Ginecologia e Obstetrícia
Edição XXIV



Capítulo 28

UROGINECOLOGIA: DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO FEMININO, DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA

ANA RAQUEL MARQUES LOPES[1]
GIULIA SCHUWARTZ[1]
KATHELEEN MACHADO SCHOLZ[1]
MARIA GILCA NUNES SCHERER[2]

[1]Discente de Medicina – Universidade Feevale.
[2]Médica Ginecologista e Obstetra. CRM-RS 16887- RQE 7437.

Palavras-chave: *Uroginecologia; Incontinência Urinária; Prolapso de Órgãos Pélvicos.*

EDITORA PASTEUR

http://doi.org/10.59290/1932902050

INTRODUÇÃO

A uroginecologia constitui uma área de atuação da ginecologia dedicada ao estudo das alterações estruturais e funcionais do assoalho pélvico feminino, abrangendo condições que comprometem os mecanismos de sustentação dos órgãos pélvicos e a função do trato urinário inferior. Entre as principais afecções destacam-se o prolapso de órgãos pélvicos (POP) e a incontinência urinária (IU), doenças altamente prevalentes que apresentam repercussões importantes sobre a qualidade de vida, a função sexual, o bem-estar psicológico e a participação social das mulheres (FEBRASGO, 2025; HOFFMAN *et al*., 2023).

O aumento da expectativa de vida feminina, associado à elevada frequência de fatores predisponentes como gestação, parto vaginal, obesidade e envelhecimento, tem contribuído para o crescimento da incidência dessas disfunções nas últimas décadas. Estima-se que aproximadamente uma em cada quatro mulheres adultas apresente algum distúrbio relacionado ao assoalho pélvico, sendo a prevalência progressivamente maior após a menopausa, período em que alterações hormonais e degenerativas favorecem a perda da integridade muscular e ligamentar (EAU, 2025; TUNN *et al*., 2023).

Embora raramente representem risco direto à vida, o prolapso de órgãos pélvicos e a incontinência urinária estão associados à limitação das atividades cotidianas, redução da produtividade, isolamento social, sintomas depressivos e prejuízo significativo da qualidade de vida. Muitas pacientes retardam a procura por assistência médica em razão do constrangimento ou da crença de que essas alterações constituem consequência inevitável do envelhecimento, o que frequentemente resulta em diagnóstico tardio e agravamento dos sintomas (WU, 2021; MORIS *et al*., 2025).

Do ponto de vista fisiológico, a manutenção da continência urinária e da posição anatômica dos órgãos pélvicos depende da interação harmoniosa entre músculos, fáscias, ligamentos, tecido conjuntivo e estruturas neurológicas. Alterações decorrentes do trauma obstétrico, deficiência estrogênica, doenças do tecido conjuntivo ou aumento crônico da pressão intra-abdominal podem comprometer esses mecanismos de sustentação e culminar no desenvolvimento das principais disfunções uroginecológicas (ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2007; DELANCEY, 2016).

Nas últimas décadas, importantes avanços ocorreram na padronização da terminologia, na classificação das disfunções do assoalho pélvico e no desenvolvimento de novas estratégias diagnósticas e terapêuticas. As recomendações publicadas pela *International Continence Society (ICS), International Urogynecological Association (IUGA), American Urogynecologic Society (AUGS), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Urological Association (AUA) e European Association of Urology (EAU)* contribuíram para uniformizar conceitos, otimizar a prática clínica e fundamentar condutas baseadas em evidências científicas (HAYLEN *et al*., 2010; ICS, 2024; IUGA, 2024).

Diante da elevada prevalência dessas condições e do impacto que exercem sobre a saúde da mulher, torna-se fundamental que o ginecologista compreenda os princípios anatômicos e fisiopatológicos envolvidos, reconheça precocemente os fatores de risco e esteja familiarizado com os métodos diagnósticos e as opções terapêuticas atualmente disponíveis. Nesse contexto, este capítulo aborda os principais aspectos relacionados às disfunções do assoalho pélvico feminino, com enfoque no prolapso de órgãos pélvicos e na incontinência urinária, reunindo conceitos atualizados e recomenda-

ções fundamentadas nas principais diretrizes nacionais e internacionais.

Assoalho pélvico

O assoalho pélvico é constituído por um conjunto de músculos, ligamentos, fáscias e estruturas conjuntivas que atuam de maneira integrada na sustentação dos órgãos pélvicos e na manutenção da continência urinária e fecal. Além de fornecer suporte à bexiga, uretra, vagina, útero e reto, participa da função miccional, evacuatória, sexual e da estabilização da pressão intra-abdominal, desempenhando papel essencial na fisiologia do trato urinário inferior e do sistema genital feminino (PARTIN *et al*., 2021; HOFFMAN *et al*., 2023).

Do ponto de vista anatômico, o principal componente muscular do assoalho pélvico é o diafragma pélvico, formado pelos músculos levantadores do ânus — puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo — associados ao músculo coccígeo. Essas estruturas constituem uma plataforma muscular dinâmica responsável por sustentar as vísceras pélvicas e responder aos aumentos da pressão intra-abdominal por meio de contrações reflexas, preservando a continência urinária e reduzindo o deslocamento caudal dos órgãos pélvicos durante atividades como tosse, espirro, riso e exercício físico (ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2007).

