

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À UROGINECOLOGIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2022



Prefeitura
de Jundiaí



ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO

**DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO DA SAÚDE
UNIDADE DE GESTÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE**

DRA. CRISTIANE MARIA DELISTOIANOV

Ambulatório Saúde da Mulher

SUMÁRIO

1. Apresentação	6
1.1 Fluxo de atendimento.....	7
1.2 Priorização.....	7
2.Introdução	8
3.Anatomia Pélvica	9
3.1 Arcabouço Ósseo.....	9
3.2 Músculo do Assoalho Pélvico.....	9
3.3 Diafragma Pélvico.....	10
3.4 A Uretra.....	10
3.5 A Bexiga.....	12
3.5.1 Fisiologia da Micção.....	12
4.Patologias que alteram a função vesical	13
4.1. Incontinência Urinária	14
4.1.1 Definição.....	14
4.1.2 Classificação.....	14
4.1.2.1 Incontinência Urinária de esforço (IUE).....	15
4.1.2.2 Incontinência Urinária de Urgência/ Instabilidade do Detrusor.....	15
4.1.2.3 Incontinência Urinária Mista.....	16
4.1.2.4 Incontinência Urinária Reflexa/Transbordamento.....	16
4.1.2.5 Incontinência Urinária Oculta.....	16
4.1.2.6 Miscelânea.....	16
4.1.2.7 Incontinência Pós Coital.....	16
4.1.2.8 Incontinência Urinária Contínua.....	17

4.1.3. Fatores de risco para IU.....	17
4.1.4. Diagnóstico da IU.....	17
4.1.5. Propedêutica Subsidiária.....	20
4.1.6. Tratamento Conservador.....	22
4.1.7. Tratamento Farmacológico.....	25
4.1.8. Tratamento Cirúrgico.....	27
4.1.9 Recomendações Finais.....	
4.2 Bexiga Hiperativa (BHA).....	29
4.2.1 Definição.....	29
4.2.2 Sintomas.....	30
4.2.3 Diagnóstico.....	30
4.2.4 Causas.....	30
4.2.5 Diagnóstico Diferencial.....	31
4.2.6 Propedêutica.....	31
4.2.7 Manejo.....	32
4.2.7.1 Tratamento Não Farmacológico.....	33
4.2.7.2 Tratamento Farmacológico.....	34
4.2.7.3 Tratamento de Segunda Linha.....	36
4.3. Em resumo as devolutivas quanto aos encaminhamentos a urogineco.....	38

1. Apresentação

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como lócus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para seu ordenamento e para a efetividade da integralidade.

Para isso, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e do cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde

O **Serviço Especializado** é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da Atenção Básica

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactam na Atenção Básica, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

Regulação de Assistência à Saúde visa ordenar os acessos às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno. Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

A oferta deste protocolo objetiva que, este seja mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica.

Complementação, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto e

otimizando o uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer mais eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela Atenção Básica, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

1.1 Fluxo de atendimento

A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico ginecologista/clínico/generalista, que fará o encaminhamento deste paciente após cuidados otimizados realizados em equipe multiprofissional na atenção básica e que não houver sucesso.

Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados pertinentes bem como tratamentos já realizados na ub.

O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas.

O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

1.2 Priorização

P 0/ Urgência: Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao Pronto Socorro.

P1: Casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 1 m).

P2: Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses.

P3: Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos de atenção básica e agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

2. Introdução

A **Uroginecologia** é uma subespecialidade da Ginecologia que trata de todos os aspectos da disfunção do assoalho pélvico.

São muitas as patologias que afetam a função vesical, causando grande impacto na qualidade de vida das mulheres.

O diagnóstico precoce, exames subsidiários, bem como tratamentos clínico e fisioterápico, podem ser ofertados à Nível Primário (UBS) em nossa Rede Pública de Saúde. Entretanto, **algumas condições clínicas indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço Secundário (Ambulatório de Especialidades), sendo estas:**

a) Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado: exercícios para os músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical, intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão cafeína/álcool).

b) Prolapso Genital e Incontinência Urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 6 meses.

No encaminhamento para serviço secundário deve-se haver conteúdo descritivo mínimo, contendo-se:

1. Sinais e sintomas

2. Descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso)
3. Resultado de Urocultura, com data.
4. Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados dose e posologia).
5. Outros medicamentos em uso que afetam a continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?

Portanto, apresentar critérios para o encaminhamento destas pacientes para o Ambulatório de Uroginecologia, com relatório médico e justificativa ao serviço, e exames complementares.

Será considerado critério de exclusão, pacientes encaminhadas sem diagnóstico e sem exames básicos.

3. Anatomia Pélvica

A escolha do tratamento adequado para a mulher com disfunção do assoalho pélvico implica no conhecimento:

- A) Das estruturas anatômicas
- B) Da correta interpretação fisiopatológica dos mecanismos envolvidos e na interpretação das queixas.

3.1 Arcabouço ósseo

A Pelve Feminina é constituída por um arcabouço ósseo formado pelo **sacro** e pelo **cóccix** com a função de proteção das estruturas e órgãos situados em seu interior, dentre elas o aparelho reprodutor feminino e o trato urinário inferior, bem como a contenção das vísceras pélvicas e abdominais.

3.2 Músculos do Assoalho Pélvico (MAP)

Constituído por agrupamentos musculares identificados como:

Diafragma Pélvico:

- Músculos Levantadores do ânus (MLA): Puborretal, Pubococcígeos e Ileooccígeos
- Coccígeos
- Fâscias que recobrem sua face superior e inferior

Estes músculos formam um eficiente anel muscular que sustenta e mantém as vísceras pélvicas em sua função fisiológica retropúbica.

Oferecem resistência ao aumento da pressão intra-abdominal durante os esforços de tensão dos músculos abdominais.

Ação esfínteriana importante sobre a junção anorretal, sobre a uretra em condições de esforço e mantém o tônus vaginal.

3.3 Diafragma Pélvico

A região urogenital é constituída dos seguintes componentes da superfície para a profundidade:

- Pele que recobre a região perineal,
- Tela subcutânea,
- Espaço perineal superficial: ramos do clitóris, glândula vestibular, músculos bulbo esponjoso, isquiocavernoso e transverso superficial do períneo; além de tecidos conjuntivos, vasos e nervos;
- Espaço perineal profundo: musculo transverso profundo do períneo e fâscia pélvica parietal.

3.4 A Uretra

A micção requer a coordenação das funções da uretra e da bexiga

A **uretra feminina** tem aproximadamente 4 cm, sendo o segmento proximal (inicial) 20% do comprimento total, com grande importância no mecanismo de continência. É constituída por 4 camadas: Submucosa, Mucosa,

Muscular Lisa e Muscular Estriada; a camada muscular esquelética representa 80% do comprimento total da uretra

O tônus muscular e ligamentar desta área permitem aumentos da pressão intra-abdominal, por exemplo: tosse, sejam transmitidos igualmente para a bexiga e uretra evitando-se perda urinária.

O segmento médio da uretra é constituído pelo **esfíncter estriado da uretra**, mecanismo extrínseco de continência urinária, responsável pela **contração voluntária**.

