



Perfil das pacientes com incontinência urinária atendidas em um hospital da rede pública do Distrito Federal

Profile of patients with urinary incontinence treated at a public hospital in the Federal District

Perfil de pacientes con incontinencia urinaria atendidos en un hospital público del Distrito Federal

Anne Ribeiro Chaves de Souza¹, Nádia Martins de Paula Souza¹, Aline Teixeira Alves¹.

RESUMO

Objetivo: Delinear o perfil das pacientes com incontinência urinária atendidas em um hospital da rede pública do Distrito Federal. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo. O estudo baseou-se na coleta de informações no prontuário eletrônico disponível na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Foram coletadas informações de pacientes do sexo feminino, com queixa de Incontinência urinária e que estavam em acompanhamento em um hospital da rede pública do Distrito Federal, durante o período de outubro de 2021 a outubro de 2022. **Resultados:** Foram incluídas 95 pacientes com a média de idade de 52 anos (29-79 anos), cerca de 62,1% das pacientes tinham alguma comorbidade associada, sendo a mais comum hipertensão (72,9%). Em 46,3% das pacientes foram indicados tratamento cirúrgico, 27,4% foram indicados tratamento cirúrgico e conservador em conjunto e em 20% foram indicados tratamento conservador. **Conclusão:** Concluímos que o perfil das pacientes com incontinência urinária em um hospital regional do Distrito Federal é de mulheres com média de idade de 52 anos, múltiparas, tendo como principal comorbidade associada a hipertensão e tendo na maioria dos casos incontinência urinária mista. Sendo indicado na maioria dos casos o tratamento cirúrgico com uso de sling.

Palavras-chave: Incontinência urinária, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária por estresse, Enurese noturna, Tratamento conservador, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To outline the profile of patients with urinary incontinence treated at a public hospital in the Federal District. **Methods:** This is an observational, cross-sectional, descriptive study. The study was based on the collection of information from the electronic medical record available at the Health Department of the Federal District. Information was collected from female patients with complaints of urinary incontinence who were being followed up at the hospital of the public network of the Federal District, from October 2021 to October 2022. **Results:** 95 patients were included with a mean age of 52 years (29-79 years), about 62.1% of the patients had some associated comorbidity, the most common being hypertension (72.9%). In 46.3% of the patients, surgical treatment was indicated, 27.4% were indicated surgical and conservative treatment together, and in

¹ Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília – DF.

20%, conservative treatment was indicated. **Conclusion:** We conclude that the profile of patients with urinary incontinence in a regional hospital in the Federal District is of women with a mean age of 52 years, multiparous, with the main comorbidity associated with hypertension and having, in most cases, mixed urinary incontinence. Surgical treatment using a sling is indicated in most cases.

Keywords: Urinary incontinence, Urge urinary incontinence, Stress urinary incontinence, Nocturnal enuresis, Conservative treatment, Quality of life.

RESUMEN

Objetivo: Delinear el perfil de los pacientes con incontinencia urinaria atendidos en un hospital público del Distrito Federal. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo. Se recolectó información de pacientes del sexo femenino con quejas de incontinencia urinaria y que se encontraban en seguimiento clínico durante el período de octubre de 2021 a octubre de 2022. **Resultados:** Se incluyeron 95 pacientes con una edad promedio de 52 años (29-79 años), alrededor del 62,1% de los pacientes tenían alguna comorbilidad asociada, siendo la hipertensión arterial la más frecuente (72,9%). En el 46,3% de los pacientes se indicó tratamiento quirúrgico, en el 27,4% se indicó tratamiento quirúrgico y conservador juntos y en el 20% se indicó tratamiento conservador. **Conclusión:** El perfil de las pacientes con incontinencia urinaria en un hospital público del Distrito Federal es de mujeres con una edad promedio de 52 años, multíparas, con la principal comorbilidad asociada a la hipertensión arterial y presentando, en la mayoría de los casos, incontinencia urinaria mixta, estando indicado en la mayoría de los casos, el tratamiento quirúrgico con el uso de un cabestrillo.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, Incontinencia urinaria de urgencia, Incontinencia urinaria de esfuerzo, Orina nocturna al dormir, Tratamiento conservador, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

A urinária (IU) é definida como a perda involuntária de urina, sendo uma condição que acomete cerca de 400 milhões de pessoas em todo mundo pode sofrer com IU, sendo que no Brasil são estimados que cerca de 10 milhões de pessoas tenham incontinência. A prevalência dessa condição varia 25% a 45% em mulheres adultas, em homens adultos pode variar entre 1% e 39%, sendo que a proporção em mulheres é, pelo menos, duas vezes maior quando comparada com os homens (TUDA CM e FERNANDEZ MPC, 2020; BRAGA FDC, et al., 2021).

Sendo que os principais fatores associados a essa condição de saúde é a idade, raça, estado hormonal, uso de medicamentos, tabagismos, obesidade e questões como tipo e número de partos (FEITOSA SM, et al., 2012).

