

# O PAPEL DO DIÁRIO MICCIONAL NA TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Josiane Lopes**

Doutora em Ciências da Saúde. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).  
Guarapuava – PR  
<http://lattes.cnpq.br/5787047929443010>

**RESUMO:** A terapia comportamental constitui a análise e alteração da relação da incontinência urinária do paciente e seu ambiente com o propósito de modificar maus hábitos miccionais. Dentre as várias terapêuticas empregadas na terapia comportamental, há o diário miccional, uma ferramenta muito importante na avaliação e terapêutica da incontinência urinária. Este capítulo apresenta a aplicabilidade do uso do diário miccional como estratégia de avaliação e tratamento em pacientes com incontinência urinária.

**PALAVRAS-CHAVE:** Incontinência urinária, terapia comportamental, diário miccional.

### THE ROLE OF THE MICTIONAL DIARY IN BEHAVIORAL THERAPY FOR URINARY INCONTINENCE

**ABSTRACT:** Behavioral therapy consists of analyzing and changing the relationship between the patient's urinary incontinence and her environment with the purpose of modifying bad urination habits. Among the various therapies used in behavioral therapy there is the voiding diary, a very important tool in the assessment and therapy of urinary incontinence. This chapter presents the applicability of using a voiding diary as an assessment and treatment strategy for patients with urinary incontinence.

**KEYWORDS:** Urinary incontinence, behavior therapy, mictional diary.

### INTRODUÇÃO

Não há como conhecer adequadamente os déficits miccionais sem investigar os hábitos urinários. O diário miccional é uma poderosa ferramenta para estimativas de parâmetros urodinâmicos e informa sobre os padrões comportamentais miccionais. Os parâmetros urodinâmicos auxiliam muito na avaliação e aferição

dos resultados do tratamento da IU (capacidade vesical funcional, resíduo miccional, capacidade vesical total, tempo de duração do jato miccional)

A capacidade vesical funcional (CVF) (o volume de urina que um paciente consegue esvaziar por micção), para um adulto o parâmetro referencial está entre 300 e 400 ml. Quando se urina, sempre há uma quantidade de urina que permanece na bexiga urinária denominado de resíduo miccional que normalmente está em torno de 80 ml. A capacidade vesical total é todo o volume urinário presente na bexiga (CVF + RM) e normalmente seu valor é de 500 ml.

Geralmente o indivíduo adulto urina a cada 3 horas, o que em média representa aproximadamente 8 micções por dia. Quando a frequência está aumentada pode ser uma hiperatividade detrusora forçando a pessoa urinar mais durante o dia. Se o detrusor é hiperativo durante o dia, também será a noite, representando um quadro de noctúria. É considerado normal acordar até 1 vez por noite para urinar, mas é preciso observar pois essa bexiga pode estar com tendências hiperativas. O tempo normal de duração do jato miccional está entre 6 a 10 segundos, se esse tempo demorar mais pode expressar uma disfunção urinária.

O uso adequado do diário miccional pode auxiliar na estimativa desses parâmetros urodinâmicos classificando se estão ou não adequados, além de permitir estabelecer outras análises integradas aos hábitos do indivíduo.

## **INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Incontinência urinária (IU) refere-se à queixa de qualquer perda de urina, que pode ser involuntária, provocada pelo indivíduo ou descrita por um cuidador (DZIELANIAK et al., 2019). Essa perda de urina pode estar associada às situações de urgência e também com esforço (espirros, tosse) ou esforço físico, incluindo atividades esportivas. A IU é uma condição que afeta dramaticamente a qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico e social. A vida social passa a depender da disponibilidade de banheiros e, comumente, eles relatam preocupação e embaraço com o odor da urina. É considerada uma questão social pois apresenta repercussões negativas sobre higiene, atividade sexual e, portanto, impacta na qualidade de vida dos pacientes (CALDAS et al., 2010).

