

**Tema:** incontinência urinária na mulher

**Versão nº** 03

**Protocolo nº** 50

**1ª Versão:** agosto de 2013

**Atualização:** agosto de 2021

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	2
OBJETIVO.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
FLUXOGRAMAS .....	3
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	5
DEFINIÇÕES .....	5
DIAGNÓSTICO .....	7
TRATAMENTO .....	8
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO.....	9
MONITORAMENTO .....	9
CONFLITOS DE INTERESSE.....	9
SIGLAS .....	9
REFERÊNCIAS.....	10
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	12

## **INTRODUÇÃO**

A incontinência urinária (IU) é definida como a perda involuntária de urina, representando um problema higiênico e social. É uma condição que afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres e não deve ser considerada como parte do processo de envelhecimento.

Acomete 10 a 50% da população feminina adulta. Geralmente é um problema subdiagnosticado, pois muitas mulheres convivem por 6 a 9 anos com essa condição antes de procurar atendimento médico.

A incontinência urinária pode ser melhorada e na maioria das vezes curada com intervenções conservadoras e não cirúrgicas<sup>4</sup> chamadas de tratamento de primeira linha. A cirurgia apresenta taxas de cura em longo prazo superior a 85% e é indicada na falha do tratamento conservador e na impossibilidade de realizá-lo.

## **OBJETIVO**

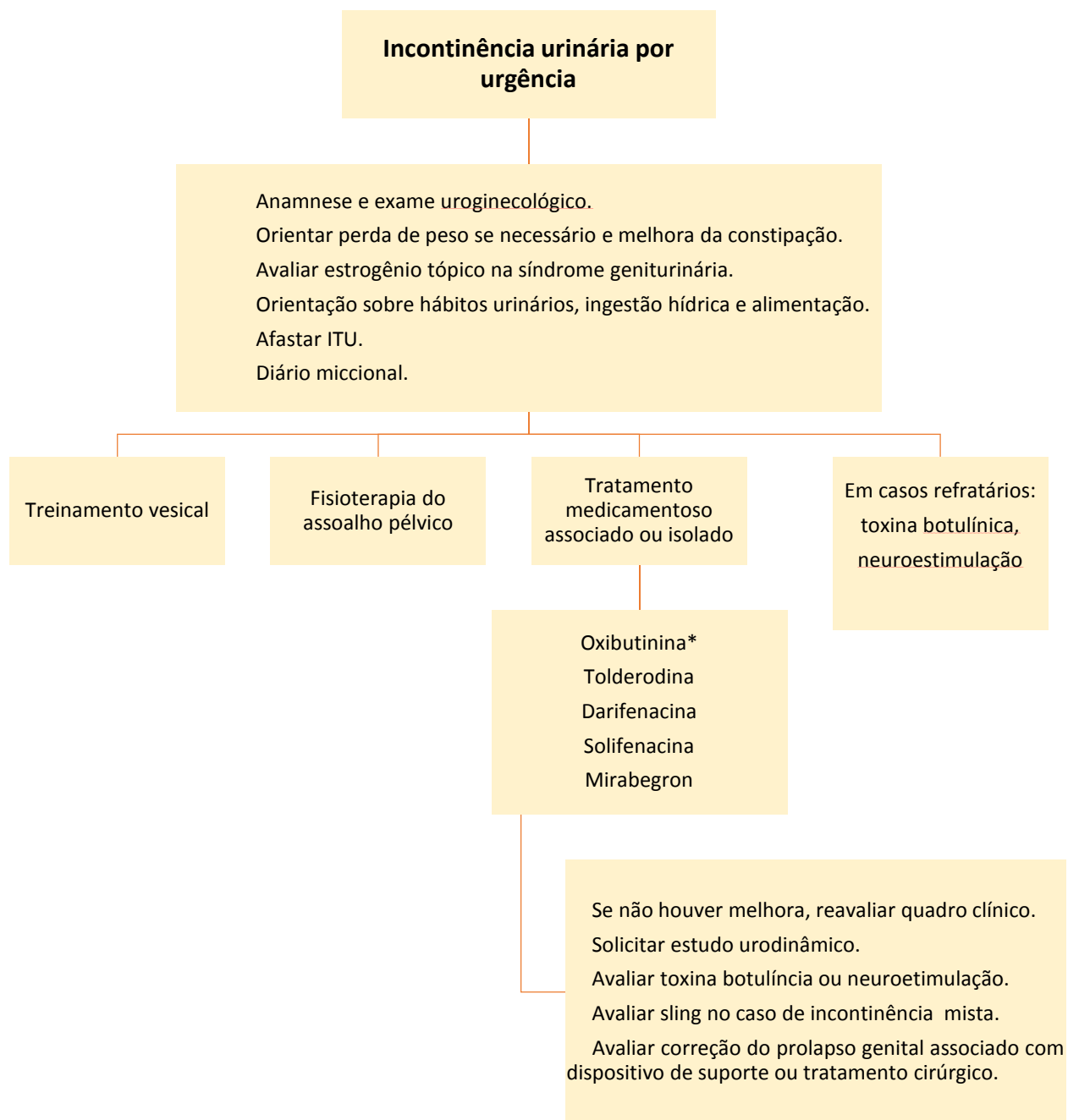
O objetivo deste protocolo é normatizar a conduta propedêutica e terapêutica para tratamento da incontinência urinária no Ambulatório de Disfunções do Assoalho Pélvico do Instituto Jenny de Andrade Faria do Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh, baseando-se nas melhores evidências científicas.

