

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 44

UROGINECOLOGIA

JESSICA ALVES DE CASTRO SILVEIRA¹
LARA BITAR NOVAZZI¹
MARIA AMANDA SANTOS BARBOSA¹
SOFIA CARDOSO PERETTO¹

¹Discente - Faculdade de Medicina de Santo Amaro.

Palavras-Chave: *Uroginecologia; Anatomia Pélvica; Disfunções do Assoalho Pélvico.*

INTRODUÇÃO

A uroginecologia é uma área da ginecologia voltada ao estudo das disfunções do assoalho pélvico feminino, incluindo alterações urinárias, anorretais e de suporte dos órgãos pélvicos (DIETER *et al.*, 2015). Essas condições apresentam alta prevalência, especialmente em mulheres com múltiplos partos, envelhecimento e tem associações com condições como obesidade e hipoestrogenismo, impactando significativamente a qualidade de vida, a função sexual e o bem-estar psicossocial das pacientes (LUKACZ *et al.*, 2017; QUAGHEBEUR *et al.*, 2021; WONG *et al.*, 2021).

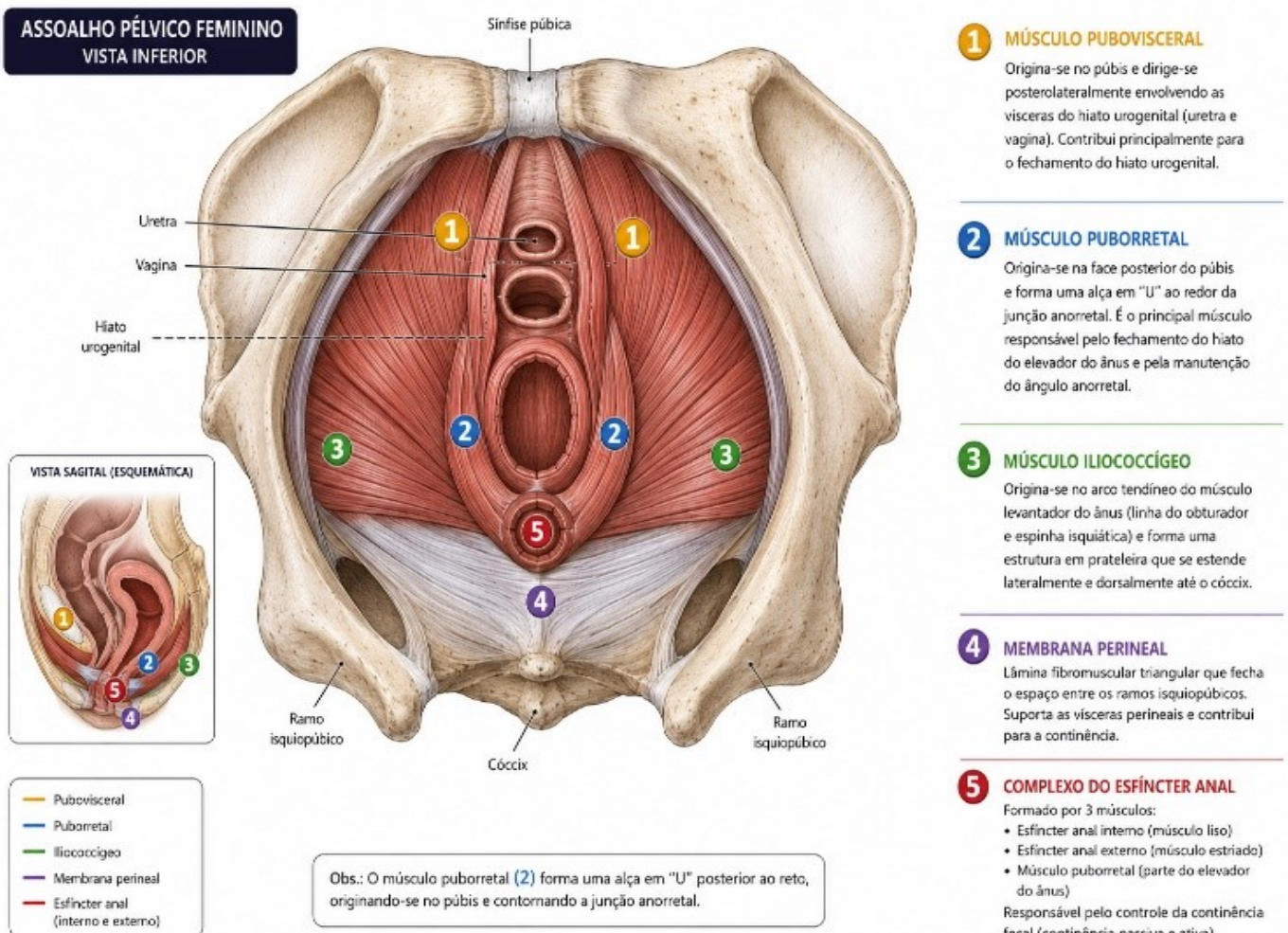
Anatomia e função do assoalho pélvico

O assoalho pélvico é composto por uma rede complexa de músculos, ligamentos e fâsias que fornecem suporte ativo e passivo aos órgãos pélvicos e desempenham funções essenciais na continência urinária e fecal, além de participar da função sexual e estabilidade da cintura pélvica.

