

Análise do Perfil Epidemiológico e Desfecho de Tratamento de Mulheres com Incontinência Urinária Diagnosticadas por Estudo Urodinâmico

Gabrielle Petranhski Caldas*¹, Eros Uriel Rodrigues², Rafael Cavalheiro Cavalli²

1) Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Campo Real, Guarapuava, PR, Brasil.

2) Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Campo Real, Guarapuava, PR, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence in women causes physical, economic and psychosocial problems that interfere with social, professional, sexual and family life. Diagnosis and treatment are essential for improving the quality of life of these women. **Objectives:** The focus of this research was the analysis of the outcome treatment of women with urinary incontinence diagnosed by a urodynamic study in Guarapuava, Paraná. The objective was to verify whether the indicated treatment was carried out, analyzing adherence and influence on quality of life. **Methodology:** Urodynamic study reports were retrospectively analyzed. Among the patients who underwent the study, an interview was also conducted with 42 women, using a questionnaire consisting of identification, gynecological data and treatment characteristics, and the questions in the “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ- SF). **Results:** Most of the interviewees had a stress urinary incontinence report in 52.3%, while mixed urinary incontinence corresponded to 30.9% and urge incontinence in 16.6%. About 52.3% of the participants did not undergo the treatment. **Conclusion:** Women who underwent complete treatment and for a specified time have a higher quality of life index compared to those who did not undergo treatment. The treatment that showed the best impact on the patients’ quality of life was surgery associated with physical therapy.

INFORMAÇÕES

Correspondência*:

R. Dr. Laranjeiras, 1732
Bairro Batel
CEP 85015-290
Guarapuava, PR
gabriellepcaldas@hotmail.com

Palavras-Chave:

Urodynamics, Urinary Incontinence,
Women’s Health, Urology Treatment,
Gynecology.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) 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 patologia⁽²⁾.

O diagnóstico de IU é realizado através de uma anamnese detalhada, explorando todas as características da perda de urina, e um exame físico com o objetivo de avaliar a anatomia

da região pélvica. Outros recursos podem ser utilizados, como um diário miccional e o “pad-test”⁽³⁾. O questionário “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF), utilizado nessa pesquisa, tem como objetivo analisar o impacto dos sintomas de incontinência urinária na qualidade de vida das pacientes⁽⁴⁾. Ele não possui capacidade diagnóstica da etiologia da incontinência.

O estudo urodinâmico é considerado o padrão-ouro para diagnóstico da etiologia da incontinência. O estudo consiste em avaliar a função vesical, função esfinteriana e a junção de

ambas as funções no ato de urinar⁽⁵⁾.

Os três principais tipos de incontinência urinária são de: esforço, mista e de urgência. A incontinência de esforço é o tipo mais frequente, resultado de um enfraquecimento do esfíncter urinário e aumento da pressão intra-abdominal, associadas ao sobrepeso e gravidez. Pacientes com urge incontinência isolada são os menos frequentes e costumam queixar-se de polaciúria, urgência e noctúria, resultantes de uma hiperatividade do músculo detrusor. O diagnóstico de incontinência mista é feito quando pacientes apresentam características tanto do tipo de esforço quanto 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 urge incontinência, são recomendadas modificações comportamentais e medicamentos anticolinérgicos como primeira linha de tratamento. Medicamento agonista beta-adrenérgico, como mirabegron também é uma opção.

A cirurgia é considerada a última opção no tratamento da incontinência urinária devido às complicações potenciais de um procedimento invasivo, porém, na incontinência de esforço, tem efeitos positivos e pode ser utilizada como primeira linha de tratamento. Muitos pacientes também relatam melhora nos sintomas de urgência⁽⁶⁾.