- Camada externa músculo estriado = Esfíncter Uretral Externo (**EUE**): responsável pela **contração reflexa** que ocorre em resposta ao aumento da pressão abdominal (como na tosse e no espirro); são fibras musculares de **contração rápida**;
- Camada muscular longitudinal interna = Esfíncter Uretral Interno (**EUI**): são fibras musculares de **contração lenta**; manutenção do tônus basal;
- Plexo vascular = proeminente, localizado profundamente à essas camadas musculares, contribuindo para a continência e pela formação de um selo d'água, por meio da coaptação da superfície das mucosas.

A função uretral também é impactada pela camada de apoio relativamente estática embaixo do colo vesical, que fornece uma proteção contra a qual a uretra é comprimida durante a pressão intra-abdominal.

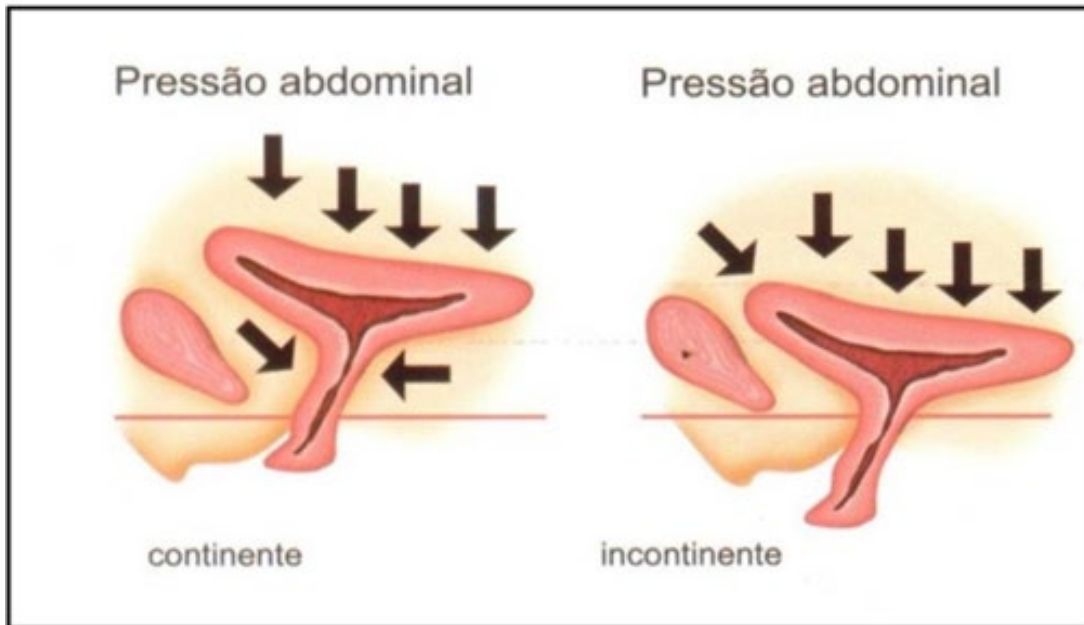


Figura 1.A uretra e a pressão intra-abdominal

3.5 A Bexiga

A bexiga é um órgão muscular liso, com disposição homogênea de fibras, dividida em 2 partes: colo vesical e corpo vesical. Possui 2 funções básicas: armazenar e eliminar urina.

3.5.1 Fisiologia da Micção

As funções de enchimento e esvaziamento são controladas pelo sistema nervoso central e periférico;

a) Armazenar urina (**Sistema Nervoso Simpático**)

O centro medular simpático está situado no **segmento T10 e L2 (plexo hipogástrico)**

- Relaxamento do músculo detrusor (inibição reflexa)
- Contração do **EUI**;
- Enchimento vesical
- Neurotransmissor: Noradrenalina; receptores muscarínicos alfa adrenérgico (colo vesical e uretra);

- Atividade aferente via barorreceptores = dispara o reflexo da armazenagem, mantendo o tônus simpático no EUI;

b) Eliminar urina (**Sistema Nervoso Parassimpático**)

O centro medular parassimpático está situado no **segmento S2-S4 (ramo perineal do n. pudendo)**

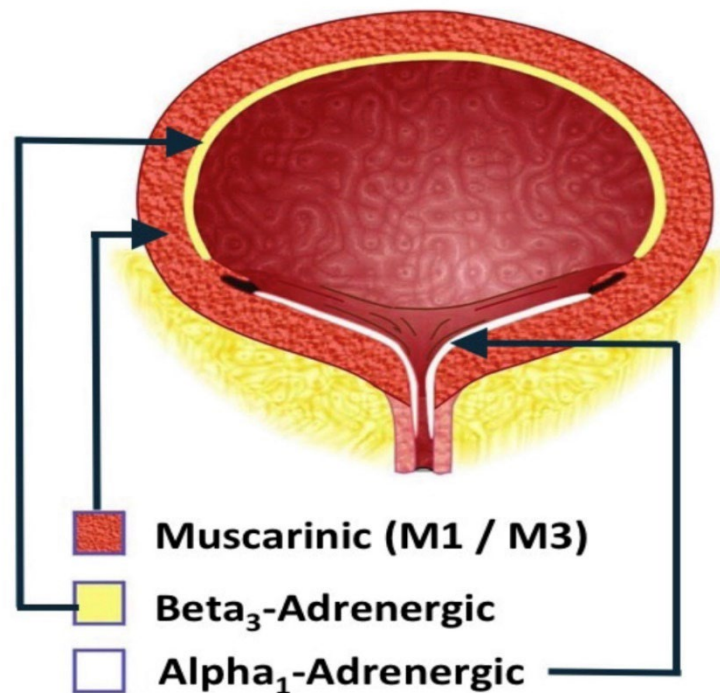
- Contração do músculo detrusor
- Esvaziamento Vesical
- Neurotransmissores :Acetilcolina; receptores: muscarínicos ((M2 e M3) e nicotínicos
- As fibras motoras do sistema nervoso somático recebem a ordem para relaxar os esfíncteres, e eles se abrem.

O controle destes 2 sistemas é realizado pelos centros de facilitação e inibição da micção, localizado SNC à nível da Ponte.

Assim, a fase de **enchimento vesical** é controlada pelo Sistema Nervoso Simpático, enquanto que o **esvaziamento vesical** tem predominante controle Parassimpático, além do controle somático através do nervo pudendo.

A micção é coordenada pela perfeita interação entre as vias somáticas e autônoma.

Figura 2 - Receptores muscarínicos e adrenérgicos da bexiga



4.Principais Patologias que alteram a Função Vesical nas Mulheres:

4.1 Incontinência Urinária

4.2 Bexiga Hiperativa

4.3 Prolapso de Orgãos Pélvicos (POP)

4.1 Incontinência Urinária

4.1.1 Definição:

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS) e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA), a incontinência urinária consiste em perda involuntária de urina, que acarreta um problema higiênico ou social, podendo ser objetivamente demonstrada, denotando:

- Sintoma = queixa de perda involuntária de urina;

- Sinal = demonstração objetiva da perda urinária;
- Condição = demonstrável visivelmente ou por meio de exame (Urodinâmica).

Trata-se de um problema de saúde pública encontrado em qualquer período da vida e em todas as faixas etárias, cujo risco aumenta com a idade.

No entanto, é uma condição de aspecto negativo, que afeta a qualidade de vida, podendo determinar uma série de consequências físicas, econômicas, psicológicas e sociais destas mulheres, levando-as a uma mudança de comportamento.