A IU pode acometer indivíduos em todas as faixas etárias, de ambos os sexos e de todos os níveis sociais e econômicos. A prevalência mundial de IU varia entre 25 e 45%. No entanto, outros estudos evidenciaram a prevalência média de IU de 27,6% em mulheres e 10,5% em homens. Ela está presente em aproximadamente 20 a 23% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 39 anos, crescendo para 25 a 30%, entre 40 e 49 anos, mantendo-se até entre 75 e 89 anos, quando ocorre um novo aumento para 30 a 35%. Após os 90 anos, a prevalência alcança 35%, podendo atingir até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas (BENÍCIO et al., 2016). Entretanto, o número exato de pessoas acometidas pode ser

muito maior do que as estimativas atuais, visto que muitas pessoas não procuram ajuda por vergonha, acreditando que o problema seria uma consequência normal do envelhecimento, ou ainda, que não existe tratamento. Estudo brasileiro conduzido em população idosa relatou uma prevalência de IU de 11,8% entre os homens e de 26,2% entre as mulheres (TAMANINI et al., 2009).

A maior predisposição de mulheres por apresentar IU é atribuída a alguns fatores (HUNSKAAR et al., 2005). Elas apresentam menor capacidade de oclusão uretral, isso se deve ao fato da uretra funcional feminina ser mais curta e a continência depender não somente do funcionamento esfinteriano adequado, mas também de elementos de sustentação uretral (músculos e ligamentos) e transmissão da pressão abdominal para o colo vesical (FLEISCHMANN et al., 2003).

A etiologia da IU é multifatorial. A presença de IU pode ser dividida de acordo com a etiologia em neurogênica (exemplo: lesão medular traumática, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, doença de Parkinson) e não neurogênica (exemplo: hiperatividade detrusora, insuficiência intrínseca do esfíncter uretral, cirurgias da próstata).

A IU pode ser classificada de acordo com o tipo de incontinência em: IU de esforços, IU de urgência e IU mista. A IU de esforço (IUE) ocorre devido a uma deficiência no suporte vesical e uretral que é feito pelos músculos do assoalho pélvico e/ ou por uma fraqueza ou lesão do esfíncter uretral. A perda urinária na IUE ocorre com aumento da pressão intra-abdominal (exemplos: tossir, espirrar, correr, rir, pegar peso, levantar da posição sentada, andar). Geralmente não ocorrem perdas em repouso e durante o sono. A IUE é muito frequente em mulheres. Em homens, a IUE é muito frequente após prostatectomia, situação na qual o mecanismo esfinteriano proximal foi removido. A Incontinência Urinária de Urgência (IUU) é consequente à hiperatividade detrusora (HD) em que o músculo detrusor apresenta contração involuntária exacerbada. Para garantir a continência urinária a bexiga precisa apresentar função normal e a pressão intravesical deve permanecer relativamente baixa e constante durante o enchimento vesical. Em pessoas com a sensibilidade vesical preservada, a HD leva a um desejo súbito e imperioso de urinar. Quando a contração vesical supera a capacidade de oclusão uretral gerada pelo esfíncter ocorre a IUU. Várias situações podem levar a HD, desde uma infecção urinária que irrita a mucosa vesical à uma alteração, identificável ou não, da inervação vesical. O quadro clínico mais comum associado a IUU são urgência miccional, polaciúria e noctúria. A incontinência Urinária Mista (IUM) é a combinação da IUE e IUU, ou seja, uma insuficiência de oclusão uretral associada à HD (CONITEC, 2019).

## TERAPIA COMPORTAMENTAL

A terapia comportamental compreende a análise e alteração da relação do sintoma do paciente e seu ambiente para modificação de maus hábitos miccionais (ABRAMS et al., 2002; MESSER et al., 2007). A terapia comportamental é uma associação de técnicas, as quais têm como princípio a educação dos pacientes sobre sua doença e, a partir daí, desenvolve-se estratégias para minimizar ou eliminar o problema. Ela é indicada, preferencialmente, para pacientes com aumento de frequência urinária, presença de urgência e urge-incontinência (PAYNE, 2000).

