# A INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS

KETTELIN KEITY SANTANA
ANA CARLA OSÓRIO
Faculdade Assis Gurgacz –FAG – Cascavel - Brasil
kettelinkeity@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

De acordo com a definição da International Continence Society (ICS), a incontinência urinaria seria toda a perda involuntária de urina clinicamente demonstrável, que cause problema social ou higiênico (ANDRADE .D.J.; *et al* 2011). Existem três tipos de incontinência urinaria mais comuns, que são a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), a Incontinência Urinária de Urgência (Bexiga Hiperativa – IUU), e a Incontinência Urinária Mista (MARIA HELENA B, 2008). Os principais sintomas de incontinência urinaria nesta população é classificada em incontinência urinaria de esforço que é a perda involuntária da urina resultante de qualquer atividade que leve a um aumento da pressão intra-abdominal excedendo a pressão de fechamento uretral, em atividades como tossir, rir, levantar objetos ou esforço físico. O termo incontinência de "esforço" foi cunhado inicialmente por Sir Eardley, o qual definiu essa condição como "perda da urina através da uretra intacta, sob certas condições que causam aumento da pressão intra-abdominal" (BERNARDES e colaboradores, 2012)

De acordo com weinberger (2006), a incontinência de esforço verdadeira é definia como a perda involuntária de urina que ocorre quando, na ausência de uma contração do detrusor, a pressão intravesical ultrapassa a pressão intra-uretral. Quando a bexiga é bem sustentada o aumento da pressão intra-abdominal não impede que a continência seja mantida. Para Botelo, et al, a incontinência urinaria é considerada uma das novas epidemias do século XXI agravada pelo continuo aumento da esperança média de vida.

Os músculos do assoalho pélvico (AP) têm a função de conter e manter os órgãos abdominais e pélvicos em seu lugar, exercer o controle sobre a continência urinária, fecal e a atividade sexual e equilibrar os efeitos da pressão intra-abdominal e vaginal. É composto das seguintes estruturas tubulares: uretra e vagina (na parte anterior) e o ânus (na parte posterior); e dos principais músculos: bulbo esponjoso, ísquio cavernoso, transversos perineais, esfíncter uretral, pubo coccígeo, e levantador do ânus (Silva e Silva, 2003; Grazziottin e Giraldi, 2006; Palma e Portugal, 2009).

A prevalência da Incontinência Urinaria de Esforço (IUE) em mulheres atletas jovens e as que praticam exercício de forma irregular é, respectivamente, de 40 e 8%. Cerca de 50% das mulheres, sem os clássicos fatores de risco para a incontinência urinaria – paridade, idade, obesidade ou uso de medicamento – podem apresentar perda urinaria durante atividades simples ou eventuais exercícios provocativos. Conceitualmente, podemos relacionar o suporte exercido pelo assoalho pélvico e o aumento da pressão intra-abdominal. Esportes que incluem saltos ou exercícios de contração abdominal máxima, de forma repetitiva, constituem um importante fator na gênese da incontinência urinaria. Movimentos de auto impacto resultam em força do assoalho pélvico de 3 a 4 vezes maior que o peso corporal do atleta. Esse impacto sobre a ação de suporte do assoalho pélvico pode ser amenizada como uma contração simultânea e igualmente forte destes músculos (SENGLER & GROSSE, 2002).

Desta forma ficando evidente as causas e fatores mais freqüentes que podem ocasionar a incontinência urinaria, seja ela qual for a classificação, o presente estudo tem por objetivos identificar a incidência de pessoal praticantes de atividades físicas intensas que tiveram alguma perda de urina durante a realização da mesma.

## MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo com característica quantitativa do tipo descritiva, que visa o levantamento de dados de pacientes com incontinência urinária pela pratica atividades físicas.