4.1.2 Classificação:

A incontinência urinária feminina pode ocorrer por via uretral ou extra-uretral:

A) Via Uretral Incontinência Urinária de Esforço (IUE)

Incontinência Urinária por Urgência (IUU)

Incontinência Urinária Mista (IUE + IUU)

Incontinência Reflexa/Incontinência por Transbordamento

Incontinência Urinária Pós-Coito

Miscelânea

B) Via Extra Uretral

Incontinência Urinária Contínua (Fístulas)

4.1.2.1 Incontinência Urinária de Esforço (IUE)

É a incontinência urinária por estresse “genuína”, ou seja, a perda involuntária; é o tipo mais comum, mais prevalente, podendo de 15% a 56% dos casos, dependendo da população estudada e do critério empregado para diagnóstico.

- **Etiopatogenia**

A IUE é aquela que ocorre devido ao aumento da pressão abdominal que excede a pressão da bexiga; portanto, o fator determinante é a alteração do gradiente de pressão entre a bexiga e a uretra; por exemplo: ao tossir, espirrar, pular, deambular, mudar de decúbito e rir intensamente.

- **Causas:**

- a) Hiper mobilidade Uretral**

A perda da urina ocorre geralmente aos grandes esforços, com saída de pequena quantidade de urina (em gotas), porque o colo vesical assume posição extra-abdominal no momento do esforço; a pressão intravesical excede a pressão de fechamento uretral; sendo mais comum na perimenopausa.

- b) Deficiência intrínseca do esfíncter**

O mecanismo do esfíncter está comprometido e não consegue fechar a junção uretero-vesical; as pressões na bexiga e na porção proximal da uretra são isobáricas, assim o colo vesical está permanentemente aberto. Ocorre aos mínimos esforços, porque perde-se a resistência passiva à perda urinária que o colo vesical fechado oferece; estas pacientes são gravemente incontinentes.

4.1.2.2 Incontinência Urinária de Urgência/(IUU)/ Instabilidade do Detrusor

Perda involuntária de urina, acompanhada ou precedida imediatamente pela necessidade de urinar, não havendo tempo hábil de chegar ao banheiro, ou seja, urge-incontinência.

As contrações involuntárias do detrusor (espontâneas ou desencadeadas por manobras), durante a fase de enchimento vesical, são geralmente a causa.

Uma variação deste tipo de incontinência é chamada *incontinência reflexa*, ocorre subitamente, sem nenhum desejo prévio.

4.1.2.3 Incontinência Urinária Mista

É caracterizada pela combinação dos sintomas da IUE associada à IUU. Refere-se à associação da incontinência urinária de esforço (de qualquer tipo) com a instabilidade vesical.

4.1.2.4 Incontinência Urinária Reflexa (Transbordamento)

É a perda involuntária de urina associada à hiperdistensão vesical, mas em ausência de atividade do detrusor. A pressão intravesical excede a pressão uretral, com falta da capacidade da fibra muscular lisa do detrusor a contrair-se.

O transbordamento ocorre quando o limite da capacidade de distensão da bexiga é atingido, devido a longos períodos sem ir ao banheiro. Como exemplo:

- 1) Bexigas Espásticas: ex.: fibrose pós irradiação.
- 2) Bexigas Atônicas: ex.: lesão neurológica; diabéticos.

4.1.2.5 Incontinência Urinária Oculta

Ocorre após **redução da distopia** durante o exame físico, a inserção de pessários, ou após cirurgia corretiva de prolapso de órgãos pélvicos.

4.1.2.6 Incontinência Pós-Coito

A queixa de perda urinária involuntária durante ou após o intercursos sexual por aumento da pressão intra-abdominal.

Durante o orgasmo pode também ocorrer UI por urgência, associada.

4.1.2.7 Miscelânea

Lesões uretrais e/ou lesões vesicais:

- *Pólipos
- *Divertículos
- *Cistite intersticial
- *Tumores

4.1.2.8 Incontinência Urinária Contínua (Fístulas)

Queixa de perda urinária contínua, com percepção da perda. Ocorre por fístulas vesico-vaginais ou fístulas ureterovaginais, em casos pós radioterapia ou cirurgias ginecológicas.

4.1.3 Fatores de Risco para IU- Atenção:

- a) **Sexo:** mais comum em mulheres
- b) **Raça:** estudos não demonstram diferença racial na prevalência da IU
- c) **Idade:** a incidência de incontinência de esforço é maior naquelas mulheres em período reprodutivo; disfunções do detrusor são a principal causa de IU nas mulheres idosas.
- d) **Hipoestrogenismo:** a deficiência de estrogênio pode resultar em atrofia urogenital, resultando no afinamento da mucosa e diminuição no comprimento uretral funcional.
- e) **Multiparidade:** maior acometimento em mulheres múltíparas de que em mulheres nulíparas.
- f) **Nascimento:** o dano aos tecidos pélvicos durante o parto vaginal é tido como um fator-chave no desenvolvimento da IUE e de outras anormalidades de suporte pélvico, que é significativo com o parto operatório; todavia a cesárea não se mostrou protetora, e a gestação em si pode ser nociva para o assoalho pélvico, independente da via de parto.
- g) **Condições médicas subjacentes**
Diabetes, Obesidade, Demência, Acidente Vascular Encefálico, Depressão, Mal de Parkinson, ou Esclerose Múltipla, são fatores de risco para IU.
- h) **Cirurgia pélvica prévia:** com formação de cicatrizes.
- i) **Agentes farmacológicos:** como diuréticos, cafeína, anticolinérgicos e bloqueadores alfa-adrenérgicos, podem afetar a função do trato urinário.
- j) **Pressão intra-abdominal:** cronicamente aumentada (DPOC, constipação crônica, obesidade) é um fator de risco para a IU.

4.1.4 Diagnóstico da IU

Os sintomas da IU são diversos, e é necessária uma investigação clínica completa para estabelecer diagnóstico, fundamental para nortear a condução terapêutica, evitando-se exposição a cirurgias desnecessárias ou ao uso de medicações que podem apresentar diversos efeitos colaterais

1) Anamnese na Uroginecologia

Obter uma história clínica, cirúrgica e ginecológica detalhada, bem como um entendimento sobre a duração, frequência e gravidade dos fatores desencadeantes.

Durante a anamnese, deve-se permitir que a paciente se expresse com suas próprias palavras, interrogando-a sobre sintomas que ela não valoriza, não sabe como expressar ou sente constrangimento ao fazê-lo.

Avaliar o impacto social, efeito sobre a higiene, sobre a qualidade de vida desta paciente e quais medidas usadas para evitar a perda de urina (uso de absorventes).

No restante da anamnese valorizar:

- ITU de repetição, litíase renal, tumores e cirurgias urológicas, doenças neurológicas (Esclerose múltipla, Parkinson, AVC, DM);
- Uso de drogas e ação no trato urinário: diuréticos, anti-hipertensivos, antidepressivos, beta adrenérgicos, parassimpático-miméticos;
- Antecedentes de patologia do trato urinário;
- Situação hormonal (baixa de estrogênios);
- Paridade (associada a IUE);
- História de cirurgias oncológicas radicais com lesões no trato urinário.

