Capítulo 12

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

BEATRIZ BARIFALDI HIRS QUINTIERE[1]
JÚLIA LORENCINI RANGEL[1]
INGRIDY MARIA OLIVEIRA FERREIRA[2]
GABRIELA QUEIROZ CAMPELO[2]
ALINE ROCHA GUERIN[3]

1. Discente - Centro Universitário de Brasília
2. Discente - Centro Universitário de Brasília
3. Orientador

Palavras-chave: *Incontinência Urinária. Saúde da Mulher*

DOI 10.59290/978-65-6029-118-8.12

INTRODUÇÃO

Definição

É um sintoma, um sinal e uma alteração no estado de saúde, sendo a perda involuntária de qualquer volume de urina. O extravasamento de urina pode ser de fontes uretrais ou extrauretrais, como fistulas ou malformações congênitas do trato urinário inferior. Os principais tipos de incontinência urinária são: de esforço, por urgência, mista, por transbordamento e funcional. Outro tipo é a incontinência de reflexo, causada por uma lesão na medula espinhal.

A incontinência urinária aos esforços (IUE) é a perda involuntária de urina relacionada com esforço físico, com espirro ou tosse. Enquanto a de urgência é a perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por sensação de necessidade iminente de urinar. Quando ambos os componentes (esforço e urgência) estão presentes, é mista. A incontinência funcional é a incapacidade de chegar ao banheiro a tempo por limitações físicas, psicológicas ou mentais; já a de transbordamento é o tipo de incontinência que apresenta gotejamento, não necessariamente por haver grandes volumes.

Epidemiologia

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, a incontinência urinária atinge 72% das mulheres no mundo. Cerca de 20% dos casos de incontinência são em mulheres adultas, e em idosas pode chegar a 50%.

QUADRO CLÍNICO

Exame Físico

A paciente deve estar em posição ginecológica com os músculos do assoalho pélvico relaxados, sendo parte deste exame físico:

1) Avaliação neurológica do períneo
2) Avaliação da contração do esfíncter anal
3) Posicionamento dos músculos assoalho pélvico e da uretra
4) Movimentação e tropismo uretral

Sinais e Sintomas

Perda de urina involuntária ao tossir, dar risada (fazer esforço) ou urgência de ir ao banheiro podendo perder urina.

DIAGNÓSTICO

Semiologia

A paciente descreve seus sintomas urinário e, a partir de sua história clínica, é possível diagnosticá-la. Também há a possibilidade de realizar um questionário **(Tabela 12.1)**:

Tabela 12.1 Revisão de Sistemas para Mulheres com Incontinência Urinária

Vazamento com estresse	SIM	NÃO
Vazamento com urgência	SIM	NÃO
Vazamento com alterações posturais	SIM	NÃO
Vazamentos com exercícios	SIM	NÃO
Vazamento durante ato sexual ou oragasmo	SIM	NÃO
Vazamento inconsciente	SIM	NÃO
Duração dos sintomas	semanas, meses ou anos	
Vazamento por dia	durante a semana e os meses	
Absorventes por dia	número e tipo de absorvente	

Micções	durante o dia	durante a noite
Constipação	SIM	NÃO
Automedicação	tipo de medicamento	
Evacuações por dia	durante a semana	
Incontinência anal	SIM (DURAÇÃO)	NÃO
• **flatos**	durante a semana e os meses	
• **líquida**	durante a semana e os meses	
• **fezes**	durante a semana e os meses	
Descompressão digital intestinal	SIM	NÃO
Descompressão digital da bexiga	SIM	NÃO
Gotejamento pós-miccional	SIM	NÃO
Sensação de esvaziamento incompleto	SIM	NÃO
ITU recorrente	frequência durante o ano	
Micção com valsalva	SIM	NÃO
Intensidade do jato urinário	forte, médio ou fraco	
Enurese na infância	SIM	NÃO
Frequência	qual seria?	
Urgência	SIM	NÃO
Disúria	SIM	NÃO
Hematúria	SIM	NÃO
Dor lombar	SIM	NÃO
Pressão pélvica ou abaulamento	SIM	NÃO
Dispareunia	SIM	NÃO
Sangramento retal	SIM	NÃO
Sustenta muito peso	SIM	NÃO
Interfere na qualidade de vida	SIM	NÃO

