

Incontinência Urinária de Esforço: Tratamento Não Cirúrgico e Não Farmacológico

Autoria: Sociedade Brasileira de Urologia

Elaboração Final: 27 de junho de 2006

Participantes: Amaro JL, Wroclawski ER, Rios LAS, Kawano PR

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Revisão da literatura.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Oferecer um guia prático, adequado à realidade brasileira, destacando as melhores evidências disponíveis relacionadas à incontinência urinária de esforço: tratamento não cirúrgico e não farmacológico.

CONFLITO DE INTERESSE:

Os conflitos de interesse declarados pelos participantes da elaboração desta diretriz estão detalhados na página 8.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária na mulher é definida pela Sociedade Internacional de Continência como qualquer perda de urina¹(D). O tratamento da incontinência urinária de esforço historicamente tem sido cirúrgico, no entanto, apesar do comprometimento da qualidade de vida pelas perdas urinárias, algumas mulheres são relutantes à correção cirúrgica pelos riscos operatórios e outras têm contra-indicações anestésico-cirúrgicas.

Os tratamentos não cirúrgico e não farmacológico da incontinência urinária de esforço abrangem a terapêutica comportamental e a reabilitação funcional do assoalho pélvico em suas diferentes modalidades.

TRATAMENTO COMPORTAMENTAL

O tratamento comportamental visa à mudança do comportamento miccional e dos fatores contributivos para a incontinência urinária.

O Treinamento Vesical consiste em micções com intervalos programados progressivamente maiores, com o objetivo de reduzir os episódios de perdas urinárias por meio do aumento da capacidade vesical e do restabelecimento da função vesical normal. Revisão sistemática da Colaboração Cochrane, publicada em 2003, devido a evidências limitadas na literatura, concluiu que esta abordagem pode ser útil no tratamento da incontinência urinária, porém mais estudos são necessários²(B).

Micção de Horário é a modalidade terapêutica na qual a paciente é estimulada a urinar em intervalos determinados, geralmente de 2 a 4 horas. Essa técnica permite que a bexiga permaneça com baixos volumes, evitando, portanto, contrações detrusoras involuntárias e incontinência urinária de esforço.

Na Micção Comandada, pacientes com problemas cognitivos são estimulados verbalmente a urinar de forma sistemática. Revisão sistemática da literatura concluiu que esta modalidade terapêutica aumenta as micções por iniciativa própria e, conseqüentemente,

diminui o número de episódios de perdas urinárias a curto prazo. Não existe, entretanto, evidência sobre os resultados de longo prazo³(B).

Entre os fatores de risco para a incontinência urinária incluem-se a obesidade, a doença pulmonar obstrutiva crônica, o tabagismo, ingestão hídrica excessiva, fatores dietéticos e constipação intestinal.

A perda de peso em pacientes com obesidade mórbida diminui a incontinência urinária de forma significativa. Há evidência preliminar de que a perda moderada de peso também diminua as perdas urinárias⁴(D).

Em relação ao tabagismo, embora contribua para o desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crônica, aumentando potencialmente a ocorrência de incontinência urinária, não existe, até o momento, evidência de que a interrupção do hábito de fumar possa diminuir os episódios de perda de urina⁴(D).

Sabe-se que a população feminina com incontinência urinária, frequentemente, reduz a ingestão hídrica, visando conter a perda urinária. Entretanto, os estudos que avaliaram este fator como contributivo da incontinência urinária demonstraram pouco, se há algum, efeito causal. Somente em casos de ingestão excessiva de líquidos, a restrição hídrica terá efeito terapêutico. No que concerne à ingestão de cafeína, os dados de literatura são controversos; existem trabalhos de prevalência evidenciando que não existe relação entre a ingestão de cafeína e a incontinência urinária. Este fato, entretanto, é contestado por ensaios clínicos não controlados, não existindo evidência que a redução na ingestão de cafeína possa diminuir a incidência de incontinência urinária⁴(D).

