

QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES APÓS INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Luciana Restani Valentim Junqueira¹, Silvana Pereira da Silva Brandão¹, Joelem Souza Alves¹, Tamires Tiemi Kaneko¹, Mariana Janini Gomes², Francis Lopes Pacagnelli³, Renata Calciolari Rossi e Silva³, Gabriela Andrade Piemonte Lopes³.

¹Discente do Curso de Fisioterapia da Unoeste, Presidente Prudente – SP, ²Egressa do Curso de Fisioterapia da Unoeste, Presidente Prudente – SP, ³Docente do Curso de Fisioterapia da Unoeste, Presidente Prudente – SP. E-mail: lu.junqueira@hotmail.com

RESUMO

A incontinência urinária é toda perda voluntária de urina, que causa desconforto social ou higiênico, interferindo na qualidade de vida (QV). A fisioterapia, contribui para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. O objetivo foi analisar o efeito da cinesioterapia na força muscular do assoalho pélvico e na QV. Fizeram parte deste estudo 22 mulheres com idade entre 30 e 75 anos diagnosticadas com incontinência urinária de esforço (IUE). Foram feitas vinte sessões de cinesioterapia, com duração de trinta minutos, duas vezes por semana. Realizaram-se três avaliações: antes do tratamento, após 10 e 20 sessões, constando da avaliação funcional do assoalho pélvico e aplicação de questionário de QV. Observou-se que a cinesioterapia, no tratamento de mulheres com IUE, demonstrou-se eficaz na melhora da QV, acompanhado pelo incremento da força muscular do assoalho pélvico. Sendo assim, a cinesioterapia demonstrou-se uma intervenção conservadora efetiva para o tratamento de mulheres com IUE.

Palavras-chave: incontinência urinária de esforço, cinesioterapia, qualidade de vida.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como toda perda voluntária de urina, que causa desconforto social ou higiênico, interferindo negativamente na qualidade de vida (QV). Com essa nova definição, a ICS preconiza que a incontinência urinária deve ser descrita em conjunto com fatores específicos e relevantes, tais como: tipo, frequência, gravidade, fatores precipitantes, impacto social, efeito na higiene e na qualidade de vida, medidas usadas para quantificar a perda e se a paciente procurou ou não obter ajuda para aliviar os sintomas¹.

A incontinência urinária de esforço (IUE) compreende a perda involuntária de urina pela uretra, ocorrida quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima na ausência de contração do músculo detrusor². Esse tipo de incontinência é responsável por 60% de todos os casos de IU feminina. As perdas urinárias ocorrem quando há um aumento da pressão intra-abdominal por esforços como tosse, espirro, risada, salto, caminhada ou orgasmo³.

No Brasil, são poucos os estudos sobre a prevalência de IU ou mesmo sobre seus fatores de risco. Dentre estes, são citados para o desenvolvimento de incontinência urinária de esforço:

idade avançada; raça branca; obesidade, partos vaginais, quando na passagem do feto podem ocorrer danos à musculatura e inervação locais; partos traumáticos, uso de fórceps e ou episiotomia; multiparidade e gravidez em idade avançada e deficiência estrogênica, condições associadas aumento da pressão intra-abdominal; tabagismo; diabetes; doenças do colágeno; neuropatias e histerectomia prévia⁴. A fisioterapia tem desenvolvido diversas técnicas de tratamento para a IUE, sendo a cinesioterapia uma delas, considerada de menor risco em relação à complicações, menor custo e menos invasiva quando comparada a um tratamento cirúrgico⁵. A cinesioterapia tem três objetivos: fortalecer e aumentar o tônus dos músculos do assoalho pélvico (MAP), melhorar as transmissões de pressão uretral e orientar habilidades para prevenir as perdas de urina⁵. Esse tratamento foi desenvolvido primeiramente por Arnold Kegel (1948)⁵ e recentemente definido pela ICS como repetições de contrações e relaxamentos do músculo do assoalho pélvico^{5,6}.

Os MAP, frequentemente são esquecidos e nada é feito para manter sua vitalidade, ao contrário de outros músculos do corpo, que trabalha-se constantemente. A avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico (AFA) é amplamente utilizada e uma das técnicas realizadas é a palpação digital, cuja graduação varia de 0 (sem função perineal objetiva) a 5 (função perineal adequada)⁷.

