

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA ORIENTAÇÃO DO MANEJO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA NÃO NEUROGÊNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Data de submissão: 23/10/2024

Data de aceite: 02/12/2024

Shany Guzzo Consorte

Universidade Franciscana, faculdade de
Medicina
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0009-0006-5539-2277>

João Otávio Borges Espíndola

Universidade Franciscana, faculdade de
Medicina
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0009-0005-3066-8495>

Thiago Augusto Zanoelo

Centro Universitário de Pato Branco,
faculdade de Medicina
Pato Branco, Paraná
<https://orcid.org/0000-0001-9944-205X>

Júlia Nascimento Engleitner

Universidade Franciscana, faculdade de
Medicina
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0009-0000-0432-4596>

Pedro Freitas Medeiros

Universidade Franciscana, faculdade de
Medicina
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0009-0002-5166-7860>

Leonardo Paz Medeiros

Universidade Franciscana, faculdade de
Medicina
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0009-0007-1324-7319>

Gean Scherer da Silva

Universidade Federal de Santa Maria,
faculdade de Medicina
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-2792-9031>

Maria Eduarda Moreira Menezes

Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
faculdade de Medicina
São Leopoldo, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0009-0005-2640-9474>

Nathan Speth Eichner

Universidade Federal de Pelotas,
faculdade de Medicina
Pelotas, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0009-0006-0328-5795>

Marcio Pedroso Saciloto

Médico Ginecologista e Obstetra pela
Universidade Federal de Santa Maria
Professor vinculado ao curso de Medicina
da Universidade Franciscana
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0009-0003-1957-0679>

RESUMO: Com alta prevalência mundial, mormente, no sexo feminino e com o avançar da idade, a incontinência urinária é a queixa de perda involuntária de urina. Pode ser avaliada como um sintoma, um sinal ou uma condição que repercute negativamente em diversos domínios da vida da mulher. Diversos são os mecanismos fisiopatológicos para que o processo de continência funcione adequadamente e, quando há alteração em um desses mecanismos, a incontinência poderá se desenvolver. Com base na sua fisiopatologia e sintomatologia, a IU não neurogênica é classificada em quatro principais tipos: de esforço, de urgência, mista e de transbordamento. Diante disso, é imprescindível uma anamnese detalhada, exame físico clínico e exames complementares direcionados na Atenção Básica de Saúde, a fim de que intervenções sejam realizadas o mais rápido possível, seja por tratamento conservador, seja por tratamento farmacológico ou cirúrgico. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo orientar o profissional médico da Atenção Primária em Saúde no manejo e no tratamento das pacientes incontinentes, bem como suas indicações, intervenções terapêuticas e quando há necessidade e prioridade no encaminhamento ao serviço especializado. Sendo assim, será elaborado um protocolo assistencial focado em orientar os médicos generalistas no atendimento das mulheres com incontinência urinária de causa não neurogênica proporcionando melhora da qualidade de vida e resolutividade na Atenção Primária em Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência urinária. Atenção Primária em Saúde. Manejo.

ASSISTENCIAL PROTOCOL FOR GUIDANCE OF MANAGEMENT OF FEMALE URINARY INCONTINENCE NOT NEUROGENIC IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: With a high prevalence worldwide, especially in females and with advancing age, urinary incontinence is the complaint of involuntary loss of urine. It can be evaluated as a symptom, a sign or a condition that has negative repercussions in various areas of the woman's life. Several pathophysiological mechanisms are involved in the continence process to function properly and, when there is a change in one of these mechanisms, incontinence may develop. Based on its pathophysiology and symptomatology, non-neurogenic UI is classified into four main types: effort, urgency, mixed and overflow. Therefore, it is essential a detailed anamnesis, clinical physical examination and complementary examinations directed at the Primary Health Care, in order that interventions are performed as soon as possible, either by conservative treatment, either by pharmacological or surgical treatment. Thus, the present work aims to guide the medical professional of Primary Health Care in the management and treatment of incontinent patients, as well as their indications, therapeutic interventions and when there is need and priority in the referral to the specialized service. Therefore, a care protocol will be developed focused on guiding general practitioners in the care of women with urinary incontinence of non-neurogenic cause providing improvement of quality of life and resolutiveness in Primary Health Care.

KEYWORDS: Urinary incontinence. Primary Health Care. Management.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CID	Classificação Internacional de Doenças
cmH ₂ O	Centímetro de água
EAU	<i>European Association of Urology</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
IC	Intervalo de Confiança
ITU	Infecção do Trato Urinário
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFM	Fortalecimento da Musculatura Pélvica
PFMT	Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification System</i>
PubMed	<i>National Library of Medicine</i>
RPM	Resíduo Pós-Miccional
RR	Risco Relativo
SBH	Síndrome da Bexiga Hiperativa
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

1 | INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é uma afecção que apresenta crescente prevalência mundial, especialmente no sexo feminino e com o avançar da idade. É definida como a queixa de perda involuntária de urina que pode ser relatada pelo paciente e/ou cuidador. Com etiologia multifatorial, repercute em alterações que comprometem a qualidade de vida do paciente, tanto em aspectos físicos, como sociais ou econômicos. Por ser geradora de exclusão social, muitas mulheres não procuram atendimento, o que dificulta a quantificação da real incidência e prevalência da IU - abrangendo em todo o mundo até 50% (Lukacz *et al.*, 2024a; Passos *et al.*, 2023).

A presença de IU pode ser dividida com base na sua etiologia em neurogênica - como lesão medular traumática, esclerose múltipla ou acidente vascular cerebral - e em não neurogênica - como insuficiência intrínseca do esfíncter uretral ou hiperatividade detrusora. Neste protocolo, será abordada a IU de causa não neurogênica. Nesse sentido, inúmeras situações podem levar ou agravar a IU, destacam-se as principais: sexo feminino, idade avançada, gestação e tipo de parto, menopausa, cirurgias urogenitais prévias e diferentes

estilos de vida (Bergo *et al.*, 2024; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, 2019).

De maneira simples e mais prevalente, a IU ainda pode ser classificada em de esforço (IUE) - em decorrência de hipermobilidade do colo vesical ou defeito esfinteriano uretral intrínseco -, de urgência (IUU) - associada à hiperatividade detrusora -, mista (IUM) - quando há concomitância de IUE e IUU - e de transbordamento - devido ao esvaziamento incompleto da bexiga, sem um gatilho específico (Bergo *et al.*, 2024; Brasil, 2020; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, 2019; Passos *et al.*, 2023).

O tratamento da IU varia conforme a sua classificação e gravidade e, também, da condição de saúde da paciente. O manejo conservador é a opção primária para iniciar o tratamento, e intervenções comportamentais e práticas de exercícios possuem o objetivo de reabilitar a musculatura pélvica. Por sua vez, o manejo não conservador, medicamentoso ou cirúrgico é abordado na minoria das pacientes incontinentes (Lukacz *et al.*, 2024a; Passos *et al.*, 2023).

Dessa forma, é essencial uma avaliação com anamnese detalhada, exame físico e exames complementares direcionados no cuidado primário, a fim de que intervenções sejam implementadas ainda nos estágios iniciais do processo de afecção. As que não possuírem indícios de terem resposta satisfatória no manejo em cuidado primário, devem ser encaminhadas prontamente ao especialista para cuidado secundário ou terciário.

Tendo em vista que uma avaliação e manejo incorretos/insuficientes podem levar a uma baixa resolutividade da problemática na Atenção Básica em Saúde, torna-se necessária a elaboração de um protocolo assistencial que oriente o manejo, conservador ou não, bem como suas indicações, intervenções terapêuticas e necessidade de encaminhamento ao especialista com o objetivo de proporcionar um melhor atendimento e otimizar a primeira abordagem.

1.1 Justificativa

A IU é uma condição altamente prevalente e onerosa entre as mulheres, sendo elemento gerador de exclusão social, interferindo na saúde física e mental da paciente e comprometendo a sua qualidade de vida (Passos *et al.*, 2023). Dessa maneira, é essencial uma história clínica completa que forneça elementos que permitam indicar qual a abordagem terapêutica mais adequada a cada paciente.

Ademais, também é comum o encaminhamento de pacientes sem indicação de tratamento cirúrgico à atenção especializada, sendo estas contrarreferenciadas novamente a atenção primária, local em que poderiam ter sido tratadas adequadamente desde o primeiro momento. Consequentemente, isso aumenta o tempo de espera para o atendimento em serviço secundário, ao mesmo tempo que o princípio da resolutividade não é cumprido pela Atenção Primária em Saúde.

Diante disso, seja pelo manejo conservador, seja pelo manejo não conservador, indicado na minoria dos casos, evidencia-se a importância e a necessidade da elaboração de um manual que oriente o profissional da saúde (médico) sobre as indicações de tratamento e quando requerer ao especialista, com base na sintomatologia da paciente. Nesse viés, visa-se garantir a integralidade no cuidado e resolutividade, princípios éticos doutrinários que o Sistema Único de Saúde (SUS) prioriza.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Elaborar um protocolo assistencial, embasado em evidências da literatura atual sobre o assunto, a fim de orientar os profissionais na primeira de abordagem das pacientes com incontinência urinária não neurogênica, otimizando o encaminhamento ao serviço especializado de referência.

