

TERAPIA COMPORTAMENTAL (TC) EM INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IU) - RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Regiane, Q. Glashan*
Maria Alice S Lelis*
Homero Bruschini**.

A incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina pelo meato uretral e é um dos problemas mais comuns de saúde que afeta os idosos, embora seja um distúrbio que pode acometer indivíduos de qualquer idade e é independente do sexo (McDowell e col., 1994, Thompson, Smith, 1998).

Indivíduos com IU apresentam elevado risco para desenvolver infecção urinária, perda da integridade do tecido tegumentar e quedas acidentais devido a urgência miccional. Em adição, é uma desordem clínica que pode predispor ao isolamento social, ao estresse, perda da individualidade e muitas vezes é causa precoce de internação do idoso em casas de repouso (Engberg e col., 1997).

Embora não tenhamos dados epidemiológicos nacionais quanto a prevalência e incidência de IU em nossa população, pesquisas americanas mostram que mais de 12 milhões de americanos sofrem de distúrbios miccionais. Os gastos no tratamento da IU e suas conseqüências superam o montante de U\$ 10 bilhões de dolares por ano. Infelizmente, menos de 0,5% desta quantia é utilizada na evolução e tratamento deste problema, também considerado de saúde pública (Hu, 1990).

A literatura tem mostrado que a IU, na maior parte dos casos, pode ser curada ou significativamente melhorada por tratamento médico e por intervenções de enfermagem (National Institutes of Health Consensus Development Conference, 1990).

As principais intervenções de enfermagem relacionadas ao manejo da incontinência urinária, dizem respeito a terapia comportamental que atualmente tem sido indicada e preconizada como primeira escolha no tratamento da IU quando o ato cirúrgico não é indicado (National Institutes of Health Consensus Development Conference, 1990, Burgio e col., 1998).

A terapia comportamental consiste numa série de atividades como, biofeedback, exercícios pélvicos, treinamento vesical, mudança de hábitos alimentares e adequação da ingestão hídrica diária. Não apresenta risco iatrogênico, porém depende da auto-motivação do indivíduo (Burgio e col., 1998).

OBJETIVO

Neeste estudo prospectivo e clínico, resolvemos estudar a influência da terapia comportamental no manejo da incontinência urinária em mulheres com diagnóstico prévio deste distúrbio miccional.

Material

O estudo foi realizado no ambulatório de urologia, de um hospital geral universitário da região metropolitana, entre julho de 1998 a agosto de 1999.

Método

Fizeram parte deste estudo, 6 mulheres com faixa etária variando de 33 a 76 anos com diagnóstico pré-estabelecido de incontinência urinária por esforço, urge-incontinência e forma mista. Após aprovação do Comitê de Ética da Universidade e anuência das mulheres, estas assinaram termo formal de consentimento em participar do estudo e foram então inseridas ao programa.

Avaliação clínica

A avaliação clínica consistiu da história clínica efetuada pelo médico urologista, exame físico, avaliação urodinâmica, ultrasonografia das vias urinárias, eletrólitos e creatinina plasmáticos e urianálise. Em adição, o teste de Mini-Mental (Folstein e col., 1975.) foi utilizado como critério para afastar demência e déficit cognitivo. Nos casos de infecção do trato urinário (> 10.000 colônias), impactação fecal ou obstipação intestinal, foi oferecido tratamento e possibilidade de recondução ao tratamento comportamental.

Diário Miccional

As mulheres foram orientadas a preencherem um diário miccional por 2 semanas, assinalando o horário das micções e os episódios de perda urinária (pequena ou grande perda) e as circunstâncias que levaram às perdas. O principal objetivo do diário foi documentar a freqüência da incontinência antes do tratamento proposto.

* Enfermeira.

** Médico

Critério de inclusão/exclusão

Para ser incluída neste estudo, as mulheres tinham que apresentar pelo menos 2 acidentes por semana contidos no diário miccional proposto e história prévia de perdas urinárias há pelo menos 3 meses, urodinâmica que confirmasse a incontinência urinária, independentemente do tipo (esforço, urge-incontinência ou mista) e capacidade vesical superior a 350 ml, apresentarem função renal normal comprovada por análise plasmática e por ultrasonografia e que fossem capazes de contrair a vagina e sustentar a contração ou apresentarem ao toque vaginal a grade 3 na escala de Oxford (Brink, Sampsel, 1989).

Foram excluídas as mulheres que perdiam urina continuamente, com volume urinário pós miccional superior a 200 ml, prolápio uterino visualizado no entróito vaginal, doenças metabólicas e neurológicas com possíveis implicações no trato urinário e prejuízo mental (Mini-Mental < 20).

