

EFEITO DE UM PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA PÉLVICA EM PACIENTE COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO E CISTOCELE - RELATO DE CASO

Débora Carolina Santos do Nascimento¹; Cibele Nazaré Câmara Rodrigues²; Carla Iasmin Lima Lemos³; Carolyne Barbosa Peniche⁴; Ana Carla da Silva Nunes⁵

¹Graduando, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento, UFPA;

³Graduando, UFPA;

⁴Graduando, UFPA;

⁵Graduando, UFPA

debnasc96@hotmail.com

Introdução: Em 2002, a International Continence Society (ICS) definiu a incontinência urinária (IU) como “a passagem involuntária de urina por qualquer motivo”. Existem basicamente três tipos de IU: Incontinência Urinária de Urgência (IUU), Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e Incontinência Urinária Mista (IUM). A incontinência urinária de esforço é um dos tipos mais prevalentes de incontinência urinária no mundo, foi definida como qualquer vazamento involuntário de urina durante espirros, tosse ou qualquer esforço físico. É relatado na maioria dos países que 15 a 40% das mulheres são confrontadas com IUE, portanto, a IUE é cada vez mais reconhecida como uma questão de saúde global. A cinesioterapia para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e a estimulação elétrica intravaginal e / ou superficial mostraram resultados impressionantes para a melhora dos sintomas de IU. Um dos principais objetivos da fisioterapia é fortalecer os músculos do assoalho pélvico, porque a melhora da força e função desses músculos favorece uma contração consciente e efetiva quando há um aumento da pressão intra-abdominal, evitando assim perdas urinárias. Além disso, ajuda a melhorar o tônus, as transmissões de pressão uretral, reforçando o mecanismo de continência urinária. O prolapso do órgão pélvico (POP) é uma condição clínica muito comum que afeta cerca de 40% das mulheres com mais de 45 anos e 50% das mulheres menopausadas. A ICS define o prolapso do órgão pélvico como: “a descida de um ou mais dos: a parede vaginal anterior, a parede vaginal posterior e o ápice da vagina (colo do útero / útero) ou abóbada (manguito) após histerectomia”. Fatores de risco bem estabelecidos para POP incluem idade, paridade e obesidade. O prolapso do compartimento anterior e IUE são causados por uma fraqueza ou lesão da fâscia pubocervical com descendência resultante da bexiga (cistocele). A cistocele é o prolapso da parede vaginal anterior acompanhado de prolapso da parede da bexiga. **Objetivos:** Verificar se um programa de fisioterapia pélvica tem efeito em uma paciente com diagnóstico de incontinência urinária de esforço e cistocele atendida no Centro de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) da Universidade Federal do Pará (UFPA). **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo de caso de caráter intervencionista, realizado pelo grupo de fisioterapia do CASMUC da UFPA na cidade de Belém do Pará. A coleta de dados foi realizada mediante a convite e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a paciente com iniciais E.M.G.S de 40 anos apresentou como queixa principal perda de urina aos esforços sic “Perco xixi quando subo escadas, espirro ou ao tossir”. A paciente faz uso de absorvente higiênico e relatou como sintomas urinários: gotejamento pós miccional, urgência e urge-incontinência. No entanto, negou disúria, noctúria, problemas ano-retais e problemas sexuais. Como antecedentes obstétricos a paciente teve três gravidezes com as três sendo parto normal. No exame físico a paciente apresentou: vulva fechada, distância ano-vulvar, borda anal e palpação do centro tendineo normais, observou-se também,

secura vaginal, cistocele de grau 2 e reflexos bulbo cavernoso e cutâneo-anal presentes. Na Avaliação Funcional do Assoalho pélvico (AFA) apresentou grau 2 com utilização da musculatura acessória (Os músculos: Glúteos, Adutores e Abdômen). O teste de perda de urina ao esforço foi positivo na posição decúbito dorsal durante tosse forçada e manobra de valsalva. Após a avaliação inicial foi elaborado um protocolo de 16 sessões, duas vezes por semana durante 50 minutos, com uso de eletroestimulação intracavitária (Aparelho Dual Pex) com parâmetros: frequência de 50 Hertz, largura de pulso 500 μ s, intensidade tolerada pela paciente com uma média de 19 mA, tempo on de 5 segundos e tempo off de 10 segundos durante 20 minutos. Em seguida, realizava-se cinesioterapia perineal com uso de bola suíça sendo realizados movimentos antero-posterior, latero-lateral e em forma de oito associados a contração perineal na bola suíça. Além de exercícios de Kegel com a paciente deitada na maca realizando contrações perineais rápidas e lentas nas posições neutra e em ponte. **Resultados:** Após as 16 sessões de tratamento foi realizada uma reavaliação com a paciente, na qual foi constatada melhora da funcionalidade do assoalho pélvico AFA 3 com contração perineal perceptível, funcional e menor recrutamento da musculatura acessória, redução do grau do prolapso da bexiga de 2 para 1, diminuição dos sintomas urinários de gotejamento pós miccional, urgência e urge-incontinência. O teste de perda de urina ao esforço foi negativo para a posição de pé durante tosse forçada e manobra de valsalva, sic “Me sinto mais confiante para sair e fazer minhas tarefas diárias”. **Conclusão ou Considerações Finais:** O protocolo de fisioterapia pélvica utilizado foi eficaz para o tratamento da incontinência urinária de esforço e cistocele, tendo em vista a melhora da força de contração perineal, redução do prolapso da bexiga, diminuição das queixas urinárias e da perda involuntária de urina que traziam problemas psicossociais a paciente, com isso, é perceptível a importância da fisioterapia urogenecológica na reabilitação de pacientes com disfunções perineais, trazendo assim melhora na qualidade de vida e saúde dos mesmos.

Descritores: Fisioterapia Pélvica, Incontinência Urinária, Cistocele.

Referências:

1. Luo D, Chen L, Yu X, et al. Differences in urinary incontinence symptoms and pelvic floor structure changes during pregnancy between nulliparous and multiparous women. *Mastrolia SA*, ed. *PeerJ*. 2017 Jun 31;5:e3615.
2. Heydari F, Motaghd Z, Abbaszadeh S. Relationship between hysterectomy and severity of female stress urinary incontinence. *Electron Physician*. 2017 Jun 25;9(6):4678-4682.
3. Pereira CM de A, Castiglione M, Kasawara KT. Effects of physiotherapy treatment for urinary incontinence in patient with multiple sclerosis. *J Phys Ther Sci*. 2017 Jul 15;29(7):1259-1263.
4. Vitale SG, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Laganà AS. The Importance of a Multidisciplinary Approach or Women with Pelvic Organ Prolapse and Cystocele. *Oman Med J*. 2017 May;32(3):263-264.
5. Bureau M, Carlson KV. Pelvic organ prolapse: A primer for urologists. *Can Urol Assoc J*. 2017 Jun;11(6Suppl2):S125-S130.