2) Exame físico geral

Para excluir tumorações abdominais, hérnias e outros fatores que possam alterar a pressão abdominal.

3) Exame Neurológico

A IU pode ser sintoma de doença neurológica então, avaliar o estado mental, as funções sensorial e motora das extremidades inferiores e períneo (o tônus do esfíncter anal reflete a inervação do assoalho pélvico (i.e., nervo pudendo), testar o arco reflexo sacral e inspeção da coluna.

4) Exame Uroginecológico

Tem como objetivo reproduzir e caracterizar a incontinência: demonstrar a perda urinária e reconhecer afecções associadas.

1. Inspeção

Presença de **dermatite amoniaca**: a pele da vulva pode mostrar edema, eritema e escoriações, confirmando a perda crônica e grave de urina.

Sinais de **hipoestrogenismo** como mucosa fina e friável, estenose de fôrnices vaginais, diminuição da rugosidade.

Avaliar a presença de **prolapsos da parede vaginal anterior e posterior, cúpula vaginal ou útero**, devem ser pesquisados e classificados.

A associação de prolapso e incontinência urinária é bastante comum e uma das situações em que, com frequência, ocorrem falsos diagnósticos.

2. Teste de Esforço

A paciente deve estar em posição ginecológica e ou ortostática, com a bexiga confortavelmente cheia, é então solicitada a tossir e/ou realizar **Manobra de Valsalva** como tentativa de caracterização objetiva da IU como um sinal ao exame físico; a perda sincrônica ao esforço evidencia IUE e descarta a IU extra uretral.

3. Avaliação sistemática do assoalho pélvico:

Inervação, arquitetura vulvar, suporte tecido conectivo e muscular e cicatrizes perineais.

Atenção à anatomia uretral, exsudatos, divertículos e hiper mobilidade.

4. Exame especular

Útil para avaliar o suporte, presença de cicatrizes e/ou dor e estrogeinização.

Avaliação do comprimento e mobilidade vaginal.

5. Exame pélvico bimanual

Investiga a localização, tamanho, palpação e mobilidade dos órgãos pélvicos (bexiga, útero, cérvix e anexos) e sensibilidade incomum associada à palpação supra- púbica.

6. Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA):

Avaliação da força de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico, sendo parâmetro clínico importante para investigação e prognóstico do tratamento conservador da IUE.

A **força dos músculos elevadores do ânus** é avaliada colocando-se um ou dois dedos na vagina e pedindo à paciente para apertar; o feixe muscular firme do pubo-retal posterior deve estar prontamente palpável:

****Graduação (0-4)** avalia a capacidade contrátil do assoalho pélvico:

0-ausência de resposta músculos perineais

1-esboço de contração m. perineais, não sustentada.

2-contração de pequena intensidade, porém se sustenta.

3-contração de moderada intensidade, sustenta (aperta o dedo).

4-contração satisfatória (eleva a parede vaginal em direção à pube)

7.Exame retal

Força e tônus do esfíncter anal.

Avaliação de patologia pélvica, bem como presença de impactação de fezes.

4.1.5 Propedêutica subsidiária

- **Diário Miccional:**

Anotação da rotina e perdas urinárias por período de tempo, dia e noite (em período de 24 horas), de acordo com a maioria dos autores, em 2, 5 a 7 dias.

Registrando-se:

- ✓ número de micções
- ✓ número de episódios de IU
- ✓ ingesta líquidos;
- ✓ episódios de urgência miccional
- ✓ perda durante a relação sexual

São informações úteis para avaliação dos sintomas e seguimento do tratamento; embora seja ferramenta no arsenal diagnóstico tem suas limitações

para determinadas pacientes, em entender e completar o diário de forma confiável.

- **Urocultura (exame obrigatório):**

A Infecção do trato urinário (ITU), pode gerar sintomas de incontinência. A bactéria E. coli produz endotoxinas, ocasiona bloqueio alfa-adrenérgico, diminui pressão uretral, simulando I.U.

Afastar causas transitórias IUE: infecção do trato urinário, atrofia genital pós menopausa, fecaloma, restrição por mobilidade.

- **Uretrocistoscopia:** exame utilizado na especialidade

É usada para avaliar a anatomia e a função do trato urinário inferior.

Indicação quando há:

- a) suspeita de fístulas
- b) ITU de repetição
- c) Hematúria persistente

- **Ultrassom vias urinárias**

Indicado somente quando há suspeita de

- a) Lesões tumorais;
- b) Cálculos urinários;
- c) Sintomas indiretos de obstrução por tumores, como dilatações pielo-uretrais.

- **Estudo Urodinâmico:** exame utilizado na especialidade

Objetivo:

Identificar as causas específicas dos sintomas das pacientes, seja o problema incontinência urinária, disfunção miccional ou sintomas irritativos do trato urinário, além de fornecer dados para orientar o correto tratamento.

Deve-se lembrar que o exame está sujeito a artefatos durante sua realização que podem gerar erros de interpretação, e até mesmo de diagnóstico; por isto a importância da interação entre paciente e examinador.

Principais indicações:

- a) Falha do tratamento clínico
- b) Falha do tratamento empírico

- c) Recidiva pós operatória
- d) No pré-operatório de cirurgias anti-incontinência (em relação às indicações no pré-operatório para correção de IUE), não* há consenso na literatura, visto que em pacientes com defeito esfinteriano uretral, pode indicar tratamento específico e também nos casos de IUE não complicada.

Etapas:

1) Fluxometria

Avalia-se a curva de fluxo, pela relação volume/tempo em milímetros por segundo.

2) Cistometria:

Estudo da função de armazenamento da bexiga e relação pressão/volume; nesta etapa, avalia-se à manobra de Valsalva (VLPP):

Valores:

- inferiores à 60 cm de H₂O = deficiência esfinteriana extrínseca uretral.
- acima de 90 cm de H₂O = sugestivo de hiper mobilidade de colo vesical.
- Intermediários = podem estar associados a lesão uretral e/ou hiper mobilidade.

Contrações não inibidas do detrusor, durante o enchimento vesical, determina presença de bexiga hiperativa.

3) Estudo miccional

São analisados parâmetros de fluxo, correlacionando-se à pressão do detrusor.

Residual pós miccional (RPM): esta medida pode ajudar no diagnóstico da incontinência pós refluxo excessivo e eliminá-lo do diagnóstico diferencial; ele deve ser < 100 ml.

4.1.6 Tratamento Conservador da IU

No tratamento da IUE sempre é recomendado a abordagem conservadora antes do tratamento cirúrgico (evitar-se futuramente?).

- **Fisioterapia- Discussão em equipe multiprofissional-NASF**

Melhora significativa nos escores do impacto da IU e das limitações das atividades diárias, após a realização de um protocolo específico de fisioterapia, observando-se melhora da posição do colo vesical e na anatomia-funcional do assoalho pélvico.

- **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP)**

Os exercícios perineais, também conhecidos como *exercícios de Kegel* (em homenagem ao ginecologista norte americano Arnold Kegel que criou a técnica/1948), posteriormente modificada, introduzindo-se o conceito de resistência progressiva.

São úteis tanto para o tratamento da IUE, quanto para a urgência miccional.

São um programa de exercícios, nos quais as pacientes são orientadas a contrair os músculos do assoalho pélvico (MAP), por um tempo progressivo, repetidas vezes ao longo do dia.

