

Tratamento de incontinência urinária em mulheres

Treatment of urinary incontinence in women

Gabrielle Petranhski **CALDAS**¹, Eros Uriel **RODRIGUES**¹, Rafael Cavalheiro **CAVALLI**¹

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária em mulheres causa problemas físicos, econômicos e psicossociais que interferem no convívio social, profissional, sexual e familiar.

Objetivo: Analisar o resultado do tratamento de mulheres com incontinência urinária diagnosticadas por estudo urodinâmico verificando aderência ao tratamento e influência na qualidade de vida.

Métodos: Foram analisados de forma retrospectiva laudos de estudo urodinâmico e realizada entrevista com 42 mulheres, com um questionário composto pela identificação, com dados ginecológicos e características do tratamento, e questões presentes no International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form.

Resultados: Das entrevistadas (n=42) 22 tinham incontinência urinária de esforço (52,3%), 13 mista (30,9%) e 7 de urgência (16,6%). Quanto à idade, 42,8% tinham 60 anos ou mais; 30,9% com 50-59 anos; 19% com 40-49 anos; e 7,1% com menos de 40 anos. Quanto ao convênio, 14 (33,3%) foram pelo SAS, 24 (57%) pelo SUS e 4 (9,5%) particular. Quando perguntadas sobre operação anti-incontinência prévia, 76,2% não a realizaram e 23,8% sim com algum tipo.

Conclusão: As mulheres que realizam o tratamento completo e pelo tempo determinado tiveram maior índice de qualidade de vida em relação às que não realizaram. O tratamento que demonstrou melhor impacto na qualidade de vida foi cirúrgico associado à fisioterapia.

PALAVRAS-CHAVE: Urodinâmica. Incontinência urinária. Saúde da mulher. Tratamento. Ginecologia.

Mensagem Central

A incontinência urinária em mulheres influencia aspectos físicos, psicossociais e econômicos que acabam interferindo nas suas rotinas como um todo. A procura por tratamento é tardia, na maioria das vezes em período pós-menopausa, quando o grau de perda urinária está mais elevado. Estudo urodinâmico é considerado o padrão-ouro para diagnóstico da sua causa. Mas, qual abordagem tem melhor resultado dentre as existentes opções de tratamento?

Perspectiva

Como a incontinência urinária é distúrbio que aumenta progressivamente ao longo da vida, fatores importantes existem que aumentam seu risco e que devem ser conhecidos e evitados. Dos tipos de incontinência, a pior qualidade de vida é encontrada nas mulheres com o tipo misto e que não realizaram o tratamento proposto. Esta pesquisa mostrou que mulheres que se trataram de maneira completa ao seu tipo de incontinência e pelo tempo determinado, tiveram melhor qualidade de vida, e o tratamento com melhor resultado foi o cirúrgico associado à fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence in women causes physical, economic and psychosocial problems that interfere with social, professional, sexual and family life.

Objective: To analyze the outcome of the treatment of women with incontinence urodynamically diagnosed, verifying adherence to treatment and influence on quality of life.

Methods: Urodynamic study reports were retrospectively analysed and interviews were conducted with 42 women, with a questionnaire consisting of identification, with gynecological data and treatment characteristics, and questions present in the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form.

Results: Of the interviewees (n=42), 22 had stress urinary incontinence (52.3%), 13 mixed (30.9%) and 7 urge (16.6%). As for age, 42.8% were 60 years old or older; 30.9% aged 50-59 years; 19% aged 40-49 years; and 7.1% under 40 years old. As for the health insurance, 14 (33.3%) were through SAS, 24 (57%) through SUS and 4 (9.5%) private. When asked about previous anti-incontinence surgery, 76.2% didn't performed and 23.8% had some type of surgery.

Conclusion: Women who undergo the complete treatment and in specified time had a higher quality of life index compared to those who did not. The treatment that demonstrated the best impact on quality of life was surgery associated with physiotherapy.

KEYWORDS: Urodynamics. Urinary incontinence. Women's health. Urology. Treatment. Gynecology.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária em mulheres influencia aspectos físicos, psicossociais e econômicos que acabam interferindo nas suas rotinas como um todo. A procura por tratamento é tardia, na maioria das vezes em período pós-menopausa, quando o grau de perda urinária está mais elevado.¹ A idade superior a 41 anos, presença de constipação intestinal e obesidade também são fatores que agravam essa condição.² Seu diagnóstico é realizado através de anamnese detalhada, explorando todas as características da perda de urina, e exame físico com o objetivo de avaliar a anatomia da região pélvica. Outros recursos podem ser utilizados, como diário miccional e o pad-test.³ O questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), utilizado nessa pesquisa, teve como objetivo analisar o impacto dos sintomas de incontinência urinária na qualidade de vida.⁴ Ele não possui capacidade diagnóstica na etiologia da incontinência.