A IU se tornou uma das grandes preocupações dos profissionais da área da saúde, por conta desta condição ser uma das disfunções que mais acomete as mulheres na atualidade, contribuindo para impacto negativo nos hábitos de vida. Essa disfunção pode ser classificada de acordo com os sintomas apresentados pelas pacientes, sendo os tipos mais comuns a incontinência urinária de esforço (IUE), a incontinência urinária de urgência (IUU) e a incontinência urinária mista (IUM) (RODRIGUES MP, et al., 2016).

Na literatura tem sido observado vários fatores que são considerados risco para o desenvolvimento da IU na mulher, sendo os mais comuns a idade, obesidade, multiparidade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, peso do RN, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, presença de prolapso de órgão pélvica (POP), doenças crônicas, fatores hereditários, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios físicos (ALSHENQETI AM, et al., 2022; MELLO AZD e PAIVA LL, 2019).

Quando há uma perda involuntária de urina pela uretra no esforço ou exercício físico, essa é definida como incontinência urinária de esforço (IUE). Porém, quando há uma sensação de um desejo súbito de urinar que não dá para adiar, essa é denominada de incontinência urinária de urgência (IUU). Já a incontinência urinária

mista (IUM) ocorre quando há perda involuntária de urina associada à urgência e também ao esforço ou exercício físico (FEITOSA SM, et al., 2012).

Á presença de IU está associada com fatores negativos que afetam a prática de atividades físicas e de lazer, convívio social e a prática de atividade sexual, contribuindo para piora do estado psicoemocional e na qualidade de vida destes indivíduos (RODRIGUES MP, et al., 2016; BRAGA FDC, et al., 2021).

O tratamento desta condição pode ser cirúrgico ou conservador (medicação e fisioterapia). O tratamento conservador sempre é indicado como tratamento de primeira linha por ser de baixo custo e eficaz na maioria dos casos, além de evitar os riscos do procedimento cirúrgico (FEITOSA SM, et al., 2012). A fisioterapia atua na prevenção e tratamento da IU, trazendo inúmeros benefícios como a conscientização perineal, corporal e fortalecimento da Musculatura do assoalho pélvico (MAP), além de melhorar a qualidade de vida e trazer bem-estar para as mulheres que sofrem com a IU. O exercício dos músculos do assoalho pélvico é um programa de fisioterapia usado para o tratamento de incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos (ARMSTRONG FP e FENGLER ADS, 2022; BORGES JB e MATTOS JG, 2022; SAWETTİKAMPORN W, et al., 2022).

O tratamento cirúrgico deve ser oferecido para incontinência moderada a severa ou na falha do tratamento clínico. Atualmente, mais de 130 técnicas cirúrgicas já foram descritas para IU, contudo, a maioria não apresenta resultados duradouros ou cursam com complicações que alteram a qualidade de vida das pacientes. A colossuspensão de Burch e os slings pubovaginais são considerados o “padrão ouro” para o tratamento cirúrgico da IUE (RABIN EG, 2012; OLIVEIRA LMD. et al., 2018).

Existem também muitos procedimentos que utilizam um tipo de cinta (sling), variando a via de acesso, o tipo de material e a faixa de tensão. Sendo que essas telas podem diferir nos componentes de fibra, traçado, porosidade e na flexibilidade. O termo sling vem do inglês, com vários significados como tipoia, balança ou faixa. Essa técnica pode ser aplicada em diversas cirurgias. Na IU, a cirurgia de sling, o procedimento conhecido também como Tension Free Vaginal Tape (TVT), consiste na introdução de uma fita de polipropileno, via vaginal, abaixo da uretra, com o objetivo de dar maior sustentação à uretra e reduzir as eventuais perdas de urina (GIRÃO MJBC. et al., 1995; RABIN EG, 2012; NASSIF AE, et al., 2013).

O material sintético mais utilizado é faixa de polipropileno monofilamentar, porém, a macroporosa tem melhor incorporação tecidual (TANURI ALS, et al., 2010). A via retropúbica tem demonstrado altas taxas de cura, contudo, há também muitas complicações peri-operatórias como lesões intestinais, vasculares e vesicais. Essas complicações são minimizadas introduzindo a faixa pelo forame obturador, evitando a passagem pelo espaço retropúbico. A inserção transmuscular, através do músculo obturador por meio de túnel subcutâneo, contribui para fixação e reforço anatômico do ligamento uretropélvico. Além disso, o espaço retropúbico é preservado, não sendo necessária a realização de cistoscopia, contribuindo assim para diminuição de tempo e custo do procedimento (MOHAMED-AHMED R, et al., 2023; TANURI ALS, et al., 2010).

Outra técnica envolve a utilização de uma fita transobturatória outside-in [TOT] sob a uretra média através da via transobturatória da coxa até a vagina. Podendo também ser colocada em sentido contrário, da vagina para a coxa (fita transobturatória de dentro para fora [TVT-O]). Ambos os slings colocados por abordagem transobturatória mostraram altas taxas de cura (RAMOS JGL, et al., 2000; OLIVEIRA LMD, et al., 2018). Outra modalidade utilizada é o uso da urodinâmica antes do tratamento da incontinência urinária feminina. Sendo realizado um conjunto de exames que avaliam o armazenamento e esvaziamento da urina, sendo essa modalidade muito importante para o manejo da incontinência urinária (DINIZ MB, et al., 2022).

