

Bexiga Hiperativa: Terapia Comportamental e Reabilitação do Assoalho Pélvico

Autoria: Sociedade Brasileira de Urologia

Elaboração Final: 28 de junho de 2006

Participantes: Damião R, Carrerette FB, Truzzi JCCI, Almeida FG

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:

Descrever as principais recomendações no tratamento comportamental em bexiga hiperativa e reabilitação do assoalho pélvico.

CONFLITO DE INTERESSE:

Os conflitos de interesse declarados pelos participantes da elaboração desta diretriz estão detalhados na página 6.

INTRODUÇÃO

Uma vez estabelecido o diagnóstico de bexiga hiperativa, tratamentos conservadores constituem a primeira linha de opções entre os quais estão incluídos a reabilitação do assoalho pélvico e a terapia comportamental. A combinação de drogas e terapia comportamental em mulheres produz melhores resultados que o alcançado por ambas individualmente¹(B). A grande maioria das publicações inclui na sua avaliação pacientes com incontinência urinária de diversas etiologias. Limitaremos nossa análise aos resultados obtidos nos casos de bexiga hiperativa.

TERAPIA COMPORTAMENTAL

RE-EDUCAÇÃO HIGIÊNICO-DIETÉTICA

Recomendações sobre mudanças nos hábitos higiênico-dietéticos e nas atividades físicas têm sido preconizadas há muito tempo por profissionais da área da saúde para portadores de disfunções miccionais. Mormente, os estudos até então realizados com o intuito de estabelecer o real papel de cada uma destas situações na bexiga hiperativa são escassos.

O consumo de vegetais, pão e carne de frango diminui o risco de sintomas relacionados com bexiga hiperativa. Bebidas gaseificadas, obesidade, tabagismo e diminuição da atividade física são fatores de risco e devem ser evitados²(B).

A ingestão de cafeína foi maior em mulheres portadoras de bexiga hiperativa do que no grupo controle em um estudo de coorte³(B). Em outro estudo semelhante, a pressão detrusora entre portadores de hiperatividade foi maior que no grupo controle após a ingestão de café⁴(C). Por outro lado, num estudo prospectivo com 7.046 mulheres não foi demonstrada associação positiva entre cafeína e bexiga hiperativa²(B). Como os resultados são controversos, outros estudos se fazem necessários para se estabelecer a recomendação.

Não foi estabelecida correlação entre ingestão de álcool e a maior incidência de urgência ou perdas urinárias⁵(B). Não há associação entre a maior ingestão de líquidos e a ocorrência de bexiga hiperativa²(B).

TREINAMENTO VESICAL

Dentre as medidas para o treinamento vesical estão incluídas técnicas de micção programada e micção imediata (*prompt voiding*). O uso da micção imediata tem aplicação predominante em portadores de déficit cognitivo e nos casos onde há assistência de cuidadores que dêem suporte sempre que manifestado o desejo miccional pelo paciente.

A base para o treinamento vesical é a utilização do diário miccional. Há relatos de melhora da incontinência urinária em até 15% dos casos e dos sintomas relacionados à bexiga hiperativa de 50%⁶(D). A comparação entre treinamento vesical e ausência de tratamento em mulheres com bexiga hiperativa demonstrou que o treinamento vesical foi efetivo na melhora dos sintomas⁷(B). Em pacientes do sexo masculino, não há dados que confirmem estes resultados.

Ao serem comparados os efeitos do treinamento vesical e do uso de anticolinérgicos, o primeiro promoveu efeitos, no mínimo, semelhantes e, em alguns estudos, melhores, além de mais prolongados do que drogas como flavoxato, imipramina e oxibutinina⁸(A)⁹(B). Quando comparada à eficácia do treinamento vesical com exercícios da musculatura do assoalho pélvico, ambos se mostraram com eficácia semelhante em mulheres portadoras de bexiga hiperativa¹⁰(A).