Dentre as ferramentas para a avaliação da QV, destaca-se o *King's Health Questionnaire* (KHQ), que compreende um questionário específico para mulheres com IU. Através de sua aplicação, obtém-se dados como a presença de sintomas de IU e seu impacto relativo, medido globalmente em resultados consistentes, permitindo a avaliação do impacto dos sintomas nos vários aspectos da individualidade na QV.⁸

Desta forma, o objetivo deste estudo foi confirmar a eficiência da cinesioterapia como tratamento conservador, além de seu efeito positivo na QV de mulheres com IUE.

MÉTODOS

O estudo foi realizado na Clínica de Fisioterapia da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), de Presidente Prudente – SP, mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNOESTE, sob Protocolo nº. 947, o estudo foi conduzido de acordo com a resolução 196 Conselho Nacional de Estudo e Pesquisa (CONEP).

A amostra foi composta por 22 mulheres com idade entre 30 e 75 anos e constatação clínica de IUE confirmada por exame urodinâmico. Foram incluídas apenas pacientes que apresentaram AFA grau 2 na avaliação inicial, sendo fatores de exclusão: apresentar incontinência

urinária de urgência ou incontinência urinária mista, AFA menor do que 2, hipertensão arterial sistêmica descontrolada e infecção urinária. As pacientes que participaram do estudo foram tratadas com cinesioterapia. O tratamento foi composto por exercícios de Kegel⁵ e exercícios para o fortalecimento da musculatura correlata. Primeiramente foi realizada uma avaliação, que constou de anamnese, exame físico, AFA e aplicação do KHQ.

A AFA foi desenvolvida utilizando a Escala de Ortiz et al.⁷, que oferece um parâmetro importante em relação à capacidade de contração dessa região. A AFA foi realizada através da visualização da genitália externa, observando a presença ou ausência da contração voluntária visível dos músculos do assoalho pélvico após a solicitação verbal; a palpação foi feita por meio do toque bidigital seguida de solicitação verbal à paciente para a contração da vagina apertando o dedo do examinador; após a inspeção e palpação classificou-se funcionalmente o assoalho pélvico de 0 a 5⁷

Para avaliação da QV, foi aplicado o *King's Health Questionnaire* (KHQ), composto de 21 questões, divididas em oito domínios: percepção geral da saúde (um item), impacto da incontinência urinária (um item), limitações de atividades diárias (dois itens), limitações físicas (dois itens), limitações sociais (dois itens), relacionamento pessoal (três itens), emoções (três itens), sono/disposição (dois itens). Além dos domínios descritos, existem duas outras escalas independentes: medidas de gravidade e escala de sintomas urinários. Para cada questão existem quatro opções de respostas (“nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo”), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”) e ao domínio relações pessoais (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito ruim”). O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, sendo que os *scores* gerais para cada domínio variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada aquele domínio⁷.

As pacientes foram submetidas à 10 sessões de tratamento, com exercícios específicos para o fortalecimento dos MAP, utilizando-se de recursos como a bola terapêutica, faixas elásticas e velcros para fortalecimento da musculatura correlata. Ao término das 10 sessões efetuou-se uma reavaliação, e em seguida foram submetidas ao mesmo tratamento correspondente. Então, novamente foram avaliadas para concluir a análise (após 20 sessões). Os atendimentos foram realizados duas vezes por semana, com duração de 30 minutos cada.

Com relação à análise estatística, para os *scores* do questionário de qualidade de vida – KHQ's, a normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk, que apresentou

distribuição paramétrica para todas as dimensões e momentos avaliados. Para verificar se os escores de KHQ diferiram entre os três momentos, empregou-se análise de variância para amostras repetidas com contrastes pelo método de Tukey. Para a variável AFA, houve distribuição não-paramétrica e recorreu-se ao teste não-paramétrico de Friedman com contrastes pelo método de Dunn para determinar se os graus observados diferiram entre momentos⁹. Todas as análises foram realizadas com auxílio do *Software Graphpad Instat for Windows* v. 3.0. Para todas as análises adotou-se o valor de 5% de significância.

RESULTADOS

Foram avaliadas 22 pacientes do gênero feminino que apresentavam IUE, em média, há 75 meses. As médias obtidas com relação à idade e IMC da amostra foram de $57,63 \pm 9,07$ anos e $29,61 \pm 6,26$ kg/m², respectivamente.

Os valores de média e desvios padrão dos escores do questionário de qualidade de vida – KHQ's, avaliados em três momentos: Pré, Pós 10 e Pós 20 sessões de tratamento, encontram-se sumarizados na Tabela 1. As letras diferentes na mesma linha indicam diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$).

Tabela 1. Médias e desvio-padrões dos escores verificados pelo KHQ em três diferentes momentos, Presidente Prudente, 2012.

