

# Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor

Behavior therapy in primary approach of the detrusor's overactivity

Luciana Aparecida Mesquita<sup>1</sup>  
Patrícia Menezes César<sup>1</sup>  
Marilene Vale de Castro Monteiro<sup>2</sup>  
Agnaldo Lopes da Silva Filho<sup>3</sup>

## Palavras-chave

Terapia comportamental  
Qualidade de vida  
Incontinência urinária

## Key words

Behavior therapy  
Quality of life  
Urinary incontinence

## Resumo

A hiperatividade do detrusor é uma desordem de grande impacto na qualidade de vida da paciente, não somente em relação às limitações físicas, mas sociais, psicológicas e sexuais. O diagnóstico da hiperatividade do detrusor é realizado por meio de estudo urodinâmico. As opções de tratamento desta condição são: terapia comportamental, medicamentos, eletroestimulação, terapias minimamente invasivas (toxina botulínica), neuromodulação e cirurgias. O objetivo desta revisão consiste em rever a terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor, suas repercussões no controle dos sintomas e seu impacto na melhoria da qualidade de vida das pacientes para estudar a terapia comportamental. Foi realizada revisão da literatura de estudos indexados em banco de dados, como *Medline* e *Lilacs*, além de dados da *International Continence Society*. A terapia comportamental compreende o diário miccional, a educação da paciente em relação ao hábito urinário, a reeducação vesical, os exercícios do assoalho pélvico (com ou sem biofeedback), estratégias para o controle do desejo miccional e orientações para dieta e ingestão hídrica. Pode ser empregada como único procedimento ou como adjunto ao tratamento farmacológico ou cirúrgico. Atualmente, esta técnica é tratamento de primeira escolha para hiperatividade do detrusor idiopática e constitui um procedimento eficiente, de baixo risco e sem efeitos colaterais.

## Abstract

The detrusor overactivity is a disorder with significant impact on patients' quality of life, not only with regard to physical limitations, but social, psychological and sexual. The diagnosis of the detrusor overactivity is accomplished by urodynamic study. The treatment's options for this condition are: behavior therapy, medication, electrical stimulation, minimally invasive therapies (botulinum toxin), neuromodulation and surgery. The purpose of this review is to examine the behavior therapy in primary approach of the detrusor's overactivity, its effects on symptoms control, their impact on improving patients' quality of life and to study the behavior therapy. It was conducted a literature review in database from studies indexed in *Medline* and *Lilacs*, and data from the *International Continence Society*. Behavior therapy involves the voiding diary, education regarding the patient's urinary habits, bladder retaining, pelvic floor exercises (with or without biofeedback), strategies for the control of desire and voiding guidelines for diet and fluid intake. It can be used as a single procedure or as an adjunct to pharmacological treatment or surgery. Recently, this technique is the first choice of treatment for idiopathic detrusor overactivity and is an efficient procedure, with low risk and no side effects.

<sup>1</sup> Fisioterapeutas especialistas em Fisioterapia Integrada à Saúde da Mulher pela Universidade Gama Filho (UGF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

<sup>2</sup> Uroginecologista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) – Belo Horizonte (MG); Doutorado em Ginecologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

<sup>3</sup> Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil

Endereço para correspondência: Luciana Aparecida Mesquita – Rua Vila Rica, 451/ 302 – Padre Eustáquio – CEP 30720-380 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: mesquita.lua@gmail.com

## Introdução

A hiperatividade do detrusor ou bexiga hiperativa é uma desordem de grande impacto na qualidade de vida da paciente, não somente em relação às limitações físicas, mas sociais, psicológicas e sexuais, como evidenciado no estudo de Abrams et al.<sup>1</sup>(A). Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a bexiga hiperativa pode ser classificada em: hiperatividade detrusora neurogênica, quando a causa é neurológica (esclerose múltipla, lesões raquimedulares); e hiperatividade detrusora idiopática, quando a causa não pode ser definida<sup>1</sup>(A).

A hiperatividade do detrusor constitui uma observação urodinâmica, caracterizada pela contração involuntária do detrusor na fase de enchimento que pode ser espontânea ou provocada. A prevalência em países Ocidentais é de 13%, conforme apresentado por alguns estudos<sup>2-3</sup>(B).

Os sintomas da hiperatividade do detrusor incluem urgência, frequência, urge-incontinência e noctúria, os quais são descritos por estudos de recomendação A e B.<sup>4-5</sup> Ocasionalmente essas pacientes, devido ao baixo volume urinado por micção, apresentam ainda diminuição do jato urinário, disúria e hesitação pré-miccional, secundária a uma frequência urinária aumentada. As pacientes que apresentam micção por contração involuntária do detrusor podem também relatar sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria e mesmo micção em dois tempos, descritas por Geo et al. a partir de estudos observacionais<sup>6</sup>(B).

