

IMPACTO DO ESTUDO URODINÂMICO EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

MAÍTA POLI DE ARAUJO*, EMERSON DE OLIVEIRA, GABRIELA CABRAL QUEIROZ, SILVIA HELENA C. DE O. PIMENTEL, CLÁUDIA CRISTINA TAKANO, MARAIR GRACIO F. SARTORI, MANOEL JOÃO BATISTA C. GIRÃO

Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina, São Paulo/SP

RESUMO

OBJETIVO. Avaliar a tolerabilidade das pacientes com incontinência urinária submetidas ao estudo urodinâmico (EUD).

MÉTODOS. Foram avaliadas 49 pacientes com queixas do trato urinário inferior submetidas ao estudo urodinâmico. Por meio de um questionário, as pacientes respondiam sobre seus anseios em relação ao exame a que iriam se submeter (medo, vergonha, ansiedade) e a expectativa de dor, por meio de uma escala visual analógica. Imediatamente após o estudo, as mesmas perguntas eram repetidas. Os resultados foram comparados antes e após a realização do EUD. A análise estatística das variáveis contínuas foi feita pelo teste t pareado, e as variáveis qualitativas foram comparadas pelo teste do Qui-quadrado. Fixou-se em 5% a hipótese de nulidade.

RESULTADOS. A média de idade foi de 49,5 (23-84) anos, sendo que 55% estavam no menacme e 45% na pós-menopausa. O principal sentimento antes do exame foi ansiedade, presente em 28 pacientes. A expectativa de dor foi de $4,29 \pm 3$ (antes do exame) e $2,7 \pm 2,9$ (após a realização do EUD) ($p=0,001$).

CONCLUSÃO. O EUD apresenta baixa morbidade e desconforto psíquico. A informação prévia ao exame pode diminuir a ansiedade.

UNITERMOS: Urodinâmica. Morbidade. Incontinência urinária. Dor. Ansiedade. Vergonha.

*Correspondência:

Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 1601, apto 84
Jardim Paulista, São Paulo/SP
Cep: 01403-003
Tel/fax: (11) 3885-0355

INTRODUÇÃO

Os sintomas do trato urinário inferior são freqüentes nos consultórios de Ginecologia e, algumas vezes, conduzidos de forma simples e mal investigados¹. Uma anamnese bem efetuada associada a um exame físico minucioso muitas vezes é capaz de fornecer o diagnóstico preciso e orientar o tratamento correto². Entretanto, existem alguns sintomas urinários similares, que apresentam etiologia diferente e, nestes casos, uma propedêutica subsidiária específica torna-se fundamental³⁻⁵.

A avaliação urodinâmica é capaz de identificar as causas específicas dos sintomas urinários e de fornecer dados para orientar o tratamento correto^{1,5}. Em se tratando do tratamento cirúrgico para a incontinência urinária, este diagnóstico preciso é fundamental, tendo em vista que a principal e melhor cirurgia deve ser a primeira, e que a taxa de cura declina mais ou menos proporcionalmente ao número de cirurgias subseqüentes^{3,6}.

O exame é invasivo do ponto de vista emocional, em virtude de a paciente expor suas sensações durante o procedimento e, principalmente, por desencadear o ato de urinar em ambiente estranho, diante do médico ou enfermeira⁷. A maioria dos trabalhos avalia sensibilidade, eficácia, reprodutibilidade e acurácia do estudo urodinâmico (EUD), mas poucos ressaltam a morbidade e o desconforto do método⁸.

A maioria dos estudos que avaliam o incômodo do EUD utiliza questionários genéricos, aplicados antes e imediatamente após o exame⁸⁻¹¹. O grau de ansiedade, desconforto e vergonha parece

variar de acordo com a idade e sexo do paciente^{9,11}. Pacientes jovens consideram o exame desconfortável⁹. Mulheres normalmente demonstram mais vergonha e homens são mais ansiosos em relação ao EUD⁹⁻¹⁰.

O exame normalmente é bem tolerado, apresentando desconforto mínimo a moderado⁹. Entretanto, ainda existe uma minoria de pacientes que considera o teste embaraçoso, doloroso e estressante¹⁰.

Um melhor conhecimento da expectativa com relação ao EUD, bem como do desconforto físico e psíquico causado pelo exame, pode contribuir para uma orientação mais adequada dos pacientes com sintomas urinários.

MÉTODOS

As participantes do estudo foram atendidas no setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da Unifesp/EPM, durante o período de julho a dezembro de 2003. Todas apresentavam sintomas do trato urinário inferior e necessitavam de avaliação urodinâmica.

Adotamos como critérios de inclusão idade superior a 18 anos, nenhuma experiência prévia com o exame urodinâmico e capacidade de entender e completar um questionário.

Os critérios de não inclusão foram pacientes com amostra de urina não estéril e incapacidade para cooperar durante o exame.