A pesquisa foi realizada através da aplicação dos questionários com acadêmicas do curso de Educação Física da Faculdade Assis Gurgacz – FAG, Cascavel Pr, as quais assinaram um termo de livre e esclarecimento, podendo não participar ou desistir da pesquisa a qualquer momento. Foram entrevistadas setenta mulheres que praticavam algum tipo de atividade física e com faixa etária de 18 a 25 anos, as quais responderam de forma individual sendo que cada mulher respondia seu questionário podendo solicitar ajuda do pesquisador que permanecia no local.

Os critérios adotados para a analise de dados foram as de selecionar as mulheres que apresentam ou apresentaram algum dia em suas praticas de exercícios a IU, com intuito de mostrar nos resultados em forma de gráficos a relação existente entre a atividade física e a Incontinência Urinária, e ainda a interferência que a IU causou na praticas de exercícios nessas mulheres sendo elas adultas jovens.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 70 mulheres cuja idade variava entre 18 a 25 anos, dentre os questionários aplicados foi possível identificar que em 25 entrevistadas cerca de 35,71 da população apresentou IU em algum momento em sua vida esportiva e o restante das entrevistadas não mostraram queixa com relação a pratica de exercícios (Gráfico 1).

No gráfico 2 é possível observar que uma porcentagem de 35,71% apresentaram incontinência urinária durante a realização de seus esportes, no que se refere a 19 mulheres que ao praticarem atividades de alta intensidade apresentaram incontinência urinária e ainda sendo que 24%, ou seja, 6 mulheres tiveram IU praticando exercícios de baixa intensidade.

**Grafico 1**

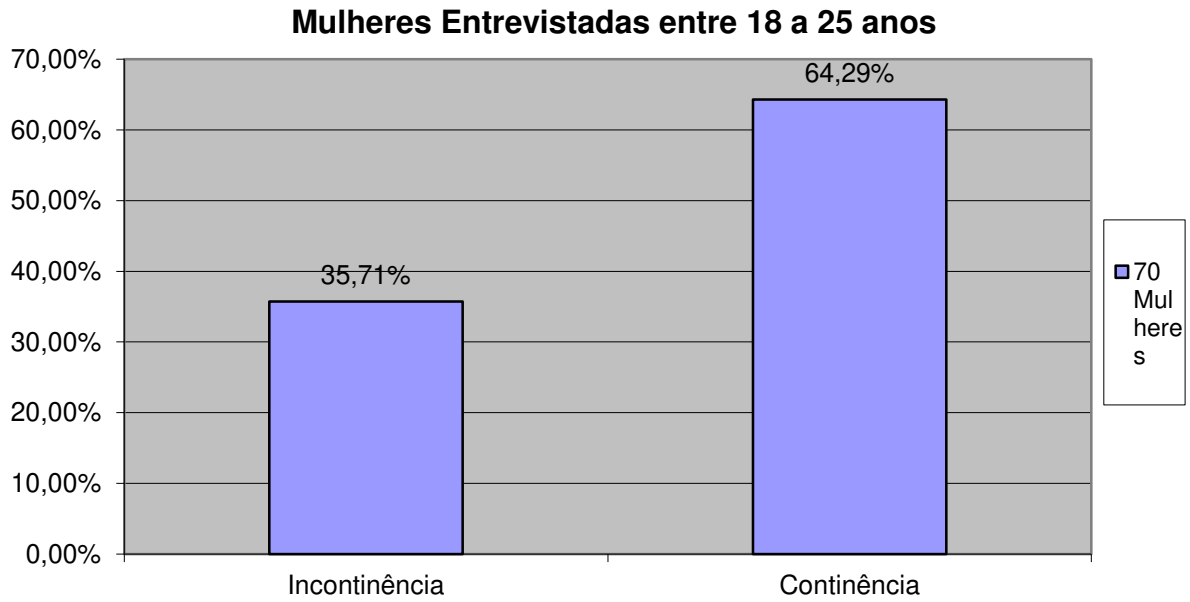
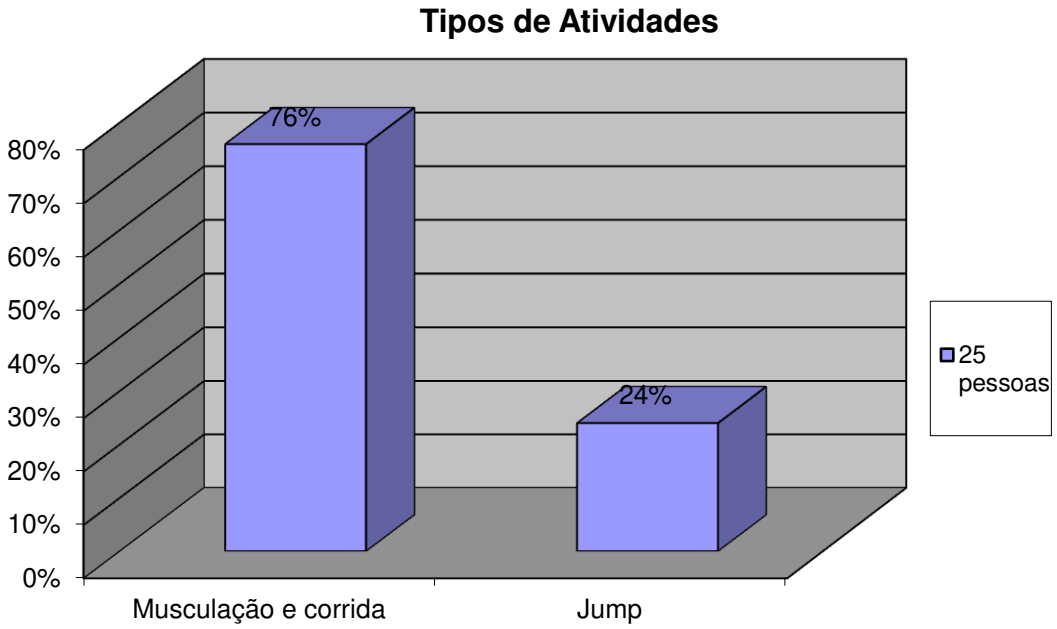



