

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO PÓS-PARTO

III Simpósio de Saúde e Meio Ambiente, 3ª edição, de 16/11/2022 a 18/11/2022
ISBN dos Anais: 978-65-5465-006-9
DOI: 10.54265/FCFP7942

CUNHA; Stéfany Araújo Hipólito ¹, SOUZA; Lara Luiza Campos de ²

RESUMO

INTRODUÇÃO

Durante a gestação ocorrem inúmeras alterações, tanto biomecânicas como hormonais. O útero passa a aumentar gradativamente conforme o período da gestação, em vista disso, o corpo necessita se adaptar. Na maioria das mulheres por consequência, seu centro de gravidade sofre mudança e para compensar há alterações na postura, causando então o aumento das curvas lombares e torácicas, podendo gerar então um quadro de lombalgia (MANTLE et al., 2002 apud NOVAES; SHIMO; LOPES, 2006).

Assim como há também as adaptações metabólicas e cardiorrespiratórias, tais como o aumento da frequência cardíaca, do débito cardíaco, oxigenação, volume sistólico e a diminuição da pressão arterial na fase inicial da gestação, tendendo a aumentar a partir da metade dela. A respeito das mudanças relacionadas a capacidade e volume pulmonar estão relacionados a alterações na posição do diafragma (BURTI, 2003 apud ALVES, 2012).

A liberação de hormônios relaxina e estrógeno resultam em frouxidão ligamentar a partir do segundo trimestre (NOVAES; SHIMO; LOPES, 2006). A alta pressão sobre os músculos da pelve são capazes de diminuir a sustentação vesical, assim como também da uretra proximal, gerando então disfunções no assoalho pélvico, tornando-se mais predominante conforme o crescimento fetal (HERBERT, 2009 apud MOCCELLIN; RETT; DRIUSSO, 2016).

O assoalho pélvico é formado basicamente pela porção anterior, posterior e medial: bexiga e uretra, reto e vagina respectivamente. Quando se há alterações anatômicas, disfunções neuromusculares ou até psicológicas podem causar a Incontinência Urinária (IU) (ALMEIDA, 2015). A perda involuntária de urina é denominada Incontinência Urinária (BERTOLDI; GHISLERI; PICCININI, 2014), podendo ser classificada como de urgência, paradoxal, mista, total e de esforço (MARQUES et al., 2015 apud SENA, 2019) e é diagnosticada baseada em uma história clínica juntamente com exames físicos. Atualmente a Incontinência Urinária por Esforço (IUE) vem sendo a mais comum entre as mulheres, podendo ter como forma de tratamento cirúrgico ou conservador (RETT et al., 2007). A Fisioterapia atua de forma conservadora e também curativa na IUE, proporcionando a reeducação e o fortalecimento da musculatura pélvica (OLIVEIRA et al., 2011 apud SENA, 2019)..

MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia deste estudo é do tipo exploratório, com grande empenho na pesquisa bibliográfica e busca de citações relevantes, ou seja, que facilitem o entendimento do assunto, para que se concretize a revisão bibliográfica. A base de pesquisa utilizada foi Scielo, Pubmed e biblioteca virtual em saúde para identificação de estudos sobre Atuação da Fisioterapia na Incontinência Urinária de Esforço Pós-Parto entre os anos de 2005 a 2021.

As palavras chave, utilizadas para a pesquisa foram: fisioterapia em urologia, fisioterapia na incontinência pós parto. Foram selecionados para esta revisão bibliográfica, estudos de textos completos que contemplam os objetivos do estudo.

Como critério de inclusão para o estudo delimitaram-se artigos que respondem à questão norteadora, com textos completos disponíveis online no idioma português. Para critérios de exclusão não estão inseridos artigos que não refletem sobre a temática em questão.