O estudo urodinâmico é considerado o padrão-ouro para diagnóstico da etiologia da incontinência. Ele consiste em avaliar a função vesical, função esfinteriana e a junção de ambas no ato de urinar.⁵

Os 3 principais tipos de incontinência urinária são de esforço, mista e de urgência. A de esforço é mais frequente resultando do enfraquecimento do esfíncter urinário e aumento da pressão intra-abdominal, associadas ao sobrepeso e gravidez. A de urgência isolada é menos frequente e costuma acompanhar-se de polaciúria e noctúria, resultantes de hiperatividade do músculo detrusor. O diagnóstico de incontinência mista é feito quando pacientes apresentam características tanto do tipo de esforço quanto o de urgência.⁶

O tratamento indicado será escolhido de acordo com o tipo de incontinência. Em geral, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico e perda de peso não cirúrgica em mulheres com sobrepeso têm forte evidência como tratamento.⁷ Para incontinência de urgência, são recomendadas modificações comportamentais e medicamentos anticolinérgicos como primeira linha de tratamento; agonista beta-adrenérgico, como mirabegron, também é opção. A cirurgia é considerada a última opção no tratamento da incontinência urinária devido às complicações potenciais de procedimento invasivo; porém, na incontinência de esforço, tem efeitos positivos e pode ser utilizada como primeira linha de tratamento. Muitas pacientes também relatam melhora nos sintomas de urgência.⁶ Desse modo, o diagnóstico e tratamento são essenciais para a melhora na qualidade de vida, sendo indispensável a adesão às recomendações e a disponibilização de tratamentos adequados.

O objetivo deste estudo foi verificar o tratamento realizado, bem como sua adesão e resolubilidade, através de análise dos laudos de estudo urodinâmico e questionário sobre a atual situação da doença.

MÉTODOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), respeitando assim as questões éticas envolvidas e descritas na Resolução CNS 196/96, atualizada pela 466/2012. Número do CAAE: 40614720.0.0000.8947. Número do Parecer: 4.657.130.

A metodologia aplicada foi através de pesquisa teórica, aplicada e de campo. A primeira parte aconteceu com estudo retrospectivo do tipo documental, com pesquisa de campo de natureza quantitativa. Foi feito o levantamento de dados através de laudos de estudos urodinâmicos anteriores a essa pesquisa, realizados por mulheres acima de 18 anos, residentes no município de Guarapuava, no estado do Paraná, Brasil. Os laudos foram coletados no Hospital São Vicente de Paulo e no Consórcio Intermunicipal de Saúde - CISGAP, com pacientes atendidas entre os anos de 2018 e 2020. A segunda parte consistiu na aplicação de um questionário, visando identificar se as queixas ainda persistiam e como foi realizado o tratamento. O questionário é composto pela identificação, com dados ginecológicos e características do tratamento, e pelas questões presentes no International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), que servem como método de avaliação urodinâmica.

A entrevista foi feita pelo contato via telefone, por ligação de áudio e vídeo. Esse formato de entrevista foi utilizado como alternativa para estudos durante a pandemia de COVID-19, apresentando bons resultados.⁸

Análise estatística

Os dados coletados foram processados e tabulados utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17. O teste qui-quadrado de independência foi empregado para testar a associação entre as variáveis categóricas, e os resultados considerados significativos quando $p < 0,05$. O teste de T foi usado para comparação de variáveis numéricas e categóricas.

RESULTADOS

A amostra coletada nos prontuários do estudo urodinâmico incluiu 116 mulheres, entre os anos de 2018 e 2020. A incontinência urinária tipo 0 foi descartada da análise, pois consistia em mulheres com queixa de incontinência, mas que não apresentaram perda de urina ao exame. Entre as que realizaram o estudo, 56 tiveram laudo de incontinência urinária de esforço (48,2%), 35 de incontinência urinária mista (30,1%) e 25 de incontinência de urgência (21%).

Das entrevistadas ($n=42$) a conclusão do laudo manteve proporção semelhante: 22 com incontinência urinária de esforço (52,3%), 13 com incontinência urinária mista (30,9%) e 7 com incontinência de urgência (16,6%). Quanto à idade, o número de participantes aumentava em relação à faixa etária, sendo 42,8% com 60 anos ou mais; 30,9% com 50-

59 anos; 19% com 40-49 anos; e 7,1% com menos de 40 anos.

