. Stress urinary incontinence: where are we now, where should we go? *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(2):311-9.
- Bump RC, Coates KW, Cundiff GW, Harris RL, Weidner AC. Diagnosing intrinsic sphincteric deficiency: comparing urethral closure pressure, urethral axis, and Valsalva leak point pressures. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(2):303-10.
- Feldner Junior PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Correlação entre a pressão de perda à manobra de Valsalva e a pressão máxima de fechamento uretral com a história clínica em mulheres com incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(7):433-8.
- Nitti VW, Combs AJ. Correlation of Valsalva leak point pressure with subjective degree of stress urinary incontinence in women. *J Urol*. 1996;155(1):281-5.
- Homma JL, Batista J, Bauer S, Griffiths D, Hilton P, Kramer G, et al. Urodynamics women. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence: 2nd International Consultation on Incontinence. 2nd ed. Plymouth: Health Publications; 2002. p.317-72.
- Wilson PD, Bo K, Haysmith J, Nygaard I, Staskin D, Wyman J. Conservative treatment in women. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence: 2nd International Consultation on Incontinence. 2nd ed. Plymouth: Health Publications; 2002. p.571-624.