¹ Uni Redentor Afya, stefanyaraujoxo@gmail.com

² Uni Redentor Afya, lara luizacs@gmail.com

As alterações gestacionais são processos fisiológicos naturais que consistem em surgir a partir da fertilização, para que o corpo da mulher possa se adequar ao crescimento do bebê (MANTLE; POLDEN apud MANN et al., 2010). Para que se tenha as adaptações, o corpo realiza ajustes de diversos sistemas (bioquímicas, funcionais e anatômicas), dentre isso, as mudanças fisiológicas apresentadas durante a gestação podem ser apontadas como iguais ou até mesmo maiores do que muitas circunstâncias patológicas (MANN et al., 2010).

Quanto a alteração hormonal, haverá aumento na produção de, como exemplo, a prolactina, estrogênio, progesterona e outra série de hormônios. Da mesma forma acontece com o volume sanguíneo, sendo aumentado em até 50% para que possa proporcionar um volume adequado de sangue para a formação do bebê, além de ser de grande importância para o crescimento da placenta e a expansão do útero (TABORDA; DEUTSCH, 2004 apud FRIELINK et al (s/d)).

O sistema musculoesquelético apresentará alterações, para gerar ajustes na marcha, provenientes do crescimento das mamas, útero e aumento de peso, com isso o resultado é a intensificação da lordose lombar e a anteverção pélvica, deslocando o centro de gravidade juntamente com a alteração na base de apoio (MANN et al., 2010). De acordo com Albino et al (2011), o acúmulo de líquido, que ocorre 80% das gestantes, é um dos maiores responsáveis pelas alterações musculoesqueléticas, além do ganho de massa já citado e a frouxidão ligamentar.

A frouxidão ligamentar é resultado do aumento e a alta ação dos hormônios cortisol, relaxina, progesterona e estrógeno que juntamente com a alta pressão sobre os músculos da pelve, acaba por diminuir a sustentação vesical e da uretra proximal, gerando então disfunções no assoalho pélvico (HERBERT, 2009 apud MOCCELLIN; RETT; DRIUSSO, 2016).

As alterações relacionadas ao trato geniturinário feminino desenrolam-se a partir da fecundação, inicializa com as modificações na região vulvar, consequente ao aumento do volume sanguíneo, que sucede então no ingurgitamento da área vaginal. O corpo uterino é formado pela cérvix com o tecido conjuntivo denso e possui uma musculatura lisa, ele passa a se expandir graças ao estrógeno que influencia a hipertrofia da musculatura e a hiperplasia. Após o parto ele volta ao estado normal (regredindo até o décimo dia) de órgão pélvico quando reduz o ritmo da involução uterina (LEMOS, 2014).

De acordo com Lemos (2014), além das mudanças genitais, a bexiga também irá sofrer alterações. Ela é conhecida por possuir uma musculatura com fibras lisas e bastantes resistentes, chamada de músculo detrusor. Em sua parede inferior encontra-se o colo, a parede inferior, o ápice, as paredes infra laterais e também a parede superior (BARACHO, 2018). Conforme o progresso da gravidez, ela tende a ser deslocada pelo crescimento do útero, alterando o ângulo uretrovesical, passando a ser, por fim, um órgão abdominal (LEMOS, 2014).

A progesterona gera compressões sobre os ureteres e a diminuição das funções peristálticas, acarretando uma expansão dos ureteres e das pelvis renais (PIGOSSO; SILVA; PEDER, 2016) que são observados a partir da sétima semana evoluindo até o momento do parto, essa expansão é conhecida como “hidroureter fisiológico da gravidez” (FIRMINO, 2021). Simultaneamente, há o aumento na filtração glomerular, gerando mais produção de urina, o que justifica o aumento do desejo de micção na gestante, principalmente a partir do 3º trimestre, tendo em vista o crescimento do útero e o encaixe do bebê.

Devido ao aumento da filtração glomerular, a hemodinâmica renal também irá sofrer alterações, como a diminuição de ureia, creatinina e urato (LEMOS, 2014), assim como também passa a excretar menos potássio e mais proteínas e aminoácidos, podendo apresentar na urina um Ph alcalino, favorecendo ainda mais a proliferação bacteriana, o que pode acarretar em uma infecção urinária (DUARTE et al, 2008).