Wein demonstra evidências que a micção normal envolve coordenação entre o sistema nervoso, a bexiga e o mecanismo esfinteriano da uretra. Teorias sobre a fisiopatologia da hiperatividade do detrusor incluem a perda da inibição ou excitabilidade anormal em vários níveis do sistema nervoso central e periférico, além de alterações na própria musculatura lisa da bexiga. Neste estudo foi ainda levantado que o diagnóstico da hiperatividade do detrusor necessita de um histórico cuidadoso e um estudo urodinâmico. O tratamento desta condição requer uma abordagem integrada com terapia comportamental, medicamentos, eletroestimulação, terapias minimamente invasivas (toxina botulínica), neuromodulação e cirurgias<sup>5</sup>(A).

**Quadro 1** - Grau de recomendação e força de evidência segundo classificação da Associação Médica Brasileira.

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência (metanálises ou ensaios clínicos randomizados).
B: Estudos experimentais ou observacionais de menos consistência (outros ensaios clínicos não-randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle).
C: Relatos ou séries de casos (estudos não-controlados).
D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Um estudo realizado por vários modelos experimentais, porém não-randomizado, concluiu que a hiperatividade do detrusor pode resultar de danos nas vias inibitórias centrais, ou na sensibilidade de terminais aferentes periféricos na bexiga que alteram o reflexo de inibição primitivo<sup>2</sup>(B). Outros estudos mostram evidências de que a terapia comportamental constitui um procedimento eficiente, de baixo risco e sem efeitos colaterais para o tratamento da incontinência urinária (IU)<sup>7-8</sup>(A). Pode ser utilizado como único procedimento ou como adjunto ao tratamento farmacológico ou cirúrgico<sup>9</sup>(B).

Esta técnica é hoje o tratamento de primeira escolha para hiperatividade do detrusor idiopática. As intervenções comportamentais podem auxiliar a paciente a reeducar o controle miccional, desenvolvendo estratégias para minimizar e/ou eliminar as disfunções miccionais. Tais resultados são demonstrados tanto por estudos clínicos randomizados quanto por estudos de caso-controle<sup>10 11</sup>(A, B).

O objetivo desta revisão consiste em avaliar a terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor, suas repercussões no controle dos sintomas e seu impacto na melhoria da qualidade de vida das pacientes.

## Materiais e métodos

Foram utilizados como base de dados o *Medline* e *Lilacs*, no período de 2000 a 2008. As palavras-chaves para a pesquisa foram: IU e bexiga hiperativa; hiperatividade do detrusor e exercícios do assoalho pélvico; hiperatividade do detrusor e fisioterapia; hiperatividade do detrusor e terapia comportamental; IU e terapia comportamental; IU e tratamento conservador; hiperatividade do detrusor e tratamento conservador; bexiga hiperativa e qualidade de vida. Tais termos foram pesquisados em português e seus correlatos em inglês. Foram também utilizados os dados contidos em: *Overactive bladder and its treatments – Consensus Conference (2000)*, *Pelvic Floor Dysfunction – Investigations and Conservative Treatment (1999)* e *International Continence Society (ICS, 2002)*. Com relação à classificação do grau de recomendação e força de evidência dos artigos e estudos selecionados, utilizou-se a graduação mostrada no Quadro 1, de acordo com o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira do Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM).

### Terapia comportamental

A terapia comportamental, segundo a ICS evidencia<sup>1,9</sup>(A), compreende a análise e alteração da relação do sintoma da paciente e seu ambiente para modificação de maus hábitos miccionais. A terapêutica compreende diário miccional, educação da paciente

em relação ao hábito urinário, reeducação vesical, exercícios do assoalho pélvico (com ou sem biofeedback), estratégias para o controle do desejo miccional e orientações para dieta e ingestão hídrica, conforme apresentado por diversos autores em seus estudos randomizados<sup>5,9,11-12</sup>(A) e também em estudos de menor consistência de evidência<sup>13</sup>(B).

Por meio de estudos observacionais, concluiu-se que a terapia comportamental é uma associação de técnicas, as quais têm como princípio a educação das pacientes sobre sua patologia e, a partir daí, desenvolver estratégias para minimizar ou eliminar a IU. É especialmente indicada para pacientes com frequência urinária, urgência e urge-incontinência<sup>10</sup>(B).