Terapia Comportamental (TC)

As mulheres inseridas no programa de terapia comportamental compareceram 5 vezes à consulta de enfermagem com intervalos de 2 semanas durante um período de 3 meses. Em toda consulta era observado o diário miccional e a habilidade que a mulher apresentava para contrair adequadamente a vagina. Visita 1, preenchimento de formulário específico para levantamento de dados da paciente, questionamento quanto a função intestinal e quando necessário orientações para aumentar a ingesta de fibras alimentares, orientação para a realização dos exercícios de Kegel (que consiste na contração e relaxamento da vagina ou ânus de maneira progressiva) e prescrição de exercícios domiciliares. Visita 2, análise do diário miccional, reforço dos exercícios pélvicos, manobras para driblar a incontinência urinária por esforço ou a urge-incontinência (IU por esforço: antes de realizar qualquer procedimento que aumente a pressão abdominal, contrair previamente a vagina e sustentar a contração até a finalização do procedimento ou ação, Urge-Incontinência: quando sentir urgência para urinar, contrair a vagina de 3 a 4 vezes rapidamente, respirar fundo e ir normalmente ao sanitário) e orientar técnicas simples de relaxamento (inspirações lentas e profundas). Visita 3, reforço dos exercícios de Kegel e adequação hídrica e alimentar. Visita 4, abordagem de todos os itens anteriores. Visita 5, reforço de todos os itens anteriores e ajustes finais. Visita 6, todos os itens anteriores e alta do protocolo mas com opção de continuar, porém com intervalos maiores, ou seja, uma vez por mês nos primeiros 3 meses, 1 vez a cada três meses, 1 vez a cada seis meses e por fim anualmente.

RESULTADOS

De acordo com exames específicos realizados previamente a terapia comportamental, pudemos identificar que 3 mulheres apresentavam incontinência urinária de esforço, 2 urge-incontinência e 1 a forma mista de IU.

Das 6 pacientes avaliadas, somente 2 estavam utilizando algum tipo de medicamento e dentre eles podemos citar, medicamentos que atuavam no sistema gastro-intestinal e reposição estrogênica. Todavia, estas medicações estavam sendo usadas pelas pacientes anteriormente a inserção das mesmas na TC.

Dentre as mulheres em tratamento comportamental, somente 2 pacientes tiveram partos vaginais e não foram submetidas à episiotomia.

Quanto a duração dos sintomas, todas as pacientes atendidas em nosso serviço referiram que perdiam urina há mais de três anos, mas nenhum médico ou profissional da equipe de saúde as questionou quanto a esta sintomatologia durante as consultas regulares.

Embora, 2 pacientes tenham sido submetidas à cirurgia para correção da IU, estas permaneceram com perdas urinárias e foram encaminhadas para o atendimento comportamental. Apenas 1 paciente apresentou cistocele de primeiro grau (76 anos e nulípara). Durante o exame físico pudemos constatar que as pacientes mais idosas (69 e 76 anos) apresentavam mucosa vaginal atrófica e não faziam reposição hormonal estrogênica local ou sistêmica.

Observamos que a maioria de nossas pacientes (4) estavam acostumadas a utilizar absorventes higiênicos como proteção as perdas urinárias e que 2 pacientes com idade superior a 69 anos, preferiam utilizar "toalhinhas íntimas". Todas as pacientes relataram que a incontinência urinária restringia suas atividades físicas ou sociais.

A tabela 1 mostra os resultados obtidos com a terapia comportamental em mulheres com incontinência urinária independentemente do tipo de incontinência.

Tabela 1 Resultados obtidos com a terapia comportamental em mulheres com incontinência urinária. São Paulo, 1999.

Paciente	Tipo de IU	Idade (anos)	Grande acidente		Pequeno acidente		Δ % melhora
			Pré*	Pós*	Pré*	Pós*	
1	UI	33	0	0	10	0	100
2	IUE	34	0	0	12	0	100
3	IUE	52	6	0	3	0	100
4	UI	61	5	0	15	0	100
5	IUE	69	0	0	12	2	83
6	M	76	4	0	10	2	80

Legenda: * tratamento

UI: urge incontinência - IUE: incontinência urinária de esforço - M: mista (urge-incontinência e incontinência urinária de esforço)

Todas as mulheres inseridas neste estudo foram capazes de contrair a vagina e sustentar adequadamente a contração vaginal e aprenderam de maneira correta e eficiente a realizar os exercícios pélvicos e a adotarem as manobras ensinadas para driblar a IU na vida cotidiana.