Contudo, como observado por Diniz MB, et al. (2022), ainda há uma baixa procura dessa modalidade antes do tratamento conservador da IU, sendo que os principais fatores para essa baixa adesão seriam, na maioria das vezes, devido aos protocolos institucionais que ainda não estão atualizados para incluir essa modalidade na prática clínica. Tendo em vista a alta prevalência de IU em todo o mundo, sendo essa também uma das principais queixas observadas no ambulatório de uroginecologia, é preditivo a realização de estudos

que possam avaliar a eficácia do tratamento conservador com a fisioterapia do assoalho pélvico e a qualidade de vida destas pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo. O estudo baseou-se na coleta de informações no prontuário eletrônico disponível na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Foram coletadas informações de pacientes do sexo feminino, com queixa de Incontinência urinária e que estavam em acompanhamento no Hospital Regional público do Distrito Federal, durante o período de outubro de 2021 a outubro de 2022.

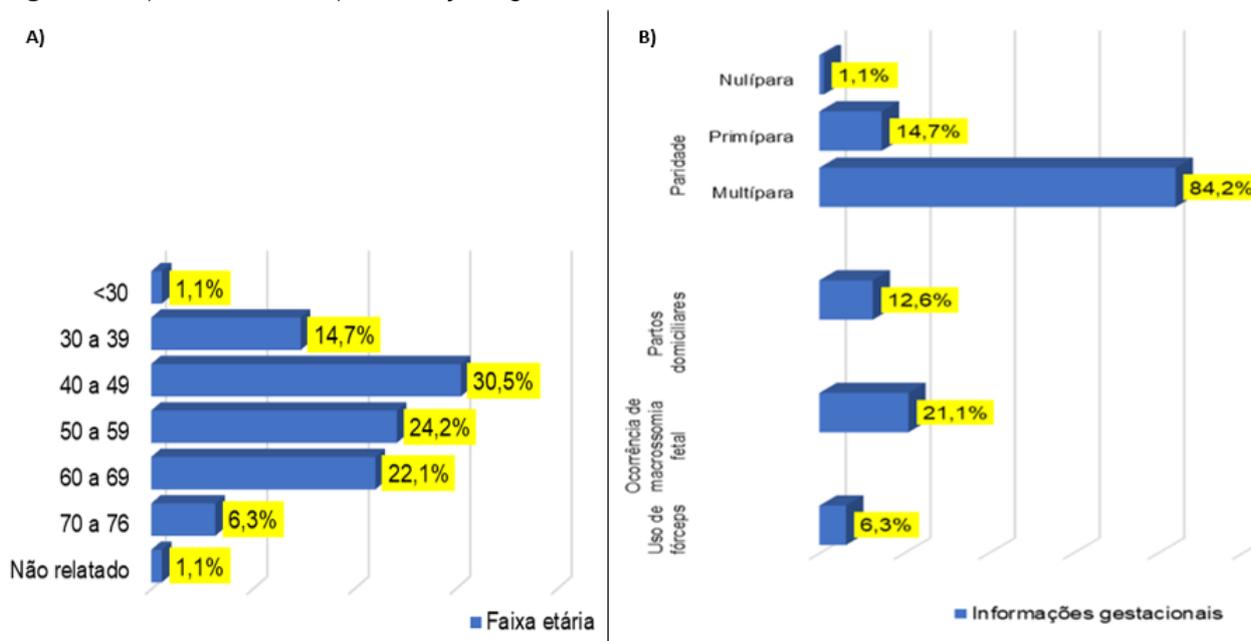
Foram coletadas informações referentes a idade na primeira consulta, paridade, número de partos normais, partos domiciliares, macrossomia fetal, fórceps, comorbidades, IMC, hábitos, presença de distopia, tipo de tratamento realizado, complicações frente ao tratamento. Sendo os achados apresentados em formato de média para as idades e frequência simples para as demais variáveis. Foram correlacionados o tipo de tratamento realizado para avaliar possíveis complicações cirúrgicas ou perda de seguimento devido alguma condição relacionada ao tratamento conservador. Para análise dos dados tabulados, será utilizada a plataforma de análise estatística SPSS da IBM, versão 21.

O estudo seguiu todas as recomendações éticas referentes a pesquisas com seres humanos no Brasil, sendo a realização deste aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (Fepcs) sob CAAE: 66424322.6.0000.5553 e parecer número 5.855.078.

RESULTADOS

Foram incluídas 95 pacientes com a média de idade de 52 anos (29-79 anos), sendo que 30,5% das participantes tinham entre 40 a 49 anos (**Figura 1A**). 84,2% das pacientes eram multíparas (2 ou mais partos) e 12,6% tiveram partos domiciliares. Em 6,3% foram usados Fórceps e 21,1% das pacientes tiveram macrossomia fetal (**Figura 1B**).

Figura 1 - A) Faixa etária; B) Informações gestacionais.



Fonte: Souza ARC, et al., 2024.