A incontinência urinária (IU) é considerada como qualquer perda involuntária de urina. Ela afeta cerca de um terço das mulheres adultas, podendo prejudicar a saúde física, sexual, profissional e até em suas tarefas diárias (RIESCO et al, 2010), como consequência, os pacientes podem apresentar depressão, isolamento, ansiedade ou até exclusão social (LEROY & LOPEZ, 2012).

¹ Uni Redentor Afya, stefanyaraujoxo@gmail.com

² Uni Redentor Afya, laraizacs@gmail.com

São diversas as causas que favorecem o surgimento da IU, como a obesidade, idade, menopausa, constipação intestinal, cirurgias ginecológicas, doenças crônicas, consumo de drogas, fatores hereditários e também parto (HIGA; LOPES, 2005). Estudos apontam que a maior parte das disfunções do assoalho pélvico (incluindo a IU) estão associados a deservação da musculatura pélvica (SABOIA et al, 2018), que ocorre principalmente no parto vaginal, incluindo o peso elevado no bebê, o uso da episiotomia, o momento da expulsão e o tempo demorado do trabalho de parto, tendo em vista que a região do assoalho pélvico sofre contínuas pressões pela cabeça do feto na expulsão, que se intensificam pela manobra de Valsava, dentre isso a musculatura, os nervos e os tecidos tendem a se distender (FEREDERICE; AMARAL; FERREIRA, 2011).

Essas disfunções geradas, podem ocasionar a alteração do mecanismo de sustentação da uretra e a continência urinária resultando na IU (FEREDERICE; AMARAL; FERREIRA, 2011). Segundo SABOIA et al (2018) ao longo da gestação, a prevalência da IU é de 75,25%, enquanto que no puerpério é de 37,9% (mesmo depois de 12 anos da realização do parto) e que os casos de IU gerado pelo parto vaginal comparado à cesariana é maior. Porém ainda não possui muitas evidências que afirmem que a cesariana reduz o risco de IU.

A IU pode ser classificada como a de Urge-incontinência, de Esforço ou Mista (junção das duas IU anteriores), entretanto estudos apresentaram maior taxa de mulheres que apresentam IU de esforço (LOPES; PRAÇA, 2012), sendo estabelecida pela “Sociedade Internacional de Continência” como qualquer perda urinária involuntária quando há aumento de pressão intra-abdominal por esforço físico, o ato de espirrar e tossir podendo ser tratada por meio de cirurgia ou pelo método conservador.

A IUE é resultado do enfraquecimento do assoalho pélvico (AP), essa musculatura é de extrema importância para o controle da continência, pois sustenta o posicionamento do colo vesical, o bom funcionamento esfinteriano, sexual, gerando o apoio. Quando transcorre o enfraquecimento, o controle da continência é alterado e isso é geralmente causado por lesões no nervo podendo, das fâscias e dos músculos pélvicos assim como também pelos traumatismos obstétricos. A IUE é classificada em: Tipo I (anatômico), onde é decorrente de uma hiper mobilidade do colo vesical; Tipo II, decorrente de uma deficiência do esfíncter da uretra; Tipo III, decorrente da junção dos dois primeiros tipos (COSTA et al, 2012. Apud SILVA, 2014).

O processo de avaliação, deve ser realizada com a coleta de informações pela anamnese, como o início dos sintomas, a duração, as condições relacionadas juntamente com a gravidez e o impacto que essa condição causa na vida da mulher. Apesar da anamnese disponibilizar várias informações, somente com ela, geralmente não possível que se obtenha um diagnóstico, tendo isso em vista, há diversos exames que podem facilitar a identificação do tipo de IU.

O diário miccional é utilizado para administrar a IU e facilitar no diagnóstico, já que nele podemos identificar a hiperatividade vesical, que é o grande causador para Incontinência Urinária de urgência (IUU) e de acordo com o resultado que ele oferece podemos descartar o diagnóstico de IUU (FELDNER, 2006).