Há muitas abordagens compreendidas como terapia comportamental, tais como o diário miccional, educação da paciente em relação ao hábito urinário, reeducação vesical, exercícios do assoalho pélvico (com ou sem biofeedback), estratégias para o controle do desejo miccional e orientações para dieta e ingestão hídrica (WEIN, 2003; HERSCHOM et al., 2004; CHIARELLI et al., 2003).

## DIÁRIO MICCIONAL

O diário miccional é um dos exames mais tradicionais para o conhecimento de hábitos miccionais. Evidências atuais demonstram que para se identificar os hábitos miccionais da paciente é de fundamental importância a utilização do diário miccional (ABRAMS et al., 2002).

O diário miccional é uma ferramenta de medida muito útil, simples e barata que permite caracterizar o hábito miccional diário do paciente traçando o perfil do hábito urinário e o tipo de bexiga apresentado pelo mesmo (SANTOS, 2003; REIS et al., 2003). No diário, do momento que o paciente acorda até quando ele se deita a noite para dormir, em seus respectivos horários, são registrados a ingestão hídrica, número de micções, intensidade do desejo miccional, volume urinado, eventuais episódios de perdas urinárias e seus fatores desencadeantes e associados, o tipo e volume de líquido ingerido, frequência de uso do absorvente (diurno e noturno) (BURGIO, 2002).

O período de aplicação do diário miccional é incerto na literatura, podendo variar entre 3 a 7 dias. Ele deve ser preenchido pelo paciente e/ ou cuidador. Assim, é importante que o paciente/ cuidador sejam devidamente orientados quanto aos detalhes da utilização do diário miccional para garantir a validade e eficácia desta ferramenta. Portanto, deve-se apresentar o instrumento ao paciente, explicar sua importância e o porquê de sua solicitação, esclarecer possíveis terminologias incompreendidas, ajudar o paciente a estabelecer associação com padrões de medidas de líquido já existentes, orientá-lo sobre o preenchimento correto dos campos disponíveis do diário destinados às anotações, determinar o período de entrega do diário miccional, que deve ser igual ou superior a três dias, e lembrá-lo de utilizar uma folha para cada dia (BRUSCHIN, 1999; GLASBAN et al., 2002).

Há vários tipos de diários miccionais disponíveis. Esses se adaptam às necessidades, cultura e realidade do indivíduo assistido e da equipe que fornece seu cuidado, favorecendo a adesão do paciente na terapêutica e garantindo a veracidade dos dados coletados, o que facilita, por sua vez, o cumprimento dos objetivos propostos para o diagnóstico e o acompanhamento dos casos. Desta forma se reconhece o hábito urinário do indivíduo para prevenir as principais complicações decorrentes: distensão extensiva da bexiga, infecções do trato-urinário e lesão renal potencialmente com risco de morte (SMELTZER et al., 2002; BRUSCHINI, 2003; BORELLI, WROCLAWSKI, 2003).

O grande propósito do diário miccional é identificar e documentar claramente os sintomas do paciente para correlacioná-los com os achados urodinâmicos. Sendo assim, antes da avaliação urodinâmica deve-se fazer uso do diário miccional para que seja possível verificar a capacidade vesical funcional, a presença de urina residual e, no caso de incontinência, a sua natureza e severidade (SMELTZER et al. 2002; SABANEEFF, 1999). A coleta do diário miccional requer do profissional o conhecimento do público que irá trabalhar e o que se deseja transmitir para que esse venha estabelecer um diálogo de confiança, garantindo um processo de ação e reflexão constante e permanente por parte do paciente.

Por meio do diário miccional aliado a anamnese, o profissional é capaz de estabelecer a melhor conduta para o paciente, pois tais dados são úteis para determinar um diagnóstico de sua saúde e monitorar a evolução da intervenção proposta. Em alguns casos, a adequação da ingesta hídrica pode melhorar o quadro de incontinência, bem como evitar a sobrecarga sobre o trato-urinário inferior em condições críticas, não sendo necessária a utilização de outros recursos. É válido lembrar que a ingestão líquida é de suma importância para reduzir a contagem bacteriana, a estase, a concentração do cálcio na urina e diminuir a precipitação de cristais urinários, evitando, conseqüentemente, a formação de cálculo (SMELTZER et al., 2002; REIS et al., 2003).