Essa normatização favorecerá os protocolos de pesquisa, a verificação dos critérios de cura e os melhores resultados com o tratamento clínico e cirúrgico.

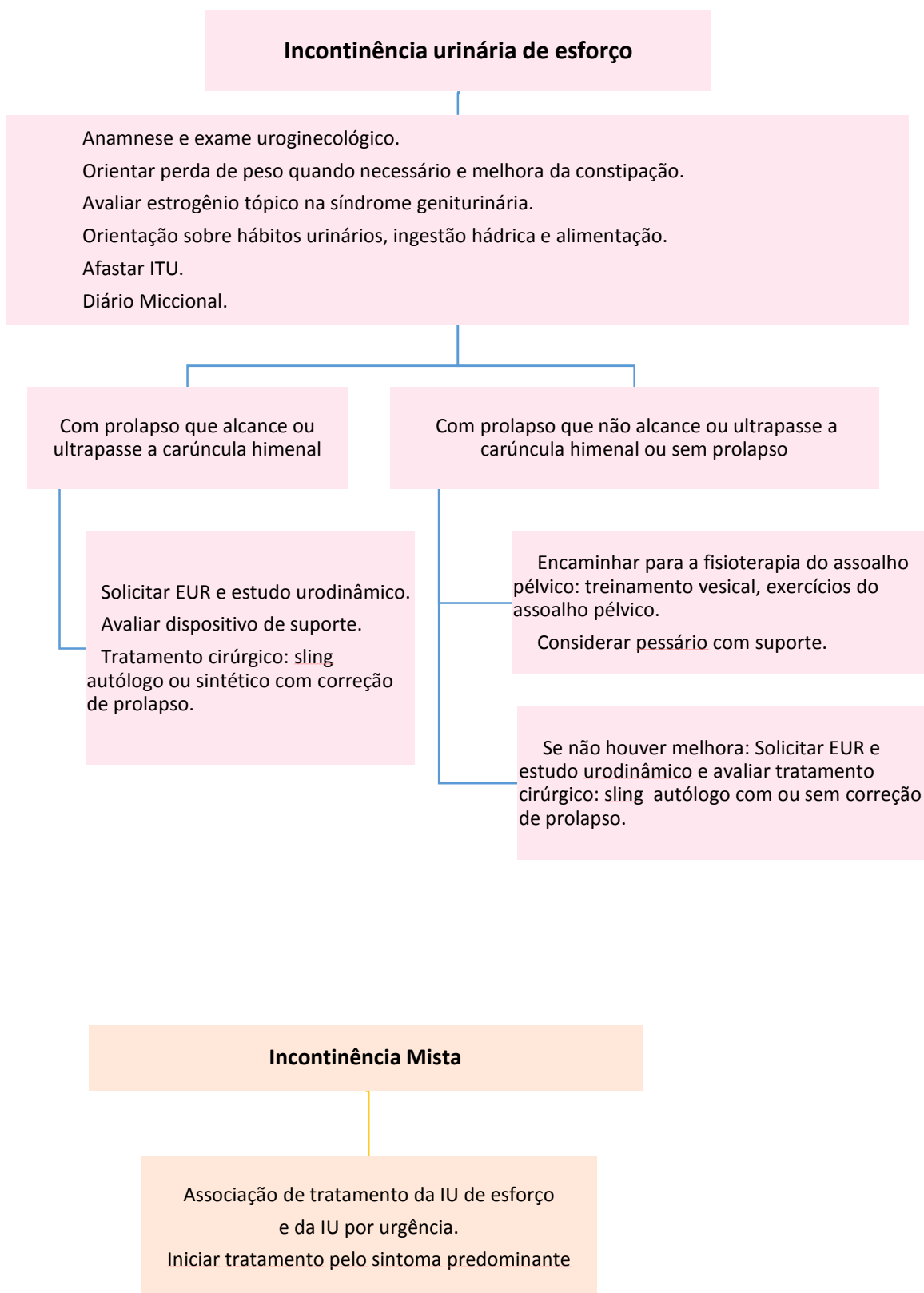
## **CRITÉRIOS DE ADMISSÃO**

Pacientes do sexo feminino com idade superior a 16 anos com queixa de perda involuntária de urina.

**FLUXOGRAMAS**



\* apenas a oxibutinina é padronizada no hospital. As outras drogas não são fornecidas, e só podem ser prescritas ambulatorialmente.



## ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordenar ações de sua equipe durante o atendimento ambulatorial e no estudo urodinâmico.</li> <li>– Participar das discussões clínicas e da revisão dos protocolos assistenciais.</li> </ul>
<b>Técnico de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponibilizar todo o material e equipamento para atendimento.</li> <li>– Auxiliar o médico durante o estudo urodinâmico.</li> <li>– Preparar e administrar as medicações prescritas pela equipe médica.</li> </ul>
<b>Médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Atender as pacientes encaminhadas: anamnese, exame físico especializado, diagnóstico clínico e elaboração do plano terapêutico (tratamento conservador, medicamentoso e cirúrgico)</li> <li>– Orientar os médicos residentes.</li> <li>– Discutir os casos e determinar condutas conservadoras ou cirúrgicas.</li> <li>– Prescrever e orientar administração de medicamentos.</li> <li>– Realizar o estudo urodinâmico.</li> <li>– Realizar o tratamento cirúrgico.</li> <li>– Coordenar projetos de pesquisa.</li> </ul>
<b>Laboratório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizar exames de urina e pré-operatórios.</li> </ul>
<b>Fisioterapeuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaliar a paciente.</li> <li>– Estabelecer o diagnóstico fisioterapêutico</li> <li>– Traçar o plano de tratamento e realizá-lo: educação, consciência corporal, treino de controle motor, cinesioterapia geral cinesioterapia perineal, treinamento vesical, treinamento intestinal, biofeedback, eletroterapia, exercícios funcionais, terapias manuais.</li> <li>– Evoluir a paciente em seu tratamento.</li> <li>– Definir alta e seguimento após a alta.</li> </ul>