Na primeira consulta, após a anamnese e exame físico, o estudo urodinâmico era explicado verbalmente à paciente e quaisquer dúvidas eram sanadas. Caso a paciente aceitasse participar da

pesquisa, preenchia um termo de consentimento e marcava a data do exame. Nenhum tipo de material por escrito, explicando o estudo, foi entregue à paciente.

Selecionamos 49 pacientes do sexo feminino, com média de idade de 49,5 (23-84) anos, sendo que 27 (55%) estavam no menacme e 22 (45%) na pós-menopausa. A paridade média foi de 3,5 (3-10) filhos.

Na sala de espera do ambulatório, solicitou-se, individualmente, que as voluntárias respondessem a um questionário sobre suas expectativas em relação ao exame urodinâmico e dor, de acordo com uma escala visual analógica. O questionário era auto-administrável e as pacientes não recebiam qualquer auxílio.

Os exames urodinâmicos foram realizados em aparelho da marca Urosystem® DS-5600 por um dos integrantes de uma equipe médica de sete pessoas, sendo apenas um do sexo masculino.

Para os propósitos da avaliação urodinâmica, padronizou-se inicialmente a realização da fluxometria e posteriormente da cistometria com cateter de duplo lúmen de 6 Fr. Utilizou-se para a cateterização assepsia com solução de iodo não alcoólica e anestésico tópico com xilocaína gel.

Terminado o exame, as pacientes completaram o segundo questionário, que incluiu perguntas sobre as sensações vivenciadas enquanto submetiam-se à realização do urodinâmico. As sensações dolorosas ocorridas durante o exame também foram avaliadas pela escala analógica de dor. A seguir, comparamos as notas atribuídas na escala antes e após o exame.

A distribuição normal das variáveis foi assegurada pelo teste Shapiro Wilk W. As comparações entre as variáveis antes e após a realização do estudo urodinâmico foram realizadas com o teste t pareado. Por sua vez, a associação entre variáveis foi realizada com o teste do Qui-quadrado. Fixou-se em 0,05 a hipótese de nulidade. Utilizamos para as análises o programa SPSS, 10.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina, e as pacientes assinaram termo de consentimento pós-informado.

Tabela 1 – Respostas ao questionário antes do estudo urodinâmico

Pergunta	Número de pacientes	%
Sabiam o nome do exame	25	51
Sabiam de sua utilidade	14	28,6
Receberam explicação do médico sobre o exame	21	42,8
Consideravam o exame importante	49	100
Sentiam-se angustiadas antes da realização do exame	5	10,2
Relataram ansiedade	28	57,1
Relataram medo	21	42,8
Relataram vergonha	20	40,8
Preferiam que o exame fosse realizado por profissional do sexo masculino	1	2
Preferiam que o exame fosse realizado por profissional do sexo feminino	26	53
Eram indiferentes ao sexo do profissional que realizasse o exame	22	44,9

RESULTADOS

As respostas fornecidas pelas pacientes antes e após o exame podem ser observadas nas Tabelas 1 e 2. Nota-se, em parcela considerável das pacientes, sensações como ansiedade, medo e vergonha. Observa-se que pouco menos da metade das pacientes relataram ter recebido qualquer orientação sobre o exame solicitado no momento da consulta médica, e somente 51% das pacientes sabiam o nome do exame a que iriam submeter-se.

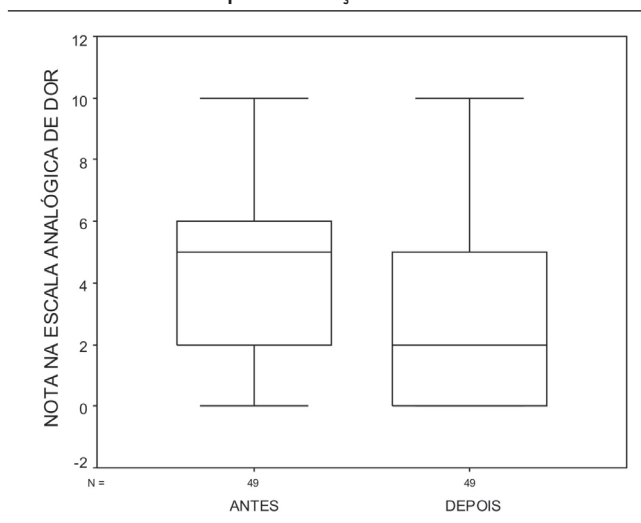
Torna-se marcante a impressão de que, para as pacientes, o exame é indispensável à compreensão de sua doença e tratamento, uma vez que todas as pacientes repetiriam o exame caso houvesse necessidade. Ademais, 96% das voluntárias consideraram que o tempo de exame não é demorado. Em nossa casuística, a etapa mais difícil do exame para as pacientes foi a introdução da sonda uretral para aferição da pressão vesical. Em que pesem as sensações desagradáveis relacionadas ao exame e o baixo nível de informação sobre este, todas as pacientes julgavam que o exame seria importante para o esclarecimento da doença e seu tratamento.