#### Diário miccional

Evidências atuais demonstram que para se identificar os hábitos miccionais da paciente é de fundamental importância a utilização do diário miccional. Por ele, a paciente realiza um automonitoramento de dados em pelo menos 24 horas, registrando as seguintes informações: horário, volume e frequência das micções, episódios de incontinência, frequência de uso do absorvente (diurno e noturno), ingestão hídrica e hábitos intestinais<sup>1</sup>(A)<sup>14</sup>(B). Payne<sup>10</sup> e Chiarelli, Murphy e Cockburn<sup>13</sup> descreveram que o diário miccional é um instrumento importante, pois permite ensinar a paciente sobre o funcionamento do seu trato urinário. No entanto, a acurácia das informações coletadas depende da habilidade da paciente em seguir as instruções<sup>10,13</sup>(B).

O estudo de Wein mostra evidências que o diário possibilita modificar hábitos miccionais e permite que a paciente se torne mais autoconsciente de seus hábitos<sup>5</sup>(A). Outros trabalhos ainda sinalizam que esse é utilizado muitas vezes como base no planejamento do programa, quantificando o problema da paciente. Além disso, ele permite a avaliação objetiva do progresso do tratamento<sup>8,15</sup>(B). No entanto, ainda há uma carência de trabalhos que demonstrem a correlação do diário com as queixas de propeidéticas e como seu controle após o tratamento é informação objetiva quanto aos resultados obtidos.

#### Educação da paciente

Educação da paciente sobre a anatomia e fisiologia do trato urinário inferior constitui parte fundamental da terapia comportamental. É necessário que a paciente compreenda o papel da bexiga e dos músculos do assoalho pélvico<sup>11</sup>(A)<sup>15</sup>(B).

O estudo randomizado de Sampselle et al., realizado com mulheres com hiperatividade do detrusor, comparou mudanças na força de contração do assoalho pélvico e no intervalo das micções em um intervalo de dois meses entre o Grupo Controle (35 pacientes) e o Grupo de Orientação (41 pacientes). O Grupo

Controle recebeu por escrito uma orientação de como realizar a contração do assoalho pélvico e controlar o desejo miccional, neste material também tinha uma imagem da anatomia pélvica feminina. O Grupo de Orientação acompanhou uma palestra de duas a quatro horas sobre anatomia e fisiologia da continência urinária e instruções verbais, quanto aos exercícios de assoalho pélvico e treinamento vesical, além de serem solucionadas dúvidas quanto à execução dos exercícios e sobre a incontinência urinária durante a palestra. Este estudo mostrou que o grupo que recebeu orientação demonstrou efeitos positivos no conhecimento, técnica e adesão ao tratamento. Além disso, observou-se melhora na força de contração do assoalho pélvico e aumento no intervalo entre as micções<sup>16</sup>(A).

Como a terapia comportamental envolve mudança do comportamento miccional, a orientação da paciente proporciona maior conscientização quanto à importância das estratégias preventivas. Esta técnica pode ser efetiva quando a paciente é orientada e motivada com expectativas reais a serem atingidas<sup>8</sup>(B).

A educação da paciente baseia-se no controle cortical da micção. As pacientes recebem instruções por escrito, verbais, auditivas e visuais. A base desta técnica é o “condicionamento operante”<sup>10</sup>(B), que se constitui basicamente em aprendizado por tentativa e erro. Durante o condicionamento operante, o indivíduo aprende a associar certas respostas, entre muitas que ele possui como consequência. Este princípio pode ser explicado da seguinte forma: comportamentos que são recompensados tendem a ser repetidos, substituindo aqueles indesejados. Conhecimento, habilidade motora e intervalo miccional para a aderência ao programa de modificação comportamental foram documentados, assim como a mudança na função do assoalho pélvico, agindo no controle do desejo miccional<sup>17</sup>(A).

#### Reeducação vesical ou treinamento vesical

A reeducação vesical constitui um procedimento que visa à modificação do funcionamento da bexiga baseado nas informações da própria paciente, e é realizada de forma gradativa<sup>14</sup>(B).

O objetivo da reeducação vesical é aumentar a capacidade funcional da bexiga, considerando que o treinamento melhora a inibição cortical sobre funcionamento do trato urinário inferior. Esta abordagem tem sido primariamente utilizada para o tratamento da hiperatividade do detrusor<sup>11</sup>(A).

A partir do diário miccional, inicia-se o processo de reeducação vesical<sup>8</sup>(B). O terapeuta se baseia nas informações do diário para fazer as modificações necessárias e promover hábitos miccionais mais adequados, visando à normalização das funções vesicais<sup>14</sup>(B).