No exame físico será avaliada a função do assoalho pélvico (AP), que pode ser por meio do toque vaginal, onde é solicitado à paciente que contraia o AP de modo a pressionar os dedos do examinador, dentre isso será capaz de avaliar a classificação de AFA - ORTIZ, 1994 por meio da resistência da contração, juntamente com a duração do tempo em que a contração perdurou. Na tabela de Ortiz o grau é apresentado desde o grau 0 ao grau 4: Grau 0 significa que não há função perineal subjetiva e objetiva; Grau 1 também não há função perineal, porém, a objetiva é débil; Grau 2 há função perineal subjetiva e objetivas medianas; Grau 3 há função perineal subjetiva e objetiva mantida, com resistência mantida a palpação < que 5 segundos; Grau 4 há função perineal subjetiva e objetiva mantida, mas com resistência mantida à palpação > que 5 segundos (JUNIOR; BARRA: ARMOND, 2016).

O tratamento, como dito posteriormente, pode ser realizado por meio cirúrgico ou conservador, porém, conforme a “Sociedade Internacional de Continência”, a IUE deve ser primeiramente tratada pelo modo conservador, atendendo a exercícios que fortaleçam a região pélvica (ABRAMS, et al 2003 apud VIRTUOSO et al 2010).

¹ Uni Redentor Afya, stefanyaraujoxo@gmail.com

² Uni Redentor Afya, lara luizacs@gmail.com

O Biofeedback também conhecido como Retro Controle ou Retroação que é atualmente um dos procedimentos de tratamento para reeducação dos músculos perineais por meio de potencial de ação das contrações musculares através de sinais visuais e/ou sonoros para saber qual musculo deve ser trabalhado (HERRMANN et al, 2003 apud RETT et al, 2007), podendo ser realizado em clínicas ou na própria casa. Segundo Barboza et al (2011), existem dois tipos de biofeedback: o de pressão e o eletromiográfico, ambos trazendo resultados positivos, sendo considerado como adjuvante aos treinamentos cinesioterapêuticos.

A cinesioterapia é o método de tratamento por meio de exercícios, dentro disso, para o auxílio do assoalho pélvico, seguindo uma série de contrações voluntárias repetitivas para a ativação do esfíncter uretral. Arnold Kegel foi um médico que inventou o exercício para reparar a frouxidão vaginal, que além de prevenir a IU, também pode prevenir outras disfunções do assoalho pélvico (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007 apud RAMOS; OLIVEIRA, 2017).

Conforme descrito por Dabbous os exercícios perineais são potencializados pelo uso dos aparelhos de Biofeedback já que ele é capaz de informar o terapeuta e a paciente, por meio de sinais visuais ou sonoros, qual grupamento muscular deve ser mais trabalhado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a partir dos artigos estudados, o uso Biofeedback juntamente com a cinesioterapia é de fato eficaz, pois fornece maiores benefícios para o tratamento do diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço, tanto no ganho de força para os músculos pélvicos quanto no ganho de consciência perineal responsáveis pela continência urinária.

REFERÊNCIAS

ALBINO, Maria Alice Seghessi et al. Modificações da força de propulsão da marcha durante a gravidez: das alterações nas dimensões dos pés. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 33, n. 7, p. 164-169, 2011.

ALMEIDA, Amanda Laila Rodrigues. A influência da fisioterapia aplicada no tratamento da incontinência urinária de esforço em mulheres: estudo da eficácia da cinesioterapia. Revista Visão Universitária, v. 3, n. 1, 2015.

ALVES, Débora Almeida Galdino. Influência da hidroterapia na gestação. Revista Neurociências, v. 20, n. 3, p. 341-342, 2012.

ASSIS, Liamara Cavalcante. Efetividade de exercícios do assoalho pélvico durante a gestação como medida preventiva da incontinência urinária e da disfunção muscular do assoalho pélvico. 2010.

BARACHO, Elza. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher. Disponível em: Minha Biblioteca, (6ª edição). Grupo GEN, 2018.

BARBOSA, Leila Maria Álvares et al. A eficácia do biofeedback no tratamento de mulheres com incontinência urinária de esforço: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 11, n. 3, pág. 217-225, 2011.