Músculos

O assoalho pélvico é constituído por cinco estruturas anatômicas musculares chave (**Figura 44.1**) (FRAWLEY *et al.*, 2021):

Figura 44.1 Estruturas anatômicas musculares chave



Fonte: Imagem gerada a partir de inteligência artificial

1. Músculo pubovisceral, que contribui principalmente para o fechamento do hiato urogenital;

2. Músculo puborretal, que está relacionado ao fechamento do hiato do elevador do ânus;

3. Músculo iliococcígeo, o qual forma uma estrutura em prateleira que se estende lateralmente e dorsalmente;

4. Membrana perineal (ou corpo perineal): estrutura fibromuscular crucial que se fixa aos ramos isquiopúbicos;

5. Complexo do esfíncter anal, o qual é formado por 3 músculos (esfíncter anal interno, externo e músculo puborretal) e é responsável pelo controle da continência fecal.

Ligamentos

Os ligamentos e fâscias fornecem o restante do suporte uretral e vaginal (**Figura 44.2**) (QUAGHEBEUR *et al.*, 2021):

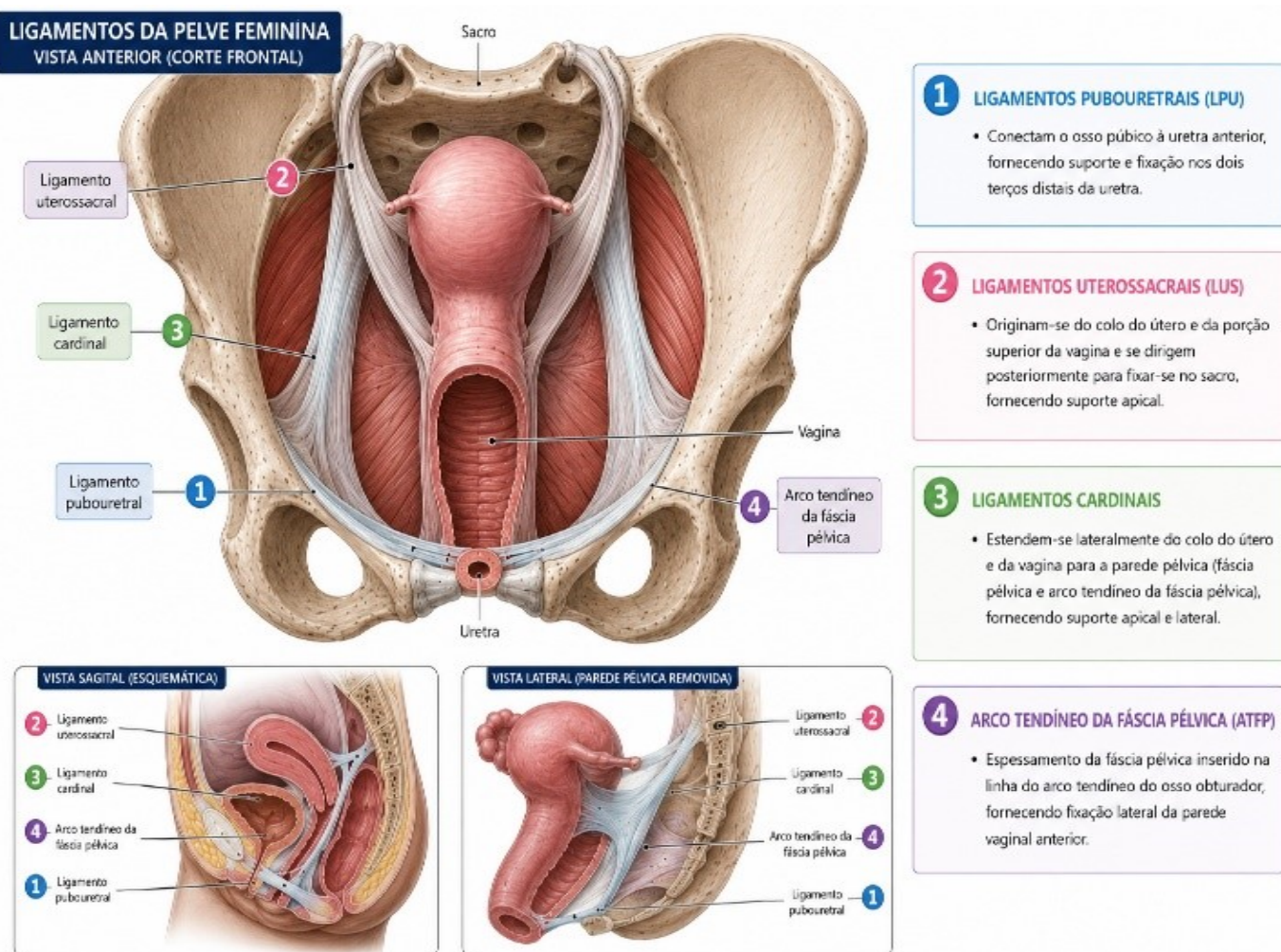
Ligamentos pubouretral (LPU): conectam o osso púbico à uretra anterior, fornecendo suporte e fixação nos dois terços distais da uretra;