1.2.2 Objetivo específico

- a) Propor uma ferramenta para auxiliar os profissionais médicos generalistas na investigação, diagnóstico e manejo da incontinência urinária feminina não neurogênica na Atenção Primária em Saúde;
- b) Reduzir as filas de espera no atendimento especializado com casos que possam ter seguimento em atendimento primário;
- c) Garantir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica: resolutividade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História

No ano de 1979, a definição de IU era “a perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico e é objetivamente demonstrável” (Bates *et al.*, 1979). Todavia, nos últimos anos, a definição foi atualizada pela *International Continence Society*, instituição em escala global que lidera as pesquisas e a educação multidisciplinar em continência, e passou a ser definida como “a queixa de perda involuntária de urina” (Haylen *et al.*, 2010). Assim, somente em 1998 a IU deixou de ser caracterizada apenas como um sintoma, sendo inserida como uma doença na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Higa; Lopes; Reis, 2008).

Dessa maneira, por ser classificada como uma doença, pode ser avaliada como um sintoma, um sinal ou uma condição que repercute negativamente em diferentes domínios

da vida da mulher, tanto físico, psíquico, emocional e social, além de ter custos substanciais a nível econômico, o que conduz a uma pior qualidade de vida das pacientes de diferentes grupos etários, de jovens a idosas (Botlero *et al.*, 2008).

2.2 Epidemiologia

Na atualidade, a IU é uma patologia comum no sexo feminino, acometendo todas as faixas etárias, principalmente as mais avançadas. As prevalências variam entre os diversos estudos conforme o uso de diferentes definições, a heterogeneidade das populações estudadas e os procedimentos de amostragem populacional (Milsom; Gyhagen, 2019).

Em primeiro plano, no mundo, a prevalência da IU pode chegar até 50%, sendo duas a três vezes mais prevalente nas mulheres do que nos homens (Guerra *et al.*, 2023). Desse modo, aproximadamente 20 a 30% das mulheres em idade jovem são incontinentes, crescendo para 30 a 40% das mulheres na meia-idade, o que se mantém até o início da velhice, em que aumenta cerca de 10% (Nascimento *et al.*, 2022). Hoje, com a inversão da pirâmide etária tradicional, diferente do que ocorria em 1950, tem-se o aumento da sua base, o que repercute diretamente no aumento dos casos de IU.

Em segundo plano, no Brasil, apesar de muitas mulheres relatarem a presença da IU, há carência de investigações que abordem a real prevalência e incidência da IU em campo da saúde brasileira. Estima-se que, no máximo, 37% da população feminina até a meia idade sofra de IU, enquanto nas idosas a prevalência pode chegar até 72% (Evangelista *et al.*, 2021).

No que tange à sua classificação, a IU é dividida em seis tipos: de esforço, de urgência, mista, por desvio, por transbordamento e incontinência funcional (ou transitória) (Passos *et al.*, 2023). Conforme o Consenso Nacional sobre Uroginecologia, de Guerra *et al.* (2021), de maneira alusiva, a IU de esforço é a mais frequente e ganha proporções de até 39% dos casos em mulheres. Por sua vez, a IU de urgência tem prevalência de 1 a 7% quando comparada com a IU mista com prevalência de até 25%, estas são relacionadas a condições de comorbidades que ocorrem com a idade. Dessa forma, a IU de esforço, de urgência e mista são os tipos mais comum de IU feminina.

2.3 Fatores de risco

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da IU em mulheres são destacados na sequência. Todavia, vale salientar outros fatores associados, não menos importantes, como: comorbidades médicas (diabetes, acidente vascular cerebral e depressão), cirurgias urogenitais prévias e escolhas de estilo de vida (tabagismo e exercícios de alto impacto). Por fim, também descrito a seguir, de maneira contraditória e não conclusiva, etnia/raça (Lukacz *et al.*, 2024a).

2.3.1 Idade

A idade é considerada o principal fator de risco para IU em mulheres, a qual aumenta a sua prevalência proporcionalmente ao aumento da idade, principalmente a partir do climatério e da menopausa, bem como pelo envelhecimento do assoalho pélvico e das comorbidades que a acompanham (Lukacz *et al*, 2024a; Passos *et al.*, 2017).

2.3.2 Obesidade

A obesidade é um fator de risco tanto para o desenvolvimento como para o agravamento da IU; com isso, mulheres obesas têm três vezes mais risco de desenvolver IU, mormente IUE, do que as não obesas (Nygaard *et al.*, 2008; Passos *et al.*, 2023). Quando se trata de IUE, a redução de peso está associada à melhora e resolução da IU (Lukacz *et al*, 2024b). Teoricamente, como etiologia, o excesso do peso corporal repercute no aumento da pressão abdominal, que, por sua vez, aumenta a pressão da bexiga e da mobilidade uretral, levando à IUE (Bump *et al.*, 1992).

2.3.3 Gestação, paridade e tipo de parto

Uma das explicações da maior ocorrência da IU em pacientes do sexo feminino deve-se à sua vida reprodutiva. Entre elas, estão as alterações hormonais, aumento do útero, alterações do assoalho pélvico durante a gestação e traumas sofridos durante o trabalho de parto (Adaji *et al.*, 2010; Dietz, 2013). Nesse sentido, a perda da urina na gestação pode ser identificada em até 85% das mulheres grávidas e há aumento da prevalência e gravidade dos sintomas ao decorrer do curso da gestação. Tal condição é ocasionada devido à sobrecarga sobre a sustentação e a suspensão pélvica, o que acaba por alterar a estática prévia (Handa, 2023; Passos *et al.*, 2023).

Quando se trata do aumento da paridade levando à distúrbios do assoalho pélvico, está é mais prevalente entre mulheres que deram à luz a pelo menos um filho, aumentando a taxa proporcionalmente ao aumento da paridade. Por sua vez, esse efeito é mais proeminente em mulheres antes da menopausa, já que após a idade substitui o impacto da paridade (Handa, 2023).

Por fim, no que tange ao tipo de parto, a puérpera que pariu por parto vaginal tem mais chances de desenvolver IU e prolapso de órgãos pélvicos em comparação ao parto cesariano, tais evidências decorrem de uma exposição maior às lesões e traumas do assoalho pélvico. No entanto, estudos representativos incluem que a cesariana não previne o desenvolvimento de IU (Handa, 2023).

2.3.4 Síndrome Geniturinária da Menopausa

Fisiologicamente, a menopausa leva à redução na produção do hormônio estrogênico, estimando-se um declínio de 95% nos níveis de estradiol do estado pré-

menopausa para a pós-menopausa (Bachmann *et al.*, 2022). Nesse ínterim, além do trato genital, o trato urinário também sofre alterações pelo hipoestrogenismo. Sendo assim, tem-se a chamada Síndrome Geniturinária da Menopausa e, algumas, das suas consequências incluem: aumento da frequência urinária e incontinência de esforço, disúria e episódios de infecção do trato urinário (ITU) de repetição (Bachmann *et al.*, 2022).

É notório ressaltar que estudos sugerem que a terapia de reposição hormonal com estrogênios por via oral pode resultar no desenvolvimento ou exacerbação da IU (Bachmann *et al.*, 2022; Passos *et al.*, 2017). No entanto, o estrogênio por via vaginal pode melhorar a continência, diminuir a urgência miccional e episódios de ITU (Bachmann *et al.*, 2022). Nesse sentido, estudos apontam um paradoxo entre o hormônio estrogênico ser causa ou consequência da IU.

2.3.5 História familiar

Há associação entre componente genético e IUU, podendo ser maior em pacientes com histórico familiar (Aniulis *et al.*, 2021). No estudo epidemiológico realizado por Hannestad *et al.* (2004), foi possível concluir que o risco foi maior para filhas (risco relativo (RR) 1,3, intervalo de confiança (IC) 95% 1,2-1,4) e irmãs (RR 1,6, IC 95% 1,3-1,9) de mulheres com incontinência. Estudos apontam baixa contribuição da hereditariedade na IUE (Nguyen *et al.*, 2011).

2.3.6 Etnia/raça

Dados sobre a associação da IU com raça ou etnia são conflitantes. Alguns estudos relatam que a IUE é mais comum em mulheres brancas não hispânicas em comparação com mulheres de origem afro-americana ou asiático-americana. Outros estudos, por sua vez, relatam não haver diferenças entre os grupos (Harding *et al.*, 2024; Lukacz *et al.*, 2024a).