BERTOLDI, Josiane Teresinha; GHISLERI, Aline Queluz; PICCININI, Bruna Maria. Fisioterapia na incontinência urinária de esforço: revisão de literatura. Cinergis, v. 15, n. 4, 2014.

DABBOUS, Gabriele Karine. Tratamento para a incontinência urinária em mulheres adultas através da fisioterapia uroginecológica (s/d)

DUARTE, Geraldo et al. Infecção urinária na gravidez. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, p. 93-100, 2008.

FELDNER JR, Paulo Cezar et al. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 28, n. 1, p. 54-62, 2006.

FEREDERICE, Claudia Pignatti; AMARAL, Eliana; FERREIRA, Neville de Oliveira. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,

¹ Uni Redentor Afya, stefanyaraujoxo@gmail.com

² Uni Redentor Afya, laraluizacs@gmail.com

FIRMINO, Anderson Pereira. *INFECÇÃO URINÁRIA NA GRAVIDEZ: CAUSAS, RISCOS E TRATAMENTO*. SAMPAIO, CENTRO UNIVERSITÁRIO LEÃO; 2021.

FRIELINK, Pâmela et al. A importância dos cuidados estéticos na gravidez e pós-parto (s/d).

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, p. 422-428, 2005.

JÚNIOR, João Oscar de Almeida F.; BARRA, Juliana S.; ARMOND, Sandra C. *Ginecologia e Obstetrícia - Assistência Primária e Saúde da Família*. [Digite o Local da Editora]: MedBook Editora, 2016. 9786557830475. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830475/>. Acesso em: 01 jun. 2022.

LEMONS, Andreia. *Fisioterapia Obstétrica Baseada em Evidências*. Disponível em: Minha Biblioteca, MedBook Editora, 2014.

LEROY, Lígia da Silva; LOPES, María Helena Baena de Moraes. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud". Universidade Estadual de Campinas-Brasil, 2012.

LOPES, Daniela Bigueti Martins; PRAÇA, Neide de Souza. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 3, p. 559-564, 2012.

MOCCELLIN, Ana Silvia; RETT, Mariana Tirolli; DRIUSSO, Patricia. Existe alteração na função dos músculos do assoalho pélvico e abdominais de primigestas no segundo e terceiro trimestre gestacional. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 23, p. 136-141, 2016.

MANN, Luana et al. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. *Motriz: Revista de Educação Física*, v. 16, p. 730-741, 2010.

NOVAES, Flavia Silva; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Lombalgia na gestação. *Revista Latino-americana de enfermagem*, v. 14, p. 620-624, 2006.

RAMOS, Aline Leite; OLIVEIRA, Alessandra Andréa de Castro. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. *HÓRUS*, v. 5, n. 2, p. 264-275, 2017.

RETT, M. T., SIMÕES, J. A., HERRMANN, V., GURGEL, M. S. C., & MORAIS, S. S. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia*, v. 29, n. 3, p. 134-140, 2007.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et al. Perineal muscle strength during pregnancy and postpartum: the correlation between perineometry and digital vaginal palpation. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 18, n. 6, p. 1138-1144, 2010.

SABOIA, Dayana Maia et al. Eficácia das intervenções realizadas no pós-parto para prevenir incontinência urinária: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 1460-1468, 2018.

SENA, Thomas Dalysson Costa Feitosa. The role of physiotherapist in urinary incontinence. *Revista Ciência & Saberes-UniFacema*, v. 4, n. 2, p. 1097-1101, 2019.

SILVA, Gabriela Cabrinha da, et al. Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço-Relato de caso. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 11, n. 25, p. 18-26, 2014.

PIGOSSO, Y. G.; SILVA, C. M.; PEDER, L. D. Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade. *Acta Biomedica Brasiliensia*, v. 7, n. 1, p. 64-73, 2016.

PALAVRAS-CHAVE: fisioterapia em urologia, fisioterapia em incontinência urinária pós parto, incontinência urinária de esforço