Complementando esse sistema de sustentação, a fáscia endopélvica forma uma rede de tecido conjuntivo que conecta as vísceras pélvicas às paredes ósseas da pelve, distribuindo as forças mecânicas exercidas durante as atividades diárias. Os ligamentos uterossacros e cardinais exercem papel fundamental na sustentação do colo uterino e do ápice vaginal, enquanto a fáscia pubocervical sustenta a parede vaginal anterior e a bexiga, e a fáscia retovaginal oferece suporte ao compartimento posterior e ao reto. Alterações nessas estruturas, sejam decorrentes do envelhecimento, trauma obstétrico ou doenças do tecido conjuntivo, favorecem a perda da sustentação anatômica e o desenvolvimento das principais disfunções do assoalho pélvico (DELANCEY, 2016; FEBRASGO, 2025).

Um dos conceitos mais importantes para a compreensão da fisiopatologia do prolapso de órgãos pélvicos é o modelo de sustentação proposto por DeLancey, que divide o suporte vaginal em três níveis anatômicos. O **nível I** corresponde ao suporte apical, exercido principalmente pelos ligamentos uterossacros e cardinais; o **nível II** compreende o suporte lateral da vagina por meio das fáscias pubocervical e retovaginal; e o **nível III** envolve as estruturas distais da uretra, vagina e períneo, incluindo o corpo perineal e a membrana perineal. A identificação do nível anatômico comprometido possui importância clínica, pois auxilia na compreensão do mecanismo do prolapso e no planejamento do tratamento cirúrgico (DELANCEY, 2016).

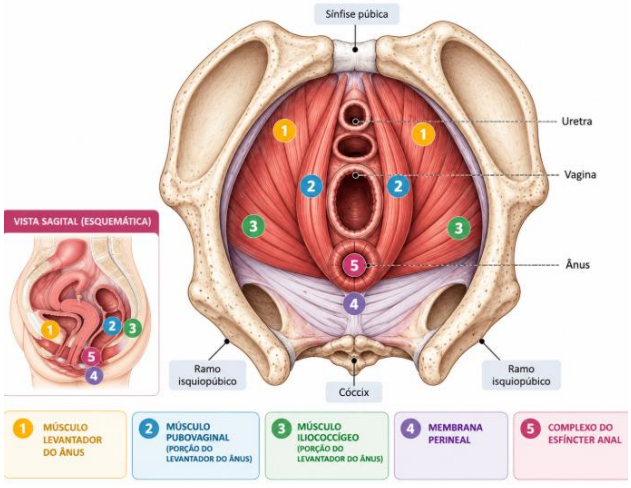
A manutenção da continência urinária resulta da interação entre o suporte anatômico da uretra, a função do esfíncter uretral, a complacência vesical e o adequado controle neurológico da micção. Durante a fase de enchimento vesical, o músculo detrusor permanece relaxado enquanto o esfíncter uretral e a musculatura do assoalho pélvico mantêm pressão suficiente para impedir a perda involuntária de urina. Quando ocorre a micção, há relaxamento coordenado da musculatura esfincteriana e contração do detrusor, permitindo o esvaziamento vesical de forma eficiente. Alterações em qualquer um desses mecanismos pode resultar em diferentes formas de incontinência urinária (ABRAMS *et al*., 2017; ICS, 2024).

Além da função de suporte e continência, o assoalho pélvico participa ativamente da função sexual feminina, contribuindo para a estabi-

lidade da vagina, percepção sensitiva e resposta muscular durante o ato sexual. Também desempenha papel importante na continência fecal, na evacuação e na estabilização do tronco durante esforços físicos, demonstrando que suas funções extrapolam o sistema urinário e ginecológico. Dessa forma, as disfunções do assoalho pélvico frequentemente apresentam manifestações clínicas múltiplas, justificando a necessidade de uma avaliação global da paciente (HOFFMAN *et al*., 2023; PARTIN *et al*., 2021).

A compreensão detalhada da anatomia funcional do assoalho pélvico constitui a base para o entendimento das alterações observadas no prolapso de órgãos pélvicos e na incontinência urinária. Mais do que identificar estruturas anatômicas, é fundamental compreender a interação dinâmica entre músculos, ligamentos, tecido conjuntivo e mecanismos neurológicos, permitindo correlacionar os achados clínicos com a fisiopatologia e direcionar adequadamente as estratégias diagnósticas e terapêuticas (**Figura 28.1**).

Figura 28.1 Representação anatômica dos músculos do assoalho pélvico feminino e do complexo esfincteriano anal



Legenda Vista inferior da pelve feminina, com identificação dos músculos do assoalho pélvico, da membrana perineal e do complexo do esfíncter anal **Fonte:** elaborada pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026)

As disfunções do assoalho pélvico estão entre as condições ginecológicas mais frequentes, com prevalência crescente em decorrência do envelhecimento populacional e do aumento da expectativa de vida feminina. Estima-se que aproximadamente uma em cada quatro mulheres apresente algum distúrbio relacionado ao assoalho pélvico ao longo da vida, sendo o prolapso de órgãos pélvicos e a incontinência urinária as manifestações mais prevalentes. Embora alterações anatômicas possam ser identificadas em um número expressivo de mulheres assintomáticas, a indicação de tratamento deve basear-se principalmente na presença de sintomas e no impacto sobre a qualidade de vida (ACOG, 2019; TUNN *et al*., 2023).

A etiologia dessas disfunções é multifatorial. Entre os principais fatores de risco destacam-se idade avançada, multiparidade, parto vaginal, obesidade, menopausa, constipação intestinal crônica, doenças respiratórias associadas à tosse persistente e condições que promovem aumento repetitivo da pressão intra-abdominal. Alterações genéticas relacionadas ao metabolismo do colágeno e doenças do tecido conjuntivo também parecem contribuir para a maior suscetibilidade ao desenvolvimento dessas condições (FEBRASGO, 2025; DELANCEY, 2016).