2.4 Fisiopatologia

O armazenamento e a eliminação da urina são processos fisiologicamente complexos, de maneira simplificada, para que ocorram, é necessário que diferentes músculos, nervos parassimpáticos, simpáticos, somáticos e sensoriais trabalhem de forma colaborativa. Caso haja falha em alguma dessas estruturas, o seu funcionamento de forma integrada será alterado, comprometendo tanto a fase de enchimento como a fase de esvaziamento da bexiga urinária, podendo repercutir na forma de incontinência na paciente (Passos *et al.*, 2023).

Segundo expresso por Cândido *et al.* (2017), as causas mais comumente encontradas de IU são agrupadas em dois tipos: as resultantes de alterações vesicais primárias ou

secundárias e as decorrentes de distúrbios uretrais. Dessa forma, como sintoma na fase de armazenamento, a IU pode ser classificada em: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU), incontinência urinária mista (IUM), incontinência por desvio, incontinência por transbordamento e incontinência funcional ou transitória (Passos *et al.*, 2023).

No entanto, há algumas divergências quanto as classificações em variadas literaturas. Com base na literatura de terminologias da *International Continence Society*, acrescenta-se à classificação: IU contínua, enurese e tipos situacionais (IU por déficit cognitivo, por dificuldades de mobilidade e IU da atividade sexual) (Gajewski *et al.*, 2018). Esses tipos estão apresentados e definidos no Quadro 1. Quando se trata de mulheres gestantes e em período pós-gestação, terminologias mais recentes em conjunto com a *International Urogynecological Association* foram publicadas e estão descritas no Quadro 2 (Doumouchtsis *et al.*, 2022).

Dentre as diversas classificações, as principais formas de IU não neurogênicas são: IUE, IUU e IUM. Quando a incontinente apresenta características de perda de urina contínua ou gotejamento no cenário de esvaziamento incompleto da bexiga, denomina-se IU por transbordamento (Lukacz *et al.*, 2024a). Essas serão abordadas com maior precisão ao decorrer deste protocolo.

Tipos	Definição
Incontinência urinária de esforço	Queixa de perda involuntária por esforço, por espirro ou por tosse
Incontinência urinária de urgência	Queixa de perda involuntária de urina associada à Urgência
Incontinência urinária mista	Queixa de perda involuntária associada à urgência e ao esforço, espirro ou tosse
Enurese	Queixa de incontinência intermitente que ocorre durante os períodos de sono
Incontinência urinária contínua	Queixa de perda involuntária contínua de urina
Incontinência urinária por déficit cognitivo	Queixa de incontinência urinária periódica que o indivíduo com comprometimento cognitivo relata ter ocorrido sem estar ciente
Incontinência urinária por dificuldades de mobilidade	Queixa de incapacidade de chegar a tempo ao vaso sanitário para a micção, devido incapacidade física ou médica
Incontinência urinária da atividade Sexual	Relato individual de incontinência urinária durante ou associada a atividade sexual
Outros tipos situacionais de incontinência urinária	Incontinência do riso ou incontinência associada a crises epiléticas, entre outros

Quadro 1 - Atualizações referentes aos diferentes tipos de incontinência urinária pela *International Continence Society*

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Fernandes *et al.* (2022).

Tipos	Definição
Incontinência urinária associada à gravidez	Queixa de perda involuntária de urina durante a gravidez
Incontinência urinária pós-parto	Queixa de perda involuntária de urina que ocorre durante o período pós-parto e até 12 meses após o parto
Incontinência urinária de esforço pós-parto	Queixa de perda involuntária de urina por esforço, por espirro ou por tosse, experimentada pela primeira vez durante o período pós-parto e até 12 meses após o parto
Incontinência urinária de urgência pós-parto	Queixa de perda involuntária de urina associada à urgência, experimentada pela primeira vez durante o período pós-parto e até 12 meses após o parto
Incontinência urinária mista pós-parto	Queixa de perda involuntária associada à urgência e ao esforço, espirro ou tosse, também experimentada pela primeira vez durante o período pós-parto e até 12 meses após o parto
Incontinência urinária pós-parto coital	Queixa de perda involuntária de urina durante ou após o coito experimentada pela primeira vez durante o período pós-parto e até 12 meses após o parto; tal queixa pode ser dividida, ainda, naquela que ocorre com a penetração e naquela que ocorre com o orgasmo

Quadro 2 - Atualizações referentes aos diferentes tipos de incontinência na gestação e no pós-parto pela *International Continence Society* e *International Urogynecological Association*

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Doumouchtsis *et al.* (2022).

2.5 Classificação

2.5.1 Incontinência urinária de esforço

A IUE tem como definição toda a perda involuntária de urina pelo meato uretral externo, sincrônica aos atos de esforço, espirro ou tosse, que podem elevar à pressão intra-abdominal. A IU aos esforços ocorre em decorrência da deficiência no suporte vesical e uretral, papel realizado pelos músculos do assoalho pélvico, ou por uma fraqueza/lesão do esfíncter uretral. Com isso, em situações de esforço, a pressão intravesical excede a pressão intrauretral, levando ao escape urinário (Brasil, 2020; Girão *et al.*, 2015; Passos *et al.*, 2023).

Segundo estudos realizados por Holroyd-Leduc *et al.* (2008), a IUE é o subtipo mais prevalente em mulheres de até 65 anos, ganhando proporções de 50 a 66% dos casos, reduzindo a 25 a 33% em mulheres com mais de 65 anos, em razão de ser mais frequente a IUU e IUM. Isso deve-se aos fatores de risco relacionados à IUE, como: gravidez e tipo de parto, prática de exercícios físicos de alto impacto e obesidade - comumente, os dois primeiros são evidenciados até o início da idade idosa (Guerra *et al.*, 2021).

Nesse sentido, vale salientar que a IUE apresenta dois subtipos, são eles: hiper mobilidade do colo vesical (em decorrência de alterações no mecanismo uretral extrínseco, secundário à mudança de posição do colo vesical e da uretra proximal) e defeito esfíncteriano uretral intrínseco (fisiologicamente, refere-se à incompetência dos

mecanismos esfinterianos em manter os níveis pressóricos da bexiga e da uretra proximal semelhantes) (Passos *et al.*, 2023).

Por fim, conforme a atual diretriz da *European Association of Urology* (EAU) de 2024, a IUE pode ainda ser classificada como não complicada e complicada. Como definição, a incontinente não complicada é a que não possui cirurgia prévia para IUE, cirurgia pélvica extensa ou radioterapia extensa; ausência de prolapso geniturinário, de sintomas de esvaziamento e condições médicas que afetem o trato urinário inferior, como disfunção neurogênica (Harding *et al.*, 2024). Por sua vez, no que tange à IUE complicada, são as mulheres que estão contrárias ao descrito anteriormente, acrescidas de bexiga hiperativa e IUU significativa.

2.5.2 Incontinência urinária de urgência

A IUU tem como definição toda a perda de urina acompanhada de urgência. As incontinentes com esse distúrbio queixam-se da falta de controle da micção quando têm urgência miccional ou quando sentem a bexiga cheia, dessa forma, tendo o início da micção e impossibilidade de controle. Essa afecção é consequência da contração involuntária do músculo detrusor (hiperatividade detrusora); de maneira simples, ocorre quando a contração vesical supera a capacidade de oclusão uretral gerada pelo esfíncter (Brasil, 2020; Passos *et al.*, 2023).

O estudo de Komesu *et al.* (2016) relatou que a prevalência de IUU aumenta proporcionalmente com a idade. Dessa maneira, a partir dos 70 anos, as chances de ser incontinente em decorrência de IUU dobram em comparação aos 60 anos e até os 100 anos essa chance aumenta em nove vezes. Dentre as causas que levam à IUU, estão: redução da mobilidade, ITU/alterações do microbioma urinário que leva à irritação da mucosa vesical e modificação, identificável ou não, da inervação vesical (Brasil, 2020; Liao *et al.*, 2021).

Outrossim, diversas alterações neurológicas podem levar à IUU, como: lesões corticais em decorrência do córtex cerebral ter papel inibidor nas contrações vesicais involuntárias e as alterações em diferentes neurotransmissores. É notório que, quando as pacientes apresentam doenças neurológicas associadas à IUU, denomina-se bexiga neurogênica ou hiperatividade neurogênica (Liao *et al.*, 2021; Passos *et al.*, 2017).

Nos últimos tempos, a Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) ganhou notoriedade, esta se caracteriza pela presença de urgência (comumente, acompanhada por aumento da frequência e noctúria), com ou sem incontinência, na ausência de infecção urinária ou doenças que podem acarretar tal fato. A título de curiosidade, como precursora da IUU, tem-se a entidade denominada *dry overactive bladder*, que é quando a paciente tem sintomas de urgência (mais de quatro episódios nas últimas quatro semanas), polaciúria (mais de oito episódios ao dia) e noctúria, mas não apresenta perdas urinárias (Passos *et al.*, 2023).

2.5.3 Incontinência urinária mista

A IUM tem sua definição na concomitância de IUE e IUU, respectivamente, insuficiência de oclusão uretral associada à hiperatividade detrusora (Brasil, 2020). A sua prevalência aumenta consideravelmente entre a oitava e décima década de vida (Komesu *et al.*, 2016) em decorrência da união dos fatores de riscos associados à IUE e à IUU.

