

ROTINAS FISIOTERAPÊUTICAS EM UROGINECOLOGIA AMBULATORIAL

Carla Valéria Emília de Almeida¹

Larissa Christian Palhano Gomes¹

Laura Regina Monge Benites¹

Maysa Reis Cordeiro¹

Sara Caroline Mariano¹

Telma Regina Chiarapa²

Resumo

A rotina do serviço de fisioterapia em uroginecologia é apresentada pelos autores com o objetivo de mostrar aos estudiosos da área que várias são as possibilidades de assistência que levam a resultados satisfatórios, podendo, reduzir o índice de cirurgias. A referida assistência é realizada desde 1996 no ambulatório da A.A.M.I. - Maternidade Cândido Mariano, tendo sido proposto e implantado pela professora autora deste artigo.

Palavras-chave: 1. uroginecologia; 2. incontinência urinária; 3. ambulatorial.

Abstract

The routine of the physical therapy service in urogynecology is presented by the authors with the goal of showing to the area's researchers that there are many possibilities of assistance that give a satisfactory results, by then, having the possibility of reducing the number of surgery. It is of importance that the referred assistance has been proceeded since 1996 at the A.A.M.I.-Maternidade Cândido Mariano's ambulatory, and has been proposed and implanted by the Professor and Author of this article.

Key-words: 1. urogynecology; 2. urinary incontinence; 3. ambulatorial.

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da UCDB.

² Professora do Curso de Fisioterapia da UCDB.

1. A incontinência urinária

A incontinência urinária é definida como a perda involuntária de urina, que nos casos severos, pode levar a conseqüências de desconforto pessoal e social (RAMOS et al., 1997). Dentre os principais fatores que levam à incontinência urinária destacam-se: tosse, espirro, exercício físico e orgasmo, estando eles associados a fatores pré-disponentes como a multiparidade, climatério, tamanho dos bebês, tipo de parto, normal ou cesárea, domiciliar ou hospitalar e a constipação intestinal (BRANDT, 1995; SOUZA et al., 1999).

A incidência da incontinência urinária em múltiparas é de 35,6% e corresponde a 90,4% da população total das incontinências. Esse índice varia de acordo com o grau de paridade, sendo o parto vaginal uma condição favorável para a incontinência urinária uma vez que o esforço de expulsão colabora ainda mais para a distensão dos músculos do assoalho pélvico, isso pode se agravar quando não é realizado a episiotomia, situação comum dos partos domiciliares (SOUZA et al., 1999); sendo que, nestes casos a pressão intra uretral é menor que a pressão intravesical (RAMOS et al., 1997). No climatério a insuficiência de estrogênio é primordial na gênese da flacidez perineal e da incontinência urinária (PIATO, 1986).

O funcionamento adequado do trato urogenital é dependente da força de sustentação do assoalho pélvico, da continuidade de superfície entre a bexiga e a uretra; da pressão intra uretral maior que a intra-vesical, da integridade do músculo detrusor da bexiga, da preservação da inervação esfinteriana externa e da musculatura lisa da uretra (RAMOS et al., 1997).

Os tipos mais comuns de incontinência urinária são:

1. Extra-uretral: quando ocorre perda urinária por outros canais além da uretra devido a normalidade congênita ou traumatismo em cirurgia pélvica;
2. Incontinência premente: é a perda involuntária de urina ligada a um forte desejo de micção; podendo ser causada por premência sensorial devido a hipersensibilidade da bexiga e premência motora, devido a superatividade do detrusor;
3. A incontinência urinária de esforço: citada como verdadeira ou genuína; definida como toda perda urinária através do meato

externo da uretra, quando a pressão intravesical excede a pressão máxima de fechamento uretral, na ausência de contração do músculo detrusor.

Outros sintomas podem ser percebidos em pacientes com incontinência urinária:

1. Instabilidade do detrusor: é a contração vesical que ocorre durante a fase de enchimento, enquanto a paciente tenta inibir a micção; quando a causa for neurológica é definida simplesmente pelo termo hiperreflexia do detrusor. Estas pacientes podem apresentar sintomas urinários como urgência, noctúria, aumento de frequência, dor ao enchimento vesical e raramente, enurese noturna.

2. Instabilidade vesical: caracteriza-se por contrações involuntárias não inibidas do detrusor. Pode ser desencadeada por vários fatores como: cirurgias que podem interferir na inervação autonômica do colo, síndrome irritável do intestino, alterações difusas da musculatura lisa ou de sua inervação; dentre outros.