O reconhecimento precoce desses fatores permite identificar mulheres com maior risco de desenvolver disfunções do assoalho pélvico e reforça a importância de medidas preventivas, como controle do peso corporal, tratamento da constipação, cessação do tabagismo e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, especialmente durante o período gestacional e no pós-parto (BØ *et al*., 2022; EAU, 2025).

Fisiopatologia

As disfunções do assoalho pélvico resultam da interação entre alterações musculares, fasci-

ais, ligamentares e neurológicas que comprometem a sustentação dos órgãos pélvicos e os mecanismos responsáveis pela continência urinária. Em condições fisiológicas, essas estruturas atuam de forma integrada para distribuir as forças geradas pelo aumento da pressão intra-abdominal durante atividades como tosse, espirro, exercício físico e levantamento de peso. Quando ocorre falha nesse sistema de suporte, estabelece-se um desequilíbrio entre a pressão exercida sobre os órgãos pélvicos e a capacidade de resistência dos tecidos, favorecendo o desenvolvimento do prolapso de órgãos pélvicos e da incontinência urinária (DELANCEY, 2016; PARTIN *et al*., 2021).

Entre os principais mecanismos envolvidos destaca-se o trauma obstétrico, considerado um dos fatores de maior impacto sobre a integridade do assoalho pélvico. Durante o parto vaginal, especialmente em casos de trabalho de parto prolongado, parto instrumental ou macrossomia fetal, podem ocorrer lesões dos músculos levantadores do ânus, desnervação parcial do nervo pudendo e ruptura das estruturas fasciais responsáveis pela sustentação da bexiga, vagina e reto. Essas alterações podem permanecer assintomáticas por anos, manifestando-se clinicamente apenas com o envelhecimento ou diante da associação de outros fatores de risco (ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2007).

O envelhecimento e a deficiência estrogênica também desempenham papel importante na fisiopatologia dessas condições. A redução progressiva da massa muscular, da elasticidade das fibras colágenas e da capacidade de reparo do tecido conjuntivo diminui a resistência das estruturas de sustentação, tornando-as mais suscetíveis à ação contínua da pressão intra-abdominal. Além disso, alterações neuromusculares relacionadas ao envelhecimento podem comprometer a contração reflexa da musculatura do assoalho pélvico, contribuindo para a perda da continência urinária e para a progressão do prolapso genital (FEBRASGO, 2025; HOFFMAN *et al*., 2023).

Na incontinência urinária de esforço, a perda involuntária de urina ocorre principalmente em decorrência da hipermobilidade uretral e da deficiência esfincteriana intrínseca. Já na incontinência urinária de urgência, o principal mecanismo fisiopatológico está relacionado à hiperatividade do músculo detrusor durante a fase de enchimento vesical. Em muitos casos, entretanto, diferentes mecanismos coexistem, justificando a elevada frequência da incontinência urinária mista observada na prática clínica (ABRAMS *et al*., 2017; ICS, 2024).

Embora os mecanismos fisiopatológicos do prolapso de órgãos pélvicos e da incontinência urinária apresentem particularidades, ambas as condições compartilham a perda da integridade funcional do assoalho pélvico como elemento central. Essa compreensão fundamenta as estratégias terapêuticas atuais, que visam restaurar ou compensar o suporte anatômico e otimizar a função muscular por meio de abordagens conservadoras ou cirúrgicas, conforme as características de cada paciente.

Prolapsos de órgãos pélvicos

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) caracteriza-se pela descida parcial ou completa das estruturas pélvicas em direção ao canal vaginal em decorrência da perda dos mecanismos de sustentação do assoalho pélvico. Essa alteração pode acometer diferentes compartimentos da pelve, envolvendo a parede vaginal anterior, o compartimento apical ou a parede vaginal posterior, isoladamente ou de forma combinada. Embora possa ser identificado ao exame físico em mulheres assintomáticas, o tratamento é indicado principalmente quando há repercussão clínica e comprometimento da quali-

dade de vida (ACOG, 2019; FEBRASGO, 2025).

O desenvolvimento do prolapso resulta de um processo multifatorial que envolve alterações musculares, fasciais e ligamentares associadas ao envelhecimento, trauma obstétrico e fatores que aumentam cronicamente a pressão intra-abdominal. A perda da integridade dessas estruturas reduz a capacidade de sustentação dos órgãos pélvicos, favorecendo seu deslocamento em direção ao intróito vaginal (DELANCEY, 2016).

Classificação

O prolapso de órgãos pélvicos é classificado de acordo com o compartimento anatômico acometido.