Não há estudos que verificaram o efeito da regularidade da função intestinal sobre a incontinência urinária. Por outro lado, admite-se que, talvez, o esforço crônico produzido pela evacuação possa ser um fator de risco para o surgimento de incontinência urinária e prolapso pélvicos⁴(D).

REABILITAÇÃO FUNCIONAL DO ASSOALHO PÉLVICO

O suporte adequado do colo vesical e a contração reflexa da musculatura do assoalho pélvico, durante as manobras que aumentam a pressão intra-abdominal, dependem da integridade estrutural e funcional dos elementos da pelve, e são fundamentais na manutenção da continência urinária⁵(D). Foi observada diminuição significativa da força muscular do assoalho pélvico, em mulheres incontinentes, quando comparadas ao grupo de continententes⁶(B). Existem situações como o envelhecimento, o esforço físico e a paridade⁷(C) em que pode ocorrer deterioração anatômica e funcional da musculatura estriada do assoalho pélvico. Nessas circunstâncias, particularmente, a recuperação desses músculos terá papel terapêutico⁸(C). Diferentes procedimentos foram descritos para a reabilitação do assoalho pélvico, visando ao tratamento da incontinência urinária. Estes incluem os exercícios perineais, o *biofeedback*, a eletroestimulação endovaginal e o emprego de cones vaginais.

EXERCÍCIOS DO ASSOALHO PÉLVICO

Os programas de exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico representam uma opção simples e de baixo custo, que têm como objetivo básico aumentar a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos.

Programa de exercícios do assoalho pélvico em mulheres incontinentes obteve 84% de cura⁹(D). Desde então, diversos autores têm demonstrado a utilidade de exercícios do assoalho pélvico para o tratamento da incontinência urinária, porém, em geral, esses estudos são apresentados de forma pouco sistematizada e com resultados bastante variáveis.

Nas últimas duas décadas, entretanto, surgiram estudos de melhor qualidade metodológica que, de forma efetiva e consistente, comprovaram o papel dos exercícios do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço e da incontinência urinária mista. Estes estudos demonstraram índices de cura e melhora na incontinência urinária que variam de 56% a 70%¹⁰(A). Revisão sistemática do tratamento da incontinência urinária de esforço com exercícios do assoalho pélvico concluiu haver forte evidência de que estes sejam efetivos no controle das perdas urinárias¹¹(A). A demonstração de resultados favoráveis, o baixo custo e a virtual ausência de complicações e morbidade desta forma de tratamento fizeram com que diversos países instituísem essa terapêutica como primeira escolha na abordagem de mulheres incontinentes.

A utilização de aparelhos que informam ao paciente, por meio de sinais visuais ou sonoros (*biofeedback*), qual músculo ou grupos musculares está sendo utilizado em cada exercício, permite a conscientização desta função muscular. O perineômetro de Kegel é um instrumento de *biofeedback*, e outros aparelhos similares têm sido desenvolvidos. A informação que o aparelho de *biofeedback* fornece permite a aprendizagem, pela autocorreção, de uma maneira natural e intuitiva¹²(A). Pode ser ativo, comandado pelo paciente, onde o

ponto de partida no sistema nervoso central é o lobo frontal, ou ainda passivo, onde o ponto de partida é o assoalho pélvico, pela eletroestimulação. A associação do *biofeedback* aos exercícios perineais, teoricamente, teria o potencial de produzir os melhores resultados no que concerne à recuperação da continência urinária. Entretanto, é questionada a efetividade dos exercícios perineais no tratamento da incontinência urinária de urgência, existe evidência de que o uso do *biofeedback* não traz qualquer vantagem adicional aos exercícios isoladamente, em termos de índices de cura e melhora da incontinência urinária de esforço¹¹(A).