<b>Gestores da área</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fazer a previsão e o controle de materiais de consumo médico-hospitalar e de bens permanentes para abordagem da IU.</li> <li>– Garantir o gerenciamento dos protocolos e aplicação das medidas cabíveis diante de não conformidades.</li> <li>– Garantir infraestrutura adequada.</li> <li>– Providenciar aquisição de suprimentos.</li> <li>– Garantir a provisão e gerenciamento de recursos humanos.</li> </ul>

## DEFINIÇÕES

- Na incontinência urinária de esforço (IUE) há o relato de perda de urina decorrente do aumento da pressão abdominal (tosse, riso, espirro, atividade física, esforço ao levantar peso) geralmente não acompanhada por sintomas irritativos ou noctúria.
- Na urge-incontinência (IUU) há o relato de perda involuntária de urina, apesar da tentativa de controle, associado ao forte desejo miccional. Outros sintomas associados são o aumento da frequência urinária diurna, urgência e noctúria. Algumas situações podem desencadear os sintomas – como abrir a porta de casa, ter contato ou ouvir o barulho de água corrente, e a ingestão hídrica aumentada com água, café, chá ou álcool.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- Na incontinência mista (IUM) a bexiga é hiperativa e a uretra incompetente. A perda de urina é de leve a moderada, e associada à atividade física ou urgência, além de estar associado a polaciúria e noctúria. Na maioria das vezes a paciente não diferencia os sintomas de urgência e de esforço.
- Na incontinência por transbordamento a perda de urina pode ser semelhante à incontinência mista com pequenas perdas quando há aumento da pressão abdominal ou com a presença também de polaciúria e noctúria.