No entanto, em outras ocasiões pode ser adotada uma intervenção comportamental que viabilize a reabilitação vesical. As intervenções comportamentais são denominadas pela literatura internacional como terapia comportamental, sendo constituída por uma série de atividades que não apresentam risco iatrogênico (GLASBAN et al., 2002). Compõem o grupo de atividades: mudanças de hábitos alimentares e de hidratação, técnicas de relaxamento, treinamento vesical, exercícios perineais com ou sem aparelho de biofeedback, manobras, entre outras. Quando bem indicada, a terapia comportamental permite a reabilitação vesical sem efeitos colaterais impostos pela farmacoterapia nem o risco de infecção e lesão do trato urinário ocasionado pelo uso inadequado de dispositivos, levando o paciente a desistir da terapêutica.

Payne (2000) e Chiarelli et al (2003) descreveram que o diário miccional é um instrumento importante, pois permite ensinar o paciente sobre o funcionamento do seu trato urinário. No entanto, a acurácia das informações coletadas depende da habilidade do paciente em seguir as instruções (CHIARELLI et al., 2003). O estudo de Wein (2003)

mostra evidências de que o diário possibilita modificar hábitos miccionais e permite que o paciente se torne mais autoconsciente de seus hábitos. Outros trabalhos ainda sinalizam que esse é utilizado muitas vezes como base no planejamento do programa, quantificando o problema do paciente. Além disso, ele permite a avaliação objetiva do progresso do tratamento (GORMLEY, 2002; DAVIES; HOSKER, 2000). No entanto, ainda há uma carência de trabalhos que demonstrem a correlação do diário com as queixas de propedêuticas e como seu controle após o tratamento é informação objetiva quanto aos resultados obtidos.

## **USO DO DIÁRIO MICCIONAL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

A grande aplicabilidade do diário miccional na IU é justamente por ser um instrumento que permite um monitoramento contínuo da condição. Como já mencionado, o diário miccional permite avaliar o número de micções, número de episódios de IU e o volume de líquido ingerido e eliminado em 24 horas. Assim, a medida do volume urinado por micção pode ser usada para ajudar no diagnóstico, como por exemplo bexiga hiperativa ou poliúria. O diário também pode ser usado para monitorar a resposta e eficácia do tratamento, além de ser amplamente utilizado em ensaios clínicos e exercer um papel terapêutico, pois fornece ao paciente uma visão do comportamento da bexiga (CONITEC, 2019).

Na IU a importância do preenchimento do diário miccional pode ser atribuída a algumas razões muito plausíveis: comprovação de dados objetivos relatados no histórico colhido; fornecimento de informações prognósticas; detecção de pacientes que exigem uma avaliação extra; constatação de pacientes com polidipsia e ainda pacientes/ cuidadores com baixa adesão às instruções da equipe de saúde (NEVEUS et al., 2010).

O preenchimento correto do diário miccional considerando todos os detalhes, pode contribuir adequadamente para traçar o perfil do comportamento urinário do paciente e inferir muitos detalhes relacionados à IU que não seriam possíveis de outro modo. No diário miccional são preenchidas informações quanto a ingestão hídrica dado muito relevante para quem apresenta IU. Pacientes com IU por conviverem, na maioria dos casos, com situações diárias de perda urinária, tendem a ingerir menos água na tentativa ilusória de evitar ou diminuir essa perda. Atitude como essa, além de aumentarem a concentração de solutos na urina estando o paciente sujeito a infecções urinárias, pioram, a longo prazo, o próprio quadro da IU. Assim, com o preenchimento do diário, pode-se orientar o paciente quanto ao volume adequado do consumo de água.