A comparação da efetividade dos exercícios de assoalho pélvico com a eletroestimulação endovaginal é complexa, em decorrência da variação de esquemas de tratamentos utilizados. Foi relatado não haver dados consistentes na literatura que permitam comparar os resultados do tratamento da incontinência urinária de esforço por exercícios perineais à estimulação elétrica ou aos cones vaginais⁴(D).

Embora não restem dúvidas de que os exercícios perineais sejam efetivos no tratamento da incontinência urinária de esforço, é necessário ressaltar que os resultados e a manutenção desses efeitos dependem de adequada seleção em relação ao grau e à gravidade das perdas urinárias, interesse e motivação das pacientes e disposição dos profissionais envolvidos, para se manter a supervisão constante na busca de resultados favoráveis.

ELETROESTIMULAÇÃO ENDOVAGINAL

Em 1963, foi descrita pela primeira vez a técnica de eletroestimulação no trata-

mento da incontinência urinária¹³(D), que foi posteriormente estudada clínica e experimentalmente, com resultados satisfatórios¹⁴(D).

A estimulação endovaginal, na dependência do tipo de frequência de corrente utilizada, inibe o músculo detrusor pela estimulação do nervo pudendo, diminuindo, assim, o número de micções, com conseqüente aumento da capacidade vesical¹⁵(C)¹⁶(D). A eletroestimulação atua ainda de forma passiva, permitindo a conscientização de um músculo pouco utilizado, como o elevador do ânus, melhorando sua contração¹⁷(D).

Os eletrodos, durante a eletroestimulação, podem ser colocados na vagina ou reto, de maneira a obter um contato do eletrodo com uma quantidade significativa de fibras nervosas aferentes do nervo pudendo. Desta maneira, o estímulo elétrico do nervo pudendo ativa os músculos esqueléticos do assoalho pélvico e deprime as contrações involuntárias do detrusor¹⁸(D). É necessário que a inervação do pudendo esteja preservada, pelo menos parcialmente, para que haja condução do estímulo nervoso.

As contra-indicações da eletroestimulação são: gravidez, infecções vaginais, qualquer tipo de lesão vaginal, diminuição da percepção sensorial da vagina, menstruação, infecção urinária e implantes metálicos¹⁹(B).

A eletroestimulação pode ser utilizada como terapia isolada²⁰(C) ou associada a outros tipos de tratamento²¹(C), com indicação tanto na incontinência urinária de esforço, como na incontinência de urgência²¹(C)²²(A).

Estudo randomizado obteve melhora da perda de urina no tratamento da incontinência de urgência ou mista, em pacientes submetidas a eletroestimulação simulada, sugerindo efeito placebo, uma vez que não houve diferença estatística significativa entre a eletroestimulação efetiva e simulada²²(A).

Estudo utilizando a estimulação endovaginal em monoterapia, no tratamento da incontinência urinária mista, observou que não houve diferença estatisticamente significativa na melhora da força muscular entre o tratamento efetivo e simulado⁶(B). Este fato questiona a utilização da eletroestimulação em monoterapia no tratamento misto. Entretanto, outros estudos demonstraram resultados favoráveis da estimulação endovaginal no tratamento da hiperatividade do detrusor^{11,23}(A).

Revisão sistemática da literatura concluiu que a estimulação elétrica como terapia isolada no tratamento da incontinência urinária de esforço é mais efetiva do que o tratamento simulado e que a eletroestimulação isolada não é superior aos exercícios do assoalho pélvico isolados ou associados ao uso de cones vaginais¹¹(A).

Poucos são os trabalhos controlados e ainda persiste a controvérsia sobre a estimulação endovaginal em monoterapia.

A eletroestimulação pode ainda auxiliar na conscientização de um grupo muscular inativo ou pouco utilizado, como é o caso do assoalho pélvico, funcionando como método auxiliar à cinesioterapia. Os efeitos de longo prazo, ou seja, após interrupção do tratamento, são questionáveis, havendo quem considere ser necessária associação a exercícios ativos, a fim de se manter resultados favoráveis a longo prazo²¹(C).