Dimensão	Momentos		
	Pré	Pós 10 sessões	Pós 20 sessões
Percepção da saúde	54,54 ± 25,16 (a)	43,18 ± 29,05 (b)	29,54 ± 21,32 (c)
Impacto da incontinência	76,89 ± 30,42 (a)	66,66 ± 32,12 (a)	40,52 ± 32,15 (b)
Limitação das atividades diárias	63,63 ± 33,19 (a)	46,20 ± 30,40 (b)	28,78 ± 30,93 (c)
Limitação física e social	60,44 ± 27,90 (a)	37,98 ± 27,99 (b)	17,54 ± 21,79 (c)
Relações pessoais	41,91 ± 36,72 (a)	31,56 ± 40,22 (a)	13,00 ± 22,50 (b)
Emoções	62,62 ± 34,76 (a)	43,43 ± 31,55 (b)	26,76 ± 25,29 (b)
Sono / disposição	53,53 ± 30,16 (a)	37,24 ± 31,34 (b)	16,41 ± 17,85 (c)
Medidas de gravidade	61,20 ± 24,37 (a)	49,43 ± 25,04 (b)	25,82 ± 22,39 (c)

Obs: letras diferentes na mesma linha indicam diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$).

Os valores obtidos na avaliação Pré, Pós 10 e Pós 20 sessões do AFA foram $3 \pm 0,71$, $3,63 \pm 0,78$ e $4,22 \pm 0,52$, respectivamente. Na tabela 2 são expostas as medianas, valores máximos e mínimos e intervalo interquartil dos graus de AFA.

Tabela 2. Soma dos postos de Friedman, medianas, valores máximos, mínimos e intervalo interquartil (IQ) dos graus de avaliação funcional do assoalho pélvico, Presidente Prudente, 2012.

Momentos	Soma dos postos de Friedman	Mediana	Val. mínimo	Val. máximo	IQ
Pré*	26	3	2	4	1
Pós 10 sessões**	45	4	2	5	1
Pós 20 sessões	61	4	3	5	0,75

* diferenças estatísticas significativas com o momento pós 10 sessões ($p < 0,05$) e com o momento pós 20 sessões ($p < 0,001$); ** diferenças estatísticas significativas com o momento pós 20 sessões ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A IU acarreta diversos sintomas que determinam problemas físicos, sociais e psicológicos, interferindo negativamente na saúde e qualidade de vida da mulher. O tratamento conservador, realizado através de recursos fisioterapêuticos, é capaz de reduzir os sintomas de perda urinária e melhorar a qualidade de vida das pacientes¹⁰. O presente estudo reforçou o que é apresentado na literatura ao revelar melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida e na força muscular do assoalho pélvico de mulheres com IU submetidas à cinesioterapia duas vezes por semana, com duração de 30 minutos cada sessão, totalizando 20 sessões.

Neste estudo, a idade da amostra variou de 30 a 75 anos ($57,63 \pm 9,07$ anos). Diversos trabalhos da literatura científica já demonstraram que a incidência da IU aumenta com a idade¹¹. Segundo Higa et al¹², este é considerado o principal fator de risco para a IU feminina e afeta significativamente as mais idosas, em geral a partir do climatério/menopausa, alcançando índices de 43% na faixa etária de 35 a 81 anos¹². A menopausa é responsável por diversas alterações, entre elas, a estática pélvica pode ser afetada. O hipoestrogenismo contribui para os sintomas urinários¹², pois prejudica a coaptação da mucosa da uretra¹¹.

Apesar de não ser constatada obesidade, o valor obtido como média do IMC ($29,61 \pm 6,26$ kg/m²) demonstrou uma tendência ao sobrepeso na população estudada. Os autores anteriormente citados asseguram que a obesidade, assim como a idade, também exerce influência direta na prevalência da IU. Acredita-se que isto ocorra por consequência da alta pressão intra-abdominal provocada, principalmente, pelo aumento de peso na região da cintura-quadril e, conseqüentemente, do aumento da pressão intravesical alterando o mecanismo do trato urinário^{11,12}.

Com relação ao método de tratamento, foi utilizada a cinesioterapia por ser considerada por diversos autores uma estratégia terapêutica efetiva para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Oliveira et al¹⁴, Zanetti et al.¹⁰ e Bernardes et al.¹⁵ demonstraram em seus

trabalhos que a cinesioterapia determinou a melhora ou até mesmo a cura de pacientes com efeito duradouro de até 5 anos.