Desse modo, o diagnóstico e tratamento são essenciais para a melhora na qualidade de vida dessas mulheres, sendo indispensável a adesão às recomendações e a disponibilização de tratamentos adequados para as pacientes. Portanto, o objetivo deste estudo é 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

A metodologia aplicada foi através de pesquisa teórica, aplicada e de campo. A primeira parte aconteceu com um estudo retrospectivo do tipo documental, com uma 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. Os laudos foram coletados no Hospital São Vicente de Paulo e no Consórcio Intermunicipal de Saúde - CISGAP, com pacientes atendidos entre os anos de 2018 e 2020. A segunda parte consistiu na aplicação de um questionário, visando identificar se as queixas ainda persistem e como foi realizado o tratamento pela paciente. 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 uma alternativa para estudos durante a pandemia de COVID-19 (“Corona Virus Disease 2019”), apresentando bons resultados⁽⁸⁾.

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.

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.

RESULTADOS

A amostra coletada nos prontuários do estudo urodinâmico inclui 116 mulheres, entre os anos de 2018 e 2020. A incontinência urinária tipo 0 foi descartada da análise, pois consiste em mulheres com queixa de incontinência, mas que não apresentaram perda de urina no exame. Entre as pacientes que realizaram o estudo, 56 tiveram laudo de incontinência urinária de esforço (48,3%), 35 de incontinência mista (30,2%) e 25 de urge incontinência (21,5%).

Das entrevistadas (42 pacientes), a conclusão do laudo manteve proporção semelhante: 22 com incontinência urinária de esforço (52,4%), 13 com incontinência mista (31%). Quanto a idade das pacientes, o número de participantes aumenta em relação à faixa etária, sendo: sendo 42,9% com 60 anos ou mais; 31% com 50-59 anos; 19% com 40-49 anos; e 7,1% com menos de 40 anos.

Quanto ao convênio, 14 realizaram o exame através do plano de saúde estadual SAS (Sistema de Assistência à Saúde) (33,3%), 24 pelo SUS (Sistema Único de Saúde) (57,2%) e 4 fizeram o exame particular (9,5%). Quando perguntadas sobre cirurgia anti-incontinência prévia, 76,2% não realizaram e 23,8% realizaram algum tipo. Os dados ginecológicos estão representados na Tabela 1. A maioria das mulheres tiveram três ou mais gestações, via de parto vaginal e status menopausal maior de 10 anos.

O questionário ICIQ-SF gera um ESCORE, com perguntas sobre as características da perda de urina. A soma das respostas gera um ESCORE, no qual, o valor mínimo é 1 e o valor máximo é 21, sendo 21 correspondente a pior qualidade de vida.

As participantes do estudo foram indagadas sobre a adesão ao tratamento. Foi concluído que 22 (52,4%) não realizaram o tratamento proposto, enquanto 20 (47,6%) realizaram o tratamento completo pelo tempo determinado.

A média do ESCORE em pacientes que realizaram o tratamento foi de 11,30 (desvio padrão-DP: 7,378), enquanto as pacientes que não realizaram o tratamento obtiveram média 15,27 (DP: 5,922). Obteve p de 0,060 quando há variâncias iguais assumidas. Portanto, as mulheres que realizaram o tratamento obtiveram melhor resultado, refletindo uma melhor qualidade de vida.

Entre as mulheres que não realizaram o tratamento proposto, 18 eram pacientes do SUS (75% em relação ao total das entrevistas SUS), 3 eram pacientes do SAS (21,4% em relação ao total das entrevistas SAS) e 1 era paciente particular (25% em relação ao total das entrevistas com exame particular). O valor obtido do p foi de 0,003 no teste qui-quadrado, mostrando correlação entre realização do tratamento e plano de saúde utilizado..

Relacionamos o laudo do estudo urodinâmico, realização do tratamento e média do ESCORE. Em geral, mulheres que não realizaram o tratamento proposto na UI de esforço e mista, apresentaram pior ESCORE do que as pacientes que realizaram o tratamento. Porém, mulheres com urge incontinência obtiveram uma média de ESCORE pior nas pacientes tratadas em comparação às pacientes tratadas.

O tipo de tratamento realizado com melhor resultado de acordo com o ESCORE de qualidade de vida foi a Fisioterapia e Cirurgia juntas, com média de ESCORE de 1. Por outro lado, a adequação de peso isolada obteve a pior média, com 15,5, ultrapassando a média das pessoas que não realizaram o tratamento.