A reeducação vesical consiste na orientação de micções programadas com aumento progressivo de seus intervalos. As alterações dos intervalos são realizadas semanalmente de acordo com o diário miccional<sup>8(B)</sup> <sup>11,18(A)</sup>.

Os intervalos entre as micções devem ser aumentados de 15 a 30 minutos por semana. O objetivo é que a paciente alcance um intervalo confortável de três a quatro horas. Estudos mostram evidências com taxas de sucesso da terapia comportamental de 80% em curto prazo<sup>15(B)</sup> <sup>16(A)</sup>. A literatura mostra eficácia da programação miccional no tratamento de pacientes com hiperatividade detrusora e incontinência de esforço, como demonstrado no estudo de Gornley<sup>8(B)</sup>. Essa abordagem baseia-se na premissa de que frequência urinária não é somente um precursor, mas também um precipitante da hiperatividade detrusora<sup>14(B)</sup>. O treinamento vesical deve ser adaptado à rotina da paciente, e não modificar seus hábitos em função da terapia, o que seria um fator de desistência e/ou depressão e isolamento<sup>11(A)</sup>.

Um estudo realizado em mulheres com hiperatividade detrusora comparou a eficácia do treinamento vesical, exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico associado ao biofeedback e combinação destas terapias no tratamento da IU em mulheres. Os resultados mostraram que a combinação do treinamento vesical com exercícios e biofeedback têm maior eficácia no tratamento da IU em relação aos episódios de perda urinária, qualidade de vida específica da condição e percepção da melhora da paciente. Entretanto, todas as intervenções mostraram similar eficácia três meses após o tratamento, apresentada nos estudos de Ostaszkiwicz, Chestney<sup>7</sup> e Roe e Herschorn et al.<sup>11(A)</sup>.

Os fatores preditivos mais importantes para o sucesso são: a paciente estar disposta e estimulada para realizar o tratamento. Sendo assim, esse tipo de tratamento pode ser perfeitamente usado como primeira linha de abordagem da hiperatividade do detrusor<sup>6(B)</sup>.

#### Controle da ingestão hídrica e dieta

Um aspecto de grande relevância na terapia comportamental é a orientação da paciente quanto à ingesta hídrica e dieta adequada. As pacientes usualmente não têm consciência do tipo e quantidade de líquido que deve ser ingerido diariamente e como isto interfere na micção<sup>8(B)</sup>.

O monitoramento da ingestão hídrica consiste da instrução à paciente quanto ao aumento ou redução da quantidade de líquido a ser ingerido por dia, principalmente água. A quantidade recomendada de água é de seis a oito copos por dia. Os estudos de Gornley e Burgio confirmam estas considerações em suas conclusões<sup>8,14(B)</sup>. Não foi encontrado nenhum estudo que mostre relação direta entre o monitoramento da ingesta hídrica na redução dos sintomas urinários.

É importante que a paciente reduza a quantidade de cafeína e outras substâncias irritantes da bexiga, e aumente a ingestão de água para que a urina produzida seja menos concentrada e não irritativa para a parede vesical<sup>8,14(B)</sup> <sup>11(A)</sup>.

O aumento da ingestão hídrica previne a constipação intestinal, que é um dos fatores responsáveis pelo agravamento do quadro de IU. A ingestão de água também é importante para reduzir a sensação de boca seca, decorrente do uso de anticolinérgicos utilizados para o tratamento da hiperatividade do detrusor, especificamente relatado no estudo de Gornley<sup>8(B)</sup>.

#### Exercícios do assoalho pélvico

Intervenções comportamentais, retreinamento vesical e exercícios do assoalho pélvico são recomendados como primeira linha de tratamento da urge-incontinência em mulheres. Kegel foi o primeiro pesquisador a introduzir os exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico para tratamento da IU. Ele recomendava a realização de numerosas contrações simples dos músculos pubococcígeos diariamente e, com isso, obteve um índice de melhora de 70% após um ano de tratamento. Tais informações foram descritas nos estudos de Bo e Berghmans<sup>19</sup> e Hay-Smith e Dumoulin<sup>20(B)</sup>(A).

O maior reconhecimento veio, em 1992, quando a ICS validou cientificamente as técnicas de reabilitação do assoalho pélvico para o tratamento dos distúrbios perineais<sup>2(B)</sup>. A cinesioterapia tem como princípio as contrações voluntárias e repetitivas do assoalho pélvico, aumentando a força muscular e, conseqüentemente, a continência urinária pelo estímulo da atividade do esfíncter uretral. Além disso, estudos mostram evidências de que os exercícios para o assoalho pélvico favorecem melhor suporte do colo vesical<sup>9,20(A)</sup>. Os exercícios são efetivos para a urge-incontinência porque reforçam o reflexo de contração do assoalho pélvico, causando inibição da contração do detrusor<sup>20(A)</sup>.