Ligamentos uterossacrais (LUS): fornecem suporte apical;

Ligamentos cardinais: fornecem suporte apical e lateral;

Arco tendíneo da fâscia pélvica (ATFP): fornece fixação lateral da parede vaginal anterior.

Figura 44.2 Ligamentos da pelve



Fonte: Imagem gerada a partir de inteligência artificial

Funções do assoalho pélvico

O assoalho pélvico funciona como uma entidade holística integrada, com múltiplas funções coordenadas cortical e reflexamente, dentre elas, destacam-se 3 funções (QUAGHEBEUR *et al.*, 2021):

Suporte estrutural dos órgãos pélvicos

A atividade muscular do assoalho pélvico se ajusta às variações de postura e pressão intra-abdominal. Músculos fortes, volumosos e com tônus adequado resistem ao movimento descendente e fornecem melhor suporte estrutural e anatômico aos órgãos pélvicos, incluindo a uretra (HAGEN & STARK, 2011).

Continência urinária

Os músculos do assoalho pélvico são integrados ao mecanismo de continência. Quando contraem, movem-se cranioventralmente para comprimir e aumentar a pressão dentro da uretra, prevenindo a passagem de urina (DEVRIES *et al.*, 2018).

Continência fecal

O rabdoesfínter uretral e os músculos do assoalho pélvico são importantes na manutenção da continência urinária e na prevenção do descenso dos órgãos pélvicos. Os músculos fornecem suporte para a uretra, vagina e reto, e constroem os orifícios uretral, vaginal e anal (QUAGHEBEUR *et al.*, 2021).

Outras funções

O assoalho pélvico também é responsável pela estabilidade da cintura pélvica, o que engloba tanto os músculos quanto os ligamentos, além da função sexual, por contrações musculares rítmicas que ocorrem involuntariamente durante o orgasmo. Os músculos fortalecidos podem aumentar a sensibilidade e auxiliar no

controle e intensidade do prazer (QUAGHEBEUR *et al.*, 2021).

Biomecânica e controle neural

O assoalho pélvico opera através de controle neural complexo, com inervação pelos nervos pudendo e elevador do ânus. A coordenação entre músculos lisos e estriados, nervos, ligamentos e outros tecidos conectivos é dirigida cortical e reflexamente de vários níveis do sistema nervoso (QUAGHEBEUR *et al.*, 2021)

Principais doenças uroginecologias

Incontinência urinária

A incontinência urinária é definida por qualquer perda involuntária de urina, segundo a Associação Internacional de Continência. Sua classificação é dividida em Incontinência de esforço, incontinência de urgência, incontinência por transbordamento e incontinência mista, sendo que cada uma possui causas distintas e, às vezes, sobrepostas (LUGO *et al.*, 2026).

Os fatores de risco incluem sexo feminino, raça branca, idade avançada, tabagismo, obesidade, constipação crônica, multiparidade, menopausa ou deficiência estrogênica, cirurgias pélvicas prévias (especialmente histerectomia), gravidez e partos vaginais, doenças neurológicas, doenças pulmonares crônicas, diabetes e infecções urinárias recorrentes (LESLIE *et al.*, 2026).

Incontinência urinária de esforço

A incontinência por esforço ocorre devido a perda involuntária e repentina de urina durante diversas atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tosse, riso ou esforço físico. Essa condição surge devido a associação de fatores anatômicos e fisiológicos da pelve que interferem no mecanismo fisiológico de

continência urinária, afetando significativamente a qualidade de vida dessas mulheres. As principais causas são o enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico e dos tecidos conjuntivos que sustentam a uretra e a bexiga, sendo que a deficiência intrínseca do esfíncter outra principal causa. O diagnóstico é clínico e o tratamento inicial baseia-se em exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico, podendo ser complementado por abordagem cirúrgica em casos selecionados (LUGO *et al*, 2026).