## PROPEDÊUTICA

### Quadro 1 – sintomas urinários:

Sintomas de armazenamento anormal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– incontinência</li> <li>– incontinência de esforço</li> <li>– urge-incontinência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– polaciúria</li> <li>– noctúria</li> <li>– enurese</li> </ul>
Sintomas de esvaziamento anormal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– hesitação (dificuldade em iniciar a micção)</li> <li>– esforço para urinar</li> <li>– diminuição do jato urinário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– jato intermitente</li> <li>– sensação de esvaziamento incompleto</li> <li>– gotejamento pós-miccional</li> </ul>
Sintomas de sensibilidade anormal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Urgência (forte desejo de urinar)</li> <li>– disúria (dor em queimação à micção)</li> <li>– dor supra púbica à repleção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sensação de peso em baixo ventre</li> <li>– diminuição da sensibilidade da bexiga.</li> </ul>
Sintomas de conteúdo vesical anormal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cor anormal</li> <li>– odor anormal</li> <li>– hematúria</li> </ul>	

### Doenças associadas

A investigação de doenças sistêmicas que interferem na função urinária é importante para melhor abordagem terapêutica da paciente. As principais doenças são:

- diabetes melitus: aumenta a frequência urinária por aumento do volume urinário. Com a progressão da gravidade da doença, sobrepõe-se o acometimento da inervação vesical.
- doença pulmonar obstrutiva crônica: a tosse aumenta a pressão intra-abdominal, contribuindo para a incontinência de esforço.
- doenças neurológicas que interferem na inervação do trato urinário: doença de Parkinson, esclerose múltipla, tumores cerebrais, acidentes vasculares encefálicos, anomalias da coluna vertebral, traumatismo raquimedular.

## Medicamentos associados

O uso de medicamentos e outras substâncias que afetam o trato urinário deve ser anotado, principalmente:

- Sedativos.
- Álcool.
- Bloqueadores de canais de cálcio.
- Inibidores da conversão da angiotensina.
- Alfa-agonistas.
- Alfabloqueadores.
- Medicamentos com ação anticolinérgica (anti-histamínicos, opiáceos, antidepressivos, antipsicóticos).

## DIAGNÓSTICO

Quadro 2 – estratégias para a investigação da IU:

<b>Exame físico geral</b>	Ressalta-se a medida de peso e altura para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), pois o sobrepeso é fator de risco para IUE.
<b>Avaliação neurológica</b>	Concentra-se na avaliação da inervação lombossacra através dos testes de sensibilidade dos grandes lábios (L1-L2) e reflexos cutâneo-sacrais (reflexos bulbocavernoso e anal). A avaliação do tônus anal (S2-S3) é representativa, apesar de subjetiva. A função cognitiva e a marcha também devem ser avaliadas. Quando essa abordagem primária mostra alterações, mostra-se necessária uma avaliação neurológica especializada.
<b>Palpação abdominal</b>	Tem por objetivo procurar cicatrizes de cirurgias anteriores, sinais de deficiência no metabolismo do colágeno (estrias), bexiga distendida e massas suprapúbicas.
<b>Exame perineal</b>	São avaliados sinais de dermatite urêmica, aspecto do meato uretral, presença de alguma anormalidade anatômica (prolapso) e avaliação do trofismo genital.
<b>Teste de esforço</b>	Pode ser realizado em litotomia, com a bexiga confortavelmente repleta e será considerado positivo na visualização da perda de urina concomitante a manobras de esforço como tossir ou manobra de Valsalva. Se negativo, deve ser repetido com a paciente em ortostatismo.
<b>Avaliação da mobilidade uretral e da junção uretrovesical</b>	Pode ser feita por inspeção visual do meato uretral e seu deslocamento durante manobras de esforço. A hiper mobilidade uretral é constatada quando a angulação for maior que 30°.
<b>Toque vaginal</b>	Tem por objetivo avaliar a arquitetura da pelve óssea, o tônus da musculatura do assoalho pélvico, o comprimento e capacidade vaginal, a mobilidade do útero, a presença de massa anexial e a inervação do assoalho pélvico.
<b>Avaliação da integridade anatômica do assoalho pélvico</b>	Qualquer prolapso é classificado. Prolapso genital é definido como a descida de uma ou mais estruturas do assoalho pélvico: parede vaginal anterior, parede vaginal posterior ou ápice da vagina. É classificado em estágio 0 (ausência de prolapso) ou de 1 a 4 de acordo com a extensão do prolapso. O sistema mais frequentemente utilizado é o POP-q ( <i>pelvic organ prolapse quantification</i> ) proposto pela <i>International Continence Society</i> (ICS).