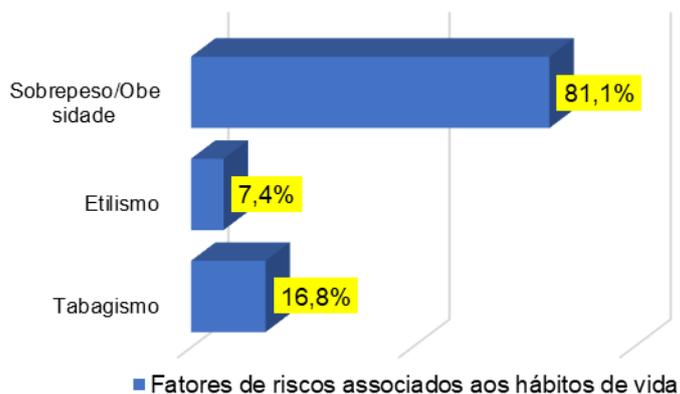
Cerca de 62,1% das pacientes tinham alguma comorbidade associada, sendo as mais comuns são: hipertensão (72,9%), diabetes (25,4%) e hipotireoidismo (15,3%) (**Tabela 1**). 10,5% das pacientes estavam em sobrepeso e 14,7% tinham algum grau de obesidade; 7,4% eram etilistas e 16,8% tabagistas (**Figura 2**).

Tabela 1 - Comorbidades associadas.

Variáveis	Qty.	%
Comorbidades		
Sim	59	62,1%
Nega	36	37,9%
Não relatado	2	2,1%
Hipertensão	43	72,9%
Diabetes	15	25,4%
Hipotireoidismo	9	15,3%
Dislipidemia	7	11,9%
Cardiopatia	5	8,5%
Asma	3	5,1%
Câncer de mama	3	5,1%
Déficit cognitivo	1	1,7%
Depressão	1	1,7%
Doença de chagas	1	1,7%
Enxaqueca	1	1,7%
Epilepsia	1	1,7%
Hepatite C	1	1,7%
Lúpus	1	1,7%
Osteoporose	1	1,7%

Fonte: Souza ARC, et al., 2024.

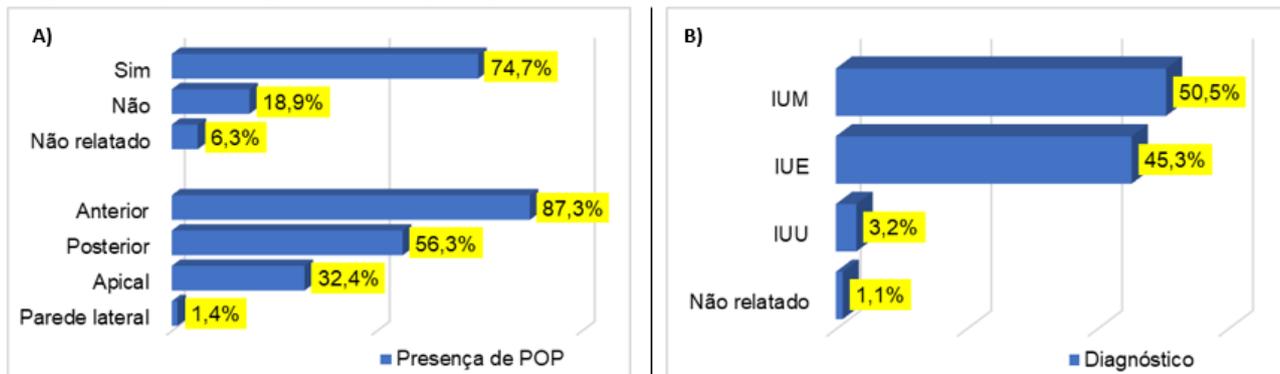
Figura 2 - Índice de massa corpórea.



Fonte: Souza ARC, et al., 2024.

Em 74,7% das pacientes havia presença de POP, sendo a mais comum anterior em 87,3% dos casos (**Figura 3A**). 50,3% das pacientes foram diagnosticadas com IUM e 45,3% com IUE (**Figura 3B**).

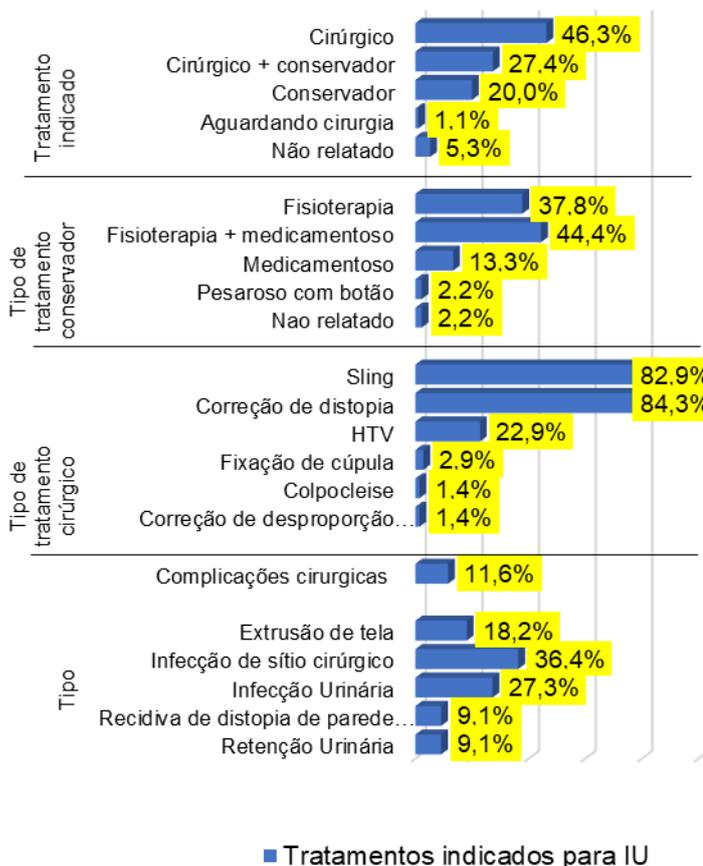
Figura 3 - A) Presença de POP; B) Diagnóstico.