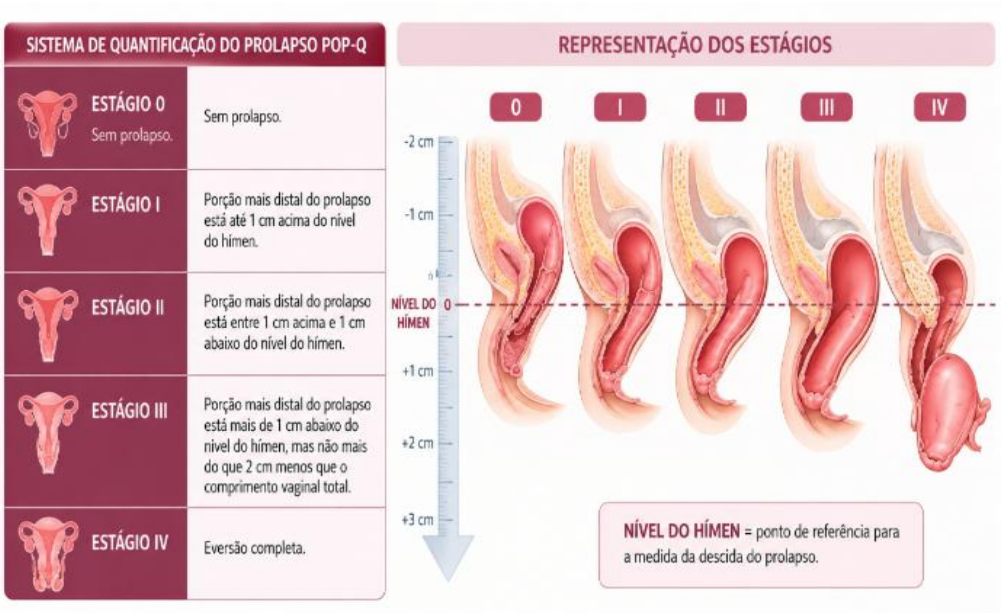
O compartimento anterior corresponde ao defeito mais frequente e está relacionado ao prolapso da bexiga (cistocele), podendo associar-se ao deslocamento da uretra (uretrocele). Clinicamente, costuma manifestar-se com sensação de abaulamento vaginal, dificuldade miccional e sintomas urinários irritativos.

O compartimento apical compreende o prolapso uterino ou da cúpula vaginal após histerectomia, decorrente principalmente da falha dos ligamentos uterossacros e cardinais. Trata-se de um defeito com importante repercussão funcional, frequentemente associado ao comprometimento de outros compartimentos.

Já o compartimento posterior envolve principalmente a retocele e a enterocele. A retocele caracteriza-se pela protrusão da parede anterior do reto em direção à vagina, enquanto a enterocele resulta da herniação do fundo de saco de Douglas contendo alças intestinais ou epíplon. Essas alterações costumam manifestar-se por dificuldade evacuatória, sensação de esvaziamento incompleto e necessidade de manobras digitais para facilitar a evacuação (IUGA, 2024; HOFFMAN *et al*., 2023).

Na prática clínica, é frequente a coexistência de defeitos em múltiplos compartimentos, tornando indispensável a avaliação completa da pelve antes da definição da estratégia terapêutica (**Figura 28.2**).

Figura 28.2 Representação esquemática dos estágios do prolapso dos órgãos pélvicos segundo o sistema de quantificação POP-Q, utilizando o nível do hímen como referência anatômica



Legenda: Representação esquemática dos estágios do prolapso dos órgãos pélvicos
Fonte: Elaborada pela autora com auxílio de ferramenta de inteligência artificial (2026)

Manifestações Clínicas

A apresentação clínica do prolapso é variável e depende da estrutura acometida, da gravidade do defeito anatômico e da percepção individual da paciente. O sintoma mais característico é a sensação de abaulamento ou de "bola na vagina", frequentemente acompanhada de peso pélvico, desconforto perineal ou sensação de corpo estranho. Esses sintomas tendem a intensificar-se ao final do dia ou após atividades que aumentam a pressão intra-abdominal e costumam melhorar em posição de repouso.

Além da sensação de abaulamento, podem ocorrer sintomas urinários, intestinais e sexuais. Entre as manifestações urinárias destacam-se dificuldade para iniciar a micção, sensação de esvaziamento vesical incompleto, urgência miccional, aumento da frequência urinária e incontinência urinária, que pode estar mascarada em prolapsos avançados. No compartimento posterior, é comum a presença de constipação, dificuldade evacuatória e necessidade de compressão digital da parede vaginal para facilitar a evacuação. Dispareunia, redução da satisfação sexual e comprometimento da autoestima também são frequentemente observados e devem ser investigados durante a anamnese (RAJU; LINDER, 2021).

É importante ressaltar que a intensidade dos sintomas nem sempre apresenta relação direta com o grau anatômico do prolapso. Mulheres com prolapsos discretos podem apresentar importante limitação funcional, enquanto pacientes com prolapsos avançados podem permanecer praticamente assintomáticas, reforçando a necessidade de uma abordagem individualizada.

Diagnóstico

O diagnóstico do prolapso de órgãos pélvicos baseia-se na associação entre história clínica e exame físico ginecológico. A anamnese deve investigar a presença de sensação de abaulamento vaginal, sintomas urinários, intestinais e sexuais, bem como fatores de risco, antecedentes obstétricos e impacto dos sintomas sobre a qualidade de vida. O exame físico deve ser realizado com a paciente em posição ginecológica, preferencialmente com a bexiga esvaziada.

Durante a inspeção vaginal, solicita-se a realização da manobra de Valsalva ou tosse para evidenciar o grau do prolapso e identificar o compartimento acometido. A palpação permite avaliar a integridade da musculatura do assoalho pélvico, a presença de defeitos fasciais e a força da contração muscular voluntária.

A padronização da avaliação é realizada por meio do sistema *Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)*, considerado o padrão internacional para classificação do prolapso. Esse sistema utiliza pontos anatômicos específicos da vagina em relação ao hímen, permitindo documentar objetivamente a extensão do prolapso e acompanhar sua evolução clínica (BUMP *et al*., 1996; ICS, 2024).

Exames complementares não são necessários para confirmar o diagnóstico na maioria dos casos. Entretanto, estudo urodinâmico, ultrassonografia ou ressonância magnética podem ser indicados em situações selecionadas, especialmente quando há sintomas urinários complexos, suspeita de recorrência ou planejamento cirúrgico.