É uma das modalidades fisioterapêuticas que apresenta melhores evidências científicas no tratamento da IUE.; as taxas de sucesso desta técnica variam em torno de 30 a 80%.

- **Biofeedback**

É considerado um tratamento adjunto para o TMAP, pois permite que as pacientes observem a contração dos MAP, enquanto realizam os exercícios, estimulando adesão ao treinamento intensivo.

Introdução de eletrodo que se assemelha a um absorvente interno na vagina; o eletrodo é ligado a uma fonte que gera impulsos elétricos ou sinais sonoros, avisando quando ocorre o relaxamento uretral.

Indicada em casos de instabilidade vesical, em que predominam os sintomas de urgência e urge-incontinência.

- **Eletroestimulação de nervo tibial**

É uma forma de neuromodulação que proporciona estimulação retrógrada ao plexo do nervo sacral através de um eletrodo inserido no tornozelo, cefálico ao maléolo medial, uma área anatômica reconhecida como centro da bexiga.

Deve ser considerada complementar à terapia comportamental em pacientes com IUU sempre que disponível.

Estes procedimentos são técnicas de fisioterapia e devem ser realizados por profissional capacitado.

No SUS o procedimento que respalda esta técnica é o 03.02.01002-5 (atendimento fisioterápico em pacientes com disfunções uroginecológicas).

- **Micção Programada**

Terapia de primeira linha (A) para adultos com IUU e de Incontinência Urinária reflexa.

Programa de educação do paciente com um regime de micção programada com ajustes gradual dos intervalos.

Objetivos específicos são corrigir os hábitos defeituosos de micção frequente, melhorar o controle sobre a urgência, aumentar a capacidade da bexiga, reduzir episódios de incontinência e restaurar confiança da paciente.

- **Mudança estilo de vida**

Mudanças de hábito incluem redução da ingestão de líquidos, cafeína, alimentos ácidos e álcool, além de perda de peso, cessar tabagismo e tratamento da constipação.

- **Pessários Vaginais**

São dispositivos vaginais que promovem suporte estrutural ao colo vesical, sendo uma alternativa não cirúrgica que pode ser usada isoladamente ou em associação ao TMAP. Diversos modelos de dispositivos estão disponíveis no mercado, sendo os mais comuns os do tipo anel ou disco, donut ou em formato cônico; materiais são compostos por silicone ou borracha.

Em estudos prospectivos que acompanharam mulheres bem-sucedidas com o tratamento com pessários para o prolapso do órgãos pélvicos (POP), obteve-se melhora da IUE em 45% das mulheres após dois meses.

- **Cones Vaginais**

Constituem uma forma simples e prática de identificar e fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, por meio dos princípios do biofeedback.

São dispositivos com mesma forma e volume e pesos de 20 a 100 gramas. A avaliação consiste em identificar qual cone a paciente reter na vagina durante 1 minuto, com (cone ativo) ou sem (cone passivo) contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico

São indicados nos casos leves a moderados de IUE, com índices de sucesso de 60 à 78%.

4.1.7 Tratamento Farmacológico

Na IU, o tratamento medicamentoso visa o relaxamento da musculatura detrusora por meio de uso de anticolinérgicos, antiespasmódicos (como a oxibutinina), antidepressivos tricíclicos e os ISRSN.

a) Antidepressivos tricíclicos

Podem ser utilizados no tratamento da IUE, pois tem ação alfa-adrenérgica periférica, agindo nos receptores uretrais alfa (aumento da resistência); parecem ser efetivos por determinar a diminuição da contratilidade vesical (melhora da hipertonicidade) e a complacência vesical.

Por terem também ação anticolinérgica central e periférica, e ação sedativa, podem ser indicados em casos de Incontinência Urinária Mista (IUM), em que coexistem a IUE e BHA.

Não há, contudo, estudos em controlados e randomizados que comprovem o interesse do uso destes fármacos no tratamento da IUE (**D**)

A **Imipramina** na dose 25 a 75 mg/dia, tem efeito antimuscarínico e alfa-adrenérgico (Medicação disponibilizada pelo SUS).

b) Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina:

Vem se demonstrando eficaz (**B**) para o tratamento farmacológico da IUE.

O mecanismo de ação se refere à maior disponibilidade destes neurotransmissores no *núcleo de onuf* (grupo distinto de neurônios localizados na região sacral da medula espinhal) envolvidos na manutenção da micção e da continência defecatória.

Por meio de sua ação no SNC, podem promover o aumento da capacidade vesical e no tônus do esfíncter uretral, podendo apresentar benefícios no manejo da IUE.

Estudos clínicos randomizados e prospectivos, com uso de oxalato de **Duloxetina** na dosagem de 60 mg/dia, por 12 semanas, no tratamento da IUE, apontam redução em torno de 50%-60% dos episódios de perda urinária (Medicação não disponibilizada pelo SUS).

c) **Antimuscarínicos**

Nível de evidência alto (**A**) como terapia medicamentosa inicial para Urge-incontinência.

Oxibutinina na dose de 5 mg a 10 mg/dia; amina terciária com metabolização hepática, com propriedades antimuscarínicas, antiespasmódicas e anestésica; a forma de liberação lenta (10 mg), é mais tolerada que a liberação rápida em razão da menor frequência de efeitos colaterais (Medicação não disponibilizada pelo SUS).

d) **Estrogênios Intravaginais**

Pode ser utilizado como tratamento da IUE leve, principalmente quando os sintomas se iniciaram no Climatério e não há distopia genital importante.

A uretra e a bexiga das mulheres são estruturas que sofrem influência dos estrogênios; a carência hormonal que ocorre após a menopausa pode levar à atrofia uretral, produzindo sintomas irritativos como urgência miccional, disúria, polaciúria e IUE.

Os estrogênios aumentam a vascularização e o trofismo da mucosa uretral e o tônus da musculatura periuretral.

O trofismo genito-urinário é revitalizado pela reposição estrogênica via vaginal, na forma de cremes ou óvulos.

Disponibilizada no SUS.

e) **Desmopressina** - Não disponível no SUS

Fármaco sintético análogo da vasopressina (hormônio diurético ou ADH) que reduz a produção de urina; atua nos rins suprindo a deficiência de vasopressina natural, produzida na hipófise.

Indicada em casos de enurese noturna e noctúria.

Comprimidos sob forma de acetato, de 0,1 e 0,2 mg são considerados seguros. Posologia: 0,05 mg duas vezes ao dia. A dose diária total deve ser aumentada ou diminuída conforme necessário para obter uma diurese adequada (intervalo: 0,1 a 0,2 mg dividido 2 a 3 vezes ao dia).

Contraindicações: ICC, hiponatremia; cuidados ao associar à antidepressivos tricíclicos, IRSN, carbamazepina, e antidiabéticos, AINH, podendo haver um efeito antidiurético com aumento de risco de retenção de fluidos.

Incorporada ao SUS em 2017 para tratamento Diabetes Insipido sob a forma de spray nasal.

4.1.8 Tratamento Cirúrgico

A etiologia da IUE pode ser multifatorial e pode nem sempre estar apta a ser corrigida pela cirurgia.

