



6º Simposio de Ensino de Graduação

AValiação DO PROTOCOLO DE TANZSBERGER NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA – UM ESTUDO DE CASO.

Autor(es)

ELISANGELA BOMBASARO; MONIZE MIYAZAWA MISSURA

Orientador(es)

CARLOS ALBERTO FORNASARI

1. Introdução

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como sendo qualquer perda involuntária de urina (ABRANS, et al, 2002).

É um sintoma tido como indicador subjetivo de doença ou mudança da condição normal, percebida pelo paciente, familiares ou parceiro, e que provoca a necessidade de procurar um profissional de saúde (ABRANS, et al, 2002).

Geralmente, as pacientes com IU apresentam idade mais avançada, por vezes durante o climatério. Evidências sugerem que tais alterações fisiológicas parecem desencadear quadros de depressão e ansiedade, intensificados pelas sensações de baixa auto-estima e insatisfação sexual geradas pela doença, culminando com a auto-exclusão do convívio social. O incômodo causado aos familiares faz da IU a principal causa de internação asilar (AUGE et al, 2006).

Pesquisas recentes têm demonstrado que a incontinência não é um resultado do processo de envelhecimento do ser humano, mas cabe mencionar que existem mudanças relacionadas com o envelhecimento que contribuem para que este fato ocorra. Esta condição é causada por modificações específicas nas estruturas funcionais do corpo que freqüentemente resultam de doenças ou de uso de medicamentos. A incontinência é algumas vezes o primeiro e somente o único sintoma de infecção do trato urinário. Outras causas como a instabilidade do detrusor, a uretrite, a diabetes, as doenças do sistema nervoso central, a perda da cognição, entre outras, podem levar a incontinência urinária (CHENITZ et al; 1991).

Dupont (1996) afirma que a continência urinária depende, dentre outros fatores, da contribuição do sistema de suporte da musculatura do assoalho pélvico.

Dentre os tipos de Incontinência Urinária (IU), a IU de Esforço e a IU por Instabilidade Vesical são as mais comuns. A incontinência urinária de Esforço relaciona-se com práticas de atividade física e/ou esportivas, onde a IU por esforço surge com o aumento da pressão intra-abdominal, na ausência do músculo detrusor, quando a pressão vesical exerce a pressão uretral máxima por falha do mecanismo esfíncteriano uretral (GUARISI et al, 2001).

Em geral a IU de esforço está associada a fatores de risco como a idade avançada, mielopatia congênita ou

adquirida, hipoestrogenismo, cirurgias pélvicas radicais, radioterapia e cirurgias prévias para correção da incontinência urinária e/ou distopias genitais (BUMP, et al, 1997).

Os sinais de IU são observados pelo médico ou por medidas simples como a realização do pad test (ABRANS, et al, 2002).

Segundo Paick, et al (2005) essa avaliação semi-objetiva de perda de urina é essencial quando se procura comparar formas de tratamento, porém pode ser contestado pela mensuração apresentar aumentos em mulheres sem histórico de incontinência (SUTHERST et al., 1981).

A cinesioterapia supervisionada, como modalidade terapêutica em programa de exercícios do assoalho pélvico e quando indicada para casos adequadamente selecionados, apresenta bons resultados. No pré-cirúrgico é usada com a finalidade de melhorar o tônus e também, como terapia isolada, para melhorar a incontinência. Pode ser utilizada, simultaneamente, com a eletroestimulação dessa musculatura em um programa de exercícios do assoalho pélvico (MONTGOMERY e SHEPHERD, 1983).

2. Objetivos

Verificar a resposta de um protocolo de exercícios de fortalecimento para o períneo em uma mulher que possui incontinência urinária de esforço leve.

3. Desenvolvimento

Esse foi um estudo de caso onde foi avaliada uma mulher com incontinência urinária de esforço leve, sem patologias osteomusculoarticulares associadas com idade de 43 anos, sendo realizado o protocolo Pad Test como classificador de intensidade da incontinência.

Foi exposto o objetivo do estudo e os resultados esperados à paciente e como foi aceita a participação do estudo, foi solicitada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponível em 2 vias, uma para a paciente e outra que será arquivada junto com o projeto, e conseqüente assinatura no Termo, sendo assim iniciada a avaliação.

A pesquisa foi desenvolvida na Clínica de Fisioterapia da UNIMEP, na cidade de Piracicaba, onde a paciente freqüenta para a realização da avaliação, bem como para as sessões.

O estudo compreendeu duas avaliações através do protocolo Pad Test, uma antes de ser aplicado os exercícios e outra no final das 8 semanas que foi o tempo estimado para que se obtenham bons resultados.

Condutas exigidas pelo Pad Test (modificado): andar (caminhada ritmada) por 30 minutos; subir 20 degraus; descer 20 degraus; sentar e levantar 10 vezes; tossir 10 vezes; correr durante 1 minuto; pegar objeto no chão e subir 5 vezes; lavar as mãos em água corrente por 1 minuto. Foi Adicionado ao protocolo do Pad Test pular por 10 minutos na cama elástica, por ser uma das causas apontadas pela paciente como mais agravantes.

Como resultados, de acordo com a intensidade de perda de urina, podem-se encontrar uma incontinência leve (1 a 10 gramas), moderada (11 a 20 gramas), severa (21 a 100 gramas) ou muito severa (> 101 gramas)

O protocolo de exercícios adaptados por Fornasari de Tanzsberger (2007) teve duração de oito semanas somando o total de dezessete sessões, onde foram realizados exercícios de reeducação da respiração diafragmática; consciência sensorial do assoalho pélvico; coordenação da respiração com atividade da musculatura do assoalho pélvico; exercícios de ponte associada à contração do períneo; programação de atividades funcionais (vinculando as atividades dos músculos do assoalho pélvico com uma função); contração da musculatura abdominal e assoalho pélvico e manutenção da contração da musculatura do assoalho pélvico mantida por 5 segundos.