Tratamento

O tratamento do prolapso de órgãos pélvicos deve ser individualizado, considerando idade, comorbidades, intensidade dos sintomas, grau do prolapso, desejo reprodutivo, atividade sexual e expectativa da paciente. Mulheres assintomáticas ou com sintomas discretos podem ser acompanhadas clinicamente, desde que não apresentem complicações como retenção

urinária, ulcerações ou hidronefrose (ACOG, 2019).

As medidas conservadoras constituem a primeira opção para pacientes com prolapsos leves ou moderados e incluem orientação quanto à perda de peso, tratamento da constipação intestinal, controle da tosse crônica e treinamento da musculatura do assoalho pélvico. A fisioterapia pélvica supervisionada demonstra benefícios na melhora dos sintomas, principalmente quando associada ao fortalecimento muscular e à educação da paciente (BØ *et al*., 2022).

Os pessários vaginais representam alternativa eficaz para mulheres que apresentam contraindicação cirúrgica, desejam postergar a cirurgia ou preferem tratamento não invasivo. Quando corretamente adaptados, proporcionam melhora dos sintomas e da qualidade de vida, sendo recomendados pelas principais diretrizes internacionais como opção terapêutica segura e efetiva (BUGGE *et al*., 2020).

O tratamento cirúrgico está indicado para pacientes sintomáticas com impacto importante sobre a qualidade de vida ou falha das medidas conservadoras. A escolha da técnica depende do compartimento acometido, da gravidade do defeito anatômico e das características individuais da paciente. Entre os procedimentos mais utilizados destacam-se a colporrafia anterior e posterior, a histeropexia, a histerectomia vaginal com suspensão apical e a sacrocolpopexia, considerada uma das técnicas com melhores resultados para correção do prolapso apical, especialmente quando realizada por via minimamente invasiva. A decisão cirúrgica deve ser compartilhada com a paciente, considerando riscos, benefícios e expectativa funcional (AUGS, 2024; PADOA *et al*., 2025) (**Figura 28.3**).

Figura 28.3 Abordagem terapêutica do prolapso de órgãos pélvicos de acordo com a situação clínica e a conduta recomendada

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Situação clínica	Conduta recomendada
Assintomática ou sintomas leves	• Acompanhamento clínico. • Orientações sobre estilo de vida (controle de peso, tratamento da constipação, evitar esforços).
Prolapso leve a moderado	• Fisioterapia pélvica (treinamento dos músculos do assoalho pélvico). • Uso de pessário, quando indicado.
Falha do tratamento conservador	• Avaliação para tratamento cirúrgico, considerando sintomas, desejo reprodutivo, idade e comorbidades.
Prolapso avançado sintomático	• Correção cirúrgica individualizada (via vaginal, abdominal ou combinada), conforme o compartimento envolvido e características da paciente.

Legenda: Condutas terapêuticas para o prolapso de órgãos pélvicos, desde o acompanhamento clínico e o tratamento conservador até a avaliação e correção cirúrgica, conforme a gravidade dos sintomas e as características individuais da paciente. **Fonte:** Elaborada pela autora com base em Abrams *et al*. (2017), ACOG (2019) e FEBRASGO (2025).

Incontinência Urinária

Definição

A incontinência urinária (IU) é definida pela *International Continence Society (ICS)* como qualquer perda involuntária de urina, independentemente da quantidade ou da frequência dos episódios. Trata-se de uma condição multifatorial que afeta mulheres de todas as idades, com prevalência crescente após a menopausa, e que exerce importante impacto físico, psicológico, social e econômico. Embora não represente risco direto à vida, está associada à limitação das atividades diárias, redução da autoestima, isolamento social, comprometimento da função sexual e piora significativa da qualidade de vida (ICS, 2024; WU, 2021).

A manutenção da continência urinária depende da interação entre o suporte anatômico da uretra, a integridade do mecanismo esfincteriano, a complacência vesical e o adequado controle neurológico da micção. Alterações em qualquer um desses componentes podem resultar em perda involuntária de urina, justificando a diversidade de apresentações clínicas observadas na prática uroginecológica (ABRAMS *et al*., 2017; PARTIN *et al*., 2021).

Classificação

A *International Continence Society* classifica a incontinência urinária de acordo com o mecanismo fisiopatológico predominante, permitindo direcionar adequadamente a investigação diagnóstica e a escolha terapêutica.

A incontinência urinária de esforço (IUE) caracteriza-se pela perda involuntária de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tosse, espirro, riso, corrida ou levantamento de peso, sem contração involuntária do músculo detrusor. É a forma mais frequente entre mulheres de meia-idade e está relacionada principalmente à hipermobilidade uretral e à deficiência esfincteriana intrínseca (AUA/SUFU, 2023).

A incontinência urinária de urgência (IUU) ocorre quando a perda urinária é precedida por urgência miccional súbita e intensa, geralmente associada à síndrome da bexiga hiperativa. Seu principal mecanismo envolve contrações involuntárias do músculo detrusor durante a fase de enchimento vesical, podendo ocorrer de forma idiopática ou secundária a doenças neurológicas e outras condições clínicas (EAU, 2025) (**Figura 28.4**).

Já a incontinência urinária mista (IUM) corresponde à associação entre sintomas de esforço e de urgência, representando uma das formas mais frequentes em mulheres idosas. Nesses casos coexistem mecanismos anatômicos e funcionais, exigindo abordagem terapêutica individualizada conforme o componente predominante (FEBRASGO, 2025).