2. Avaliação

A avaliação consiste em dados de identificação incluindo idade, profissão, estado civil e escolaridade, tendo em vista que a idade sugere um comprometimento músculo esquelético compatível com as queixas e/ou quadro clínico. Quanto a profissão, bibliografias recentes mostram que mulheres que permanecem maior tempo sentadas por estarem com os músculos do assoalho pélvico relaxados, apresentam maior incidência de flacidez perineal, podendo acarretar em prolapsos genitais e/ou incontinência urinária e essa perda de urina poderá ocasionar situações ainda mais constrangedoras com comprometimentos biopsicossociais. Outro item observado nos dados de identificação, é o grau de escolaridade, acreditando ser importante para o diagnóstico precoce. Uma vez que apresenta conhecimento do quadro, o estado civil, pode proporcionar através do parceiro, um apoio emocional atuando como *feedback* para a continuidade e eficácia do tratamento. A história clínica torna-se determinante para a eleição de seu respectivo diagnóstico e um futuro tratamento. A queixa principal é importante, pois ela direciona a uma conduta e por si só pode dar um diagnóstico. Já a causa clínica, sugere a etiopatogenia

da disfunção. Os antecedentes patológicos pessoais e familiares indicam uma predisposição às disfunções uroginecológicas, assim como complicações secundárias que vão influenciar no tratamento. Cirurgias anteriores têm importância sobre o quadro geral da paciente principalmente as relacionadas à uroginecologia; sugerindo recidiva, a qual apresenta como fator primário o indicativo de um pré e pós cirúrgico inadequado. Medicamentos que são utilizados pela paciente, podem comprometer resultados da assistência fisioterapêutica. Pela história obstétrica vê-se que o que mais influencia é o fator multiparidade, tipo de parto, peso da criança, a episiotomia e o uso de fórceps. Na história ginecológica é importante salientar a influência hormonal na gênese da patologia. A história dos problemas sexuais e o de micção direcionará o tratamento fisioterápico. Relatos precisos da paciente quanto às características da perda urinária podem mostrar a etiologia, que somados à inspeção, exame físico, dados acima relacionados e uso, quando indispensável, da terapia de reposição hormonal, direciona-se a resultados satisfatórios, salientando-se que “o diagnóstico correto da incontinência urinária é imprescindível para o sucesso terapêutico” (WEINBERGER *apud* HALBE, 1997).

Conhecendo a importância da inspeção durante uma avaliação, vale ressaltar que utiliza-se instrumento como auxílio, visto que “a observação anatômica do períneo e o exame com a utilização do espécúlo no canal vaginal, permitem avaliar a depleção de estrogênio, prolapso genital, cistocele e retocele” (RAMOS *apud* FREITAS et al., 2001) “O exame da genitália, reveste de particular importância, visto que prolapso genitais, bem como os tumores de anexos, podem favorecer a perda de urina” (BARACAT, 1997).

3. Testes para diagnóstico

O serviço realiza os seguintes testes para o diagnóstico, na A.A.M.I.:

3.1- O Teste de continência é solicitado à paciente que se apresenta com a bexiga confortavelmente repleta, quando esta se encontra num esforço sub máximo é orientada para despir-se da cintura pélvica para baixo, elevar uma perna sobre um apoio; é pedido que realize a tosse observando-se a forma como a

paciente perde urina. “Esse teste não correlaciona a perda sob esforço com a pressão, uma vez que promove reações da musculatura pélvica” (D’ ANCONA, 2001).

3.2- A avaliação urodinâmica é a junção dos seguintes recursos clínicos: urofluxometria, cistometria, perfil pressórico uretral, estudo fluxo/pressão, eletromiografia. O objetivo primordial desta avaliação consiste em explicar os sintomas clínicos sob o aspecto fisiopatológico, fornecendo o diagnóstico diferencial dos tipos de incontinência urinária, quer seja de urgência ou de esforço além de seus tipos (D’ ANCONA, 2001). Neste serviço, solicita-se à paciente a realização do mesmo em centros urológicos.

3.3- O teste de Avaliação Funcional do Assolho Pélvico (AFA) consiste numa avaliação funcional para o estudo clínico do assoalho pélvico, através da atividade contrátil destes músculos e a sensibilidade à palpação bidigital da vagina. Em posição ginecológica a paciente é orientada a contrair esta musculatura, graduando-se quanto a força de 00 á 05, descrito na tabela abaixo.

3.4- Diário miccional: é uma avaliação realizada pela paciente, na qual durante três dias e três noitesela anota o número de micções, os episódios de urgência miccional e perda urinária involuntária, a quantidade desta perda e qual sua causa. “Apesar de ser subjetivo, o processo é fidedigno e nos auxilia na análise da gravidade da patologia” (RAMOS et al., apud, FREITAS et al., 2001) Neste serviço, frente a falta de recursos financeiros, adaptou-se frasco de soro fisiológico devidamente graduado para mensuração precisa das micções.

3.5- Leitura do perineômetro: para que seja avaliada a força muscular do assoalho pélvico, utiliza-se a leitura do perineômetro, o qual possui um dispositivo, que envolvido por preservativo deve ser colocado no interior da vagina. Possui também um manômetro que registra a intensidade das contrações da musculatura perineal (PIATO, 1993). Neste serviço, o aparelho utilizado é o PERINA da marca QUARK, adaptado com graduação externa para que seja utilizado tanto como miofeedcackk como para verificar a força da musculatura perineal.