Quanto ao convênio, 14 (33,3%) realizaram o exame através do plano de saúde estadual SAS (Sistema de Assistência à Saúde), 24 (57%) pelo SUS (Sistema Único de Saúde), e 4 (9,5%) particular. Quando perguntadas sobre operação anti-incontinência prévia, 76,2% não a realizaram e 23,8% sim com algum tipo (Tabela). A maioria teve 3 ou mais gestações, via de parto vaginal e estado menopausal maior de 10 anos.

TABELA - Dados ginecológicos

Dados ginecológicos	N	%
Gestação		
Nenhuma	2	4,8
Uma	4	9,5
Duas	10	23,8
Três ou mais	26	61,9
Via de parto		
Vaginal	31	73,8
Cesária	9	21,4
Não se aplica	2	4,8
Status menopausal		
Antes da menopausa	6	14,3
< 5 anos	7	16,7
5-10 anos	12	28,6
>10 anos	17	40,5

O questionário ICIQ-SF gera escore, com perguntas sobre as características da perda de urina. A soma das respostas gera o valor mínimo de 1 e máximo de 21, sendo 21 correspondente à pior qualidade de vida.

As participantes foram indagadas sobre a adesão ao tratamento. Foi concluído que 22 (52,3%) não realizaram o tratamento proposto, enquanto 20 (47,6%) obedeceram ao tratamento completo pelo tempo determinado. O escore médio nas que realizaram o tratamento foi de $11,30 \pm 7,378$, enquanto nas que não fizeram foi média de $15,27 \pm 5,922$. O $p=0,060$ foi quando havia variâncias iguais assumidas.

Entre as mulheres que não realizaram o tratamento proposto, 18 eram pacientes do SUS (75% em relação ao total das entrevistadas SUS), 3 do SAS (21,4% em relação ao total das entrevistadas SAS) e 1 particular (25% em relação ao total das entrevistadas com exame particular). O valor p obtido foi de 0,003 no teste qui-quadrado, indicando significância estatística.

Relacionado o laudo urodinâmico, realização do tratamento e média do escore, em geral, mulheres que não realizaram o tratamento proposto na incontinência de esforço e mista, apresentaram pior escore do que as que realizaram o tratamento. Porém, mulheres com incontinência de urgência tiveram escore médio pior do que nas tratadas.

O tipo de tratamento realizado com melhor escore de qualidade de vida foi a fisioterapia e cirurgia juntas (média=1). Por outro lado, a adequação de peso isolada obteve a pior média, com 15,5, ultrapassando aquela das pessoas que não realizaram o tratamento.

Nas mulheres que tinham apenas a recomendação de cirurgia, mas que ainda não realizaram o tratamento, o escore médio foi de 14,2. Entre os motivos citados para

a não realização do tratamento, houve principalmente o relato de não terem sido chamadas para fazer a operação ou por ela ter sido adiada por conta da pandemia do COVID-19. Todas as pacientes estavam na fila de espera pelo SUS.

Por fim, o último questionamento contemplou os sintomas vivenciados por cada uma das mulheres. Das entrevistadas, 19% relataram todos os sintomas do questionário com perda antes de chegar ao banheiro, na tosse ou espirro, quando dormindo, quando em atividades físicas, no término de urinar, quando se vestindo, sem razão óbvia, e o tempo todo, enquanto 16,7% relataram nunca ter perdido urina.

Apesar dos tratamentos terem sido positivos, apenas 7 mulheres relataram nunca ter tido perda urinária e 4 tiveram pontuação 1 no escore. Isso corresponde a 83,3% das pacientes sem resolução total dos sintomas.

DISCUSSÃO

A incidência de incontinência mista, de esforço e de urgência correspondeu a dados nacionais e internacionais, nos quais a de esforço é mais frequente.⁹ Além disso, outro estudo sugere que metade das mulheres possuem a de esforço, 11% de urgência e 36% mista, o que condiz com os resultados encontrados nos laudos avaliados.¹⁰

O perfil das participantes entrevistadas foi semelhante ao relatado na literatura. A prevalência da incontinência teve aumento com a idade¹¹, e a alta paridade, histórico de partos vaginais e menopausa foram fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária.⁶

Apesar de grande parte da literatura apontar os sintomas de perder urina ao tossir, espirrar e fazendo atividade física à incontinência de esforço, a pesquisa não demonstrou diferença significativa no aparecimento desses sintomas em comparação aos outros tipos de incontinência.¹²

Considerando a amostra total, a qualidade de vida das que realizaram o tratamento completo pelo tempo determinado foi em média melhor quando comparado com as que não fizeram. Foi possível verificar que na maioria dos tratamentos apresentados, as mulheres apresentaram escore mais favorável, o que condiz com as diretrizes atuais. O treinamento muscular do assoalho pélvico tem eficácia comprovada e foi possível verificar neste estudo que houve influência positiva na vida das participantes.⁷ Além disso, a pesquisa demonstrou que a fisioterapia pélvica e a cirurgia para incontinência, quando associadas, obtêm melhor resultado. Esse dado já foi demonstrado em um estudo que comparava a cirurgia isolada e a ela associada à fisioterapia, após 12 meses.¹³