Entre as várias técnicas descritas, consideram-se como boas opções as cirurgias de colpossuspensões retropúbicas, slings pubovaginais e, em especial, slings de uretra média; sendo indicadas para mulheres com IUE e hiper mobilidade da uretra proximal e do colo da bexiga:

- *Colpossuspensão Retropúbica de Burch*

É uma cirurgia bem estabelecida para a IUE, com taxas 80-90% de cura (lembrando-se que até 30% dos casos de hiper mobilidade podem ter lesão esfíncteriana). Suturas permanentes são colocadas no tecido fibromuscular lateral ao colo da bexiga e da uretra proximal, e a junção uretrovesical é apoiada pela inserção da sutura na linha ileopectínea (i.e., ligamento de Cooper).

- *Procedimento de Marshall-Marchetti-Krantz*

Apoia o colo da bexiga e a uretra de modo similar ao de Burch, com exceção dos pontos permanentes através do periósteo da sínfise púbica, em vez do ligamento de Cooper.

Esta técnica raramente é usada hoje em dia, devido ao risco de osteíte púbica.

- *Técnica de Kelly-Kennedy*

(Uretroplastia e plicatura do colo vesical)

Em desuso na atualidade, pelos altos índices de recidiva a médio e longo prazo, além de aumentar a predisposição da paciente ao defeito esfinteriano promovido pela denervação e fibrose periuretral pós cirurgia.

Deve ser considerada para tratamento de prolapso e não para a IUE.

- *Slings suburetrais*

São malhas, usualmente de polipropileno, feitas para sustentar a uretra ou o colo da bexiga como uma rede, fornecendo estabilização estática da uretra em repouso e compressão dinâmica da uretra com pressão abdominal aumentada.

As taxas de sucesso são em torno de 80% a 90%, embora sejam referidas complicações como perfuração vesical, dificuldade miccional e erosão vaginal, entre outras.

Pode-se, contudo, afirmar que os *slings* vaginais suburetrais sem tensão parecem ser um procedimento minimamente invasivo seguro e eficaz.

Há 3 tipos de ***Slings*** minimamente invasivos:

- Sling retropúbico (**TVT -tension free vaginal tape-fita vaginal livre de tensão**)

A fita é colocada através de uma incisão vaginal por baixo da uretra média e atravessa o espaço retrobúbico, saindo verticalmente através de duas pequenas incisões abdominais precisamente acima do osso púbico

- Sling transobturador (**TOT-tension free transobturador tape-fita de tensão trans-obturatória**)

A fita é passada através de uma incisão vaginal sob a uretra média numa posição horizontal, passando pelos forames transobturadores antes de sair lateralmente em 2 incisões na pele na zona da pele genitofemural.

- **Mini-Slings**

Possuem um terço do tamanho dos habituais, cerca de 8 cm;

Estas técnicas evitam a passagem “as cegas” pelo espaço retrobúbico e pelo transobturador, com apenas uma incisão e com menor risco de complicações graves e menos dor no pós operatório

e) Injeções Periuretrais

São agentes de preenchimento na submucosa, compostos por colágeno (bovino), partículas de politetrafluoroetileno ou gordura autóloga.

Método minimamente invasivo, disponível para tratar mulheres com IUE decorrente de defeito esfinteriano intrínseco ou IU refratária, com ausência de hiper mobilidade uretral. Especialmente indicadas em situações de falha do procedimento cirúrgico ou mulheres com comorbidades que inviabilizam o procedimento cirúrgico.

4.1.9 Recomendações Finais

Na IUE em mulheres, nível de evidência:

1. **O diagnóstico inicia-se sempre pela anamnese e pelo exame físico (A).**
2. Na dúvida diagnóstica, pode-se utilizar o estudo urodinâmico (**B**).
3. Não será necessária avaliação prévia pelo estudo urodinâmico se o tratamento inicial for conservador (**B**).
4. O estudo urodinâmico é indicado previamente a um procedimento cirúrgico em determinadas situações (**C**).
5. **A terapia comportamental associada à fisioterapia constitui a primeira linha de tratamento. (A).**
6. O **estrogênio tópico** não deve ser utilizado de forma isolada no tratamento; é especialmente indicado quando os sintomas se iniciam com o advento do **hipoestrogenismo, em associação a sintomas irritativos. (A);**

4.2 Bexiga Hiperativa (BHA)

4.2.1 Definição

Síndrome caracterizada pela presença de urgência miccional com ou sem incontinência, usualmente acompanhada de polaciúria, noctúria, e algumas vezes de urge-incontinência, na ausência de outras doenças que possam cursar com aumento de frequência ou urgência (como exemplo: câncer de bexiga, cistite, cálculo renal).Eventualmente pode estar acompanhada de aumento de frequência urinária por urgência, mas não é sinônimo de Hiperatividade do Detrusor (HD),porém a fisiopatologia é relacionada com contrações não inibidas do detrusor:

*68% BHA tem HD

*83% HD tem BHA

4.2.2 Sintomas

Os mais comuns são:

- Aumento da frequência miccional:85%
- Urge-incontinência: 1/3 dos casos.
- Outros sintomas são: enurese noturna, perda de urina aos esforços e durante relação sexual.

4.2.3 Diagnóstico

É um diagnóstico clínico usado para descrever sintomas incomodativos de urgência urinária, com frequência durante ou dia ou à noite. Porém, quando o estudo urodinâmico é realizado, e durante a cistometria, se observa contrações involuntárias do músculo detrusor (mesmo a paciente sendo orientada a inibi-las).

A BHA resulta, portanto, com frequência, da contração inadequada do detrusor.

Estudos revelam prevalência de BHA entre 30 a 65% das mulheres adultas incontinentes, dependendo da faixa etária considerada:

- Infância, adolescência e adulto /jovem-frequência relativamente pequena
- Fase reprodutiva-8% a 50%
- idosas-até 80%

4.2.4 Causas

A BHA pode ser neurogênica ou idiopática (maioria).

1) **Bexiga Hiperativa (Neurogênica)**

Doença Neurológica:

- Esclerose Múltipla
- Parkinson
- AVC
- Alzheimer
- Tumores e Traumatismos Cranianos
- Lesões Medulares/Traumas

2) **Bexiga Hiperativa (Não-Neurogênica)**

- Obstrução Vesical
- Cirurgia Pélvica Anterior
- Prolapso Genital
- Medicamentos Parassimpático-miméticos
- Doenças do Músculo Liso
- Distúrbios de Gânglios Vesicais
- Idiopática

4.2.5 **Diagnósticos Diferenciais BH**

- Uretrite
- ITU
- IUE
- Corpo Estranho Vesical
- Divertículo Uretra
- Cistites não bacterianas (Actínica, Bacteriana, Pós Qt)

4.2.6 **Propedêutica**

a) **Urina 1 e Urocultura**

-Indispensáveis para afastar ITU

-Leucocitúria estéril pode ser indicativa de contaminação ou infecção por bactérias atípicas.

b) Diário Miccional

É uma ferramenta importante para o diagnóstico da bexiga hiperativa. Pacientes com BHA costumam apresentar várias micções com pequeno volume, bem como diminuição do volume máximo urinado em relação às pacientes que não tem hiperatividade vesical.

c) Estudo urodinâmico

A hiperatividade do detrusor é uma observação urodinâmica que se caracteriza por contrações involuntárias do detrusor durante a cistometria, podendo ser neurogênicas ou idiopáticas, aparecerem espontaneamente ou por manobras provocativas

d) Citologia urinária

Indicada aos casos refratários aos tratamentos habituais. Tem sensibilidade de 90% na detecção dos carcinomas *in situ* da bexiga.

e) Cistoscopia

Indicada nas pacientes com bexiga hiperativa caso haja suspeita de corpo estranho intravesical (fios de sutura), cálculos, tumores vesicais ou divertículos.