Outros trabalhos, como Shafik e Hay-Smith, com graus de recomendação A e B, respectivamente, demonstraram que a contração do esfíncter externo da uretra provoca a inibição da contração do detrusor, levando a uma diminuição no desejo da micção. A hipótese é que os efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na hiperatividade do detrusor são mediados por ação reflexa: “reflexo de inibição voluntária da micção”<sup>4(B)</sup>. Para manutenção da continência é também importante que a atividade do detrusor seja bloqueada quando os músculos do assoalho pélvico se contraem<sup>20(A)</sup>.

O estudo clínico de Chiarelli et al. descreve a relevância dos exercícios do assoalho pélvico em todas as fases da vida da mulher, prevenindo e tratando episódios de IU<sup>13(B)</sup>. Os resultados desse estudo mostram que a maioria das mulheres estava ciente

da frequência necessária dos exercícios para o assoalho pélvico (pelo menos uma vez por dia): um pouco mais da metade havia feito os exercícios durante a gravidez e 91% se destinaram a fazê-lo após o parto. No entanto, algumas delas haviam feito os exercícios antes da gravidez e menos de metade sabia que estes deveriam ser realizados durante toda a vida. Além disso, apenas dois terços estavam confiantes de que estavam realizando os exercícios corretamente.

Quando a paciente consegue realizar a contração dos músculos do assoalho pélvico seletivamente, elas são orientadas a cumprir um programa de exercícios diários com o uso ativo desta musculatura para prevenir e/ou evitar a perda urinária. Um número ideal de exercícios não tem sido determinado. No entanto, 45 a 50 exercícios por dia têm apresentado evidências na eficácia dos resultados nos estudos de Shafik e Shafik,<sup>4</sup> Messer et al.<sup>9</sup> e Sampselle et al.<sup>16</sup>(B)(A). Os autores ainda ressaltam que a prática destes exercícios pode ser dividida em duas ou mais sessões por dia, o que ajuda a evitar problemas de fadiga muscular e facilita a conscientização do uso dessa musculatura.

É importante ressaltar que as contrações musculares devem ser sustentadas por dez segundos ou mais, com igual intervalo de repouso entre elas. Muitas pacientes são incapazes de sustentar uma contração mais prolongada, nesse caso é necessário iniciar os exercícios em um nível de habilidade demonstrada pela paciente, por exemplo, três a cinco segundos, e aumentar a duração da contração gradativamente. As caracterizações da cinesioterapia foram descritas por Bo e Berghmans<sup>19</sup> e Milne<sup>21</sup>(B)(A).

A cinesioterapia específica do assoalho pélvico tem demonstrado efeito benéfico nas medidas de qualidade de vida, especialmente nos aspectos da vida sexual, como apresentado por Gomrley<sup>8</sup>(B). No entanto, Bo e Berghmans descreveram os efeitos dos exercícios dos músculos do assoalho pélvico nos sintomas da hiperatividade do detrusor, porém não obteve resultados definitivos. Portanto, propõem-se mais estudos clínicos randomizados para definir os efeitos e eficácia em longo prazo do treinamento dos músculos do assoalho pélvico em combinação com outros tratamentos e benefícios para as pacientes<sup>19</sup>(B).

#### Biofeedback

É uma técnica na qual a informação sobre o processo fisiológico, que normalmente é inconsciente, é apresentada à paciente e ao terapeuta na forma de sinal visual, auditivo ou tátil. O sinal é derivado da medida de um parâmetro fisiológico, o qual é subsequentemente usado no processo de educação acompanhando o resultado terapêutico específico. O sinal é mostrado de forma quantitativa e a paciente é ensinada como alterar e controlar o processo fisiológico<sup>17</sup>(A).

Estudos clínicos de Chiarelli e Sampselle procuram evidenciar o uso do biofeedback como condicionamento operante das respostas fisiológicas que estão relacionadas ao controle vesical. Especificamente, quando descrevem que esta técnica facilita a aquisição de respostas desejadas como a contração do assoalho pélvico e outras habilidades para pacientes que são envolvidos e cooperativos, como demonstram os estudos de Chiarelli<sup>13</sup>(B) e Sampselle<sup>17</sup>(A).