2.5.4 Incontinência urinária por transbordamento

A IU por transbordamento tem como definição os casos de perda contínua de urina, sem um gatilho específico, decorrente do esvaziamento incompleto da bexiga. Tal condição ocorre quando a bexiga urinária está com volume aumentado na ausência de contração efetiva do músculo detrusor, isso pode decorrer de uma obstrução infravesical ou de uma bexiga hiporreflexica devido à comorbidade prévia. Nesse sentido, geralmente, a clínica inclui noctúria, jato urinário fraco e, em menor escala, desconforto pélvico (Bergo *et al.*, 2024; Passos *et al.*, 2023).

2.6 Avaliação

De acordo com Lukacz *et al.* (2024a), apesar da alta prevalência mundial da IU, estima-se que cerca de 50% das mulheres adultas sofrem de IU, e somente 25 a 61% das incontinentes procuram atendimento. Acrescenta-se aos dados, conforme estudo de coorte realizado com pacientes incontinentes na Atenção Primária em Saúde, que apenas 37,2% das pacientes receberam manejo conforme as diretrizes e, não mais que, 17,7% são encaminhadas ao especialista dentro de um ano após o diagnóstico, destas mais de um quarto não compareceram à consulta (Luebke *et al.*, 2024).

Tal divergência pode ser desencadeada por diversos fatores, entre eles: falta de conhecimento da IU como sinal, como sintoma ou como condição que repercute negativamente em diferentes domínios da vida da mulher (IU ser considerada como parte normal do envelhecimento), falta de comunicação entre pacientes e profissionais da saúde e, não menos importante, avaliação e manejo incorreto/insuficiente por parte do profissional.

2.6.1 História clínica

O início da avaliação da paciente incontinente está em uma anamnese detalhada. Esta possui o objetivo de esclarecer os sintomas presentes, como a sua duração, frequência, evolução e gravidade, sendo essenciais para orientar o médico na condução diagnóstica e orientação terapêutica. Desse modo, causas subjacentes podem ser tratáveis ou exigir uma avaliação mais aprofundada, seja com auxílio de exames complementares, seja com auxílio do especialista (Guerra *et al.*, 2021; Passos *et al.*, 2023).

Para que isso ocorra, é essencial a abordagem da história médica pregressa, antecedentes familiares e hábitos de vida, como ingestão de cafeína, esta foi postulada por exacerbar a IU devido aos efeitos estimulantes musculares lisos e diuréticos. Sendo assim, elencam-se alguns tópicos que devem ser investigados: comorbidades, uso de medicamentos que podem desencadear IU (em apreciação no Quadro 3), história gineco-obstétrica e de cirurgias urogenitais prévias ou radioterapia. Dessa forma, a IU poderá ser categorizada em um dos três principais tipos: de esforço, de urgência ou mista - com base na sua sintomatologia típica, o que é exemplificado no Quadro 4 (Guerra *et al.*, 2021; Lukacz *et al.*, 2024a; Silva *et al.*, 2017).

Medicamentos		Efeito na função vesical
Anti-histamínicos	Antagonistas do receptor H1 de primeira geração - Bromfeniramina, Clorfeniramina, Clemastina e Hidroxizina	Diminuição da contratilidade através do efeito anticolinérgico
Benzodiazepínicos	Clordiazepóxido, Clonazepam, Temazepam e Triazolam	Micção prejudicada através do efeito relaxante muscular
Diuréticos	Furosemida, Hidroclorotiazida, Espironolactona e Amilorida	Aumento da produção de urina, contratilidade ou taxa de esvaziamento
Inibidores da ECA	Enalapril, Lisinopril e Ramipril	Diminuição da contratilidade; tosse crônica

Quadro 3 - Efeito de medicamentos selecionados na função vesical

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Lukacz *et al.* (2024a).

IU de esforço (IUE)		IU de urgência (IUU)
Fatores desencadeantes	Esforço, de acordo com os graus: I – Tosse, riso, espirro II – Marcha, cargas, desporto III – Mínimo esforço, mudança de posição	Espontânea Por vezes: mudanças de posição, percepção de água a correr ou atividade sexual
Forma de aparecimento	Posição ortostática Inesperadamente (ausência de imperiosidade)	Variável Sensação de urgência miccional intensa e dolorosa
Tipo	Jato breve e pouco abundante, sincrônico com o esforço	Perda abundante
Frequência miccional	Normal	Polaciúria, noctúria ou enurese
Percepção pela paciente	Tentativa de inibição contraindo as coxas	Perda percebida sem inibição possível
Dor associada	Ausente	Pode estar presente

Quadro 4 - Classificação do tipo de IU a partir da história clínica com base no Consenso Nacional sobre Uroginecologia de 2021

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Guerra *et al.* (2021).

2.6.2 Exame físico

O exame físico faz parte da rotina de investigação ginecológica da mulher com queixa de IU, sendo direcionado aos sistemas que podem ter relação com a afecção, visando reproduzir e caracterizar a incontinência, avaliar o suporte pélvico e excluir distúrbios associados (por exemplo, neurológico, quando surjam suspeitas mais específicas) (Fine; Antonini; Appell, 2004; Passos *et al.*, 2023).

O exame deve iniciar com a paciente na posição de litotomia, com o propósito de inspecionar as áreas da vulva, da parede vaginal e do assoalho pélvico. A presença de atrofia na parede vaginal pode ser indicativa de hipoestrogenismo na pós-menopausa, fator de risco para desenvolver IU. Outrossim, quando a incontinente apresentar prolapso de órgão pélvico - comumente associado à IUE - esse deve ser quantificado, podendo utilizar da aplicação da escala *Pelvic Organ Prolapse Quantification System* (POP-Q). Vale salientar que o exame abdominal é imprescindível na avaliação, a fim de palpar possíveis massas abdominais ou uma bexiga cheia (Guerra *et al.*, 2021; Harding *et al.*, 2024; Passos *et al.*, 2023).

A avaliação da mobilidade uretral poderá ser realizada pelo *Q-tip teste*, atentando-se à hipermobilidade uretral. Todavia, ter essa condição não é preditiva de ser incontinente e, caso seja, é um fator preditivo de sucesso terapêutico - teste em desuso na avaliação clínica. Outro teste que pode ser realizado é o *stress teste*, feito com a paciente em posição de litotomia - valor preditivo positivo de 78 a 97% - e, caso necessário, em posição ortostática, no qual a paciente deverá estar com a bexiga cheia e tossir e/ou realizar a manobra de Valsava. Caso ocorra a perda involuntária de urina coincidindo com o esforço, o resultado é preditivo de IUE, podendo também estar relacionada com hiperatividade do detrusor (Guerra *et al.*, 2021; Passos *et al.*, 2023).

2.6.3 Exames complementares

2.6.3.1 Análise de urina

De acordo com as últimas *guidelines* mundiais, exames qualitativos de urina e, quando necessário, urocultura são parte integrantes da avaliação inicial da incontinente. É notório identificar que a análise sumária de urina é considerada um exame de rastreio além de diagnóstico, importante para identificar ou excluir hematúria, proteinúria, glicosúria, piúria e bacteriúria (Guerra *et al.*, 2021).

Segundo a *EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms* (2024), da EAU, é evidência 3 a análise de urina negativa para nitritos e esterase leucocitária para excluir ITU e recomendação forte à reavaliação de IU após tratamento da ITU, caso haja presença de ITU concomitante a IU. Além disso, não se deve tratar por rotina bacteriúria assintomática em pacientes idosas para melhorar a IU (Harding *et al.*, 2024).

2.6.3.2 Diário miccional e inquéritos de qualidade de vida

Questionários para quantificação de sintomas e diários de micção são partes da avaliação inicial e permitem o registro pelas próprias pacientes dos sintomas por um período maior, podendo ser utilizados para facilitar o diagnóstico, monitorar a eficácia do tratamento e, inclusive, ser instrumento de intervenção terapêutica, uma vez que a incontinente tem maior controle da sua função vesical. No entanto, há limitações em determinar as causas que levaram à IU (Guerra *et al.*, 2021; Passos *et al.*, 2023).

Diversos modelos são disponíveis de acordo com a demanda da paciente, dessa forma, é recomendado que a paciente utilize por, no mínimo, três dias. Entre as variáveis, poderão ser registradas a data, a hora, a frequência de episódios de IU, o uso de absorventes, a intensidade da urgência, a atividade no momento da perda e, se possível, quantificar variáveis urodinâmicas, como volume miccional e volume urinário total de 24 horas ou noturno (Harding *et al.*, 2024; Passos *et al.*, 2023).