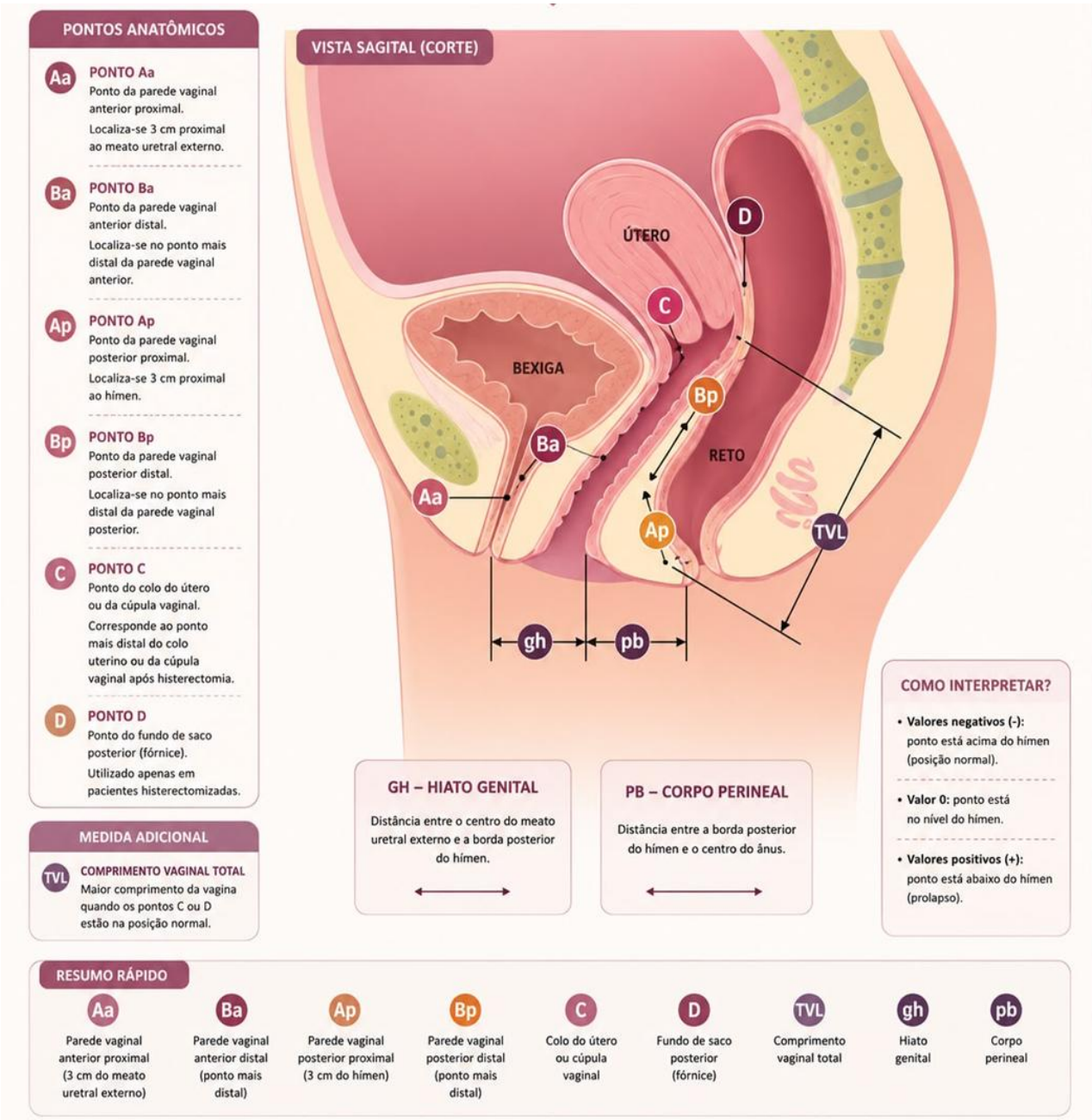
Além dessas formas, existem apresentações menos frequentes, como a incontinência contínua, geralmente relacionada a fístulas urinárias; a incontinência por transbordamento, decorrente de esvaziamento vesical inadequado; e a incontinência funcional, observada em pacientes com limitações cognitivas ou motoras que impedem o acesso oportuno ao banheiro (**Figura 28.5**).

Figura 28.5 Classificação da incontinência urinária feminina segundo as características clínicas e os principais mecanismos fisiopatológicos

Tipo	Características clínicas	Principal mecanismo
Incontinência urinária de esforço	• Perda aos esforços físicos, tosse ou espirro.	• Hipermobilidade uretral ou deficiência esfincteriana.
Incontinência urinária de urgência	• Urgência seguida de perda urinária.	• Hiperatividade do músculo detrusor.
Incontinência urinária mista	• Associação de sintomas de esforço e urgência.	• Mecanismos combinados.
Outras formas	• Perda contínua, funcional ou por transbordamento.	• Etiologias específicas.

Legenda: Classificação dos principais tipos de incontinência urinária feminina. **Fonte:** Elaborada pela autora com auxílio de ferramenta de inteligência artificial (2026), com base em Abrams *et al*. (2017) e FEBRASGO (2025).

Figura 28.4 Representação anatômica dos pontos de referência e das medidas utilizadas no sistema POP-Q para avaliação do prolapso dos órgãos pélvicos



Legenda: Vista sagital da pelve feminina com identificação dos pontos anatômicos Aa, Ba, Ap, Bp, C e D, além das medidas do hiato genital (gh), do corpo perineal (pb) e do comprimento vaginal total (TVL), utilizadas na quantificação e no estadiamento do prolapso dos órgãos pélvicos.
Fonte: Elaborada pela autora com auxílio de ferramenta de inteligência artificial (2026), com base na terminologia e nos critérios do sistema POP-Q descritos por Bump *et al*. (1996) e Haylen *et al*. (2010).