Existem várias técnicas de biofeedback como perineômetro e eletromiografia, utilizados na medida da atividade muscular perineal ou do esfíncter anal externo. Eletrodos de superfície localizados na região abdominal medem a atividade dos músculos abdominais, permitindo que a paciente seja orientada quanto à inibição da contração destes músculos durante a contração do assoalho pélvico<sup>8</sup>(B). A inibição dos músculos abdominais permite a diminuição da pressão vesical, prevenindo a perda urinária, como descreve Burgio, Locher e Goode<sup>18</sup>(A).

No tratamento da hiperatividade detrusora, o biofeedback é utilizado para ensinar a paciente a fazer inibição voluntária do detrusor, por contração seletiva dos músculos do assoalho pélvico. Entre as sessões de treinamento, com repetição dos exercícios e prática, as pacientes melhoram não somente a força muscular, mas o controle de respostas que determinam a continência. Esta técnica foi demonstrada com evidência nos estudos de Berghmans et al. e Jonhson et al.<sup>12,22</sup>(A). Este método fornece à paciente e terapeuta informações sobre a contração da musculatura do assoalho pélvico e do uso da musculatura acessória como adutores e glúteos<sup>8,22</sup>(A).

Diokno et al. e Wallace et al. têm demonstrado a eficácia do biofeedback no tratamento da IU; entretanto, alguns destes estudos têm questionado se esta técnica é essencial no sucesso do tratamento. Alguns autores demonstraram eficácia dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico sem biofeedback, e outros demonstraram falha no programa de exercícios<sup>23-24</sup>(A). No estudo de Diokno et al., o objetivo foi determinar se uma modificação comportamental reduziria a incidência de IU em mulheres acima de 55 anos, pós-menopausa, aumento da força muscular pélvico e melhorar controle miccional. Foi realizado um estudo randomizado e controlado, comparando um Grupo Controle (só orientações) e um grupo de tratamento (cinesioterapia e biofeedback). As mulheres eram consideradas continentares quando apresentavam nenhum a cinco dias de episódios de perda urinária em relação ao ano anterior, elas tinham em média 55 anos e foram acompanhadas durante 12 meses. Após o primeiro contato, houve um seguimento de duas a quatro semanas e posteriormente foram acompanhadas a cada três meses. Ao completar 12 meses de intervenção, os grupos

foram reavaliados. As variáveis analisadas foram: continência, força muscular do assoalho pélvico e frequência miccional/intervalo das micções. Ao final do estudo, os dados sobre os dois grupos não foram estatisticamente diferentes. Aos 12 meses, o Grupo Tratado foi estatisticamente significativamente melhor do que o Grupo Controle em continência *status* ( $p=0,01$ ), força da musculatura pélvica ( $p=0,0003$ ), a melhora da frequência miccional ( $p<0,0001$ ) e intervalos entre as micções ( $p<0,0001$ ). Esse estudo demonstrou viabilidade e eficácia na melhoria da continência, força da musculatura pélvica e controle da micção comparado com um ano após o tratamento<sup>23</sup>(A).

Uma revisão sistemática de Berghmans avaliou a eficácia da fisioterapia como tratamento de primeira escolha na hiperatividade detrusora, e concluiu que há fraca evidência da eficácia do biofeedback associado aos exercícios de assoalho pélvico comparado com os exercícios isoladamente a partir de testes clínicos randomizados. O biofeedback associado à terapia comportamental tem sido testado em vários estudos clínicos com redução média da incontinência em 76 a 86%<sup>14</sup>(B).

Esta técnica possui vantagens e limitações. Um aspecto importante do uso do biofeedback é o baixo risco e ausência de efeitos colaterais. A principal limitação é que a utilização do biofeedback necessita da participação ativa da paciente e sua cooperação. A aquisição de novas respostas motoras relacionadas ao aprendizado requer participação ativa, motivação e compreensão da paciente, sem isso não há aprendizado motor, conforme foi apresentado por Burgio, Locher e Goode<sup>18</sup> e Diokno et al.<sup>23</sup> em estudos com grau de recomendação A. Pacientes com déficit cognitivo não são candidatas à utilização do biofeedback associado à terapia comportamental<sup>18,23</sup>(A).

#### Estratégias para o controle do desejo miccional

A experiência clínica tem mostrado que pacientes podem efetivamente inibir a urgência e contração do detrusor cruzando suas pernas, usando os músculos adutores com ou sem contração dos músculos do assoalho pélvico e/ou por contração voluntária do assoalho pélvico isoladamente. Bo e Berghmans concluíram que após a inibição da urgência e contração do detrusor pela contração voluntária do assoalho pélvico, as pacientes podem ganhar tempo o bastante para alcançar o toalete e prevenir a urge-incontinência<sup>19</sup>(B).