Por fim, de maneira recente no âmbito da saúde, os inquéritos de qualidade de vida são confiáveis e de fácil aplicação, preenchidos pela incontinente com o propósito de avaliar a sua qualidade de vida em diferentes aspectos - físicos, sociais, psicológicos e econômicos - frente à sua condição de saúde. Esses permitem um melhor conhecimento sobre a paciente e de sua adaptação frente ao diagnóstico e ao tratamento. Há diversos questionários relacionados com as disfunções do assoalho pélvico, alguns já validados para o português, como, por exemplo, o *King's Health Questionnaire* (Guerra *et al.*, 2021; Passos *et al.*, 2023).

2.6.3.3 Estudos urodinâmicos

Os estudos urodinâmicos permitem determinar com exatidão o distúrbio urinário da paciente, analisando a medida das pressões em vários pontos do trato urinário inferior. Esses são divididos em: testes não invasivos, sem inserção de cateteres, como: urofluxometria, medida do resíduo pós-miccional (RPM) e ecografia vesical; e testes invasivos, com inserção de cateteres, sondas ou agulhas, como: cistometria, estudo pressão-fluxo, perfil uretral e eletromiografia (Guerra *et al.*, 2021; Passos *et al.*, 2023).

De acordo com a diretriz da EAU, a RPM é indicada em todos os pacientes que possuem queixas com origem no trato urinário inferior durante a avaliação inicial (Harding *et al.*, 2024). Tal exame mensura a quantidade de urina que permanece na bexiga após a micção por meio de cateterismo ou ultrassom, sendo este preferível. Tem-se como recomendação forte, também, a monitorização por RPM em pacientes que estão em tratamento e que podem causar ou agravar a disfunção miccional. Há divergências entre os estudos quando trata-se do valor de volume considerado anormal, podendo ser razoável considerar um volume PVR > 100 como significativo ou a proporção do volume total da bexiga que é esvaziado pela paciente, contemplando a fórmula: Eficácia de esvaziamento

da bexiga (BVE) = volume esvaziado (VV)/(VV+PVR) × 10, sendo o parâmetro mais confiável para medição.

Todavia, a avaliação urodinâmica em todos as pacientes incontinentes é controversa. Tal fato se deve à falta de padronização dos parâmetros utilizados, uso de cateteres que podem interferir na IUE e situações artificiais que não reproduzem as situações vivenciadas diariamente pela paciente. Assim sendo, as principais indicações para a realização dos estudos invasivos são: o tipo de IU após exame clínico e físico são inconsistentes ou os achados clínicos não se relacionam, quando há falha terapêutica, alterações no fluxo e retenção urinária ou prolapso genitais associados e quando há planejamento de tratamento terapêutico cirúrgico (controversa quando a incontinente possuir IUE). Válido enfatizar que o diagnóstico clínico e os achados cistométricos podem não se relacionar, mulheres assintomáticas podem apresentar anormalidades nos testes urodinâmicos (Burkhard *et al.*, 2020; Guerra *et al.*, 2021; Passos *et al.*, 2023).

Vale citar, ainda, no que tange às duas categorias de IUE, que há presunção de diagnóstico pelo resultado da avaliação urodinâmica. A hipermobilidade do colo vesical se apresenta na avaliação urodinâmica com valores de pressão de perda de urina superiores a 90 cmH₂O e, por sua vez, é indicativo de defeito esfinteriano uretral intrínseco quando a pressão de perda de urina for inferior a 60 cmH₂O; valores intermediários podem significar associação dos dois mecanismos (Passos *et al.*, 2023).

2.6.3.4 Outros

Exames de imagem melhoram a visualização das anormalidades anatômicas e funcionais que podem levar à IU. As principais são a ultrassonografia e a ressonância magnética, sendo a primeira mais utilizada pelo menor custo e maior disponibilidade. Todavia, exames de imagem do trato urinário superior e inferior não devem ser realizados a fim de avaliar IU (Burkhard *et al.*, 2020).

2.6.4 Diagnósticos diferenciais

A avaliação da paciente deverá descartar algumas afecções que podem ter as mesmas manifestações clínicas que a IU. Nesse sentido, citam-se: divertículos da uretra e corrimento vaginal que podem condicionar a presença de gotejamento pós-miccional; detecção de massas palpáveis em região pélvica e corpo estranho que podem comprometer os nervos responsáveis pelo adequado funcionamento da bexiga; e fístulas que podem ser indicativas quando há presença de urina na vagina. Por fim, devem-se descartar cistites e infecções urinárias que podem ser comprovadas com exames qualitativos de urina (Brasil, 2020; Guerra *et al.*, 2021; Passos *et al.*, 2017).

2.7 Encaminhamento ao especialista

Não há necessidade de todas as pacientes incontinentes serem encaminhadas ao especialista via Atenção Básica em Saúde. Sendo assim, há uma minoria de casos com necessidade de atendimento especializado, sendo indicações: incerteza no diagnóstico, dor abdominal ou pélvica associada, hematúria macroscópica ou microscópica com fatores de malignidade na ausência de ITU, história de ITU de repetição, história de cirurgia ou radioterapia pélvica, presença de alterações em exame físico que necessitem de intervenção cirúrgica ou por escolha da paciente, início súbito da incontinência quando há sintomas neurológicos associados e IU sem resposta ao tratamento clínico otimizado por três meses (Harding *et al.*, 2024; Lukacz *et al.*, 2024a; UFRGS, 2023).

Nesse viés, o conteúdo descritivo encaminhado ao especialista deve conter, preferencialmente: avaliação clínica detalhada e exame físico (quando há alterações, quantificá-las); descrição com data da análise de urina e urocultura e exames complementares, se realizados; tratamento clínico realizado para IU (mudanças no estilo de vida, exercícios da musculatura pélvica e treinamento vesical, com tempo de duração); e, caso seja discutido com teleconsultoria (por exemplo, Telessaúde do estado do Rio Grande do Sul), anexar número de protocolo (UFRGS, 2023).

2.8 Tratamento

A IU deve ser manejada com abordagem multidisciplinar - médicos, fisioterapeutas e nutricionistas - a fim de que haja resolução por manejo conservador, farmacológico ou cirúrgico, sendo este determinado conforme o quadro clínico da incontinente. Portanto, é essencial o notório conhecimento sobre os riscos e benefícios das intervenções, certificando-se que a paciente e/ou acompanhante sejam informados sobre as opções disponíveis para tratamento, bem como sua expectativa frente à elas (Lino, 2011; Passos *et al.*, 2023).

Ademais, existem intervenções não terapêuticas indicadas no manejo temporário ou a longo prazo quando há falha completa do tratamento ou contraindicações absolutas a ele - minoria das pacientes devido à falta de adesão. Fazem parte os produtos que auxiliam na coleta da urina (cateterismos permanentes ou intermitentes e absorventes), os de prevenção (dispositivos vaginais) e os que bloqueiam a perda urinária (dispositivos uretrais) (Passos *et al.*, 2023).

2.8.1 Tratamento conservador

Como tratamento conservador da IU, entende-se toda a intervenção que não englobe abordagem farmacológica ou cirúrgica. Fazem parte tratamentos não invasivos, de baixo custo, com poucos efeitos adversos e dependentes da efetividade da incontinente. Essa é a abordagem terapêutica inicial (primeira linha de tratamento) para pacientes com IU, os quais são indicados para todas as pacientes e, unicamente, em casos de contraindicação

farmacológica/cirúrgica, quando recusam outros tratamentos ou as que aguardam cirurgia (Guerra *et al.*, 2021). Comumente, antes de considerar iniciar terapias subsequentes ao tratamento conservador, deve-se aguardar seis semanas a fim de avaliar resposta; caso seja benéfico, o tratamento poderá ser prolongado (Lukacz *et al.*, 2024b).

Por conseguinte, as terapêuticas mais utilizadas incluem: medidas comportamentais, como perda de peso - em casos de pacientes acima do peso, a redução tem maior impacto quando é IUE -, tratamento para constipação quando há, alterações dietéticas e ingestão hídrica - diminuição do consumo de cafeína diminui episódios de IUU e restrição hídrica poderá ser adotada à noite para reduzir episódios de noctúria -, prática de exercício físico e diminuição do tabaco por ser associado à incontinência (Guerra *et al.*, 2021; Passos *et al.*, 2023). Vale frisar que, durante o dia, as incontinentes que ingerem quantidades excessivas de líquidos devem normalizar a ingesta, salvo orientação médica para maior consumo (Lukacz *et al.*, 2024b).

Outrossim, por ser uma função adquirida, ganha-se papel importante na vida das incontinentes os exercícios de reabilitação da musculatura pélvica. Sendo esse o objetivo comum de tratamentos que utilizam exercícios perineais, cones vaginais, eletroestimulação e *biofeedback*, que, devido ao aumento do tônus muscular e da força contrátil, levam à recuperação das fibras de resposta rápida do esfíncter uretral estriado, essencial ao mecanismo de continência. Os exercícios da musculatura do assoalho pélvico (*Keegel*), de fácil realização, são recomendados para todos os tipos de incontinência, principalmente a de esforço, sendo o regime básico é de três séries de 8 a 12 contrações sustentadas por 8 a 10 segundos cada ao longo de três vezes ao dia. Essa abordagem deve ser realizada ao longo de, no mínimo, 15 semanas (Guerra *et al.*, 2021; Lukacz *et al.*, 2024b; Passos *et al.*, 2023).