Tabela 1: classificação funcional do assoalho pélvico

Grau-0	Sem função perineal objetiva, nem à palpação.
Grau-1	Função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente à palpação.
Grau-2	Função perineal objetiva débil, contração fraca à palpação.
Grau-3	Função perineal objetiva presente, e resistência não opositora à palpação.
Grau-4	Função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais do que 5 seg. à palpação.
Grau-5	Função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que 5 seg. à palpação.

Fonte: ORTZ apud HALBE, 2000.

4. Rotinas do tratamento ambulatorial

4.1- Exercícios de Kegel: é uma modalidade terapêutica, que utiliza contrações isométricas voluntárias dos músculos perineais mantidos por 10 segundos e que devem ser trabalhados no mínimo 150 vezes.

4.2- Eletroestimulação: na eletroterapia tanto o tipo de corrente quanto a voltagem são controladas e isto é fundamental para a eficiência terapêutica e suas alterações nos tecidos nervosos e muscular (MODOTTE et al., 1999). A estimulação elétrica transvaginal é o tratamento utilizado na Incontinência Urinária de Esforço (IUE) leve a moderada onde é utilizada uma frequência de ativação de fibras musculares de 65Hz, com a intensidade da corrente de acordo com a tolerância individual da paciente por um tempo de 20 minutos, sendo nos 10 primeiros minutos atuação única do aparelho e os 10 últimos combinados a isometria (RAMOS et al., 2001).

A eletroterapia com eletrodos de superfície parece ser indicada em casos de instabilidade do músculo detrusor e estudos deste serviço, mostram que esta forma de tratamento aumenta significativamente o desejo sexual das pacientes. Utilizamos a corrente russa, do aparelho DUALPEX, marca QUARK.

É importante salientar que antes de qualquer eletroestimulação, são realizados alongamento da musculatura pélvica e pertinente, descompactação lombossacra e apoio dos membros inferiores sobre um rolo quando utilizada eletroestimulação vaginal e em posição ginecológica na de eletrodo de superfície.

4.3- Tubo de ensaio: após resultados de evolução do quadro inicial com o uso da eletroestimulação, numa segunda fase da assistência, estando a paciente quase apta a realizar a fase resistida do tratamento fisioterápico, utiliza-se o tubo de ensaio como um instrumento de treinamento de força muscular e conscientização para seu treino diário.

4.4- Os cones vaginais consistem no último estágio da assistência fisioterapêutica, precedendo a alta; é composto de cinco dispositivos plásticos que variam de 20g a 70g, “atuando como halteres para os músculos que compõe o assoalho pélvico, visando o fortalecimento desta musculatura” (HALBE, 2000).

Um estudo demonstrado por Haddad em 25 pacientes apresentou melhora significativa da avaliação funcional do assoalho pélvico com provável recrutamento de fibras tipo I na fase passiva e coma maior recrutamento de fibras tipo II na fase ativa (HADDAD apud HALBE, 2000).

5. Conclusão

A incontinência urinária não é um fenômeno isolado. Desta forma seu estudo deve ser abrangente, dando especial atenção às vivências passadas das pacientes e seus reais desejos frente ao seu problema. Destaca-se a importância da propedêutica, porém condena-se o profissional que prioriza resultados, esquecendo que suas pacientes apresentam expectativas e desejos próprios, não os respeitando. O médico precisa ser criterioso para que muitas pacientes não sejam levadas ao centro cirúrgico desnecessariamente. O bom senso deve prevalecer sempre; lembrando que o tratamento mais apropriado para a paciente deve ser aquele menos evasivo ou perigoso.

Provavelmente os métodos de tratamento fisioterápico ambulatorial sofrerão avanços importantes nos próximos anos. Os estudos que estão sendo realizados serão o caminho para a descoberta de novos métodos.

Bibliografia

BRANDT, F.; ALBUQUERQUE, C. *Eletroestimulação no tratamento alternativo da incontinência urinária*. Recife: Jornal Brasileiro de Ginecologia, 1995.

CARRIÈRE, B. *Bola suíça*. São Paulo: Manole, 1999.

DOMINIQUE, G.; JEAN, S. *Reeducação perineal*. São Paulo: Manole, 2002.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W.; PANDOLFI, E. P. *Rotinas em ginecologia*. 3. ed. Rio Grande do Sul: Artmed, 1997.

HALBE, H. W. *Tratado de ginecologia*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

MODOTTE, W. P.; MOREIRA, E. C. H.; PASCON, A. M.; DIAS, R.; PAS-COTINI, C.; SARTORÃO, C. J. F.; BRAGA, M. A. Incontinência urinária. *Revista GO atual*, ano VIII, n. 6, jun. 1999.

PIATO, S. *Diagnóstico e terapêutica em ginecologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1993.

SOUZA, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia*. 2. ed. Belo Horizonte: Health, 1999.