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

<b>Toque retal</b>	É útil na avaliação do tônus do esfíncter anal e da impactação fezes na ampola retal. Auxilia na avaliação de massa pélvica e no diagnóstico de enterocele.
<b>Exame de urina rotina e cultura de urina</b>	Na presença de sintomas irritativos e urge-incontinência, quando é necessário afastar infecção urinária.
<b>Diário miccional</b>	É o registro diário da atividade vesical. A paciente registra o número de vezes e o horário de cada micção, o volume urinado, os episódios de perda de urina com ou sem urgência, além do tipo de líquido ingerido, sua quantidade e horário. Pode ser realizado por 1 ou 3 dias. É útil como dado objetivo complementar da história clínica da paciente. Sua maior utilidade é no controle pós-tratamento clínico ou cirúrgico, através de registros objetivos.
<b>Teste do absorvente (Pad test)</b>	Consiste na avaliação objetiva da quantidade de perda de urina durante determinado período, contudo não faz diagnóstico dos diferentes tipos de IU. É muito útil no controle pós-tratamento. O teste com duração de 24 horas é o mais realizado e, ao encontrar valores superiores a 4 g, ele é considerado. A paciente é instruída a permanecer 24 h com absorvente e realizar suas atividades físicas rotineiras. Se for necessário trocar os absorventes, cada um deles é colocado numa sacola plástica fechada. Ao final de 24 h eles são pesados em balança de alta precisão, subtraindo o peso do absorvente seco.
<b>Estudo urodinâmico</b>	Permite avaliar a função e disfunção do trato urinário inferior. Segundo a ICS, o estudo urodinâmico é qualquer exame que forneça informações sobre a função do trato urinário inferior <sup>1</sup> . Seu principal objetivo é reproduzir os sintomas da paciente sob condições controladas pelo examinador; contudo, se o sintoma não for reproduzido, esse dado não significa falha no exame ou que ele não exista. O estudo urodinâmico não é indicado na avaliação inicial da incontinência urinária, principalmente antes de iniciar qualquer tratamento conservador. Ele deve ser indicado em casos refratários a tratamento conservador, na dúvida diagnóstica ou antes do tratamento cirúrgico.
<b>Cistoscopia</b>	Permite uma avaliação anatômica interna da bexiga e uretra e será indicada nos casos de persistência de sintomas irritativos, hematuria e no estudo do mecanismo uretral esfinteriano <sup>14</sup> . Exames de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada serão solicitados de acordo com cada situação clínica.

## TRATAMENTO

O tratamento da IU pode ser dividido em:

- **Tratamento conservador ou de primeira linha:** consiste em controle do peso, redução do aumento da pressão abdominal, orientações sobre a ingestão hídrica e dietética. O tratamento fisioterápico é o de escolha na abordagem da IU, sendo realizada a educação sobre o assoalho pélvico, consciência corporal, treinamento dos músculos do assoalho pélvico e controle motor, cinesioterapia geral e perineal, treinamento vesical e intestinal, biofeedback, eletroterapia, exercícios funcionais e terapias manuais.
- **Tratamento medicamentoso:** estrogêniooterapia tópica vaginal nos casos de sintoma da síndrome geniturinária pós menopausa, anticolinérgicos,  $\beta$ -adrenérgicos, toxina botulínica (sob cistoscopia).
- **Dispositivos de suporte uretral** ou pessários.