Nas mulheres que tinham apenas a recomendação de cirurgia, mas que ainda não realizaram o tratamento, a média do ESCORE 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 cirurgia ou pela cirurgia 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 (perco antes de chegar ao banheiro, perco quando tusso ou espirro,

perco quando estou dormindo, perco quando estou fazendo atividades físicas, perco quando terminei de urinar e estou me vestindo, perco sem razão óbvia, perco o tempo todo), enquanto 16,7% relataram nunca perder urina.

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

DISCUSSÃO

A incidência de IU mista, IU de esforço e IU de urgência correspondeu a dados nacionais e internacionais, nos quais a IU de esforço é mais frequente do que as demais (9). Além disso, outro estudo sugere que metade das mulheres possuem IU de esforço, 11% urge incontinência e 36% incontinência 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 das IU teve aumento com a idade⁽¹¹⁾, e para as mulheres, a alta paridade, o histórico de partos vaginais e a menopausa são fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária⁽⁶⁾.

Apesar de grande parte da literatura apontar os sintomas de perder urina ao tossir e espirrar e perder urina fazendo atividade física à IU 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 pacientes que realizaram o tratamento completo pelo tempo determinado foi em média melhor comparado com as que não fizeram. Foi possível verificar que na maioria dos tratamentos apresentados, as mulheres apresentaram um ESCORE mais favorável, o que condiz com as diretrizes e guidelines atuais. O treinamento muscular do assoalho pélvico (PFMT) 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 o melhor resultado para as pacientes. Esse dado já foi demonstrado em um estudo que comparava a cirurgia isolada e a cirurgia associada à fisioterapia, após 12 meses⁽¹³⁾.

As mulheres com urge incontinência tem uma percepção de qualidade de vida diferente dos demais tipos. Podemos inferir que isso se deve a 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 pelas participantes. Para uma melhor análise sobre a eficácia da adequação de peso, deveríamos ter acesso aos dados de peso e circunferência abdominal, atuais e anteriores ao estudo urodinâmico, para comparação. A diminuição não significativa no peso em pacientes 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 mulheres com incontinência de esforço⁽⁶⁾. Esse dado foi confirmado pela comparação dos laudos das pacientes com o ESCORE do questionário ICIQ.

As limitações do 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. Alguns pacientes demonstraram desconfiança e muitos 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 um 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 IU. A pior qualidade de vida encontrada foi em mulheres com IU mista que não realizaram o tratamento proposto e em pacientes com convênio SUS.

Cerca de 52,3% das participantes não realizaram o tratamento. As pacientes do SUS obtiveram pior taxa de adesão ao tratamento, porém, o fato de ter ocorrido o adiamento de cirurgias eletivas e tratamentos de fisioterapia em 2020, devido ao COVID-19, pode ter interferido no resultado.

Mulheres que realizam o tratamento proposto completo e pelo tempo determinado possuem maior índice de qualidade de vida em relação às que não realizaram o tratamento, e o tratamento com melhor resultado foi a cirurgia associada à fisioterapia.

TABELA 1
Dados ginecológicos

Dados ginecológicos	N	%
Gestação		
Nenhuma	2	4,8
Uma	4	9,5
Doas	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	16,6
5-10 anos	12	28,6
>10 anos	17	40,5

(N) número absoluto de participantes
Fonte: Elaboração própria, 2021

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes, MHB de M; Higa, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2006.
2. Higa, R; Lopes, MHB de M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005;
3. Muth CC. Urinary Incontinence in Women. JAMA - Journal of the American Medical Association. 2017.
4. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues Netto Jr N. 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, F.C.; Bosch, J.L.H.R.; Cruz, F.; etc. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. European Association of Urology. 2019.
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, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. J Clin Epidemiol. 2000.
11. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. Am Fam Physician. 2013.
12. Hersh L, Salzman B. Clinical management of urinary incontinence in women. Am Fam Physician. 2013.
13. Sung VW, Borello-France D, Newman DK, Richter HE, Lukacz ES, Moalli P, Weidner AC, Smith AL, Dunivan G, Ridgeway B, Nguyen JN, Mazloomdoost D, Carper B, Gantz MG; NICHD Pelvic Floor Disorders Network. 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 - J Am Med Assoc. 2019.