4. Resultado e Discussão

Na primeira pesagem feita, antes do início dos exercícios, o absorvente que pesava 13.5gr antes do teste, passou a pesar 20.2g depois do teste, mostrando um resultado de 7.4g sendo então classificada como incontinência leve.

Na segunda pesagem após dezessete sessões (8 semanas) o resultado foi de 3,0gr , ou seja, houve uma melhora de 59,45%.

Kegel já em 1948 relatava que os programas de exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica eram uma das opções simples, de baixo custo e que têm como objetivo básico reforçar a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos.

Matheus et al., (2006) designa que a aplicação dos protocolos de tratamento difere consideravelmente, mas a magnitude das resistências aplicadas, das durações do tempo de contração e de repouso depende, também, de uma posição correta da pelve e de uma respiração normal; o que se assemelha ao protocolo de exercícios adaptados por Fornasari de Tanzsberger (2007) como alguns dos exercícios, o restabelecimento da respiração diafragmática apropriada; a consciência sensorial do assoalho pélvico; a coordenação da respiração com atividade da musculatura do assoalho pélvico e manutenção da contração da musculatura do assoalho pélvico mantida.

Nos exercícios propostos nesse trabalho, foram realizados 3 séries de 10 repetições, com descanso entre as séries, e para as contrações sustentadas 5 segundos de contração por 10 segundos de repouso, já para Dinubile (1991); Sale (1988); Wilmore et al., (1994); Pollock et al., (1998) a realização de três séries de 8 a 12 contrações lentas e próximas da intensidade máxima, com um período de manutenção da contração de pelo menos seis segundos são eficazes, pois desenvolvem tanto a força quanto a resistência máxima.

Assim como nosso trabalho obteve um bom resultado com relação ao fortalecimento do assoalho pélvico, através de exercícios cinesioterapêuticos, resultados similares foram relatados por outros autores como Bö e Talseth (1996); Nygaard et al. (1996).

Para tal comprovação foi realizado o Pad Test que nos dá uma medida quantitativa e é um teste útil na classificação da incontinência urinária. Segundo Paick et al (2005) o teste do absorvente é forma objetiva de avaliar a incontinência urinária, e também sendo particularmente útil na monitorização dos efeitos do tratamento.

Tal estudo abriu portas para novas investigações e mostrou ao fisioterapeuta os benefícios dos exercícios perineais, colocando a ele uma forma eficaz de tratamento para incontinência urinária.

5. Considerações Finais

O protocolo de exercícios propostos para o fortalecimento do períneo foi eficaz para a melhora da IUE leve.

Referências Bibliográficas

ABRAMS P, et al . **The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society.** *Neurourol Urodyn*; 21(2):167-78, 2002

AUGE, A.P., et al. **Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia., vol.28, Nº.6. pag.352-357, Jun 2006.

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; 177:303-10

CHENITZ, W. C., STONE, V. T., SALISBURY, S.A. **Clinical gerontological nursing: a guide to advanced practice.** Philadelphia: W. B. Saunders, 1991.

DINUBILE, N.A. - **Strength training.** Clin Sports Med 10: 33-62, 1991.

DUPONT MC, ALBO ME, RAZ S. **Diagnosis of stress urinary incontinence.** Urol. Clin.North Am. 1996; 23(3):407-415.

GUARISI, T., et al. **Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar.** Rev Saúde Pública. 2001; 35(5):428-35.

HAAB F, ZIMMERN PE, LEACH GE. **Female stress urinary incontinence due to intrinsic sphincteric deficiency: recognition and management.** J Urol 1996; 156:3-17.

KAKIHARA ,C.T. **Cinesioterapia na redução da incontinência urinária de pacientes pós-prostatectomizados.**Fisioterapia Brasil.Vol.4, Nº. 4, pag.265-70, 2003.

KEGEL, A. H. **Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles.** Am J Obst Gynecol, 56:238-49, 1948.

NYGAARD, I.E.; KREDER, K.J.; LEPIC, M.M.; FOUNTAIN, K.A.; RHOMBERG, R.N. **Efficacy of pelvic floor muscle exercise in women with stress urge, and, mixed urinary incontinence.** Am J Obstet Gynecol, 174:120-5, 1996.

PAICK ,J.S., et al. **Significance of pad test loss for the evaluation of women with urinary incontinence.** Neurourol Urodyn. Vol.24, Nº1, pag. 39-43, 2005.

POLLOCK, M.L.; GAESSER, G.A.; BUTCHER,J.D. - **The recommended quantity of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness and flexibility in healthy adults.** Med Scisports Exerc, 30(6): 975-91, 1998.

RUBINSTEIN, I. Clínicas Brasileiras de Urologia – **Incontinência Urinária na Mulher.** Ed. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2001.

SALE, D.G.- **Neural adaptation to resistance training.** Med Scisports Exerc, 20: 135-45, 1988.

SUTHERST, J.; BROWN, M.;SHAWER, M. **Assessing the severity of urinary incontinence in women by weighing perineal pads.** Lancet 1: 1180, 1981.

WILMORE, J.H.; COSTILL,L.C. - **Physiology of Sports and Exercise.** IN: Human Kinetics.WILMORE, J.H.; COSTILL, L.C.; WILMORE, D.L.; COSTILL,D.L., Editors.Champaign, IL, 1994.