Outro item preenchido no diário miccional é o número de micções, dado importantíssimo a ser considerado em casos de IU. Como os registros são feitos nos horários, pode-se ter uma ideia de quando ocorre sobrecarga vesical e período do dia em que há maior número de micções. Se o paciente apresenta poucas micções por dia, pode-se inferir que a perda urinária dele ocorra em uma situação de escape, por exemplo. Muitos quadros crônicos de IU iniciaram primariamente como retenção urinária.

Em alguns diários miccionais é questionado se o paciente sofreu urgência miccional e se houve alguma situação (exemplo: estresse, esforço físico) que desencadeou essa situação, configurando assim a intensidade do desejo miccional. Padrões contínuos de situação de urgência miccional pode até refletir o tipo de IU. O volume urinado preenchido também é um item importante na avaliação da IU, pois pode-se ter uma ideia da quantidade de resíduo miccional considerando que tem a informação do volume ingerido. Ressalta-se que é muito importante considerar elevado resíduo miccional (> 80 ml) pois nestes casos, o paciente está sujeito a infecções urinárias e, a longo prazo, perda da complacência vesical.

Os fatores desencadeantes e associados à perda urinária também precisam ser registrados no diário miccional. Tais informações fornecem dados sobre quais os prováveis eventos estressores na rotina do paciente com IU. A informação sobre uso do absorvente diurno e noturno também permite uma estimativa da intensidade dessa perda e o quanto isso pode impactar até mesmo em questões sociais a vida do paciente.

Quando se realiza a anamnese do paciente com IU, muitas vezes ele não se lembra sobre a frequência real da ingestão de bebidas irritantes vesicais em sua rotina. No diário miccional, o registro de quais bebidas o paciente ingere e em quais horários fornece informações sobre predomínio de irritativos vesicais. Por exemplo, se o paciente consome muito café (um dos irritante vesicais mais consumidos) em horários a partir das 16-17 horas e à noite, há um forte indício de que haverá noctúria e, até mesmo situações de enurese, prejudicando ainda mais o quadro de IU e também a qualidade do sono desse paciente.

Pacientes com IU grave merecem uma atenção especial, pois os dados obtidos em relação ao volume total em 24 horas podem ser inferiores à capacidade vesical. Embora represente uma ferramenta útil no arsenal diagnóstico para determinados pacientes, existem algumas limitações. Não há evidências de que os resultados obtidos pelo diário miccional correlacionem com o tipo de IU. Outro fator limitante é a dificuldade de alguns pacientes em entender e completar o diário de forma confiável, especialmente quando o tempo (dias) é prolongado. Além disso, o diário pode não ser útil para obter informações sobre sintomas que ocorrem de maneira menos frequente (ABRAMS et al., 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diário miccional é um excelente instrumento da terapia comportamental. Ele constitui uma medida de extrema utilidade permitindo caracterizar o perfil do hábito urinário e a função vesical que podem ser utilizados para avaliação e acompanhamento terapêutico das mudanças que impactam diretamente no processo miccional do paciente refletindo em sua condição de IU.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U., et al. **The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society.** *Neurourol Urodyn.* v.21, n.2, p.167-78, 2002.

ABRAMS, P. C.L.; KHOURY, S.; WEIN, A. **Incontinence 5th International consultation on incontinence.** Health Publication Ltd. 2013.

BENÍCIO, C.D.A.V.; LUZ, M.H.B.A.; LOPES, M.H.B.M.; CARVALHO, N.A.R. **Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres em uma Unidade Básica de Saúde.** *ESTIMA*, v.14 n.4, p. 161-168, 2016.

BORELLI, J. M.; WROCLAWSKI, E.R. **A bexiga do lesado medular.** In: Bendhack DA, Damião R. *Guia Prático de Urologia.* Rio de Janeiro: SBU- Sociedade Brasileiro de Urologia; São Paulo: BG Cultural; 2003.

BRUSCHINI, H. **Disfunção miccional de origem neurogênica.** In: Bendhack DA, Damião R. *Guia prático de Urologia,* Rio de Janeiro: SBU – Sociedade Brasileira de Urologia; São Paulo: BG Cultural, 2003.