Conforme estudo realizado por Woodley *et al.* (2017), e reiterado por Harding *et al.* (2024), o treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode ser usado para prevenir a IU na gravidez e no pós-parto. Uma revisão da Cochrane concluiu que o Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (PFMT) em mulheres incontinentes ou não durante a gravidez produziu um risco 26% menor de IU durante a gravidez e no período pós-parto médio. Além disso, mulheres continentas grávidas que exercitaram o Fortalecimento da Musculatura Pélvica (PFM) durante a gravidez tiveram 62% menos probabilidade de apresentar IU no final da gravidez e tiveram 29% menos risco de IU três a seis meses após o parto.

Outras técnicas incluem micção por horário associado à utilização do diário miccional, com o objetivo de corrigir hábitos associados à frequência urinária e ao auxílio do controle da urgência - os intervalos são gradualmente aumentados até que o paciente esteja urinando a cada três a quatro horas sem IU ou urgência frequente, estrogênios tópicos em mulheres na peri ou pós-menopausa com IU e atrofia vaginal, sendo usados por um tempo mínimo de 3 meses para trazer benefícios - não é recomendada terapia oral com estrogênios por ser fator de risco para IU, e, de maneira recente, estudos trazem

medicinas alternativa e complementares (Guerra *et al.*, 2021; Lukacz *et al.*, 2024b; Passos *et al.*, 2023).

2.8.2 Tratamento farmacológico e cirúrgico

2.8.2.1 Incontinência urinária de esforço

Caso os tratamentos de primeira linha, descritos anteriormente, não forem suficientes recomenda-se a segunda linha de tratamento. De acordo com a *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos, não há nenhuma terapia farmacológica aprovada para IUE (Lukacz *et al.*, 2024b). Todavia, mesmo que não tragam melhorias significativas dos sintomas a longo prazo, alguns medicamentos são utilizados, como: Duloxetine - antidepressivo - que age inibindo a recaptção de serotonina e norepinefrina, o que aumenta a atividade motora da musculatura estriada periuretral. Se prescrita, recomenda-se a reavaliação da paciente 4 a 12 semanas após o início do tratamento, de forma a avaliar a eficácia terapêutica (Lukacz *et al.*, 2024b; Passos *et al.*, 2023).

Em relação ao tratamento cirúrgico, este é indicado nos casos de IU por defeito anatômico, todavia a eficácia por vezes é baixa (quando relacionada com IUM), ao contrário da taxa de recidiva. Nesse sentido, é imprescindível a explicação dos objetivos e complicações previamente ao procedimento à paciente. Há diferentes cirurgias de correção, como: *slings* pubo-vaginais e da uretra média, colposuspensão (associada a maior risco de prolapso de órgãos pélvicos - POP - a longo prazo) e esfíncter artificial (raramente utilizado). Os *slings* da uretra média são a primeira escolha de tratamento de IUE não complicada por possuírem menores taxas de complicações e menor tempo cirúrgico e de posterior hospitalização (Guerra *et al.*, 2021; Jelovsek; Reddy, 2024; Lukacz *et al.*, 2024b; Passos *et al.*, 2023).

Por fim, outros tratamentos especializados com limitações em literatura são: injeções periuretrais (finalidade de criar coaptação e resistência uretral, contudo tem menor eficácia e necessidade de replicações em médio prazo), uso de células estaminais, radiofrequência e laser (Guerra *et al.*, 2021; Lukacz *et al.*, 2024b).

2.8.2.2 Incontinência urinária de urgência

A farmacoterapia é a segunda linha de tratamento para IUU, e esta deve ser associada à primeira linha, quando indicada. Os fármacos utilizados são, principalmente, os agentes antimuscarínicos (Oxibutinina é a mais utilizada), que atuam produzindo relaxamento da contratilidade lisa da bexiga, e/ou agonistas beta-3 adrenérgicas (Mirabegrona), que atuam estimulando os receptores na bexiga responsáveis por relaxar o músculo liso - eficácia semelhante aos antimuscarínicos, todavia com menores efeitos adversos (Lukacz *et al.*, 2023; Passos *et al.*, 2023).

Nesse sentido, a melhora inicial do tratamento farmacológico inicia-se após duas semanas levando até 12 semanas para a sua otimização, necessitando de reavaliação médica neste intervalo. Para incontinentes com resposta inadequada, deve confirmar a adesão às medidas conservadoras, após ajuste do medicamento (dose e/ou classe) ou dar-se à terapia combinada com duas classes (antimuscarínico e adrenérgico beta-3) (Harding *et al.*, 2024; Lukacz *et al.*, 2023; Passos *et al.*, 2023).

Além do exposto, outros medicamentos são uma opção contraditória na literatura para manejo de IUU, como: antagonistas dos receptores adrenérgicos alfa e antidepressivos (como a Imipramida) que levam ao aumento na capacidade cismétrica e do volume na primeira contração involuntária quando há hiperatividade neurogênica do detrusor. Algumas medicações utilizadas no tratamento para IU estão em apreciação no Quadro 5. Quando bem indicadas (sintomas contínuos com terapia farmacológica adequada ou que são incapazes de tolerar a farmacoterapia), as terapias avançadas podem ser benéficas ao paciente, como estimulação do nervo tibial e injeção de toxina botulínica - risco de contenção urinária e IU de repetição - além da duração limitada da resposta (Harding *et al.*, 2024; Lukacz *et al.*, 2023; Passos *et al.*, 2023).

Quando não há resposta aos outros tipos de tratamento, o manejo cirúrgico está indicado, e tem como opções a neuromodulação, cistoplastia de aumento e a derivação urinária. A primeira utiliza da estimulação contínua da região sacral em S3 para estimular a atividade do detrusor e do esfíncter, o que melhora o mecanismo de continência. Por sua vez, a segunda utiliza um segmento de intestino na parede da bexiga e tem sido usada em diferentes graus de sucesso para bexiga hiperativa refratária, sendo orientado o paciente sobre o alto risco de autocateterismo intermitente limpo. Por fim, a terceira inclui a derivação urinária de conduto ileal, neobexiga ortotópica e neobexiga heterotópica (Guerra *et al.*, 2021; Harding *et al.*, 2024; Passos *et al.*, 2023).

FÁRMACO	POSOLOGIA	CONTRAINDIÇÕES
Primeira opção		
Cloridrato de oxibutinina* LR ou LE (Antimuscarínico)	LR – 2,5mg 1cp, VO, 3x/dia; pode-se utilizar até 10 mg 1cp, VO, 3x/dia LE – 10 mg 1cp, VO, 1x/dia	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidade aos componentes Glaucoma de ângulo fechado Obstrução parcial ou total do trato gastrointestinal Entre outras.
Mirabegrona (Agonista β3)	25 - 50mg 1cp, VO, 1x/dia	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidade aos componentes Hipertensos graves Menores de 18 anos Entre outras.
Alternativas		
Tartarato de tolterodina LR ou LE (Antagonista competitivo da acetilcolina)	LR – 2 mg 1cp, VO, 2x/dia LE – 4 mg 1cp, VO, DU	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidade aos componentes Retenção urinária ou gástrica Glaucoma não-controlado de ângulo estreito Colite ulcerativa grave ou megacólon tóxico
Bromidrato de darifenacina (Inibidor seletivo de receptores M3)	7.5mg – 15mg, VO, 1x/dia	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidade aos componentes Retenção urinária ou gástrica Glaucoma de ângulo estreito não controlado
Imipramida** (Antidepressivo tricíclico)	10 - 50mg 1cp, VO, 1x/dia	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidade aos componentes Uso concomitante com inibidores reversíveis seletivos da MAO-A, como Moclobemida Durante recuperação de Infarto Agudo do Miocárdio

Legenda: DU, dose única; LE, liberação estendida; LR, liberação rápida; NE, nível de evidência; VO, via oral. *Disponível gratuitamente na Farmácia do estado do Rio Grande do Sul. ** Disponível gratuitamente na Farmácia do município de Santa Maria/RS.

Quadro 5 – Opções de medicações para incontinência urinária de urgência

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021), Passos *et al.* (2023), Astellas (2021), Aspen Pharma (2022), Cristália (2024), Farmacia Digital do RS (2024) e Prefeitura Municipal de Santa Maria (2024).

2.8.2.3 Incontinência urinária mista

Quando não houver resposta ao manejo conservador, inicia-se o tratamento pelo tipo de IU prevalente: esforço ou urgência. Quando medicamentoso, sejam drogas antimuscarínicas ou agonistas beta-3 quando há predominância de IUU, seja Duloxetine quando há predominância de IUE. Caso as intervenções não sejam suficientes, geralmente, tem-se o tratamento cirúrgico com *slings* uretral médio (Harding *et al.*, 2024; Lukacz *et al.*, 2024b; Passos *et al.*, 2017).