Utilizando a escala analógica de dor, quantificamos a expectativa e a ocorrência de dor no exame urodinâmico. A expectativa foi de $4,29 \pm 3$, previamente ao exame, e $2,7 \pm 2,9$, após a realização deste ($p = 0,001$). Esta comparação está no Gráfico 1.

Tabela 2 – Respostas ao questionário depois do exame urodinâmico

Pergunta	Número de pacientes	%
O exame não demorou	47	96
A posição em que foi realizado o exame incomodou	11	22,4
A colocação da sonda na uretra foi a etapa que mais incomodou	28	57,1
A colocação da sonda retal foi a etapa que mais incomodou	25	51
Repetiria o exame se fosse necessário	49	100

Gráfico 1 – Comparação entre as notas atribuídas na escala analógica de dor antes e após a realização do estudo urodinâmico



DISCUSSÃO

A urodinâmica é definida pela Sociedade Internacional de Continência como o estudo morfológico, fisiológico, bioquímico e hidrodinâmico do transporte urinário¹². Constitui-se de vários parâmetros, que são avaliados durante a fase de enchimento ou esvaziamento miccional^{11,13}.

Para que os resultados sejam confiáveis, o exame deve reproduzir os sintomas do paciente, e isto significa que a cooperação voluntária é primordial⁴. A paciente deve sentir-se confortável do ponto de vista físico e emocional e, para que isto ocorra, um conjunto de medidas devem ser realizadas pela equipe multiprofissional.

Uma medida importante, aplicada na maioria dos exames invasivos, é a informação prévia sobre o método¹⁴. Em nossos resultados, embora todas as pacientes tenham recebido explicação verbal sobre as etapas do exame, menos da metade sabiam de sua utilidade e 51% sabiam o nome do estudo. Disto aventamos duas hipóteses: os médicos explicam o exame para as pacientes, mas elas não compreendem a linguagem técnica, ou os médicos explicam o exame, elas compreendem no momento, mas esquecem ao longo do tempo. Assim, talvez seja importante um documento, escrito em linguagem simples, sobre a técnica do estudo urodinâmico, para que as pacientes compreendam aos poucos o método e não se esqueçam.

É importante ressaltar que esta informação prévia pode auxiliar ou não na cooperação do paciente^{8,10,11,14}. Uma pesquisa realizada em pacientes do sexo masculino submetidos a EUD mostrou que a orientação rotineira realçou a expectativa de dor, especialmente naqueles que tiveram instrumentação uretral prévia ao EUD¹⁴. Estes autores enfatizam que são necessárias estratégias, diferentes da explicação verbal e escrita, para explicar as etapas do exame.

Nosso estudo, tal qual a literatura, mostrou que a ansiedade é uma das principais queixas das pacientes¹¹. Assim, tornam-se necessárias algumas medidas simples para amenizar este sintoma. As atitudes da equipe de saúde e a atenção aos fatores psicológicos ajudam a preservar a intimidade e podem melhorar o entendimento do exame¹⁵. Durante a avaliação, deve-se estabelecer uma boa relação com o paciente, manter o respeito e cuidar da intimidade da zona genital. Deve-se enfatizar que o paciente tem controle sobre o estudo e que deve descrever o que sente. Quando a primeira experiência é positiva, será mais fácil a próxima¹³.

A colocação das sondas, desde que realizada de forma cuidadosa, com lubrificação e anestesia, é pouco dolorosa e bem tolerada¹. Em nosso estudo, mesmo com assepsia adequada e anestésico tópico, esta foi a etapa que mais incomodou. Entretanto, é fato notório que, mesmo com um certo grau de ansiedade e desconforto na colocação da sonda uretral, todas as pacientes repetiriam o exame se fosse necessário.

Com relação ao sexo do examinador, embora 53% preferissem que o exame fosse realizado por profissional do sexo feminino, 44,9% eram indiferentes. Este resultado também é similar à literatura, que mostra que a maioria das mulheres não seleciona seu médico ginecologista somente pelo sexo; outros atributos, como experiência e competência, são mais determinantes^{16,17}.

A expectativa de dor foi maior do que a dor real, resultado que está concorde com a literatura^{10,11}. Ressalta-se que o medo da dor pode alterar a informação vinda do paciente, modificando o resultado do urodinâmico.

O EUD do futuro será o menos invasivo possível, sem a necessidade de sondas e com o menor desconforto para o paciente. Atualmente, alguns trabalhos com ultra-sonografia Doppler já são capazes de calcular a fluxometria e, com dedução analítica, a pressão abdominal em função da densidade da urina, tempo e volume micção¹⁸. Trata-se do surgimento de uma nova modalidade de estudo, extremamente promissora, que é a urodinâmica não invasiva.