Existe controvérsia quanto ao efeito sinérgico da associação do treinamento vesical com exercícios pélvicos^{10,11}(A). Também há controvérsia a respeito do benefício existente da associação de medicamentos ao treinamento vesical.

Há recomendação para treinamento vesical no tratamento da bexiga hiperativa em mulheres e idosos e para pacientes do sexo masculino.

Os resultados de estudos sobre treinamento vesical associado a exercícios pélvicos ou a medicamentos são contraditórios, o que não permite determinar o grau de recomendação.

EXERCÍCIOS PÉLVICOS E ELETROESTIMULAÇÃO PÉLVICA

EXERCÍCIOS DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO

O racional para este método vem da constatação, desde a década de 70, de que a eletroestimulação da musculatura pélvica inibe de modo reflexo a contração detrusora. Existe uma gama de protocolos de exercícios da musculatura do assoalho pélvico, sem que haja uma definição a respeito da prática de exercícios ideal para essa musculatura. Foi preconizado, com base em publicações referentes a exercícios da musculatura esquelética de outras partes do corpo, que devem ser executadas três seqüências de exercícios, com 8 a 12 contrações máximas de baixa velocidade, sustentadas por 6 a 8 segundos cada, 3 a 4 vezes por semana, por um período de 15 a 20 semanas. Esse treinamento deve ser assistido por um profissional com conhecimento específico na área. Quando comparado à realização de exercícios da musculatura do assoalho pélvico com um grupo controle sem qualquer intervenção terapêutica e com um grupo placebo, os resultados foram muito favoráveis para o primeiro^{12,13}(A). A comparação entre exercícios pélvicos e o uso de oxibutinina mostrou uma tendência favorável à realização de exercícios, embora o resultado tenha sido conflitante^{12,13}(A). Em mulheres com bexiga

hiperativa, os exercícios para assoalho pélvico devem ser oferecidos em conjunto com outras modalidades de terapia comportamental, como o treinamento vesical e orientações higiênico-dietéticas.

BIOFEEDBACK

Embora possa ser utilizado como recurso isolado, habitualmente, é aplicado em conjunto com exercícios da musculatura do assoalho pélvico e treinamento vesical. No entanto, estudos comparativos não demonstraram haver uma melhora efetiva no desempenho dos exercícios da musculatura do assoalho pélvico após a associação do *biofeedback*^{13,14}(A).

Em pacientes idosos, a maior parte dos artigos publicados associa a realização de exercícios pélvicos com outras modalidades terapêuticas, o que dificulta a análise de eficácia individual. Ainda assim, a associação com *biofeedback* produziu melhora da continência urinária, de modo geral, em pacientes com diversos graus de comorbidade. Não se chegou, até o momento, a uma conclusão se a idade mais avançada interfere nos resultados de *biofeedback* e exercícios pélvicos. As avaliações, em sua maioria, foram feitas em termos de perdas urinárias, o que dificulta a seleção de resultados especificamente para bexiga hiperativa.

Há recomendação para exercícios do assoalho pélvico no tratamento da bexiga hiperativa em mulheres e idosos e para pacientes do sexo masculino.

ELETROESTIMULAÇÃO

A eletroestimulação no tratamento da hiperatividade vesical tem como objetivo redu-

zir a contratilidade detrusora por meio de estímulos elétricos aplicados via vaginal, anal ou perineal. Os estímulos variam de uma única aplicação a sessões diárias, em média, duas vezes ao dia, por até quatro meses. A frequência utilizada é 10 a 50 Hz, com duração de 0,1 a 300 microsegundos. Não existe uma padronização, nem tampouco evidências de que uma determinada conduta seja ideal para todos os casos¹⁵(A)¹⁶(D).

Em idosos, um único estudo com portadores de hiperatividade detrusora mostrou haver um ganho de 50 ml na capacidade vesical após a eletroestimulação. Faltam evidências de resposta efetiva neste grupo etário. Quando analisados os resultados em termos de continência urinária, a eletroestimulação parece ser efetiva em idosos.

