

UMA EXPERIÊNCIA EM REABILITAÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS: UM ESTUDO INTERDISCIPLINAR

Soraya Yumi Hashimoto*
Yeda Aparecida Oliveira Duarte**
Helena Izzo***
Flávio Trigo****

RESUMO

Este estudo interdisciplinar, entre medicina, enfermagem e fisioterapia, tem como finalidade verificar o impacto da reabilitação da musculatura do assoalho pélvico na qualidade de vida de idosas com incontinência urinária de esforço e de urgência, que tenham preservadas suas funções cognitivas e se disponham a realizar as atividades propostas. Após avaliação clínica e laboratorial as clientes são encaminhadas para o Grupo de Controle Miccional (GCM), onde passarão integrar uma das duas atividades: exercício de mobilização pélvica e propriocepção ou exercícios ativos da musculatura perineal pelo uso de cones vaginais. Os resultados preliminares mostram o impacto positivo deste tipo de atividade nesta faixa etária específica.

UNITERMOS: Incontinência urinária. Idoso. Reabilitação.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária representa, entre outras, uma situação constrangedora para as pessoas que a apresentam, interferindo em seu convívio social e familiar e muitas vezes ocasionando afastamento das atividades do dia a dia, diminuição da auto-estima, perda da auto-confiança, vergonha, medo e, principalmente, aumento da dependência. É um problema comum entre os idosos, afetando cerca de 30% daqueles que vivem com a família e 50% dos que se encontram institucionalizados. Representa ainda a segunda causa de internação nesta faixa etária (MCDOWELL, 1992).

Além de um problema físico, com repercussões sociais, a incontinência urinária relaciona-se ainda com alterações psicológicas em especial: ansiedade, depressão e fobias. Surgem com maior frequência nestes casos do que em pacientes com distúrbios psiquiátricos, tornando difícil distinguir se foi a incontinência urinária que causou a alteração psiquiátrica ou o contrário (WYMAN, 1990).

Segundo JAHN (1997), a mulher com incontinência urinária é vigiada e discriminada por não conseguir manter o controle urinário ou é cobrada pela não participação de atividades sociais e familiares.

Apesar de suas repercussões, este ainda é um problema muitas vezes negligenciado pelos profissionais de saúde (RODRIGUES, 1991). CUNHA observou que raramente este distúrbio consta da lista de problemas médicos do paciente, levando a crer não ser esta uma disfunção considerada como problema médico em nosso meio.

Em estudo feito por JAHN (1997), 61% das pacientes com incontinência, submetidas à intervenção cirúrgica, apresentaram recidiva ou piora do quadro posteriormente. Neste estudo não está sendo questionado o ato cirúrgico em si mas a assistência à mulher com incontinência urinária no que se refere à necessidade ou não da intervenção cirúrgica bem como a avaliação dos riscos e benefícios de tal procedimento.

Este trabalho visa verificar o impacto de outras possibilidades de intervenção, menos invasivas, no tratamento de incontinência urinária em idosas.

CONTROLE MICCIONAL E ENVELHECIMENTO

O crescimento acelerado da população idosa no Brasil defronta-nos com uma situação cada vez mais presente, ou seja, uma demanda alta de pacientes e um número insuficiente de profissionais de saúde habilitados para atendê-los. O envelhecimento da população não é um problema de saúde mas a ausência de condições mínimas para que os idosos tenham não só quantidade mas também qualidade de vida é fundamental. Buscas de alternativas terapêuticas para o controle miccional em idosos tem este objetivo.

* Acadêmico da Escola de Enfermagem da USP

** Enfermeira, gerontóloga. Prof Assistente do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP

*** Fisioterapeuta do Serviço de Geriatria da HCFMUSP, Mestre em Psicologia Social pela PUCSP

****Médico, urologista. Prof Dr do HCFMUSP

A bexiga é um órgão muscular, constituído por entrelaçamento de músculos lisos longitudinais nas camadas interna e externa e orientação transversal na camada intermediária. É um órgão de armazenamento, que, em conjunto com o trato urinário inferior, composto por musculatura vesical, colo vesical e esfíncteres interno e externo, é responsável pela continência urinária. O esfíncter interno, que faz parte da base da bexiga, é composto por musculatura lisa, de controle involuntário e o esfíncter externo é composto por musculatura estriada, de controle voluntário. A micção é o resultado da contração da musculatura vesical, abertura do colo vesical e uretra (esfíncteres) e relaxamento da musculatura pélvica. Já a continência urinária depende de relaxamento progressivo da bexiga, conforme a urina é acumulada, da integridade do sistema nervoso central, assim como do funcionamento adequado dos esfíncteres além de uma musculatura pélvica preservada. Diversas modificações neurológicas, musculares e hormonais da senescência podem facilitar o surgimento da incontinência urinária (LEME, 1994).