2.9 Limitações na atenção primária em saúde

Existem limitações que devem ser consideradas no manejo da paciente incontinente na Atenção Primária em Saúde, dentre elas: baixo nível de instrução da paciente e falta de uma relação médico *versus* paciente satisfatória (como, por exemplo, explicar sobre o

seu quadro clínico e possíveis efeitos adversos das medicações), abordagem inconsistente com triagens para IU pelos profissionais da saúde, alto custo e difícil acesso às medicações prescritas - quando estas não estão disponíveis gratuitamente -, tempo prolongado em filas de espera, seja para iniciar acompanhamento multiprofissional, seja para realização de exames de primeira avaliação e/ou complementares. Dessa forma, tem-se uma grande lacuna entre as ideais recomendações mundiais e a atenção primária em saúde em âmbito nacional.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um protocolo assistencial estruturado com base em literaturas atualizadas e de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis. O protocolo foi desenvolvido em três etapas: busca e avaliação de literatura, desenvolvimento do protocolo, elaboração do fluxograma.

3.1 Busca e avaliação da literatura

A busca da literatura foi realizada em livros de Ginecologia, nas fontes eletrônicas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *National Library of Medicine* (PubMed) e UpToDate. Para realização da pesquisa, foram utilizados os seguintes descritores: incontinência urinária E manejo E necessidade de especialista. Os artigos escolhidos foram publicados e lidos na íntegra pelos pesquisadores e pelo revisor independente Márcio Pedroso Saciloto. Os artigos selecionados foram aprovados pelo revisor e estão incluídos nesta revisão de literatura e neste protocolo assistencial.

3.2 Critérios de inclusão

Serão incluídas no estudo as pacientes que preencherem todos os critérios citados:

- a) Pacientes do sexo feminino;
- b) Pacientes maiores de 18 anos, adultas ou idosas;
- c) Pacientes com queixa de IU de causa não neurogênica.

3.3 Critérios de exclusão

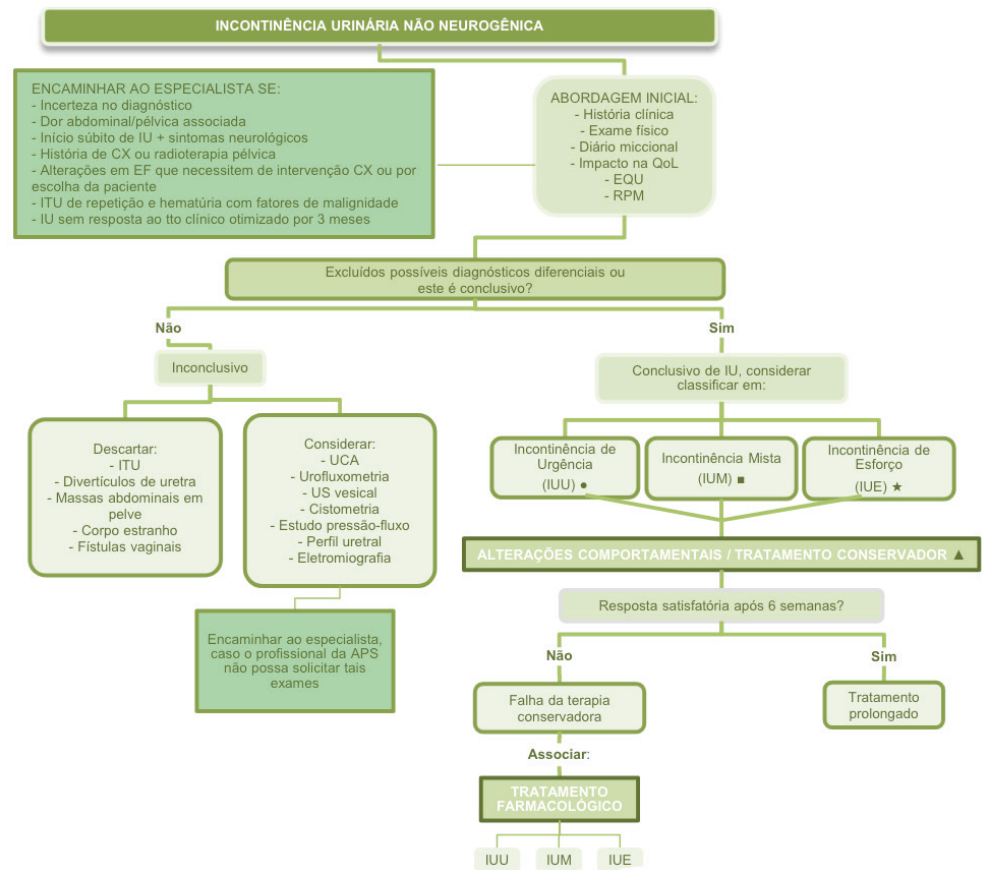
Serão excluídas do estudo as pacientes que preencherem os critérios citados:

- a) Pacientes que não preencheram todos os critérios de inclusão.

3.4 Casos especiais

Não se aplica.

4 | FLUXOGRAMA



Legenda:

- ★ IU sincrônica aos atos de esforço, espirro ou tosse.
- concomitância de IUE e IUU.
- IU acompanhada de urgência.
- ▲ Adequado funcionamento intestinal, controle de comorbidades prévias e de ingesta de líquidos (evitar: cafeína, bebidas alcoólicas e excesso de líquidos em geral); prática de exercícios físicos; perda de peso e sistemas de contenção, se necessários; micção por horário e aumento do intervalo entre as mesmas; manobras de supressão de urgência; se atrofia vaginal, estrogênios vaginais e PFMT.

* Disponível gratuitamente na Farmácia do estado do Rio Grande do Sul.

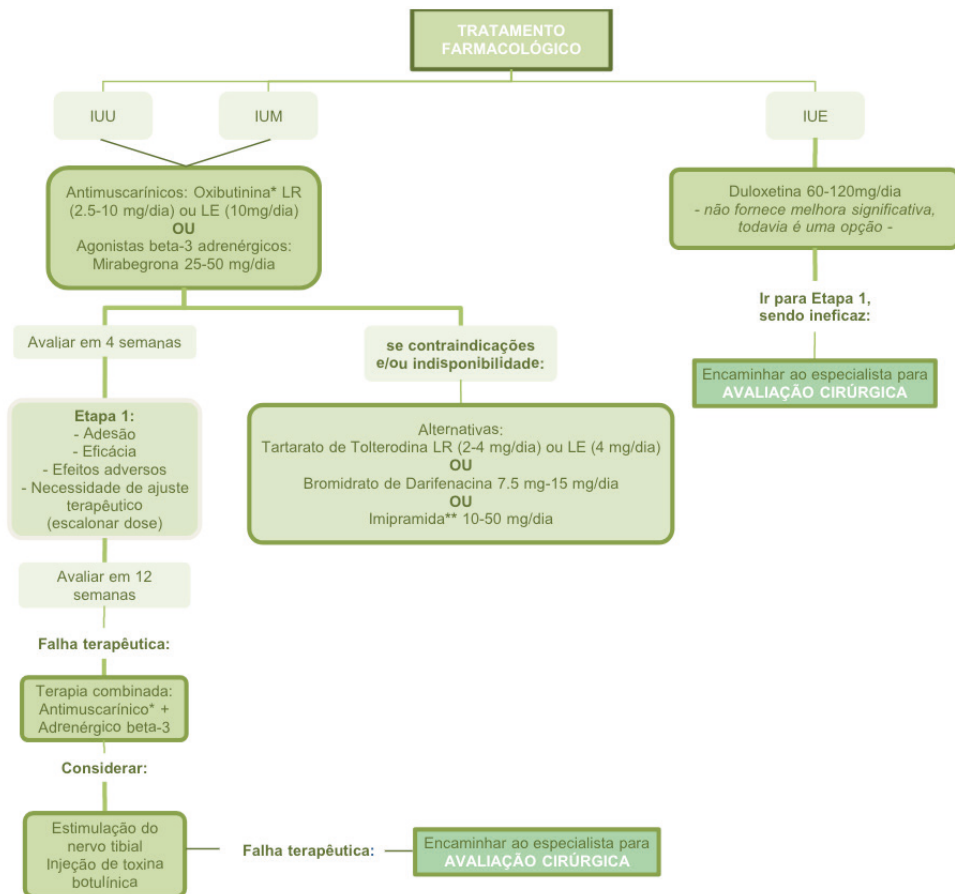
** Disponível gratuitamente na Farmácia do município de Santa Maria/RS.

Siglas:

- CX - Cirurgia / Cirúrgica.
- EF - Exame físico.
- EQU - Exame Qualitativo de Urina.
- ITU - Infecção do Trato Urinário.
- IU - Incontinência Urinária.
- PFMT - Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico.
- QoL - Quality of Life.
- RPM - Resíduo pós-miccional.
- UCA - Exame de Urocultura.
- US - Ultrassonografia

Figura 1 - Manejo de incontinência urinária feminina não neurogênica na atenção primária em saúde (1)

Fonte: Elaborada pela autora (2024).