Quando perguntamos que nota as pacientes dariam para a melhora individual em relação a obtenção da continência urinária, obtivemos valores que variaram numa escala de 0 a 100 o seguinte intervalo: 80 – 100.

Em adição, questionamos as pacientes se elas gostariam de continuar com a terapia comportamental para manutenção da continência. Todas as mulheres disseram que sim e que não gostariam de fazer uso de medicações ou de intervenções cirúrgicas.

DISCUSSÃO

O mecanismo exato que contribui para o desenvolvimento da IU ainda não é bem estabelecido, embora idosos, com o processo de envelhecimento, apresentem um descontrole da bexiga urinária (Glashan, Lelis, 1999).

A perda involuntária de urina, é um dos problemas de saúde mais comuns entre a população idosa, entretanto, pode acometer indivíduos mais jovens. Nosso relato de experiência mostrou, embora, com uma casuística diminuta que a IU em nosso meio acomete mulheres adultas jovens, em fase reprodutiva e produtiva (33 e 34 anos respectivamente) e que de certa forma leva ao constrangimento social e muitas vezes de ordem sexual, pois não é infrequente mulheres nesta situação perderem urina durante a relação sexual (Karlowicz, 1995).

Em adição, indivíduos com algum grau de incontinência pode sentir-se dependente, excluído do convívio familiar e social e não ocasionalmente, serem encaminhados para casas de repouso (Engberg e col., 1997).

Além dos transtornos miccionais advindos da incontinência urinária, os pacientes ainda estão sujeitos a infecção do trato urinário, distúrbios do tecido tegumentar (assaduras e feridas) e até mesmo quedas acidentais decorrentes da urgência miccional. Alterações psicológicas, isolamento social e baixa estima são também observados em mulheres com incontinência (Diokono e col., 1990).

Nosso estudo mostrou que as mulheres mais idosas que compreenderam este estudo (69 e 76 anos) apresentaram a mucosa vaginal atrofica e não estavam fazendo uso de reposição hormonal estrogênica quer via vaginal quer por via oral. Estas mulheres referiram desconhecer os benefícios desta terapêutica tanto relacionada a IU como aos fatores cardiocirculatórios. Alguns estudos mostram que o uso estrogênico pode reduzir a incontinência urinária sobretudo quando administrado diretamente na vagina (Karlowicz, 1995, Glashan, Lelis, 1999, Wehle, Petrou, 1999).

Do total de mulheres estudadas, 2 pacientes foram submetidas ao parto normal e sem episiotomia, mostrando os riscos que um parto mal assistido pode ocasionar futuramente ao soalho pélvico. Estudos efetuados por Cardozo, Kutner, 1993, mostraram que o ensino dos exercícios pélvicos antes do parto e mantidos após o mesmo podem prevenir a IU.

Embora, saibamos que a IU acomete indivíduos das diversas faixas etárias, esta disfunção é mais peculiar em idosas. Neste trabalho, constatamos que as duas mulheres mais idosas (69 e 76 anos) utilizavam como dispositivo para proteção das perdas urinárias, as "toalhinhas íntimas". Os cuidadores referiam que este tipo de proteção demandava tempo na higienização, algumas vezes o odor era desagradável mesmo antes de serem utilizadas e demandava tempo adicional na manutenção e conservação das mesmas. Por outro lado, as demais mulheres (4) estavam habituadas a usar absorvente íntimo, por considerarem mais prático e higiênico. Para alguns autores, o uso de clorofilina por via oral poderia reduzir o odor da urina, principalmente naquelas pacientes onde a preferência por material não descartável é fator de eleição (Wiggins, 1985).

Conforme pôde ser observado na tabela 1, todas as pacientes submetidas à terapia comportamental e em particular aos exercícios de Kegel (Kegel, 1948), apresentaram melhora das perdas urinárias que variaram de 80 % a 100 %. As mulheres que não atingiram 100 % de melhora no quadro de perdas urinárias, foram aquelas mais idosas (69 e 76 anos respectivamente).

Vários autores são unânimes em afirmar que os exercícios pélvicos são capazes de aumentar a resistência uretral devido a pratica ativa de exercícios relacionados a musculatura pubococcígea. Em adição, muitos trabalhos também relacionam o efeito dos exercícios de Kegel na redução dos sintomas de urgência e consequentemente na redução da instabilidade detrusora com melhora clínica de 30 % a 100 % (McDowell e col., 1994, Engberg e col., 1997, Burgio e col., 1998).

A intervenção comportamental possui a vantagem de atingir a continência sem efeitos adversos que são comuns com o uso de intervenções farmacológicas (Burgio e col., 1998).