Fonte Adaptado pelos autores a partir de Ginecologia de Williams

No diário miccional **(como na Tabela 12.1)**, em que a paciente anota por completo a quantidade e o horário das vezes que urina durante três a sete dias, contendo o volume e tipo de líquido ingerido, o volume de urina a cada micção, os episódios de perda urinária e os desencadeantes dos episódios de incontinência. A partir desse diário miccional pode se determinar os padrões de micção, quantidade, o intervalo entre elas e assim já iniciar um planejamento e atuação para essa paciente. O período de sono e vigília também aparece neste diário para possibilitar uma descrição precisa.

- Exame laboratoriais como EAS, Urocultura e função renal podem ser necessários para afastar outras patologias;
- Exame de imagem: esporadicamente podem ser necessários para afastar outras patologias e para avaliar o resíduo pós miccional*;*
- Exames complementares: o mais utilizado é o Estudo Urodinâmico, um exame que auxilia no diagnóstico do tipo de Incontinência, avalia o padrão de micção e o armazenamento vesical.

TRATAMENTO

Clínico

Primeiramente deve se iniciar o tratamento com mudanças comportamentais: avaliar ingestão de água, hábitos e alimentação.

O tratamento conservador também visa fortalecer o assoalho pélvico, permitindo com que a uretra se feche. As opções incluem exercícios pélvicos ativos e estimulação elétrica passiva do assoalho pélvico. No caso de IUE, esse fortalecimento é uma tentativa de compensar malformações anatômicas, defeitos e fraqueza do assoalho pélvico.

Geralmente, a paciente contrai o assoalho pélvico por 10 segundos e relaxa por período igual ou dobrado. Esse exercício de contração e relaxamento deve ser repetido 10 a 15 vezes por 3 sessões ao longo do dia. A duração das contrações vai sendo progressivamente aumentada, elevando o tônus da musculatura e preparando para aumentos na pressão intra-abdominal e à IUE.

A interrupção do fluxo urinário durante a micção agrava a disfunção miccional. Então os exercícios de contração devem ser realizados em outro momento. A terapia de *biofeedback* mede a tensão muscular em tempo real.

Para aumentar a eficácia dos exercícios, cones vaginais com peso podem ser colocados dentro da vagina durante os exercícios (de Kegel) para dar resistência contra a qual os músculos do soalho pélvico podem trabalhar.

Alimentos com alto teor ácido ou de cafeína podem levar a aumento da frequência e da urgência urinárias. Enquanto suplementos dietéticos, como glicerofosfato de cálcio reduzem a urgência e a frequência urinárias, pois neutraliza a acidez urinária.

Para ativar a contração do assoalho pélvico, é possível usar uma sonda vaginal para estimulação elétrica de baixa frequência dos músculos levantadores do ânus. Na incontinência urinária de urgência, é aplicada uma frequência baixa, ao passo que mais altas são usadas para tratamento de IUE.

A terapia com estrogênio aumenta o fluxo sanguíneo uretral podendo aumentar a coaptação uretral e a pressão de fechamento da uretra

Tratamento medicamentoso: medicamentos anticolinérgicos/antimuscarínicos e agonista b3 adrenérgicos são utilizados para Bexiga Hiperativa com o intuito de relaxar a musculatura detrusora e aumentar o enchimento vesical.

Cirúrgico

Em alguns casos pode ser necessário reparação cirúrgica, sempre em casos selecionados e após ineficácia do tratamento clínico e conservador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOFFMAN, BARBARA L.; SCHORGE, JOHN O.; HALVORSON, LISA M.; *et al*. Ginecologia de Williams. [Editora: mcgraw hill]: Grupo A, 2014. E-book. ISBN 9788580553116. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580553116/. Acesso em: 21 mar. 2024.

2. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ | Hospital em São Paulo. Disponível em: https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/. Acesso em 20 mar. 2024.

3. Hospital ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Disponível em: https://www.einstein.br/Pages/Home.aspx. Acesso em 20 mar. 2024.

4. FEBRASGO. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/. Acesso em 20 mar.2024.