CONCLUSÃO

O estudo urodinâmico apresenta baixa morbidade e desconforto psíquico. A informação prévia ao exame pode diminuir a ansiedade.

Conflito de interesse: não há.

SUMMARY

EFFECT OF AN URODYNAMIC STUDY ON WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

OBJECTIVE. The purpose was to evaluate tolerance of patients with urinary incontinence undergoing an urodynamic study.

METHODS. Forty nine patients with lower urinary tract symptoms submitted to an urodynamic study were evaluated... Prior to and immediately after the procedure each patient completed a self-administered questionnaire about several emotional variables, including anxiety, pain and shame. Answers about pain were given on a visual analog scale. Mean values of continuous variables were compared using a paired t-test, whereas categorical variables were compared using the chi-square test.

RESULTS. The mean age was 49.5 (23-84) years. Pain score pre-procedure was 4.29 ± 3 and after procedure was 2.7 ± 2.9 ($p=0.001$).

CONCLUSION. The urodynamic study is well tolerated by female patients and a low morbidity was found. Previous orientation can decrease anxiety. [Rev Assoc Med Bras 2007; 53(2): 122-5]

KEY WORDS: Urodynamics. Morbidity. Urinary incontinence. Pain. Anxiety. Shame.

REFERÊNCIAS

1. Silva MMS, Lopes GP, Marinho RM, Silva HMS, Logório MS. Incontinência urinária feminina e urodinâmica. J Bras Ginecol. 1987;11:583-91.
2. Paiva EM Oliveira DA Flister CER. Incontinência urinária na mulher: etiologia e tratamento. Rev Med Minas Gerais. 1995;5:175-9.
3. Hodgkinson CP. "Recurrent" stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 1978;15:844-60.
4. Souza AZ, Hegg R, Ribeiro RM, Tomioka ES, Waligor M, Ruiz CA, et al. Testes urodinâmicos: importância e aplicação em ginecologia. J Bras Ginecol. 1986;96:445-7.

5. Carlson KV, Fiske J, Nitti VW. Value of routine evaluation of the voiding phase when performing urodynamic testing in women with lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2000;154:1614-8.
6. Feldner Jr.PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24:1-10.
7. Robertson AS, Griffiths CJ, Ramsden PD, Neal DE. Bladder function in healthy volunteers: ambulatory monitoring and conventional urodynamics. *Br J Urol.* 1994;73:242-9.
8. Ku JH, Kim HH, Son JPH, Paick JH, Son H, Oh SJ. Patient experience with a urodynamic study: a prospective study in 208 patients. *J Urol.* 2004;171:2307-10.
9. Scarpero HM, Padmanabhan P, Xue X, Nitti VW. Patient perception of videourodynamic testing: a questionnaire based study. *J Urol.* 2005;173:555-9.
10. Yokoyama T, Nozaki K, Nose H, Inoue M, Nishiyama Y, Kumon H. Tolerability and morbidity of urodynamic testing: a questionnaire-based study. *Urology.* 2005;66:74-6.
11. Gorton E, Stanton I. Women's attitudes to urodynamics: a questionnaire survey. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106:851-6.
12. Navío JB, Gómez PC, Elípe ID. Fundamentos de urodinámica, la curva de flujo y el eco-doppler uretral. (Cálculo de la potencia miccional y la potencia espectral). *Arch Esp Urol* 2003;56:503-8.
13. Massey A, Abrams P. Urodynamics of female lower urinary tract. *Urol Clin North Am.* 1985;12:231-46.
14. Greenstein A, Bar-Yosef Y, Chen J, Matzkin H. Does information provided to men before a urodynamic study affect their expectation of pain? : *BJU Int.* 2005;96:1307-9.
15. Miranda JEB, Darbey M, Kelly M, Bauer S. Entorno, información al paciente y organización en una Unidad de urodinamia Pediátrica. *Arch Esp Urol.* 1995;48:15-23.
16. Plunkett BA, Kohli P, Milad MP. The importance of physician gender in the selection of an obstetrician or a gynecologist. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:926-8.
17. Johnson AM, Schnatz PF, Kelsey AM, Ohannessian CM. Do women prefer care from female or male obstetrician-gynecologists? A study of patient gender preference. *J Am Osteopath Assoc.* 2005;105:369-79.
18. Navío JB, Gómez PC, Sanches CP, Martínez RR, Alcaniz MJG. Fundamentos de urodinámica doppler y urodinámica. ¿Qué aporta el doppler a la urodinámica?. *Arch Esp Urol.* 200;356:1017-22.

Artigo recebido: 14/04/06
Aceito para publicação: 26/10/06