As pacientes que correm para o toalete em resposta à urgência miccional produzem um aumento da pressão intra-abdominal, aumentando a sensação de enchimento vesical e, potencialmente, interferindo com a habilidade de suprimir a contração detrusora. Os estudos de Gomerley e Milne apresentam como as pacientes devem ser instruídas a evitar correr para o toalete, permanecerem

calmas e relaxadas. Pela contração da musculatura do assoalho pélvico é possível prevenir a perda de urina e, conseqüentemente, inibir a contração de detrusor. Após a supressão da urgência, a paciente ainda parada deve calmamente se dirigir ao toalete e esvaziar a bexiga. Estes estudos, porém, apresentam fraco poder de evidência, portanto mais estudos clínicos randomizados com esta temática devem ser desenvolvidos para comprovar a efetividade destas estratégias para o controle do desejo miccional<sup>8,21</sup>(B).

Shafik e Shafik descreveram algumas técnicas de distração e relaxamento com respiração profunda. A resolução de cálculos matemáticos pode ser usada como estratégia de controle da urgência, mas tal abordagem merece ser mais bem estudada para obter dados baseados em evidências<sup>4</sup>(B). Em outro estudo, já com grau de recomendação A, é apresentada a relação entre o treinamento vesical em pacientes idosas sem déficits cognitivos com hiperatividade detrusora e a redução dos episódios de incontinência em 39 a 100% dos casos, com média de redução de 85% na frequência de perda urinária após quatro sessões de treinamento<sup>11</sup>(A).

#### Impacto da IU na qualidade de vida

Poucos estudos consideram a percepção da paciente em relação ao seu problema, por isso métodos de avaliação do impacto da IU na qualidade de vida são de grande importância<sup>25</sup>(B).

A qualidade de vida relacionada à saúde constitui um constructo multidimensional que se refere à percepção do indivíduo do efeito da condição de saúde ou doença e seus tratamentos subsequentes. Os domínios primários incluem fatores físicos, psicológicos e função social, além de bem-estar e percepção do *status* de saúde. Os domínios secundários incluem sensações somáticas (sintomas), distúrbios do sono, função sexual, intimidade e produtividade pessoal (comunitária, voluntária, ocupacional e atividade doméstica). Estas características da qualidade de vida foram descritas por Chiarelli et al.<sup>13</sup>(B).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um sistema de classificação para mensuração de resultados clínicos, a classificação internacional de "Impairment", "Disability" and "Handicap/Participation" (ICIDH-2), que tem o objetivo de ser usada na prática clínica e em pesquisas de reabilitação. A ICIDH-2 classifica a medida de resultados em diferentes níveis. A disfunção e a incapacidade dos músculos do assoalho pélvico em inibir a contração do detrusor estão no nível "impairment". A perda urinária constitui o nível "disability". Qualquer impacto da hiperatividade do detrusor na participação social e na qualidade de vida da paciente é classificada no nível "handicap/participation". Para avaliar o efeito de futuras intervenções, é recomendado desenvolver estudos controlados para mostrar evidências destas medidas de resultados em todos os níveis<sup>19</sup>(B).

Alguns aspectos da terapia comportamental foram descritos por Berghmans em uma revisão sistemática. Fisioterapeutas devem utilizá-la ensinando e motivando a paciente quanto à mudança de seu comportamento. No treinamento vesical, os fisioterapeutas tentam mudar os processos fisiopatológicos decorrentes da hiperatividade do detrusor, reduzindo e restaurando não somente os aspectos da própria doença (*impairments*), mas seu impacto na área de desempenho (*disability*) e na participação social do indivíduo (*handicap*)<sup>12</sup>(A).

A perda da continência urinária é uma condição desconfortável, embaraçosa e estressante que pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas. Cerca de 60% das mulheres acima de 60 anos apresentam IU, como descrito nas revisões de Payne<sup>10</sup> e Berghmans et al.<sup>12</sup>(B)(A). A paciente tende ao isolamento social, pois tem medo de estar em público e ocorrer uma perda urinária, sua vida passa a depender da disponibilidade de banheiros e começa a sofrer com dificuldades sexuais, alterações do sono e vida social. Estas mulheres têm queda da autoestima, tornam-se deprimidas, angustiadas e irritadas. Sentem-se humilhadas e embaraçadas demais para falar sobre o seu problema. Apenas quando a qualidade de vida está demasiadamente comprometida pela IU, elas procuram o serviço médico. No entanto, ainda são

necessários estudos controlados e revisões sistemáticas acerca do tema para demonstrar evidências destas conclusões<sup>25</sup>(B).