**Gráfico 2.**




## DISCUSSÃO

Os indivíduos participantes deste estudo são do sexo feminino, com idade de 18 a 25 anos sendo que 35,71% dessa população apresentaram perda de urina em algum momento de sua vida esportiva.

A teoria concebida por Peter Petros e Ulmsten, da continência urinaria considera-se basicamente que a incontinência aos esforços, urgência e alterações do esvaziamento vesical decorrem das alterações tecidual dos elementos de suporte suburetral, dos ligamentos e dos músculos do assoalho pélvico. De acordo com essa teoria, as alterações da tensão aplicada pelos músculos e ligamentos sobre a fáscia justapostas a parede vaginal determinam a abertura ou o fechamento do colo vesical e da uretra. Alterações da tensão sobre a vagina determinariam, também, ativação prematura do reflexo miccional desencadeando contrações involuntárias do detrusor.

Freqüentemente a etiologia da incontinência urinária é multifatorial. O climatério pela redução de hormônios circulantes, a gestação, o parto vaginal sugerindo trauma neuromuscular ao assoalho pélvico, alterações neurológicas ou bioquímicas muitas vezes associadas a processo de envelhecimento, a presença de patologias predisponentes como *Diabetes Mellitus*, esclerose múltipla, demência, depressão, obesidade, câncer de bexiga, litíase, infecções urinárias de repetição e parkinsonismo, entre outros, são fatores predisponentes da incontinência urinária (KLÜBER et al., 2002).

Segundo Zucchi 2003, cerca de 50% das mulheres que não apresentam aos fatores de riscos citados acima, podem ter perda de urina durante simples atividades diárias ou eventuais exercícios provocativos.