Fonte: Souza ARC, et al., 2024.

Em 46,3% das pacientes foram indicados tratamento cirúrgico, 27,4% foram indicados tratamento cirúrgico e conservador em conjunto e em 20% foram indicados tratamento conservador. No tratamento conservado, 82,2% das pacientes fizeram fisioterapia, sendo que 54,1% destas pacientes também receberam medicação. No tratamento cirúrgico a escolha foi pelo sling em 82,9% e correção de distopia em 84,3%. Contudo, 11,6% das pacientes que foi optado pelo tratamento cirúrgico tiveram complicações cirúrgicas, sendo as mais comuns infecções de sítio cirúrgico (36,4%) e infecções urinária (27,3%) (Figura 4).

Figura 4 - Tratamentos indicados para incontinência urinária



Fonte: Souza ARC, et al., 2024.

As pacientes diagnosticadas com IUE eram em sua maioria da faixa etária entre 40 a 49 anos (46,5%), múltipara (79,1%), com 69,8% delas tendo mais de um parto, sendo que 9,3% tiveram partos domiciliares, 14% macrossomia fetal e em 4,7% foram usadas fórceps. 7% estavam em sobrepeso e 14% tinham algum

grau de obesidade, 16,3% eram etilistas, 20,9% eram tabagistas e havia presença de distopia de parede vaginal em 79,1%, sendo a de parede vaginal anterior a mais comum em 82,4% dos casos. Os tratamentos cirúrgicos indicados neste grupo foram correção de distopia de parede vaginal (83,3%) e sling (86,1%). 47,2% tiveram melhoras dos sintomas após seis meses de tratamento, contudo, 13,9% das pacientes tiveram complicações cirúrgicas, sendo que em 60% dos casos a complicação cirúrgica mais comum foi infecção de sítio cirúrgico (**Tabela 2**).

As pacientes diagnosticadas com IUM eram em sua maioria da faixa etária entre 50 a 59 anos (33,3%), múltipara (87,5%), com 87,5% delas tendo mais de um parto, sendo que 14,6% tiveram partos domiciliares, 29,2% macrossomia fetal e em 8,3% foram usadas fórceps. 14,6% estavam em sobrepeso e 31,3% tinham algum grau de obesidade, não havia casos de etilismos neste grupo e 12,5% eram tabagistas; havia presença de distopia em 72,9%, sendo anterior a mais comum em 91,4% dos casos. Os tratamentos cirúrgicos indicados neste grupo foram correção de distopia (78,1%) e sling (78,1%). 31,3% tiveram melhoras dos sintomas após seis meses de tratamento, contudo, 15,6% das pacientes tiveram complicações cirúrgicas, sendo que em 60% dos casos a complicação cirúrgica mais comum foi infecção urinária (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Correlação dos diagnósticos das pacientes com os achados.

Variáveis	Diagnóstico						p-valor
	IUE		IUU		IUM		
Faixa etária							
<30	0	(0,0%)	0	(0,0%)	1	(2,1%)	0,281
30 a 39	7	(16,3%)	1	(33,3%)	6	(12,5%)	
40 a 49	20	(46,5%)	0	(0,0%)	9	(18,8%)	
50 a 59	6	(14,0%)	1	(33,3%)	16	(33,3%)	
60 a 69	7	(16,3%)	1	(33,3%)	12	(25,0%)	
70 a 76	3	(7,0%)	0	(0,0%)	3	(6,3%)	
Paridade							
Nulípara	0	(0,0%)	0	(0,0%)	1	(2,1%)	0,208
Primípara	9	(20,9%)	0	(0,0%)	5	(10,4%)	
Múltipara	34	(79,1%)	3	(100,0%)	42	(87,5%)	
Número de partos normais							
0	3	(7,0%)	0	(0,0%)	1	(2,1%)	0,445
1	10	(23,3%)	2	(66,7%)	5	(10,4%)	
2	10	(23,3%)	1	(33,3%)	10	(20,8%)	
3	10	(23,3%)	0	(0,0%)	14	(29,2%)	
4	6	(14,0%)	0	(0,0%)	5	(10,4%)	
>=5	4	(9,3%)	0	(0,0%)	13	(27,1%)	
Partos domiciliares							
Sim	4	(9,3%)	0	(0,0%)	7	(14,6%)	0,193
Macrossomia fetal							
Sim	6	(14,0%)	0	(0,0%)	14	(29,2%)	0,091
Fórceps							
Sim	2	(4,7%)	0	(0,0%)	4	(8,3%)	0,301
Índice de Massa Corpórea							
Normal	10	(23,3%)	1	(33,3%)	6	(12,5%)	0,667
Sobrepeso	3	(7,0%)	0	(0,0%)	7	(14,6%)	
Obesidade grau I	2	(4,7%)	0	(0,0%)	5	(10,4%)	
Obesidade grau II	3	(7,0%)	0	(0,0%)	2	(4,2%)	
Obesidades grau III	1	(2,3%)	0	(0,0%)	1	(2,1%)	
Hábitos							
Etilismo	7	(16,3%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0,312
Tabagismo	9	(20,9%)	1	(33,3%)	6	(12,5%)	
Presença de distopia							
Sim	34	(79,1%)	1	(33,3%)	35	(72,9%)	0,256
Anterior	28	(82,4%)	1	(100,0%)	32	(91,4%)	0,836