No que diz respeito à força da musculatura do assoalho pélvico, os resultados obtidos no presente estudo estão de acordo com relatos de outras pesquisas e revelou diferença estatisticamente significativa, através da avaliação do grau do AFA, após 10 sessões de cinesioterapia, sendo esta melhora potencializada após 20 sessões. De Sousa et al.¹¹, encontraram semelhante incremento na força muscular do assoalho pélvico após 12 sessões de cinesioterapia como tratamento conservador de pacientes com IU.

Tendo em vista o impacto negativo da IU na vida das pacientes, torna-se de imensa relevância a avaliação da QV destas mulheres. No Brasil, Fonseca et. al.⁸ traduziram e validaram um questionário específico, o *King's Health Questionnaire*, que avalia a presença de sintomas de IU e seu impacto relativo, sendo esta uma ferramenta amplamente utilizada nas pesquisas clínicas brasileiras.

Assim como os resultados do presente estudo, encontrou-se na literatura uma melhora significativa dos escores do impacto da IU nas dimensões exploradas pelo KHQ. Rett et al.¹³ comparou a QV de mulheres com IUE antes e após 12 sessões de tratamento fisioterapêutico, os autores observaram uma diminuição significativa das médias e medianas dos escores dos domínios avaliados pelos KHQ, sendo que único escore que não apresentou diferença significativa foi o relacionado às “relações pessoais”. Dados semelhantes aos revelados no presente estudo, cujos domínios que não apresentaram diferenças estatisticamente significativas após 10 sessões de intervenção fisioterapêutica foram “impacto da incontinência” e “relações pessoais”, detectadas apenas após 20 sessões. Neste segundo momento todos os domínios do KHQ demonstraram a eficácia da cinesioterapia na melhora da QV das pacientes estudadas.

CONCLUSÃO

A cinesioterapia utilizada como programa de recuperação fisioterapêutica em mulheres com IUE e realizada através de exercícios de Kegel e fortalecimento dos músculos correlatos, mostrou-se eficaz em todos os *scores* avaliados no questionário de qualidade de vida – KHQ's. Esta melhora foi observada após 10 sessões e intensificada após 20 sessões. O resultado satisfatório em relação à QV foi acompanhado pelo incremento da força muscular do assoalho pélvico.

Sendo assim, o presente estudo mostrou-se de grande relevância, uma vez que abordou a cinesioterapia como estratégia terapêutica efetiva para o fortalecimento dos músculos do

assoalho pélvico, apresentando tal intervenção como um fator determinante da melhora das pacientes estudadas.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck PV, Victor A, Wein AI. The Standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003; 61:37-49.
2. Fortini A, Rocha R. Tratamento cinesioterápico da incontinência urinária genuína por stress. [Monografia]. Belo Horizonte: Escola de Educação Física da UFMG; 1996. p. 13-30, 37-53.
3. Holley RL, Varner RE, Kerns DJ, Mestecky PJ. Long-term failure of pelvic floor musculature exercises in treatment of genuine stress incontinence. *South Med J* 1995; 88:547-9.
4. Guarisi T, Pinto Netto Am, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LH, Faundes A. Urinary incontinence among climateric Brazilian Women: Household survey. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35:428-35.
5. Correia GN. Efeitos de um protocolo de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico em grupos para mulheres com perda urinária. [monografia]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2010.
6. Amaro JL, Agostinho AD, Trindade JCS, Lautenschiager MFM, Gasmeiro MOO. Eletroestimulação endovaginal no tratamento da incontinência urinária de esforço. *J Bras Ginecol* 1997; 107: 189-95.
7. Ortiz OC, Nudéz FC, Ibañez G. Evaluación funcional del piso pelviano femenino (classificación funcional). *Bol Soc Lat Urog Cir Vag* 1996;1:5-9.
8. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, Girão MJBC. Validação do questionários de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(5).
9. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.
10. Zanetti MRD, Castro RA, Rotta AL, Santos PD, Sartor M, Girão MJBC. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo Med J*. 2007;125(5):265-9.
11. Sousa JG, Ferreira VR, Oliveira RJ, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioter. Mov.* 2011; 24(1):39-46.

12. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1):187-92.

13. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Moraes SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(3):134-40

14. Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMB, Barbosa CP. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina / Evaluation of factors related to the occurrence of female urinary incontinence

Fonte: Rev. Assoc. Med. Bras. (1992);56(6):688-690, 2010.

15. Bernardes NO, Peres FR, Souza ELBL, Souza OL. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000;22(1):49-54.