A incontinência urinária de esforço (IUE) ou de estresse é definida como perda involuntária de urina durante o aumento da pressão abdominal, na ausência de contração do músculo detrusor. Então, resulta da perda de apoio estrutural da uretra proximal e do colo da bexiga, resultando em perda de urina com qualquer aumento na pressão intra-abdominal, porque a uretra proximal não é mais pressionada em direção à sínfise púbica e permite o escape urinário (GALHO *et al*, 2001).

Portanto, entendemos por IUE a eliminação involuntária de urina que ocorre em resposta ao crescimento súbito da pressão intra-abdominal, ou seja, é a eliminação involuntária da urina que ocorre quando a pressão intravesical ultrapassa a pressão intrauretral máxima, na ausência de contração do músculo detrusor (PICKLES *et al*, 2002).

## CONCLUSÃO

A análise do estado de saúde e da qualidade de vida das pacientes é essencial para a avaliação de novas intervenções terapêuticas, pois detecta os resultados de tais intervenções na vida das pacientes (MORENO, 2004).

Freqüentemente, observamos na prática da clínica, a exclusão social das pacientes com incontinência urinária. Esta exclusão, necessariamente, não é imposta pela sociedade e sim pela própria paciente que, estando ciente das suas dificuldades pessoais, se recusa a freqüentar alguns ambientes sociais para evitar episódios de vazamento urinário em público (FELIX, L.I, 2005).

Segundo a AHCPR, na população feminina, a experiência com episódios de perda urinária é uma condição que ocorre não somente entre mulheres idosas, mas também entre mulheres jovens e na meia-idade. Os problemas urinários não são conseqüências naturais da idade e nem é um problema exclusivo do envelhecimento.

Portanto pode-se concluir com este estudo que essas disfunções do assoalho pélvico apesar da incidência maior ser com mulheres idosas, mostrou-se que de 100% da população entrevistada, 35,71% desta mulheres adultas jovens já sofreram com a perda de urina em algum momento de sua vida esportiva, ficando evidente assim a importância de um diagnostico precoce para uma possível intervenção e cuidados.

## REFERÊNCIAS


Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). **Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update.** March 1996. cited 2003 aug 2. Available in: URL: http://www.ahcpr.gov/clinic/uiovervw.htm

ANDRADE. D. J.; *et al* **A estimulação elétrica via tibial posterior no tratamento da incontinência por hiperatividade vesical (RS).** Revisão de literatura, mestranda em distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria (RS), 2011.

BERNANDES N. O, *et.al.* **Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinaria de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal.** RBGO –v.22, $n^0$ 1, 2002.

FELIX, L.I. **A avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço.** 2005. 113 f. Tese (Mestrado em Educação em Saúde) – Centro de ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza. 2005.

GRAZZIOTTIN, A. GIRALDI, A. **Anatomy and Phusiology of women's sexual function**. In: Porst J, Buvat J, Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. Standard practice in sexual medicine. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006. p.289-304.

PALMA, P. C. R. PORTUGAL, H. S. P. **Anatomia do assoalho pélvico**. In: Palma PCR (ed.). Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. p.25-37.

SENGLER. J.; GROSSE. D.; **Reeducação Perineal.** Barueri São Paulo (SP). Editora: Manole $1^0$ Ed. 2002 p. 164-165.

SILVA, A. P. S. SILVA, J. S. A**. Importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica**. Fisioterapia Brasil, Rio de Janeiro. 2003;4(3):205-211.

WEINBERGER. M. W; **Diagnostico Diferencial de Incontinência Urinaria**. Uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico. 5 ed. Rio de janeiro : Guanabara Koogan, 2006.

ZUCCHI, E.V.M. et al. **Impacto da atividade esportiva no assoalho pélvico. Femina;** 31, 4: 333-335, Maio 2003.

**Endereço:** Avenida Souza Naves, 319, Centro, Lindoeste PR.