

Incontinência Urinária

Rita de Cássia Pozzati¹

Nos dias atuais a perda de urina é causadora de grande desconforto entre as mulheres. A incontinência urinária de esforço (IUE) é a principal tipo de IU feminina, responsável por aproximadamente 50% dos casos. Estima-se que sua prevalência mundial está entre 12,7 e 37,5% e atinge ampla faixa etária, dos 20 aos 95 anos.

É definida como qualquer perda urinária uretral que ocorra ao esforço e na ausência de contração do detrusor e afeta aproximadamente 18% das mulheres com mais de 30 anos de idade. Os fatores de risco para IUE mais encontrados são o envelhecimento, gestação e parto, menopausa, obesidade e fatores genéticos. O parto vaginal é considerado a principal causa de IUE, acometendo 23% das mulheres seis meses após o parto. A incontinência ocorre tanto devido a anomalias de posição, como de fixação da uretra e colo vesical. Dentro desse contexto, a continência é assegurada pelo mecanismo de sustentação que requer músculos e ligamentos de boa qualidade.

É subdiagnosticada por causa do constrangimento da mulher ou porque grande parte delas considera a perda urinária como um processo natural. O diagnóstico e a quantificação da incontinência urinária de esforço (IUE) podem ser realizados por meio de avaliações subjetivas e/ou objetivas. A forma subjetiva consiste na história clínica cuidadosa, que deve investigar a presença, o volume e a frequência das perdas urinárias. A forma objetiva é feita por meio da avaliação urodinâmica, considerada o padrão-ouro para detectar a IUE.. Está indicado para as pacientes que apresentam IU, obstrução infravesical e disfunção vesical de origem neurogênica primária ou adquirida. Além disso, fornece dados para orientar o correto tratamento, seja ele cirúrgico ou não. Outros métodos são utilizados na prática clínica para quantificar as perdas urinárias, dentre eles, o *pad test*..(teste do absorvente).

Dentre os principais tratamentos atuais não-cirúrgicos da IUE destacam-se a fisioterapia de assoalho pélvico (FAP), tratamento medicamentoso e tratamento obstrutivo com o uso de tampões ou pessários. A FAP é reconhecida como uma das

principais modalidades de tratamento de pacientes com IUE e contrair o assoalho pélvico (AP) corretamente é a chave para o sucesso do tratamento, o que requer treinamento e seguimento com fisioterapeuta especializado. Atualmente a fisioterapia é considerada o tratamento de primeira linha para IU e os recursos terapêuticos utilizados são: cinesioterapia do assoalho pélvico, cones vaginais, *biofeedback*, eletromiografia de superfície, reeducação miccional e, atualmente, diversos estudos indicam a importância da eletroestimulação (EE). Apesar de muitas medicações serem utilizadas no tratamento da IUE, nenhuma é aprovada pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para essa finalidade..As mais mais utilizadas são : imipramina ,duloxetina e estrogênio.. Diversos tipos de pessários (dispositivos com forma de anéis) têm sido desenvolvidos e avaliados para o tratamento da IUE. Em pacientes com IUE que não querem operar e não obtiveram resultados com fisioterapia, o uso de pessário é uma opção.

Um outro problema é o prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é caracterizado como todo deslocamento caudal desses órgãos pela vagina. Pode ocorrer em diferentes graus, quase sempre em caráter permanente¹. Durante a vida, 11% das mulheres são submetidas à cirurgia para correção .Nos casos avançados, pode haver mascaramento da incontinência urinária de esforço (IUE) em mulheres clinicamente continentes. Essas são consideradas de alto risco para desenvolver IUE sintomática após cirurgia de reconstrução pélvica. Os estudos demonstraram prevalência de IUO variável, de 21 a 69%. A maioria deles sugere que o risco de IUE pós-operatória se reduz quando é realizado o tratamento da IUO.

Os procedimentos cirúrgicos mais efetivos e de menor risco para a IUE e outras distopias genitais associadas destaca-se as cirurgias de *sling* (faixa), principalmente os que se implantam na região da uretra média, parecem ser os que mais se aproximam do ideal para correção das perdas urinárias e as alterações fisiopatológicas da incontinência urinária.O objetivo das duas formas descritas, TVT e TOT, é permitir tratamento cirúrgico minimamente invasivo, viáveis em pacientes com cirurgias prévias, obesas, com morbidade cirúrgica e tempo de internação menores quando comparados às formas consagradas de tratamento cirúrgico.

A população está envelhecendo e a incontinência uma das causas de afastamento do idoso de atividades de lazer , realização de exercícios físicos,

constragimentos devido a necessidade da compra absorventes e em casos mais severos fraldas noturnas. Hoje com a possibilidade de um diagnóstico mais esclarecedor e de opções de tratamento cirúrgico e não cirúrgicos individualizados os resultados de cura alcançam altos índices, dessa forma podemos oferecer uma melhor qualidade de vida á nossas mulheres.

¹Rita de Cássia Pozzati é médica formada pela Universidade Federal de Passo Fundo (2001), residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital da cidade Passo Fundo (2004), membro da sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Santa Catarina.

Referência Bibliográfica

TCHERNIAKOVSKY, Marcos. et al. Tratamento Cirúrgico da Incontinência Urinária aos Esforços por Via Transobturatória. Femina. Jul. 2006. Vol. 34, nº7

GOMES, Luciana Pisteli. Tratamento não cirúrgico da incontinência urinária de esforço: revisão sistemática. Femina. Jul. 2010. Vol. 38, nº 7

YAMAKAMI, LAÍS JUNKO YASSUDA. et al. Incontinência urinária oculta: diagnóstico e tratamento. Femina 2010, Jun. 2010. Vol. 38, nº6