## Considerações finais

A terapia comportamental é técnica de grande importância no tratamento da hiperatividade do detrusor na mulher em todos os seus aspectos. Esta terapêutica tem papel fundamental na qualidade de vida e autoestima da mulher com IU. Esta terapêutica deve ser o tratamento de primeira escolha por se tratar de uma técnica de eficácia comprovada, baixo custo e risco para a paciente. Tem como principal limitação a falta de motivação da paciente e presença de alterações cognitivas. Quando esta técnica é utilizada de forma adequada no processo de tratamento da paciente, é possível alcançar resultados satisfatórios com impacto importante na qualidade de vida da paciente com IU, especialmente na hiperatividade detrusora. Entretanto, são necessários mais estudos no sentido de esclarecer os mecanismos responsáveis por esta inibição, que sejam sensíveis, válidos e fidedignos, com tamanho de amostra suficiente e grupos de diagnósticos mais homogêneos. Além de apresentar medidas de resultados, comprovando a eficácia da terapia comportamental.

## Leituras suplementares

- 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(2):167-78.
- Abrams P, Wein AJ. Introduction: overactive bladder and its treatments. *Urology*. 2000;55(Suppl 5A):1-3.
- Cartwright R, Renganathan A, Cardozo L. Current management of overactive bladder. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008;20(5):489-95.
- Shafik A, Shafik IA. Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises. *World J Urol*. 2003;20(6):374-7.
- Wein AJ. Diagnosis and treatment of the overactive bladder. *Urology*. 2003;62(5 Suppl 2):20-7.
- Geo MS et al. Bexiga hiperativa. In: Baracho EL. *Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia – Aspectos de Ginecologia e Neonatologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 341-62.
- Ostaszkiwicz J, Chestney T, Roe B. Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.
- Gormley EA. Biofeedback and behavioral therapy for management of female urinary incontinence. *Urol Clin North Am*. 2002;29(3):551-7.
- Messer KL, Hines SH, Raghunathan TE, Seng JS, Diokno AC, Sampsel CM. Self-efficacy as a predictor to PFMT adherence in a prevention of urinary incontinence clinical trial. *Health Educ Behav*. 2007;34(6):942-52.
- Payne CK. Behavioral therapy for overactive bladder. In: Wein AJ (Ed.). *Editorial Consultant, Clinical Urography* (2 ed). Philadelphia, PA: WB Saunders, Co.; 2000.
- Herschorn S, Becker D, Miller E, Thompson M, Forte L. Impact of a health education intervention in overactive bladder patients. *Can J Urol*. 2004;11(6):2430-7.
- Berghmans LCM, 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(3):254-63.
- Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Women's Knowledge, Practices, and Intentions Regarding Correct Pelvic Floor Exercises. *Neurourol Urodyn*. 2003;22:246-9.
- Burgio KL. Influence of behavior modification on overactive bladder. *Urology*. 2002;60(5 Suppl 1):72-6.
- Davies JA, Hosker J. An evaluation of the efficacy of in-patient bladder retraining. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2000;11(5):271-5.
- Sampsel CM et al. Group teaching of pelvic floor and bladder training: function and knowledge outcomes. Conference ICS, 2003. Florence, Italy.
- Sampsel CM, Messer KL, Seng JS, Raghunathan TE, Hines SH, Diokno AC. Learning outcomes of a group behavioral modification program to prevent urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005;16(6):441-6.
- Burgio KL, Locher JL, Goode PS. Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in older women. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(4):370-4.
- Bo K, Berghmans LC. Nonpharmacologic treatments for overactive bladder-pelvic floor exercises. *Urology*. 2000;55(5A Suppl):7-11.
- Hay-Smith J, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.
- Milne JL. Behavioral therapies for overactive bladder: making sense of the evidence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008;35(1):93-101.
- Johnson TM 2nd, Burgio KL, Redden DT, Wright KC, Goode PS. Effects of behavioral and drug therapy on nocturia in older incontinent women. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(5):846-50.
- Diokno AC, Sampsel CM, Herzog AR, Raghunathan TE, Hines S, Messer KL, et al. Prevention of urinary incontinence by behavioral modification program: a randomized, controlled trial among older women in the community. *J Urol*. 2004;171(3):1165-71.
- Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software; 2008.
- Kelleher CJ, Cardozo LD, Toozs-Hobson PM. Quality of life and urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1995;7(5):404-8.