Manifestações Clínicas

A apresentação clínica varia conforme o tipo de incontinência urinária e sua gravidade. A perda involuntária de urina constitui o sintoma central, porém sua caracterização durante a anamnese é fundamental para direcionar o diagnóstico. Mulheres com incontinência urinária de esforço relatam perdas durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, enquanto pacientes com incontinência urinária de urgência descrevem desejo súbito e incontrolá-

vel de urinar, frequentemente seguido por perda antes de alcançar o banheiro.

Além dos episódios de perda urinária, podem estar presentes aumento da frequência urinária diurna, noctúria, urgência miccional, sensação de esvaziamento vesical incompleto e necessidade de utilização contínua de absorventes. A intensidade desses sintomas interfere diretamente na qualidade de vida, levando muitas pacientes à restrição de atividades físicas, isolamento social, redução da atividade sexual e prejuízo emocional. Assim, durante a avaliação clínica, é indispensável investigar não apenas a frequência dos episódios, mas também seu impacto funcional e psicossocial (MORIS *et al*., 2025; WU, 2021).

Diagnóstico

O diagnóstico da incontinência urinária é predominantemente clínico e fundamenta-se na associação entre história clínica detalhada, exame físico e exames complementares quando indicados. A anamnese deve caracterizar o tipo de perda urinária, sua frequência, fatores desencadeantes, tempo de evolução, uso de absorventes, presença de urgência, noctúria, sintomas obstrutivos, antecedentes obstétricos, cirúrgicos e neurológicos, além do impacto sobre a qualidade de vida.

O exame físico deve incluir inspeção vulvoperineal, avaliação da musculatura do assoalho pélvico, teste de esforço com a bexiga moderadamente repleta e exame ginecológico para pesquisa de prolapso de órgãos pélvicos associado. Questionários validados, como o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF),* e o diário miccional representam ferramentas úteis para quantificar sintomas e monitorar a resposta ao tratamento (ICS, 2024).

Exames laboratoriais, como urinálise e urocultura, são recomendados para excluir infecção urinária ou hematúria. O estudo urodinâmico não deve ser solicitado rotineiramente, sendo reservado para casos complexos, sintomas inconclusivos, falha terapêutica, planejamento cirúrgico ou suspeita de disfunção miccional associada. Exames de imagem apresentam indicação restrita e devem ser individualizados conforme o contexto clínico (EAU, 2025; AUA/SUFU, 2023).

O estudo urodinâmico não é exame de rotina na avaliação inicial da incontinência urinária feminina e deve ser reservado para situações específicas.

Tratamento

O tratamento da incontinência urinária deve ser individualizado conforme o tipo de incontinência, intensidade dos sintomas, idade, comorbidades, expectativa funcional e preferência da paciente. As principais diretrizes internacionais recomendam que o tratamento conservador seja instituído como primeira linha na maioria dos casos, reservando a abordagem cirúrgica para pacientes com sintomas persistentes ou comprometimento importante da qualidade de vida (ICS, 2024; AUGS, 2024).

As medidas conservadoras incluem orientação sobre mudanças no estilo de vida, redução ponderal em mulheres obesas, controle da constipação intestinal, cessação do tabagismo e redução do consumo de cafeína quando pertinente. O treinamento da musculatura do assoalho pélvico constitui a principal modalidade terapêutica para a incontinência urinária de esforço, apresentando elevada eficácia quando realizado de forma supervisionada por profissional capacitado. A fisioterapia pélvica pode ser associada ao biofeedback e à eletroestimulação em situações selecionadas (BØ *et al*., 2022; HAY-SMITH *et al*., 2024).

Na incontinência urinária de urgência, recomenda-se associação entre treinamento vesical

e terapia medicamentosa. Os fármacos antimuscarínicos e os agonistas β3-adrenérgicos demonstram eficácia na redução da urgência e da frequência miccional, devendo sua indicação considerar perfil de efeitos adversos, comorbidades e preferência da paciente (EAU, 2025).

O tratamento cirúrgico é indicado principalmente para mulheres com incontinência urinária de esforço moderada ou grave que não obtiveram melhora satisfatória com medidas conservadoras. Os slings médio-uretrais, pelas vias retropúbica (TVT) e transobturatória (TOT), permanecem como o padrão de referência para correção da incontinência urinária de esforço, apresentando elevadas taxas de sucesso e bons resultados em longo prazo. Em situações específicas, podem ser indicados slings autólogos, colpossuspensão de Burch ou agentes periuretrais, conforme características clínicas e experiência da equipe cirúrgica (AUA/SUFU, 2023; GALLO *et al*., 2024).

Perspectivas Atuais

A uroginecologia tem evoluído significativamente nas últimas décadas, impulsionada pelo aprimoramento das técnicas diagnósticas, pelo desenvolvimento de procedimentos minimamente invasivos e pela crescente valorização de abordagens individualizadas. O melhor entendimento da biomecânica do assoalho pélvico e dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos no prolapso de órgãos pélvicos e na incontinência urinária tem permitido maior precisão na indicação terapêutica e melhores resultados clínicos (PADOA *et al*., 2025).

No tratamento conservador, novas estratégias de treinamento da musculatura do assoalho pélvico, associadas ao biofeedback, aplicativos para acompanhamento domiciliar e recursos de telessaúde, têm demonstrado potencial para aumentar a adesão das pacientes e melhorar os resultados funcionais. Paralelamente, avanços na fisioterapia pélvica reforçam seu papel como terapia de primeira linha em diferentes disfunções do assoalho pélvico (HAY-SMITH *et al*., 2024; WANG *et al*., 2024).