Casos não responsivos a tratamento.

4.2.7 Manejo da Bexiga Hiperativa

O tratamento da bexiga hiperativa e da hiperatividade do detrusor é essencialmente clínico, e este, por sua vez, divide-se em não farmacológico e farmacológico.

Tratamentos invasivos e cirúrgicos devem ser reservados a casos selecionados, refratários às terapêuticas habituais.

Os princípios do tratamento são:

- aumentar o volume urinado por micção,
- reduzir episódios de urgência e de urge-incontinência
- reduzir a frequência miccional.

As pacientes devem ser orientadas de que o objetivo é amenizar os sintomas e promover melhora na qualidade de vida, visto que, na grande maioria das vezes, não há cura.

4.2.8 Tratamento Não Farmacológico

Inclui principalmente a adoção de medidas gerais, o treinamento vesical, a fisioterapia.

- Medidas gerais
 - ✓ Orientar ingestão hídrica adequada (1 a 3 litros de água/dia).
 - ✓ Evitar álcool, cafeína, nicotina, frutas cítricas, pimenta, bebidas com gás, chá, adoçantes artificiais.
 - ✓ Pacientes com noctúria é importante evitar ingerir líquidos 4 horas antes do horário de dormir, bem como frutas e vegetais, alimentos que contém grande quantidade de água.

Alguns estudos demonstram que a obesidade piora os sintomas tanto de BHA quanto da IUE.

- Treinamento vesical

Tem o objetivo de fazer com que a paciente readquira o controle sobre o reflexo da micção, deixando de experimentar episódios de urgência e de urge-incontinência.

O intervalo entre as micções é fixo, de acordo com o diário miccional de cada paciente; esse intervalo inicial será gradualmente aumentado de 2 a 4 horas entre às micções.

As taxas de sucesso são de aproximadamente 80% em curto prazo.

- Fisioterapia
 - 1) Exercícios perineais (com ou sem associação com técnicas de Biofeedback),

Tem o objetivo principal ensinar à paciente como contrair a musculatura do assoalho pélvico, reduzindo a sensação de urgência e adquirindo a capacidade de alcançar o banheiro.

- 2) Eletroestimulação

Estímulos elétricos no assoalho pélvico, seja por meio de eletrodos externos (vaginais, retais, tibiais) ou internos (implantados por cirurgia).

É contraindicada em casos de IU por defeito esfínteriano, usuárias de marca-passo cardíaco, durante a gravidez, distopias acentuadas e em mulheres com completa denervação do assoalho pélvico.

4.2.7.1 Tratamento farmacológico

4.2.9.1 Anticolinérgicos

Drogas de primeira escolha no tratamento da bexiga hiperativa e hiperatividade do detrusor.

São inibidores competitivos da acetilcolina e atuam na fase de enchimento vesical, diminuindo o tônus do detrusor e aumentando a capacidade cistométrica.

Inibem as contrações involuntárias do detrusor;

Recentemente, questiona-se a ação dos antimuscarínicos em fibras aferentes, uma vez que, doses habituais, não inibem o esvaziamento vesical, mas melhoram a sensação de urgência e frequência miccional.

1) Oxibutinina

- A eficácia e segurança da oxibutinina no tratamento da BHA estão bem estabelecidas, com taxas de sucesso descritas entre 60%-80% (**nível 1 de evidência clínica**)

- É uma amina terciária, com ação anticolinérgica, antiespasmódica e anestésica local; é agente antimuscarínico não seletivo, com afinidade 7 a 12 vezes maior por receptores M1 e M3 em relação aos demais receptores muscarínicos;

- Possui maior afinidade pelas parótidas do que pela bexiga,

- Efeitos colaterais comuns: boca seca (25% a 75% dos casos), constipação, visão borrada e gastrite (a); sendo a maior causa de abandono no tratamento(a)

Contraindicações: Glaucoma, ICC grave

- A dose preconizada é de 5 a 20 mg/dia (no Brasil temos comprimidos de 5 mg de liberação imediata e de liberação lenta de 10 mg).

- Não é incorporada ao SUS

2) Tolterodina

A eficácia e segurança estão bem estabelecidas, inclusive em pacientes com mais de 65 anos de idade, com melhora importante dos sintomas e qualidade de vida (**nível 1 de evidência clínica**).

- É uma amina terciária, antagonista competitivo da acetilcolina, com as mesmas afinidades pelos diferentes subtipos de receptores muscarínicos.
- Apresenta afinidade tissular pela bexiga cerca 2x maior que a oxibutinina.
- Sua afinidade pela bexiga, é cerca de 8 x maior pelas parótidas, o que reduz de forma importante a incidência de boca seca.
- Está disponível em comprimidos de liberação imediata (1 a 2 mg) e lenta (4mg)
- Dose preconizada: 1 a 4 mg/dia
- Não é disponibilizado pelo SUS

3) Darifenacina

- Trata-se de uma amina terciária, antagonista competitivo da acetilcolina, com afinidade 60 x maior pelo receptor M3, em relação ao 2, e pouquíssima afinidade pelo subtipo m1 (**nível 1 de evidência clínica**)
- Essas características reduzem efeitos colaterais relacionados com a cognição (ocorrem por ação em receptores M1), e cardíacos (ação em receptores M 2);
- Bem tolerada em pacientes com mais de 65 anos.
- Dose preconizada entre 7,5 a 15 mg (disponíveis no Brasil)
- Não é disponibilizada pelo SUS.

4) Solifenacina

- Trata-se também de antagonista seletivo do receptor M3 (muscarínico), apresenta **nível 1 de evidência clínica**.
- Apresenta maior afinidade (seletividade) pela bexiga do que em relação à parótida (menor efeito colateral, como boca seca).
- Dose de 5 mg a 10 mg, em dose única.
- Absorção-pico: 3 a 8 h
- Eficácia e segurança em pacientes com mais de 65 anos (**nível A**)
- Não é disponibilizada pelo SUS

4.2.9.2 Adrenérgicos

Mirabegrona

- É um agonista dos receptores adrenérgicos tipo beta 3.
 - Indicação: tratamento sintomático da urgência miccional, aumento da frequência de micções e incontinência de urgência em adultos com a síndrome da bexiga hiperativa (BHA).
 - Indicada quando o tratamento for refratário à terapia com fármacos disponibilizados pelo SUS, com respaldo das principais diretrizes internacionais, do ponto de vista médico, evitando-se terapias ainda mais dispendiosas ao erário público.
 - Este fármaco não é disponibilizado pelo SUS, não há protocolo para incorporação, e não consta na RENAME 2017; medicação de alto custo.
- Posologia: Mirabegrona 50 mg/dia vo