Legenda:

- ★ IU sincrônica aos atos de esforço, espirro ou tosse.
- concomitância de IUE e IUU.
- IU acompanhada de urgência.
- ▲ Adequado funcionamento intestinal, controle de comorbidades prévias e de ingestão de líquidos (evitar: café, bebidas alcoólicas e excesso de líquidos em geral); prática de exercícios físicos; perda de peso e sistemas de contenção, se necessários; micção por horário e aumento do intervalo entre as mesmas; manobras de supressão de urgência; se atrofia vaginal, estrogênios vaginais e PFMT.
- * Disponível gratuitamente na Farmácia do estado do Rio Grande do Sul.
- ** Disponível gratuitamente na Farmácia do município de Santa Maria/RS.

Siglas:

- CX - Cirurgia / Cirúrgica.
- EF - Exame físico.
- EQU - Exame Qualitativo de Urina.
- ITU - Infecção do Trato Urinário.
- IU - Incontinência Urinária.
- PFMT - Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico.
- QoL - Quality of Life.
- RPM - Resíduo pós-miccional.
- UCA - Exame de Urocultura.
- US - Ultrassonografia.

Figura 2 - Manejo de incontinência urinária feminina não neurogênica na atenção primária em saúde (2)

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

REFERÊNCIAS

ADAJI, S. E. *et al.* Suffering in silence: pregnant women's experience of urinary incontinence in Zaria, Nigeria. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 150, n. 1, p. 19-23, 2010.

ANIULIS, P. *et al.* Association of gene polymorphisms with women urinary incontinence. **Open Medicine**, Warsaw, v. 16, n. 1, p. 1190-1197, 2021.

ASPEN PHARMA. **Enablex®**. Serra, 2022. Disponível em: https://uploads.consultaremedios.com.br/drug_leaflet/Bula-Enablex-Paciente-Consulta-Remedios.pdf. Acesso em: 26 ago. 2024.

ASTELLAS. **Myrbetric®**. São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.astellas.com/br/system/files/bula_myrbetric_profissional.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

BACHMANN, G. *et al.* Genitourinary syndrome of menopause (vulvovaginal atrophy): Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**, [S. l.], 15 abr. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/genitourinary-syndrome-of-menopause-vulvovaginal-atrophy-clinical-manifestations-and-diagnosis#!>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BATES, P. *et al.* The standardization of terminology of lower urinary tract function. **Journal of Urology**, Baltimore, v. 121, p. 551- 554, 1979.

BERGO, P. A. *et al.* Incontinência urinária: prevalência, classificação e manejo na população adulta. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 1-13, mar./abr. 2024.

BOTLERO, R. *et al.* Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. **Maturitas**, Limerick, v. 62, n. 2, p. 134-139, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria Conjunta nº 1, de 09 de janeiro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária não Neurogênica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BUMP, R. *et al.* Obesity any lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 166, p. 392, 1992.

BURKHARD, F. C. *et al.* **EAU guidelines on urinary incontinence in adults**. The Netherlands: European Association of Urology, 2020.

CÂNDIDO, F. J. L. F. *et al.* Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 67-80, 2017.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas incontinência urinária não neurogênica**: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CRISTÁLIA. **Imipra®**. Itapira, 2024. Disponível em: <https://www.cristalia.com.br/index.php/produto/109/bula-paciente>. Acesso em: 26 ago. 2024.

DIETZ, H. P. Pelvic floor trauma in childbirth. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Melbourne, v. 53, n. 3, p. 220-230, 2013.

DOUMOCHTSIS, S. K. *et al.* An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders. **Continence**, Amsterdam, v. 4, dec. 2022.

EVANGELISTA, D. R. *et al.* Prevalência de incontinência urinária em idosas e impacto na qualidade de vida. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 1588-1602, jan./fev. 2021.

FERNANDES, A. *et al.* **Relatório da Sociedade Internacional de Continência sobre a terminologia para Disfunção Neurogênica do Trato Urinário Inferior em Adultos (DNTUIA)**. Bristol: ICS, 2022.

FINE, P. M.; ANTONINI, T. G.; APPELL, R. A. Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v. 47, n. 1, p. 44-52, 2004.

GAJEWSKI, J. B. *et al.* An International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult neurogenic lower urinary tract dysfunction (ANLUTD). **Neurourology and Urodynamics**, New York, v. 37, n. 3, p. 1152-1161, 2018.

GIRÃO, M. J. B. C. *et al.* **Tratado de uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico**. Barueri: Manole, 2015.

GUERRA, A. *et al.* **Consenso nacional sobre uroginecologia: secção portuguesa de uroginecologia**. 2. ed. Coimbra: SPG, 2021.

GUERRA, M. J. J. *et al.* Validação do “international consultation on incontinence questionnaire urinary incontinence quality of life module”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 44, p. 1-7, 2023.

HANDA, V. L. Effect of pregnancy and childbirth on urinary incontinence and pelvic organ prolapse. **UpToDate**, [S. l.], 18 jan. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/effect-of-pregnancy-and-childbirth-on-urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse>. Acesso em: 10 set. 2024.

HANNESTAD, Y. S. *et al.* Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. **BMJ**, [S. l.], v. 329, n. 7471, p. 889-891, 2004.

HARDING, C. K. *et al.* **EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms**. The Netherlands: European Association of Urology, 2024.

HAYLEN, B. T. *et al.* An International urogynecological association join report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, New York, v. 29, n. 1, p. 4-20, 2010.

HIGA, R.; LOPES, M. H.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-192, 2008.

HOLROYD-LEDUC, J. M. *et al.* What type of urinary incontinence does this woman have? **JAMA**, Chicago, v. 299, n. 12, p. 1446-1456, 2008.

JELOVSEK, J. E.; REDDY, J. Female stress urinary incontinence: choosing a primary surgical procedure. **UpToDate**, [S. l.], 19 apr. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-stress-urinary-incontinence-choosing-a-primary-surgical-procedure>. Acesso em: 23 ago. 2024.

KOMESU, Y. *et al.* Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence in middle-aged/older women: the importance of incontinence history. **International Urogynecology Journal**, Heidelberg, v. 27, n. 5, p. 763-772, 2016.

LIAO, A. *et al.* **Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente**. 2. ed., rev. e ampl. Barueri: Manole, 2021.

LINO, N. D. **Dieta para redução de peso e circunferência da cintura versus dieta com restrição de alimentos irritativos vesicais no tratamento da incontinência urinária**. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

LUEBKE, M. C. *et al.* Referral and prescription patterns for female patients with urinary incontinence. **Urogynecology**, Philadelphia, v. 30, n. 5, p. 489-497, may 2024.

LUKACZ, E. S. *et al.* Female urinary incontinence: evaluation. **UpToDate**, [S. l.], 29 mar. 2024a. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-urinary-incontinence-evaluation>. Acesso em: 15 fev. 2022.

LUKACZ, E. S. *et al.* Female urinary incontinence: treatment. **UpToDate**, [S. l.], 22 fev. 2024b. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-urinary-incontinence-treatment>. Acesso em: 07 fev. 2022.

LUKACZ, E. S. *et al.* Urgency urinary incontinence/overactive bladder (OAB) in females: treatment. **UpToDate**, [S. l.], 01 dec. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/urgency-urinary-incontinence-overactive-bladder-oab-in-females-treatment>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MILSOM, I.; GYHAGEN, M. The prevalence of urinary incontinence. **Climacteric**, London, v. 22, n. 3, p. 217-222, 2019.

NASCIMENTO, F. H. *et al.* Incontinência urinária: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 10, p. 65563-65576, oct. 2022.

NGUYEN, A. *et al.* Nongenetic factors associated with stress urinary incontinence. **Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 117, n. 2, p. 251-255, 2011.

NYGAARD, I. *et al.* Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **JAMA**, Chicago, v. 300, n. 11, p. 1311-1316, 2008.

PASSOS, E. P. *et al.* (Orgs.). **Rotinas em ginecologia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

PASSOS, E. P. *et al.* (Orgs.). **Rotinas em ginecologia**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Relação municipal de medicamentos essenciais**: remune 2024. Santa Maria: PMSM, 2024.

RIO GRANDE DO SUL. **Farmácia digital**. Porto Alegre, 2024. Disponível em: <https://farmaciadigital.rs.gov.br/>. Acesso em: 26 set. 2024.

SILVA, C. P. *et al.* Incontinência urinária: uma breve revisão da literatura. **Acta Médica**, Porto Alegre, v. 38, n. 7, 2017.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. **Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021**: secção portuguesa de uroginecologia. 2. ed. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RegulaSUS**: protocolos de regulação ambulatorial - ginecologia: versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS UFRGS, 2023.

WOODLEY, S. J. *et al.* Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 12, n. 12, dec. 2017.