CALDAS, C.P.; CONCEIÇÃO, I.R.S.; JOSÉ, R.M.C.; SILVA, B.M.C. **Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro.** *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, v.19, n.4, p.783-8, 2010.

CHIARELLI, P.; MURPHY, B.; COCKBURN, J. **Women’s Knowledge, Practices, and Intentions Regarding Correct Pelvic Floor Exercises.** *Neurourol Urodyn.* 22, p.246-9, 2003.

CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica.** Ministério de saúde. 2019.

DAVIES, J.A.; HOSKER, J. **An evaluation of the efficacy of in-patient bladder retraining.** *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* v.11, n.5, p.271-5, 2000.

DZIEKANIAK, A.C.M.; DALKE, R.; ALMEIDA, J.C. **Incontinência urinária entre idosos residentes em área rural de município do sul do Brasil.** *Geriatr, Gerontol Aging (Impr).* v.13, n.1, p.4-10, 2019.

FLEISCHMANN, N.F.A.; BLAIVAS, J.G.; PANAGOPOULOS, G. **Sphincteric urinary incontinence: relationship of vesical leak point pressure, urethral mobility and severity of incontinence.** *The Journal of urology.* v.169, n.3, p.999-1002, 2003.

GLASBAN, R.Q.; LELIS, M.A.S.; FERA, P.; BRUSCHINI, H. **Intervenções comportamentais e exercícios perineais no manejo da incontinência urinária em mulheres idosas.** *Sinopse de urologia.* v.5, p.102-6, 2002.

GORMLEY, E.A. **Biofeedback and behavioral therapy for management of female urinary incontinence.** *Urol Clin North Am.* v.29, n.3, p.551-7, 2002.

HERSCHORN, S.; BECKER, D.; MILLER, E.; THOMPSON, M.; FORTE, L. **Impact of a health education intervention in overactive bladder patients.** *Can J Urol.* v.11, n.6, p.2430-7, 2004.

MESSER, K.L.; HINES, S.H.; RAGHUNATHAN, T.E.; SENG, J.S.; DIOKNO, A.C.; SAMPSELLE, C.M. **Selfefficacy as a predictor to PFMT adherence in a prevention of urinary incontinence clinical trial.** Health Educ Behav. v.34, n.6, p.942-52, 2007.

NEVEUS, T.; EGGERT, P.; EVANS, J.; MACEDO, A.; RITTIG, S.; TEKGÜL, S.; et al. **Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis:** a standardization document from the International Children's Continence Society. J Urol., v.183, p.441-7, 2010.

PAYNE, C.K. **Behavioral therapy for overactive bladder.** In: Wein AJ (Ed.). Editorial Consultant, Clinical Urography (2 ed). Philadelphia, PA: WB Saunders, Co.; 2000.

REIS, R.B.; COLOGNA, A.J.; MARTINS, A.C.P.; TUCCI, J.R.S.; SUAID, H.J. **Incontinência urinária no idoso.** Acta Cirúrgica Brasileira. 2003; 18(5):47-51.

SABANEEFF, J. **Avaliação urodinâmica.** In: Bendhack DA, Damião R. Guia prático de Urologia. Rio de Janeiro: SBU – Sociedade Brasileira de Urologia; São Paulo: BG Cultural; 1999.

SANTOS, T.G. **Avaliação clínica na incontinência urinária feminina.** 2003.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; BRUNNER, L.S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ed. Rio de Janeiro: Guanara Koogan, 2002. 2v.

TAMANINI, J.T.; LEBRAO, M.L.; DUARTE, Y.A.; SANTOS, J.L.; LAURENTI, R. **Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of Sao Paulo, Brazil:** SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). Cadernos de saude publica. v. 25, n.8, p.1756-62, 2009.

WEIN, A.J. **Diagnosis and treatment of the overactive bladder.** Urology. v.62, n.5, p.20-7, 2003.