4.2.10 Tratamentos de segunda Linha:

a) Toxina botulínica

- Considerada droga de segunda linha para tratamento da bexiga hiperativa.
- Tem sido indicada para pacientes refratários aos tratamentos convencionais, tanto neurogênicos quanto idiopáticos.
- Atua nas vesículas pré-sinápticas que contem acetilcolina, com consequente denervação química local e reversível, acarretando uma paralisia flácida e atrofia muscular. Aplicação minimamente invasiva e ambulatorial.
- Tem sido considerada promissora no tratamento da BHA, com resultados favoráveis, com redução de episódios de urgência miccional (70% a 75%), urge-incontinência (42% a 87%), noctúria e frequência urinária; como também melhora de parâmetros urodinâmicos.
- Contraindicado em pacientes que não aceitem ou que não consigam realizar autocateterismo, ITU, hipersensibilidade à toxina, gravidez, amamentação, obstrução infravesical e afecções neuromusculares.

b) Neuromodulação Sacral

- Implante cirúrgico de eletrodos na raiz sacral S3 e de um gerador e de impulsos elétricos, que é implantado no subcutâneo, sob anestesia local
- Alternativa terapêutica reservada para casos graves refratários aos tratamentos convencionais. As taxas de sucesso variam de 60% a 75%. Em estudos multicêntricos, relatam melhora em 68% das pacientes com urge-incontinência e 56% de frequência urinária continuam satisfeitas cinco anos após a implantação dos eletrodos.

4.3. Em resumo as devolutivas quanto aos encaminhamentos ao urogineco:

A respeito das devolutivas das guias para o ambulatório de uroginecologia encaminharei uma orientação da CONITEC quanto ao seguimento dessas pacientes para possibilidade de acompanhamento inicial na ubS dos seguintes casos:

- Urgência miccional, noctúria;
- IU aos médios e grandes esforços
- Guias que datam mais de 2 anos

O termo incontinência urinária (IU) refere-se à queixa de qualquer perda de urina, que pode ser involuntária, provocada pelo indivíduo ou descrita por um cuidador. Essa perda involuntária de urina pode estar associada com a urgência e também com esforço ou esforço físico, incluindo atividades esportivas ou em espirros ou tosse. A IU é uma condição que afeta dramaticamente a qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico e social. A IU pode acometer indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos e de todos os níveis sociais e econômicos. Um estudo na população Norte Americana estimou que 12 milhões de pessoas sofrem de IU naquele país. Estima-se que 200 milhões de pessoas vivam com incontinência ao redor do mundo e que entre 15 e 30 por cento das pessoas acima de 60 anos que vivem em ambiente domiciliar apresentam algum grau de incontinência. 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.

As mulheres têm maior predisposição de apresentar essa condição. As mulheres apresentam uma 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 esfínteriano adequado, mas também de elementos de sustentação uretral (músculos e ligamentos) e transmissão da pressão abdominal para o colo vesical.

Inúmeras situações podem levar a IU. A identificação da etiologia é essencial para o tratamento adequado. De maneira geral, a presença de IU pode ser dividida de acordo com a etiologia em neurogênica (ex. lesão medular traumática, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral) e não neurogênica (ex. hiperatividade detrusora, insuficiência intrínseca do esfíncter uretral, cirurgias da próstata). Neste documento, iremos tratar de causas não neurogênicas, especificamente IU aos esforços e IU por urgência no adulto

A IU pode ser classificada de acordo com o tipo de incontinência em: IU de esforços, IU de urgência e IU mista. A Incontinência Urinária aos Esforços (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. Essa condição leva a perda de urina em situações de aumento da pressão intra-abdominal, tais como, tossir, espirrar, correr, rir, pegar peso,

levantar da posição sentada ou até mesmo andar. Em geral, não ocorrem perdas em repouso e durante o sono. Essa situação é bastante frequente em mulheres.

A Incontinência Urinária de Urgência (IUU) ocorre como consequência da hiperatividade detrusora (HD). Denominamos HD quando o músculo detrusor apresenta contração involuntária. Para a preservação da continência urinária é fundamental que a bexiga apresente função normal e a pressão intravesical deve permanecer relativamente baixa e constante durante todo o enchimento. 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 hiperatividade detrusora, desde uma infecção urinária que irrita a mucosa vesical até uma alteração, identificável ou não, da inervação vesical. Os sintomas mais comuns associados 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 hiperatividade detrusora.

Segundo a CONITEC a orientação para **tratamento da IUE** deverá ser:

- Mudança no estilo de vida;
- Perda de peso;
- Estrogenização para as menopausadas;
- Fisioterapia e atividade física sob supervisão do Nasf.

Se não houver melhora, solicitar fisioterapia ASM com as descrições do tratamento prévio.

Tratamento da urgência miccional, que inclui sintomas de noctúria e urgo-incontinência:

- Mudança no estilo de vida;
- Redução da ingestão de líquido, cafeína, alimentos ácidos e álcool;
- Perda de peso, cessação do tabagismo e tratamento de constipação;
- Estratégias para o controle de desejo miccional;
- Tratamento medicamentoso: imipramina 25 mg (até 75 mg/dia);
- Fisioterapia e atividade física sob supervisão do Nasf.

Se não houver melhora em 6 meses, solicitar fisioterapia ASM com descrições do tratamento prévio.

As pacientes que serão agendadas de acordo com a priorização e disponibilidade dos profissionais da especialidade.

Bibliografia

1. Urologia Fundamental; Jr. A. Reis, B; Campos, R S M-Editora Planmark,2010
2. Diretrizes para Incontinência Urinária; M.G. Lucas, J.L.H. R. Bosch, F. Cruz, D.J.M. K de Rider, T. B. Madden, A. Nambiar W, H. Turner-2012
3. Urologia e Defeitos do Assolho Pélvico, Castro, R A; Di Bella, Z I K J- Editora Atheneu-São Paulo-Volume 2, 2012
4. Protocolo de Incontinência Urinária de Esforço; Castro, R.A; Arruda, R.M.; Souza, R.C-São Paulo/ Febrasgo,2018
5. Prolapso de Órgãos Pélvicos; Brito, L.G; Castro, E.B; Juliato, C.R.-São Paulo/Febrasgo,2018
6. Bexiga Hiperativa, Arruda,R.M.; Castro,R.A.; Souza,R.C.- São Paulo/ Febrasgo,2018
7. Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Johns Hopkins, Volume 3; 4ª edição,2005, Hurt, K J; Guile, MW; Bienstock, J L; Fox, H E; Wallach, E E.
8. Manual de Ginecologia, Lisboa (PT), Mascarenhas, T.; Permyer 2, 283-98, 2011;
9. Relatório de Recomendação- Desmopressina; Conitec-Comitê nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS/Ministério da Saúde,302/ dezembro 2017.
10. Prolapso Genital; Girão MJBC, Baracat EC; Gonçalves JG, Freitas MMS, ed. São Paulo: Artes Médicas-1997.p143-149
11. Incontinência Urinária de Esforço, Revista Femina/ Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obsterícia;Volume 49; número 4.
12. Relação Nacional de Medicamentos Essencias. RENAME 2017. Nona Edição. Ministério da Saúde. Brasília- DF, 2017.
13. Núcleo de apoio técnico ao Judiciário (Nat-Jus)-Nota Técnica n'58-Avaliação da Mirabegrona no tratamento da BHA- novembro.2017