Apical	12	(35,3%)	1	(100,0%)	10	(28,6%)	
Parede lateral	1	(2,9%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	
Posterior	19	(55,9%)	1	(100,0%)	20	(57,1%)	
Tratamento cirúrgico indicado							
Colpocleise	0	(0,0%)	0	(0,0%)	1	(3,1%)	
Correção de desproporção de corpo perineal	1	(2,8%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	
Correção de distopia	30	(83,3%)	1	(50,0%)	25	(78,1%)	0,998
Fixação de cúpula	1	(2,8%)	0	(0,0%)	1	(3,1%)	
HTV	10	(27,8%)	1	(50,0%)	5	(15,6%)	
Sling	31	(86,1%)	1	(50,0%)	25	(78,1%)	
Melhora dos sintomas urinários após 6 meses							
Tratamento cirúrgico	17	(47,2%)	1	(50,0%)	10	(31,3%)	0,047
Principais complicações cirúrgicas							
Extrusão de tela	1	(20,0%)	0	(0,0%)	1	(20,0%)	
Infecção de sítio cirúrgico	3	(60,0%)	0	(0,0%)	1	(20,0%)	
Infecção Urinária	0	(0,0%)	0	(0,0%)	3	(60,0%)	0,955
Recidiva de distopia de parede vaginal anterior	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	
Retenção Urinária	1	(20,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	

Fonte: Souza ARC, et al., 2024.

DISCUSSÃO

A Incontinência urinária possui um importante impacto na qualidade de vida das mulheres com essa condição, podendo levar ao constrangimento social, diminuição da produtividade no trabalho, afetar a vida sexual, além de apresentar uma significativa carga econômica (FEITOSA SM, et al., 2012; RODRIGUES MP, et al., 2016; BRAGA FDC, et al., 2021). Além disso, é uma condição de saúde que está atrelada a altas taxas de prevalência de acordo com o aumento da idade, sendo que essa taxa de prevalência pode chegar aos 80% em indivíduos a partir da sexta década de vida (MCMILLAN I, et al., 2023).

Desta forma, para que se possa oferecer melhora na qualidade de vida dessas pacientes, é importante que sejam propostas estratégias terapêuticas para cada caso. Isso somente é possível através do conhecimento do perfil das pacientes com essa condição (DINIZ MB. et al., 2022). Não obstante, é observado também que na maioria das pacientes com incontinência urinária, sempre há alguma comorbidade associada, aumentando ainda mais o risco de complicações pós-cirúrgicas, sendo recomendado nestes casos a fisioterapia do assoalho pélvico como opção terapêutica conservadora para evitar complicações cirúrgicas (FEITOSA SM, et al., 2012; RABIN EG, 2012; OLIVEIRA LMD, et al., 2018). Além disso, como observado por Mcmillan I, et al. (2023), muitos casos de IU são subdiagnosticados devido a vergonha das pacientes em falar sobre o assunto, desta forma, esta condição de saúde pode contribuir ainda mais para morbimortalidade, principalmente em pacientes fragilizados.

Em um hospital público da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, observou-se que as pacientes tinham em média 52 anos de idade, sendo que 84,2% das pacientes incluídas no estudo eram múltiparas, 47,4% tiveram até três partos normais, 12,6% tiveram partos domiciliares, em 6,3% foram usados Fórceps e 21,1% das pacientes tiveram macrossomia fetal. Além disso, cerca de 62,1% das pacientes tinham alguma comorbidade, sendo que nestes casos, a mais comum foi hipertensão (72,9%). As frequências de etilismo (7,4%) e tabagismo (16,8%) foram baixos entre as pacientes. Contudo, observou-se uma alta frequência de distopia de algum compartimento da parede vaginal (74,7%), sendo a mais comum nestes casos a anterior (87,3%).