Vários estudos, relataram que a grande maioria dos idosos, que sofrem de incontinência urinária, acreditam ser esta uma condição normal do envelhecimento, portanto, irremediável e intratável (JAHN, 1997; JETER, 1990; MOLINO, 1994).

Muito embora ocorram mudanças no processo de envelhecimento contribuindo para a susceptibilidade dos idosos à incontinência, esta situação não é uma companheira inevitável da velhice, muito menos uma condição normal (JAHN, 1997).

Incontinência urinária é a perda involuntária ou incontrolada de urina, podendo ser uma condição aguda ou crônica. Pode ser classificada em (SMELTZER, 1998; MOLINO, 1994):

- 1) Incontinência de esforço: é a perda involuntária de urina através de uma uretra intacta por aumento súbito de pressão intra-abdominal (espirro, tosse, risos), geralmente relacionado a debilidade do assoalho pélvico e incompetência do esfíncter uretral. Comum em múltiparas, em lesões obstétricas, disfunção do detrusor entre outros.
- 2) Incontinência de urgência: situação em que o indivíduo sente urgência em urinar e é incapaz de inibir a micção por tempo suficiente para chegar ao banheiro. Causado por hiperatividade do músculo detrusor. Muito comum em idosos com disfunção neurológica.
- 3) Incontinência de hiperfluxo: caracteriza-se por perda freqüente de urina, as vezes de forma constante, a bexiga não se esvazia completamente apesar da perda contínua, tornando-se hiper distendida.
- 4) Incontinência funcional: neste caso o trato urinário inferior encontra-se íntegro, mas deficiências cognitivas impedem que o paciente identifique a necessidade de urinar.

Segundo RODRIGUES (1991) os tratamentos mais comuns para incontinência são:

1. Terapêutica cirúrgica.
2. Terapêutica medicamentosa
3. Treinamento para o controle urinário através da reabilitação da musculatura do assoalho pélvico. Neste caso, utiliza-se mais comumente as seguintes técnicas:
 - (a) Exercícios de Kegel para fortalecimento dos músculos pélvicos, vaginal e ileocóccigeo
 - (b) treinamento da bexiga e do hábito miccional: para restaurar a função normal da bexiga pela resistência à sensação de urgência. Usada para incontinências do tipo de urgência e funcional.
 - (c) Biofeedback: terapia comportamental que visa alterar a resposta fisiológica da bexiga e dos músculos do assoalho pélvico de forma a manter a continência. O paciente deve inibir voluntariamente as contrações da bexiga ou contrair os músculos esfíncterianos para prevenir o esvaziamento da bexiga. Usado para incontinência de stress ou de urgência. O aparelho de biofeedback funciona como um reforço positivo, pois mostra ao paciente se a contração muscular está correta.

Para este estudo nos detemos ao terceiro item relacionado à reabilitação.

OBJETIVO

Verificar o impacto da reabilitação da musculatura do assoalho pélvico, através de exercícios ativos, voluntários e por estimulação, na qualidade de vida de idosas com incontinência urinária de esforço e de urgência.

CASUÍSTICA E MÉTODO

O trabalho está sendo realizado com mulheres idosas com quadro de incontinência urinária por esforço e de urgência, que tenham preservadas suas funções cognitivas e se disponham a realizar as atividades propostas pelo grupo. A amostra totalizará 60 pacientes. Neste estudo foram avaliadas as respostas de oito pacientes em fase de pré-teste para adequação do programa proposto.

As pacientes foram submetidas às avaliações clínica e laboratorial, avaliação de perdas urinárias através do preenchimento por cinco dias do mapa miccional padronizado na clínica de Urologia do HCFMUSP (mapa de 24

horas), avaliação urodinâmica, exames de urina I, urocultura, escala de avaliação da musculatura pélvica e protocolo de qualidade de vida através do SF36.

Posteriormente foram encaminhadas para início do trabalho conjunto fisioterapia e enfermagem, integrando um dos dois grupos:

1. Exercícios ativos e voluntários que compreende a reeducação da musculatura pélvica do assoalho pélvico através do método Kegel. Consiste na estimulação e conseqüente fortalecimento muscular da face interna para a externa e conscientização da musculatura perineal.

2. Exercícios ativos por estimulação da musculatura perineal pelo uso de cones vaginais de diferentes pesos duas vezes ao dia iniciando por quinze minutos cada vez. O peso dos cones vaginais varia de 20.0g (no. 1) até 70.0g (no. 5)

Para avaliar o impacto do programa, nas pacientes, foi aplicado um formulário com 20 questões que versavam sobre as alterações em sua qualidade de vida desde o início do tratamento até o momento bem como as dificuldades na adesão ao mesmo.