As mulheres com incontinência de urgência têm percepção de qualidade de vida diferente dos demais tipos. Pode-se inferir que isso se deve à perda de urina situacional. Mulheres que ingerem mais líquido e urinam menos vezes ao dia têm mais chance de perda.⁵

Outro ponto a ser discutido é a diminuição de peso relatada. Para melhor análise sobre a eficácia da adequação de peso, dever-se-ia ter acesso aos dados de peso e circunferência abdominal, atuais e anteriores ao estudo urodinâmico, para comparação. A diminuição não significativa no peso naquelas com sobrepeso e obesidade poderia explicar a ineficácia apresentada nesse tipo de tratamento.

Estudos mostram que mulheres com incontinência mista ou de urgência podem ter menor qualidade de vida do que com incontinência de esforço.⁶ Esse dado foi confirmado pela comparação dos laudos das pacientes com o questionário ICIQ.

As limitações deste estudo foram em relação ao contato com as participantes. O primeiro ponto foi em relação ao modo de entrevista, realizado de forma online e por meio de ligação telefônica, método escolhido devido às normas de isolamento social durante a pandemia da doença causada pelo vírus SARS-Cov-2 em 2020 e 2021, algumas demonstraram desconfiança e muitas não responderam ao contato. Outro ponto, foi a divergência de informações de contato nos prontuários, com números de telefones que não correspondiam às pacientes, diminuindo de forma significativa a amostra final.

CONCLUSÃO

A incontinência urinária é distúrbio muito prevalente nas mulheres, e aumenta progressivamente ao longo da vida. Fatores como número de gestações, via de parto e menopausa se mostraram importantes fatores de risco para ela. A pior qualidade de vida encontrada foi em mulheres com incontinência mista que não realizaram o tratamento proposto, e nas do SUS. Mulheres que realizam o tratamento proposto completo e pelo tempo determinado apresentaram maior índice de qualidade de vida em relação às que não realizaram o tratamento, e o tratamento com melhor resultado foi o cirúrgico associada à fisioterapia.

Afiliação dos autores:

¹ Curso de Medicina, Centro Universitário Campo Real, Guarapuava, PR, Brasil

Correspondência:

Gabrielle Petranski Caldas
Email: gabrielpecaldas@hotmail.com

Conflito de interesse: Nenhum
Financiamento: Nenhum

Como citar:

Caldas GP, Rodrigues EU, Cavalli RC. Tratamento de incontinência urinária em mulheres. *BioSCIENCE* 2023; 81 (2):28-31

Contribuição dos autores

Conceituação: Gabrielle Petranski Caldas

Análise formal: Rafael Cavalheiro Cavalli

Investigação: Gabrielle Petranski Caldas

Metodologia: Eros Uriel Rodrigues

Administração do projeto: Gabrielle Petranski Caldas

Supervisão: Eros Uriel Rodrigues

Redação (Esboço original): Eros Uriel Rodrigues

Redação (Revisão e edição): Gabrielle Petranski Caldas, Rafael Cavalheiro Cavalli

Recebido em: 15/03/2023

Aceito em: 22/04/2023

REFERÊNCIAS

1. Lopes MHB de M, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2006;40(1):34–41..
2. Higa R, Lopes MHB de M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2005;58(4):422–8;
3. Muth CC. Urinary Incontinence in Women. *JAMA*. 2017;318(16):1622. doi:10.1001/jama.2017.15571
4. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*. 2004.
5. Mcaninch J, Lue T. *Urologia Geral de Smith e Tanagho*. 18ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
6. Irwin GM. Urinary Incontinence. Primary Care - Clinics in Office Practice. 2019.
7. Burkhard FC, Bosch JL, Cruz F. *EAU guidelines on urinary incontinence in adults*. Arnhem: European Association of Urology. 2018 .
8. Schmidt B, Palazzi A, Piccinini CA. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc*. 2020.
9. Tran LN, Puckett Y. Urinary Incontinence. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; August 11, 2021.
10. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag*. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(11):1150-7.
11. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013 Apr 15;87(8):543-50.
12. Hersh L, Salzman B. Clinical management of urinary incontinence in women. *Am Fam Physician*. 2013 May 1;87(9):634-40..
13. Sung VW, Borello-France D, Newman DK, et al. Effect of Behavioral and Pelvic Floor Muscle Therapy Combined With Surgery vs Surgery Alone on Incontinence Symptoms Among Women With Mixed Urinary Incontinence: The ESTEEM Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019 Sep 17;322(11):1066-1076.