Pelo exposto, as terapias associadas parecem ser a melhor forma de garantir o fortalecimento ativo do assoalho pélvico, assegurando à mulher confiança nas atividades diárias e melhora da qualidade de vida.

CONES VAGINAIS

Os cones vaginais atuam estimulando o recrutamento de fibras musculares tipo I e II, e melhorando a propriocepção da musculatura pélvica, promovendo aumento da força muscular²⁴(B). Resultados favoráveis no tratamento da incontinência urinária de esforço utilizando cone vaginal são observados em 60% a 80% dos casos²⁵(C).

A pressão intra-abdominal, com o cone alojado no interior da vagina, tende a expulsá-lo do canal vaginal, promovendo assim um *feedback* sensorial. Esta percepção estimula a contração dos músculos ao redor do mesmo na tentativa de mantê-lo no local.

Em estudo comparativo entre o emprego de cones vaginais e de exercícios para o assoalho pélvico, observou-se 80% de melhora subjetiva de perdas urinárias com os primeiros contra 60% no grupo submetido aos exercícios. Notou-se, ainda, que o tempo de aprendizado dos exercícios perineais foi três vezes maior do que o grupo que empregou cones vaginais²⁵(C). Outro estudo observou melhora significativamente maior da força muscular do assoalho pélvico com cones vaginais em comparação aos exercícios perineais²⁶(C).

Por outro lado, observou-se resultados semelhantes em estudo comparativo entre exercícios perineais e cones vaginais, porém, devido à

baixa adesão das pacientes ao uso dos cones a longo prazo, não recomenda a sua utilização no tratamento da incontinência urinária de esforço²⁷(B). Outro estudo observou maior fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, assim como melhora mais acentuada da perda urinária, no grupo com exercícios perineais supervisionados¹²(A).

Estudo randomizado, comparando exercícios perineais supervisionados com cones vaginais, utilizando os métodos de avaliação subjetiva e objetiva, não observou diferença no resultado entre os dois tratamentos²⁴(B).

Revisão sistemática da literatura incluiu 15 estudos, nos quais 466 pacientes utilizaram cones. A análise desses dados permitiu aos autores concluir que existe alguma evidência de que o uso de cones vaginais é melhor do que nenhum tratamento ativo, em mulheres com incontinência urinária de esforço, e podem ter eficiência similar aos exercícios do assoalho pélvico e eletroestimulação²⁸(B).

O tratamento clínico da incontinência urinária de esforço deve ser considerado como uma opção ao tratamento cirúrgico, sendo necessária disposição e motivação das pacientes. Devem ser respeitadas as indicações e implicações deste tipo de tratamento e será necessário mudança de comportamento, seja por parte das pacientes ou da equipe médica, a fim de se atingir e manter os resultados obtidos.

Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relacionados à incontinência urinária e disfunções miccionais devem ser orientados, realizados e/ou supervisionados pelo médico assistente.

RECOMENDAÇÕES

- Exercícios do assoalho pélvico são efetivos no tratamento da incontinência urinária de esforço;
- Quanto maior número de sessões com esses exercícios, melhores os resultados do tratamento da incontinência urinária de esforço;
- A utilização de cones vaginais é efetiva no tratamento da incontinência urinária de esforço;
- Exercícios do assoalho pélvico associados aos cones vaginais não são melhores que cada uma das técnicas isoladamente;

- Exercícios associados ao *biofeedback* não são superiores aos exercícios não associados;
- Os resultados com eletroestimulação em monoterapia são ainda contraditórios no tratamento da incontinência urinária de esforço e mista.