Apesar de não termos levantado as principais queixas das pacientes, na literatura é observado que essas costumam reclamar das idas frequentes ao banheiro, constrangimentos por conta de incidentes ocasionados pela perda de urina e restrição de convívio social (ALSHENQETI AM, et al., 2022; MELLO AZD e PAIVA LL, 2019; RADOJA I e DEGMEčlić D, 2019). Além disso, na literatura é observado também que fatores como diabetes, obesidade, tabagismo, menopausa, doenças do sistema nervoso central, uso de medicamentos,

restrição da mobilidade, múltiplos partos vaginais, impactação fecal, diminuição do tônus da região perineal, distúrbios psíquicos e uso de álcool são fatores de risco que podem predispor ao desenvolvimento da IU (BRAGA FDC, et al., 2022).

Contudo, no presente estudo, foi verificado entre os fatores de risco citados, somente o aumento da frequência de pacientes múltiparas, já em relação as comorbidades associadas, apesar de diabetes ser um fator de risco, observamos que as pacientes tinham maior frequência de hipertensão. Este fato também foi observado por Braga FDC, et al. (2022), no qual os autores salientam que a hipertensão arterial foi identificada em quantidade expressiva em seu estudo, já a diabetes mellitus apareceu em uma proporção menor.

Apesar da IUE ter maior ocorrência entre as IU, sendo essa provocada pelo aumento da pressão abdominal e falha nos mecanismos da continência ao fazer pequenos esforços (BRAGA FDC, et al., 2022; COSTA BGFD. et al., 2021; MELLO AZD e PAIVA LL, 2019). No hospital público do Distrito Federal em questão, cerca de 50,3% das pacientes foram diagnosticadas com IUM e 45,3% com IUE. Em estudos realizados por Costa BGFD, et al. (2021); Mello AZD e Paiva LL (2019), foram observados maiores frequências de diagnósticos de incontinência urinária mista em pacientes a partir da quinta década. Desta forma, assim como nosso estudo, é possível destacar que IUM está associado as pacientes a partir dos 50 anos de idade.

Contudo, cabe salientar que a IU não está associada ao envelhecimento e sim a diversos fatores que são exacerbados a partir da quinta década, como no caso de comorbidades associadas (ALENCAR-CRUZ JMD e LIRA-LISBOA L, 2019). Além disso, tem sido observado na literatura que a IUM é um fator preditor para piora dos escores referentes as limitações das atividades diárias e físicas, convívio social e piora acentuada na qualidade de vida das pacientes com essa condição (ALENCAR-CRUZ JMD e LIRA-LISBOA L, 2019).

Foi observado também que no grupo de pacientes que foram tratadas devido a IUM, os tratamentos cirúrgicos indicados neste grupo foram correção de distopia do órgão pélvico (78,1%) e sling (78,1%). Além disso, 31,3% tiveram melhoras dos sintomas após seis meses de tratamento, contudo, 15,6% das pacientes tiveram complicações cirúrgicas, sendo que em 60% dos casos a complicação cirúrgica mais comum foi infecção urinária. As que foram tratadas devido a IUE, os tratamentos cirúrgicos indicados neste grupo foram correção de distopia (83,3%) e sling (86,1%).

47,2% tiveram melhoras dos sintomas após seis meses de tratamento, contudo, 13,9% das pacientes tiveram complicações cirúrgicas, sendo que em 60% dos casos a complicação cirúrgica mais comum foi infecção de sítio cirúrgico, sendo assim, é possível observar que pacientes tratadas cirurgicamente devido a diagnóstico de IUE tem maiores relatos de melhoras dos sintomas após seis meses de tratamento cirúrgicos quando comparadas com as pacientes diagnosticadas devido a IUM (p-valor 0,047).

No geral, observou-se que as pacientes diagnosticadas com IUE costumam ter menos de 50 anos quando comparadas com as pacientes diagnosticadas com IUM, além disso, essas últimas pacientes costumam estar acima do peso. Porém, foi possível observar que entre o grupo de pacientes que tinham hipertensão, comorbidade associada mais frequente entre as pacientes, 60,4% delas foram diagnosticadas com IUM.

Cabe salientar também que, como observado por Alencar-Cruz JMD e Lira-Lisboa L (2019), indivíduos como IUM tem maior propensão em desenvolver doenças psicoemocionais como ansiedade e depressão maiores do que outros tipos de IU, desta forma, é necessário que pacientes com essa condição tenham maior atenção em relação ao tratamento prévio (ALENCAR-CRUZ JMD e LIRA-LISBOA L, 2019).

Não foi possível avaliar no presente estudo questões relacionadas a qualidade de vida das pacientes, contudo, na literatura tem sido observado que a IU é um fator que contribui para piora da qualidade de vida. Em estudo realizado por RADOJA I e DEGMEČIĆ D (2019), foi observado que a IU tem maior impacto geral na qualidade de vida das pacientes, contribuindo para limitações diárias e físicas e no estado emocional destas. Além disso, os autores observaram que as pacientes com IUM estavam significativamente mais insatisfeitas com a qualidade de vida. O tratamento prévio nessas pacientes está associado a melhora dos sintomas e, conseqüentemente, melhora da qualidade de vida, desta forma, é preditivo que os ginecologistas

questionem as pacientes sobre essa condição durante as consultas de rotina, desta forma, é possível fazer uma triagem e realizar o tratamento de escolha o mais precocemente possível (TAKACS P, et al., 2023).