Em pacientes do sexo feminino, a comparação de estimulação elétrica com ausência de tratamento não evidenciou melhora significativa para qualquer modalidade, com tendência a melhores resultados para a eletroestimulação^{17,18}(B). Estudos comparando eletroestimulação com placebo não foram conclusivos, embora tenham demonstrado uma tendência favorável à primeira^{18,19}(B). Não há, de modo semelhante, evidências suficientes que falem a favor da estimulação elétrica em comparação ao uso de anticolinérgicos para bexiga hiperativa¹⁵(A). A associação de eletroestimulação e exercícios pélvicos não trouxe um benefício complementar sobre a realização apenas de exercícios, quando estas modalidades foram comparadas de modo individual e agrupadas²⁰(A)¹⁶(D).

Há recomendação para eletroestimulação no tratamento da bexiga hiperativa em mulheres, pacientes do sexo masculino e idosos.

CONES VAGINAIS

O uso de cones vaginais tem por objetivo fortalecer e melhorar o desempenho de exercícios pélvicos. Não há estudos envolvendo pacientes apenas com bexiga hiperativa. A totalidade dos trabalhos foi desenvolvida em portadoras de incontinência urinária de esforço ou de incontinência mista. Portanto, a eficácia do uso de

cones vaginais associada a exercícios pélvicos na obtenção de melhora da bexiga hiperativa não pôde ser demonstrada²¹(A).

CONFLITO DE INTERESSE

Almeida FG: recebe esporadicamente honorários por prestar consultoria às empresas AMS e Medtronic do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Burgio KL, Locher JL, Goode PS. Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in older women. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:370-4.
2. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int* 2003;92:69-77.
3. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol* 2000;96:85-9.
4. Creighton SM, Stanton SL. Caffeine: does it affect your bladder? *Br J Urol* 1990;66:613-4.
5. Roe B, Doll H. Lifestyle factors and continence status: comparison of self-reported data from a survey in England. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999;26:312-9.
6. Fantl JA. Behavioral intervention for community-dwelling individuals with urinary incontinence. *Urology* 1998; 51(2A Suppl):30-4.
7. Jarvis GJ, Millar DR. Controlled trial of bladder drill for detrusor instability. *Br Med J* 1980;281:1322-3.
8. Columbo M, Zanetta G, Scalabrino SEA. Oxybutynin and bladder training in the management of female urinary urge incontinence: a randomized study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1995;6:63-7.
9. Jarvis GJ. A controlled trial of bladder drill and drug therapy in the management of detrusor instability. *Br J Urol* 1981; 53:565-6.
10. Wyman JF, Fantl JA, McClish DK, Bump RC. Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence. Continence Program for Women Research Group. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:999-1007.
11. Elser DM, Wyman JF, McClish DK, Robinson D, Fantl JA, Bump RC. The effect of bladder training, pelvic floor muscle training, or combination training on urodynamic parameters in women with urinary incontinence. Continence Program for Women Research Group. *Neurourol Urodyn* 1999;18:427-36.
12. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1995-2000.
13. 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.
14. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Umlauf MG, Roth DL, Richter HE, et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2293-9.

15. Smith JJ 3rd. Intravaginal stimulation randomized trial. *J Urol* 1996;155:127-30.
16. Lukban JC, Whitmore KE. Pelvic floor muscle re-education treatment of the overactive bladder and painful bladder syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45:273-85.
17. 30th Annual Meeting of the International Continence Society; 2000; Tampere, Finland. Abstracts. *Neurourol Urodyn* 2000;19:379-547.
18. 27th Annual Meeting of the International Continence Society; 1997; Yokohama, Japan. Abstracts. *Neurourol Urodyn* 1997;16:343-518.
19. 26th Annual Meeting of the International Continence Society; 1996; Athens, Greece. Abstracts. *Neurourol Urodyn* 1996;15:261-442.
20. Goode PS, Burgio KL, Locher JL, Roth DL, Umlauf MG, Richter HE, et al. Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:345-52.
21. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA* 2004;291:986-95.