RESULTADOS

Resultados preliminares mostram o impacto qualitativo positivo deste tipo de atividade nesta faixa etária específica.

- 1) 100% referiram diminuição de perdas de urina que continua sendo uma questão incômoda para as entrevistadas.
- 2) 75% relataram alteração na frequência urinária.
- 3) 75% das idosas conseguem manter a continência até chegar ao toalete.
- 4) 62.5% referiram alteração no volume eliminado de urina.
- 5) 62.5% referiram diminuição ou eliminação da nictúria.

87.5 % das pacientes sentiram impacto positivo no quadro de incontinência após o início do tratamento. 25% referiram algum tipo de desconforto (compromisso com o tratamento e dificuldade de manter o cone no lugar, repetição dos exercícios diariamente), sendo que 25% sentem algum tipo de desconforto ao urinar (ardor, micção lenta).

O aumento da auto-confiança foi descrito por 75% das pacientes, que pode ser observado pelos seguintes relatos:

"... consigo segurar e diminuiu as vezes que vou ao banheiro... e à noite não levanto mais...posso sair mais sem a preocupação de perda da urina.."

"... consigo segurar a urina até chegar no banheiro... sinto a contração da vagina... sinto que fico mais tempo sem urinar...não tenho que fazer várias trocas de roupa..."

"... consigo segurar bem (urina), sinto-me melhor para sair e, principalmente, para viajar, melhorou a auto-confiança..."

"... consigo sentir que estou perdendo a urina, coisa que não acontecia antes...não uso mais absorvente diário... aumentou a esperança..."

"... já faz mais de um mês que eu não levanto para ir ao banheiro à noite e não senti nem a minha calcinha molhada..."

"... agüento mais tempo, me sinto mais segura..."

CONCLUSÃO

Nas pacientes estudadas foi possível verificar que houve melhora no controle miccional, seja pela diminuição da frequência urinária, pela diminuição de perdas de urina, pela diminuição de nictúria ou até mesmo ausência da mesma e, principalmente, o fato de conseguir manter a continência urinária até alcançar o toalete.

Em conseqüência disto observa-se um aumento significativo da auto estima e da auto confiança, repercutindo em alterações da sua dinâmica de vida, com isso socialização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ESTEVES, L. R. Patologia de la vejiga: retention e incontinencia de orina em los ancianos. In: SALGADO, A., GUILLÉN, F. *Manual de geriatria*. 2ª edição, p. 297-13, 1994.

- JETER, K. F., et al. Incontinence in the American Home. *JAGS*, v.38, p. 379-83, n3, 1990.
- JONASSON,A., LARSSON,B., PSCHERA , H. Teste e treino dos músculos do assoalho pélvico pós parto. *Acta obstet gynecol scand*. v. 68, p. 301-4, 1989.
- LEME, L. E. G. Incontinência urinária. In: CARVALHO F., E. T., NETTO, M. P. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. p. 227-31, 1994.
- MCDOWELL, B. J., et al. Na interdisciplinary approach to the assesment and behavioral tretament of urinary incontinence em geriatric outpatients. *JAGS*, v. 40, p. 370-4, 1992.
- MALONE-LEE, J. Urinary Incontinence. In: TALLIS, R., FILLIT H., BROCKLEHURST, J.C. *Blocklehurst's textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. V. 5, p. 1343-57, 1998.
- MOLINO, J. P., ISARCH M. T. V. Incontinência urinária. In: LLERA, F.G., MARTÍM, J. P. M. *Síndromes y cuidados em el paciente geriátrico*. p. 191-209, 1994.
- PEATTIE, A.B., PLEVNIK, S., STANTON, S.L., Cones vaginais, um método conservador de tratar a verdadeira incontinência de esforço. *British journal of Obstetrics and Gynaccolgy*, v. 95, p. 1049-53, 1988.
- PETROIANU, A., PIMENTA, L. G. Afecções Cirúrgicas Ginecológicas em Idosas. In: *Cirurgia Geriátrica*. p. 606-9, 1998.
- RODRIGUES, R.A.P., MENDES, M.M.R., Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. *Revista latino americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 5-20, 1994.
- RODRIGUES, R.A.P.; ZAGO, M.M.F. Incontinência urinária no idoso: assistência de enfermagem. *Rev.Esc.Enf.USP*, v. 25, n. 1, p. 21-28, abr. 1991.
- SMELTZER, S. C., BARE, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8ª edição, v. 2, p.979-1006, 1998.
- WYMAN, J.F., et al. Psychosocial Impact of Urinary Incontinence in the Community-Dwelling Population. *JAGS*, v. 38, p. 282-6, n. 3, 1990.