CONCLUSÃO

Concluímos que o perfil das pacientes com incontinência urinária em um hospital regional do Distrito Federal é de mulheres com média de idade de 52 anos, múltiparas, tendo como principal comorbidade associada a hipertensão e tendo na maioria dos casos incontinência urinária mista. Não foi possível observar significância estatística em relação aos fatores de risco associados, contudo, observou-se uma alta frequência de presença de distopia de parede vaginal entre as pacientes. O tratamento cirúrgico com uso de *sling* foi o mais indicado na maioria dos casos. Apesar do tratamento conservador ser menos frequentes, nestes casos é indicado fisioterapia e uso de medicação. Porém, observou-se que as pacientes que tiveram tratamento cirúrgico houveram mais relatos de melhoras dos sintomas após seis meses de tratamento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os colegas e colaboradores que, diretamente e indiretamente, nos auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR-CRUZ JMD e LIRA-LISBOA L. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. *Revista de Salud Pública*, 2019; 21(4): 390-397.
2. ALSHENQETI AK. Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life Among Women of Childbearing Age in Al Madinah Al Munawara, Saudi Arabia. *Cureus*. 2022; 14(5): 24886.
3. ARMSTRONG FP e FENGLER ADS. Perfil de usuárias com IU das UBS do Distrito Leste de Foz do Iguaçu. *Rev Bras Fisiot Pélvica*, 2022; 2(2): 28-39.
4. BORGES JB e MATTOS JG. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: um estudo de casos. *R. Educ. Saúde & M. Amb.* 2022; 1(11): 527–536.
5. BRAGA BBSCS, et al. Perfil de pacientes com incontinência urinária em um ambulatório de hospital universitário. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther*, 2021; 19(1): 0721.
6. BRAGA BBSCS, et al. Perfil de pacientes com incontinência urinária em um ambulatório de hospital universitário. *Fisioter. Bras*, 2022; 23(1): 91-113.
7. COSTA SRL. Perfil sociodemográfico e uroginecológico de mulheres com incontinência urinária atendidas no serviço de fisioterapia na Amazônia. Conclusão de Curso, UFPA, 2021. Available from: <https://bdm.ufpa.br:8443/jspui/handle/prefix/3985>.
8. DINIZ RDM. Uso da urodinâmica por ginecologistas e urologistas no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2022; 44(7): 654-659.
9. FEITOSA SM. Perfil clínico, funcional e sociodemográfico das pacientes com incontinência urinária atendidas em um serviço público de fisioterapia uroginecológica. *Fisioterapia Brasil*. 2016; 13(2): 96–101.
10. GIRÃO SKAJB, et al. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço: análise de resultados pelas vias abdominal e vaginal. *Rev Assoc Med Bras (1992)*.1995; 397–400.
11. MCMILLAN HHRW, et al. Urinary incontinence in women 55 years and older: A scoping review to understand prevalence, incidence, and mortality of urinary incontinence during secondary care admission. *Womens Health (Lond)*, 2023;19: 17455057231179061.
12. MELLO AZD e PAIVA LL. Perfil das pacientes da fisioterapia pélvica de um hospital público quanto à incontinência urinária e qualidade de vida. Conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/237498>.
13. MOHAMED-AHMED TSRC. Treating and Managing Urinary Incontinence: Evolving and Potential Multicomponent Medical and Lifestyle Interventions. *Res Rep Urol*. 2023; 15: 193-203.

14. NASSIF AE e DIAS A, BERTO J. Existe um tratamento cirúrgico ideal para incontinência urinária feminina? *Revista UNINGÁ Review*, 2013; 15(1): 18-22.
15. OLIVEIRA DMHGC. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres: revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2018; 40(08): 477–90.
16. RABIN EG. Função sexual de mulheres portadoras de incontinência urinária e submetidas a tratamento cirúrgico. Tese. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/53150>.
17. RADOJA I e DEGMEČIĆ D. Quality of Life and Female Sexual Dysfunction in Croatian Women with Stress-Urgency- and Mixed Urinary Incontinence: Results of a Cross-Sectional Study. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(6): 240.
18. RAMOS XNZH. Comparação dos resultados do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço por três diferentes técnicas cirúrgicas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 2000; 22(1): 43-48.
19. RODRIGUES BRMCT, et al. Perfil das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um hospital público de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. *Clin Biomed Res*, 2016; 36(3). Available from: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/64817>.
20. SAWETIKAMPORN SM. Attitudes and barriers to pelvic floor muscle exercises of women with stress urinary incontinence. *BMC Womens Health*. 2022; 22(1): 477.
21. TAKACS KEBZK. randomized controlled pilot trial to assess the effectiveness of a specially formulated food supplement and pelvic floor muscle training in women with stress-predominant urinary incontinence. *BMC Womens Health*. 2023; 23(1): 321.
22. TANURI FBCSG. "Sling" retropúbico e transobturatório no tratamento da incontinência urinária de esforço. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 2010; 56(3): 348–54.
23. TUDA CM e FERNANDEZ MPC. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária na área de saúde leste de Valladolid. *Enfermagem Global*, 2020; 19(57): 2020.