Das 6 pacientes que submeteram-se à terapia comportamental, todas elas referiram estar satisfeitas com o tratamento e pontuaram notas ao mesmo que variou de 80 a 100 numa escala de 0 a 100. Pesquisa recente efetuada por Burgio e col. (1998), mostrou que a TC aplicada em 65 mulheres com urge-incontinência por um período de 8 semanas, levou não só a melhora expressiva das perdas urinárias como também a satisfação pela intervenção proposta.

Por outro lado, a limitação no emprego da TC reside no fato de que para ela ser efetiva, a participação da mulher deve ser ativa e esta necessita estar motivada para manter-se aderida ao programa que de certa forma apresenta resultados mais tardios, ou seja, a partir da 4ª semana de intervenção. Outra desvantagem da terapia

comportamental e em especial, a prática de exercícios pélvicos, está contra indicada para indivíduos pouco motivados e com prejuízo mental (Burgio e col., 1998).

Alguns autores relatam que o uso de anticolinérgicos é vantajoso em pacientes com instabilidade detrusora. Todavia, o uso destas medicações podem levar a efeitos colaterais indesejáveis e que levam os pacientes a desistirem do tratamento (Burgio e col., 1998, Wehle, Petrou, 1999).

Quando perguntamos ao final do protocolo se a paciente desejava mudar de tratamento para manter a continência (farmacológico e/ou cirúrgico), todas responderam que preferiam continuar com a terapia comportamental, tendo em vista as melhoras obtidas. Nossos resultados foram semelhantes aos obtidos por Burgio e col. (1998), no qual as mulheres tratadas com intervenção comportamental, 86 % destas pacientes preferiram continuar aderidas ao programa de TC.

Os resultados preliminares deste estudo indicam que a terapia comportamental pode ser uma opção a mais no tratamento da incontinência urinária em indivíduos motivados e sem prejuízo cognitivo. Em adição, é uma intervenção de baixo custo não só para a instituição mas também para a mulher que se submete a este tipo de tratamento. No entanto, exige que esta atividade esteja inserida num grupo multiprofissional de tratamento de distúrbios da micção e que o enfermeiro esteja devidamente preparado tanto técnico como cientificamente para desempenhar este tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brink, C. A., Sampsel, C. M. A digital test for pelvic muscle strength in older women with urinary incontinence. *Nurs Res*, v.38, n.4, p.196 – 199, 1989.
- Burgio, K. L., Locher, J. L., Good, S. P., Michael, H., McDowell, J., Dombrowski, M., Candib, D., Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older woman. *JAMA*, v.280, n.23, p.1995 – 2000, 1998.
- Cardozo, L. D., Cutner, A. Is disturbed bladder function after pregnancy normal? *Mater Child Health*, v.303, n.2, p.180 – 183, 1993.
- Engberg, S., McDowell, J., Donovan, N., Broda, K. I., Weber, E. Treatment of urinary incontinence in homebound older adults: Interface between research and practice. *Ostomy Wound Management*, v.43, n.10, p.18 – 26, 1997.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. "Mine Mental State"- A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr Res*, v.12, n.3, p.189 – 198, 1975.
- Glashan, R. Q., Lelis, M. A. S. Fatores de risco associados a incontinência urinária – É possível modifica-los? *Acta Paul Enf*, v.12, n.1, p.43 – 47, 1999.
- Hu, T. W. Impact of urinary incontinence on health care costs. *J Am Geriatr Soc*, v.38, n.4, p.292 – 295, 1990.
- Karłowicz, K. A. *Urologic Nursing. Principles and Practice*. Saunders, 1995.
- Kegel, H. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v.56, n.2, p.238 – 243, 1948.
- McDowell, J., Engberg, S., Weber, S., Brodak, I., Engberg, R. Successful treatment using behavioral interventions of urinary incontinence in homebound older adults. *Geriatric Nursing*, v.15, n.4, p. 303 – 307, 1994.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference on Urinary Incontinence in Adults. *JAMA*, v.261, n.2, p.2685 – 2690, 1990.
- Thompson, D. L., Smith, D. A. Continence restoration in the cognitively impaired adult. *Geriatric Nursing*, v.19, n.2, p.87 – 90, 1998.
- Wehle, M. J., Petrou, S. P. **Urinary incontinence in women: A practical Guide to Diagnosis and Treatment**. Hospital Medicine, v.35, n.4, p.29 – 36, 1999.
- Wiggins, W. Pharmacology in urinary incontinence. *J Urol. Nur.*, v.4, n.2, p.315 – 318, 1985.