- **Tratamento cirúrgico:** as técnicas mais utilizadas são os *slings* sintéticos de uretra médica (retropúbico ou transobturatório), colposuspensões retropúbicas e *slings* pubovaginais autólogos. Esses procedimentos podem estar associados a correção do prolapso genital.
- **Neuromodulação sacral.**

## CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Cura ou melhora da incontinência.

## MONITORAMENTO

- Evolução clínica dos sintomas: melhora, piora inalterado;
- Recidiva dos sintomas em médio e longo prazo: possibilidade de controle ambulatorial periódico;
- Adesão ao tratamento: seguimento dos tratamentos propostos e comparecimento aos controles.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

## SIGLAS

IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
POP-q	<i>Prolapse Organ Pelvic Quantification</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IUGA	<i>International Urogynecology Association</i>

## REFERÊNCIAS

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010;21(1):5–26.
2. Townsend MK, Minassian VA, Okereke OI, Resnick NM, Grodstein F. Urinary incontinence and prevalence of high depressive symptoms in older black versus white women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2014;25(6):823–9.
3. Girão MJ, Oliveira LM, Castro RA, Di Bella ZI, Sartori MG. Incontinência urinária de esforço. Girão MJ, Lima GR, Baracat EC, organizadores. *Ginecologia*. Barueri (SP): Manole; 2009. p. 253–76.
4. Committee Opinion No. Committee Opinion No. 603: evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. *Obstet Gynecol*. 2014;123(6):1403–7.
5. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Oct;10(10):CD005654.
6. Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro RA, Brito LG. Conservative treatment of stress urinary incontinence: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(2):97–111.
7. Herderschee R, Hay-Smith EC, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: shortened version of a Cochrane systematic review. *Neurourol Urodyn*. 2013;32(4):325–9.
8. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct;10(10):CD001405.
9. Ogah J, Cody JD, Rogerson L. Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7 ;(4):CD006375. Review. Update in. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;7:CD006375.
10. Novara G, Artibani W, Barber MD, Chapple CR, Costantini E, Ficarra V, et al. Updated systematic review and meta-analysis of the comparative data on colposuspensions, pubovaginal slings, and

midurethral tapes in the surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Eur Urol.* 2010;58(2):218–38.

11. Jelovsek JE, Reddy J. Surgical management of stress urinary incontinence

in women: Choosing a primary surgical procedure. In: Brubaker L, editor. *U pToDate.* c2020. [cited 2020 Nov 7]. Available from: <https://www.uptodate>.

12. Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Ogah J. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD006375.

13. Nilsson CG, Palva K, Aarnio R, Morcos E, Falconer C. Seventeen years' follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2013;24(8):1265–9.

14. Serdinšek T, But I. Long-term results of two different trans-obturator techniques for surgical treatment of women with stress and mixed urinary incontinence: a 10-year randomised controlled study follow-up. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2019;30(2):257–63.

15. Imamura M, Hudson J, Wallace SA, MacLennan G, Shimonovich M, Omar MI, et al. Surgical interventions for women with stress urinary incontinence: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *B MJ.* 2019;365: l1842.

16. Trabuco EC, Carranza D, El Nashar SA, Weaver AL, McGree ME, Elliott DS, et al. Reoperation for urinary incontinence after retropubic and transobturator sling procedures. *Obstet Gynecol.* 2019;134(2):333–42.

17. Ford AA, Ogah JA. Retropubic or transobturator mid-urethral slings for intrinsic sphincter deficiency-related stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2016;27(1):19–28.

18. Saraswat L, Rehman H, Omar MI, Cody JD, Aluko P, Glazener CM. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;1:CD001754.

19. Kirchin V, Page T, Keegan PE, Atiemo KO, Cody JD, McClinton S, et al. Urethral injection therapy for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul;7:CD003881.

## HISTÓRICO DAS VERSÕES

### 1ª versão

- **Elaborada** em outubro de 2011 por Marilene Vale de Castro Monteiro.
- **Avaliada** em agosto de 2013 por Luiz Guilherme Passaglia.
- Responsável técnico: Marilene Vale de Castro Monteiro.
- **Aprovada** em agosto de 2013 por Antônio Luiz Pinho Ribeiro, Diretor Geral.

### 2ª versão

- **Elaborada** em maio de 2016 por Marilene Vale de Castro Monteiro.
- **Avaliada** em junho de 2016 por Luiz Guilherme Passaglia.
- Responsável técnico: Marilene Vale de Castro Monteiro.
- **Aprovada** em junho de 2016 por Andréa Maria Silveira, gerente de Atenção à Saúde e diretora técnica.

### 3ª versão

- **Elaborada** em julho de 2021 por Marilene Vale de Castro Monteiro.
- **Avaliada** em agosto de 2021 por René Coulaud Santos da Costa Cruz.
- Responsável técnico: Marilene Vale de Castro Monteiro.
- **Aprovada** em agosto de 2021 por Alexandre Rodrigues Teixeira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.