CONFLITO DE INTERESSE

Rios LAS: Recebeu patrocínios para simpósios médicos nos anos de 2006 e 2007 do laboratório Novartis e honorários para realização de palestra do laboratório Lilly.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
2. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD001308.
3. Eustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD002113.
4. Wilson PD, Bo K, Hay-Smith J, Nygaard I, Staskin D, Wyman J, et al. Conservative treatment in women. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. 2nd International Consultation on Incontinence. 2nd ed. 2002. p.573.
5. Shafik A. Levator ani muscle: new physioanatomical aspects and role in the micturition mechanism. *World J Urol* 1999;17:266-73.
6. Amaro JL, Gameiro MO, Padovani CR. Effect of intravaginal electrical stimulation on pelvic floor muscle strength. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16:355-8.
7. Dimpfl T, Jaeger C, Mueller-Felber W, Anthuber C, Hirsch A, Brandmaier R, et al. Myogenic changes of the levator ani muscle in premenopausal women: the impact of vaginal delivery and age. *Neurourol Urodyn* 1998;17:197-205.
8. Nygaard I, DeLancey JO, Arnsdorf L, Murphy E. Exercise and incontinence. *Obstet Gynecol* 1990;75:848-51.
9. Kegel AH. Stress incontinence and genital relaxation: a nonsurgical method of increasing the tone of sphincters and their supporting structures. *Clin Symp* 1952;4:35-51.
10. Hay-Smith EJ, Bo Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1):CD001407.
11. Berghmans LC, Hendriks HJ, De Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES, Bo K, van Kerrebroeck PE. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int* 2000;85:254-63.
12. Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999;318:487-93.
13. Caldwell KP. The electrical control of sphincter incompetence. *Lancet* 1963;2:174-5.
14. Fall M, Erlandson BE, Carlsson CA, Lindstrom S. The effect of intravaginal electrical stimulation on the feline urethra and

- urinary bladder. Neuronal mechanisms. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1977;44:19-30.
15. Gameiro MO. Eletroestimulação endovaginal e cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária feminina. Botucatu:Universidade Estadual Paulista;2000.
 16. Sengler J, Grossed D. Techniques d'électrostimulation dans la rééducation vésico-sphinctérienne. In: Pélissier J, Lopez S, Costa P, eds. Rééducation vésico-sphinctérienne et ano-rectale. Paris:Masson; 1992. p.103-7.
 17. Amaro JL, Gameiro MO. Tratamento não cirúrgico: cinesioterapia. In: Rubinstein I, ed. Clínicas urológicas brasileiras: incontinência urinária na mulher. São Paulo: Atheneu;2001.
 18. Messelink EJ. The overactive bladder and the role of the pelvic floor muscles. *BJU Int* 1999;83(Suppl 2):31-5.
 19. Richardson DA, Miller KL, Siegel SW, Karram MM, Blackwood NB, Staskin DR. Pelvic floor electrical stimulation: a comparison of daily and every-other-day therapy for genuine stress incontinence. *Urology* 1996;48:110-8.
 20. Eriksen BC, Eik-Nes SH. Long-term electrostimulation of the pelvic floor: primary therapy in female stress incontinence? *Urol Int* 1989;44:90-5.
 21. Amaro JL, Oliveira Gameiro MO, Padovani CR. Treatment of urinary stress incontinence by intravaginal electrical stimulation and pelvic floor physiotherapy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:204-8.
 22. Brubaker L, Benson JT, Bent A, Clark A, Shott S. Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:536-40.
 23. Yamanishi T, Yasuda K, Sakakibara R, Hattori T, Suda S. Randomized, double-blind study of electrical stimulation for urinary incontinence due to detrusor overactivity. *Urology* 2000;55:353-7.
 24. Moreira ECH. Exercícios perineais supervisionados e cone vaginal no tratamento da incontinência urinária feminina. Botucatu: Universidade Estadual Paulista;2002.
 25. Peattie AB, Plevnik S, Stanton SL. Vaginal cones: a conservative method of treating genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;95:1049-53.
 26. Jonasson A, Larsson B, Pschera H. Testing and training of the pelvic floor muscles after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989;68:301-4.
 27. Cammu H, Van Nylen M. Pelvic floor exercises versus vaginal weight cones in genuine stress incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 77:89-93.
 28. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD002114.