No campo cirúrgico, observa-se uma tendência crescente à adoção de técnicas minimamente invasivas, incluindo laparoscopia e cirurgia robótica, especialmente para correção do prolapso apical. Essas abordagens estão associadas à menor morbidade pós-operatória, recuperação mais rápida e resultados anatômicos comparáveis aos da cirurgia aberta em pacientes adequadamente selecionadas. Entretanto, a escolha da técnica deve permanecer individualizada, considerando as características clínicas da paciente, a experiência da equipe cirúrgica e as evidências científicas disponíveis (AUGS, 2024; EAU, 2025).

Embora tecnologias como laser vaginal, radiofrequência e terapias regenerativas despertem interesse crescente, as evidências atuais ainda são insuficientes para recomendar sua utilização rotineira no tratamento do prolapso de órgãos pélvicos ou da incontinência urinária. Dessa forma, seu uso deve ser criterioso e fundamentado em estudos de alta qualidade metodológica (PADOA *et al*., 2025).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, P. *et al*. Incontinence. 6. ed. Bristol: International Continence Society, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Practice Bulletin No. 214: Pelvic Organ Prolapse. Obstetrics & Gynecology, Washington, DC, v. 134, n. 5, p. e126-e142, 2019.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Urinary Incontinence in Women: Practice Bulletin. Washington, DC: ACOG, [s. d.].

AMERICAN UROGYNECOLOGIC SOCIETY. Clinical Practice Statements. Chicago: AUGS, [s. d.].

ARAÚJO, L. U. A. *et al*. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3530, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.12502013.

ARAÚJO, P. T. B.; UCHÔA, S. A. C. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1107-1114, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400018.

ASHTON-MILLER, J. A.; DELANCEY, J. O. L. Functional anatomy of the female pelvic floor. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v. 1101, p. 266–296, 2007. DOI: https://doi.org/10.1196/annals.1389.034.

BØ, K. *et al*. International Urogynecology Consultation Chapter 3 Committee 2: Conservative treatment of patients with pelvic organ prolapse: pelvic floor muscle training. International Urogynecology Journal, v. 33, n. 10, p. 2735–2760, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s00192-022-05322-z.

BUGGE, C. *et al*. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 11, art. CD004010, p. 1-85, 2020. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD004010.pub4.

BUMP, R. C. *et al*. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 175, n. 1, p. 10–17, 1996. DOI: https://doi.org/10.1016/s0002-9378(96)70243-0.

DELANCEY, J. O. L. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? Current Opinion in Obstetrics & Gynecology, v. 28, n. 5, p. 420–429, 2016. DOI: https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000312.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. EAU Guidelines on Non-neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms. Arnhem: EAU, [s. d.].

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Tratado de Ginecologia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier, 2025.

GALLO, K.; WEINER, H.; MISHRA, K. An update on the surgical management of stress urinary incontinence. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology, v. 36, n. 6, p. 412-420, 2024. DOI: https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000985.

HAY-SMITH, E. J. C. *et al*. Pelvic floor muscle training approaches for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 4, art. CD009508, p. 1-120, 2024. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD009508.pub3.

HAYLEN, B. T. *et al*. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics, v. 29, n. 1, p. 4–20, 2010. DOI: https://doi.org/10.1002/nau.20798.

HOFFMAN, B. L. *et al*. Williams Gynecology. 5. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2023.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. ICS Standards and Standardisation Documents. Bristol: ICS, [s. d.]. Disponível em: https://www.ics.org. Acesso em: set. 2026.

INTERNATIONAL UROGYNECOLOGICAL ASSOCIATION. Committee Opinions and Joint Reports. Washington, DC: IUGA, [s. d.]. Disponível em: https://www.iuga.org. Acesso em: set. 2026.

KOBASHI, K. C. *et al*. Surgical treatment of female stress urinary incontinence: AUA/SUFU Guideline. The Journal of Urology, v. 209, n. 6, p. 1091-1098, 2023. DOI: https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003442.

LAROUCHE, M. *et al*. Synthetic versus non-synthetic slings for female stress and mixed urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 230, n. 3, p. 301-315, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.11.012.

MORIS, L. *et al*. Prevalence, diagnosis and treatment of female stress urinary incontinence: collaborative review. European Urology, v. 87, n. 2, p. 185-198, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eururo.2024.10.015.

PADOA, A. *et al*. Pelvic organ prolapse: current challenges and future perspectives. Journal of Clinical Medicine, v. 14, n. 2, art. 512, p. 1-15, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm14020512.

PARTIN, A. W. *et al*. Campbell-Walsh-Wein Urology. 12. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

PASSOS, E. P.; FREITAS, F. (org.). Rotinas em Ginecologia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

RAJU, R.; LINDER, B. J. Evaluation and management of pelvic organ prolapse. Mayo Clinic Proceedings, v. 96, n. 12, p. 3122–3129, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.08.016.

TUNN, R. *et al*. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women. Deutsches Ärzteblatt International, v. 120, n. 15, p. 261-268, 2023. DOI: https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0022.

WANG, X. *et al*. Pressure-mediated biofeedback with pelvic floor muscle training for urinary incontinence: a randomized clinical trial. JAMA Network Open, v. 7, n. 5, art. e2411205, p. 1-12, 2024. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.11205.

WU, J. M. Stress urinary incontinence in women. The New England Journal of Medicine, v. 384, n. 25, p. 2428–2436, 2021. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMcp2025649.

ZHOU, Y. *et al*. Single-incision mini-sling versus standard midurethral sling surgery for female stress urinary incontinence: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Surgery, v. 111, n. 1, p. 120-132, 2025. DOI: https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000002105.