Quinta-Feira, 15 de Outubro de 2026

Incontinência urinária feminina pode levar ao isolamento social

Estima-se que cerca de 23% da população feminina tenha incontinência urinária. A prevalência aumenta com o envelhecimento: entre 50 e 75 anos é de 20 a 35% mulheres e após 75 anos é de 25 a 50%.

Incontinência urinária é a perda de urina involuntária. Pode ser por esforço, quando se faz um esforço físico como tossir, espirrar, carregar peso, pular, dar risada ou algumas vezes até andar ou levantar que é causado por um defeito no funcionamento da uretra, seja no músculo do fechamento da uretra seja nos músculos que sustentam a uretra na pelve (chamados músculos do assoalho pélvico).

Há ainda a incontinência urinária mista: quando a perda de urina ocorre pelos dois mecanismos citados acima: a incontinência urinária de esforço e a Bexiga Hiperativa que é a vontade urgente de urinar.

Outra forma é a incontinência urinária por transbordamento: quando a bexiga perde a capacidade de “avisar” a mulher quando está cheia e perde a capacidade de contrair adequadamente causando gotejamento. Muito comum em mulheres diabéticas descompensadas.

Outras ocorrências comum são em mulheres que tiveram parto normal ou por cirurgias prévias como histerectomia, menopausa ou doenças neuropáticas.

DIAGNÓSTICO

Exame físico, diário miccional, Estudo urodinâmico, Ultrassonografia transperineal ou até Ressonância Magnética.

TRATAMENTO

Não deixar a bexiga cheia por muito tempo, ir ao banheiro em média a cada 3 horas, diminuir a ingesta hídrica a noite, evitar bebidas alcoólicas ou derivados de cafeína, diminuir ingesta de alimentos cítricos, controle de doenças como diabetes e infecção urinária.

01-Incontinência urinária de esforço: fisioterapia de assoalho pélvico, tratamento da hipotrofia genital (estrogênio tópico e/ou laserterapia)

02-Tratamento cirúrgico: através de técnicas minimamente invasivas como a Sling (correção com faixa – padrão ouro) e a técnica de Burch (correção sem faixa) ou injeção periuretral.

03- Bexiga hiperativa: fisioterapia do assoalho pélvico e/ou com neuroestimulação no nervo tibial posterior, medicamentos via oral ou injeção de toxina botulínica na bexiga e até a neuromodulação sacral.

Dr Walid Khalil é Doutor em Urologia e especialista em Andrologia e Urologia Clínica e Cirúrgica - CRM-MT 5689 – RQE 26526, atende na Clínica UROLASER em Cuiabá