Incontinência urinária por urgência

Esse tipo de incontinência é caracterizado por uma vontade súbita e intensa de urinar, frequentemente associada à perda involuntária de urina. As causas envolvem a hiperatividade do músculo detrusor da bexiga, baixa complacência do detrusor e hipersensibilidade da bexiga. Sua prevalência aumenta com a idade e está associada a fatores como menopausa, obesidade, diabetes e doenças neurológicas. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na história e no exame físico. O tratamento inclui medidas comportamentais, treinamento vesical, fisioterapia do assoalho pélvico e, quando necessário, terapia medicamentosa. A condição pode impactar significativamente a qualidade de vida, tornando fundamental o diagnóstico e manejo adequados (NANDY & RANGANATHAN, 2026).

Incontinência urinária por transbordamento

A incontinência urinária por transbordamento caracteriza-se pela perda involuntária de urina decorrente do enchimento excessivo da bexiga e esvaziamento inadequado. Está geralmente associada à obstrução do trato urinário inferior ou à redução da contratilidade do músculo detrusor, resultando em retenção urinária crônica. As pacientes podem apresentar jato

urinário fraco, sensação de esvaziamento incompleto e gotejamento contínuo. O tratamento é direcionado à causa subjacente, visando restaurar o esvaziamento vesical adequado (LESLIE *et al.*, 2026).

Incontinência urinária mista

É uma condição caracterizada pela perda involuntária de urina, englobando sintomas tanto de incontinência de esforço quanto de incontinência de urgência. Como vimos acima, a incontinência de esforço é desencadeada por esforço físico (tosse, espirro ou exercício) e a incontinência de urgência é caracterizada por necessidade súbita e intensa de urinar. Sua fisiopatologia envolve alterações no suporte uretral e hiperatividade do músculo detrusor. A incontinência urinária mista está frequentemente associada a níveis avançados de prolapso de órgãos pélvicos. O diagnóstico é clínico e o tratamento deve ser individualizado, combinando medidas comportamentais, fisioterapia do assoalho pélvico e, quando necessário, terapia medicamentosa ou cirúrgica (HARRIS *et al.*, 2026).

Prolapso de órgãos pélvicos

O prolapso de órgãos pélvicos ocorre quando algum órgão ou estrutura da pelve desce pelo canal vaginal, saindo da posição anatômica original, incluindo parede vaginal anterior ou posterior, colo do útero, útero ou cúpula vaginal. Isso ocorre devido ao enfraquecimento das estruturas do assoalho pélvico, incluindo músculos, fáscia e ligamentos. Esse enfraquecimento permite a protrusão de órgãos adjacentes (bexiga, reto ou intestino delgado) para o espaço vaginal, resultando em manifestações clínicas como cistocele, retocele, enterocele ou prolapso uterino. Os principais fatores de risco são multiparidade, idade superior a 60 anos e

condições clínicas que aumentam a pressão intra-abdominal (KUO *et al.*, 2026).

Os sintomas variam conforme o compartimento acometido e podem incluir sensação de abaulamento vaginal, desconforto pélvico, sintomas urinários, intestinais e disfunção sexual. O diagnóstico é clínico, baseado na anamnese e no exame físico, sendo que existem diversas classificações que podem auxiliar o diagnóstico, sendo o mais utilizado o *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q) (KUO *et al.*, 2026).

Esse método baseia-se na mensuração, em centímetros, de pontos anatômicos específicos da parede vaginal em relação ao hímen, considerado o ponto de referência fixo (valor zero). As medidas são obtidas durante a manobra de Valsalva máxima e permitem avaliar os compartimentos anterior, apical e posterior da pelve. O sistema utiliza nove medidas: Aa, Ba, C, D, Ap, Bp, hiato genital (GH), corpo perineal (PB) e comprimento vaginal total (TVL).

Com base no ponto de maior protrusão, o prolapso é classificado em cinco estágios:

Estágio 0: ausência de prolapso;

Estágio I: ponto mais distal localizado a mais de 1 cm acima do hímen;

Estágio II: ponto mais distal entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen;

Estágio III: ponto mais distal a mais de 1 cm abaixo do hímen, sem atingir o comprimento vaginal total menos 2 cm;

Estágio IV: eversão vaginal praticamente completa.

O POP-Q apresenta elevada reprodutibilidade e permite a padronização da avaliação clínica, facilitando a comparação entre estudos e o acompanhamento da evolução e dos resultados terapêuticos (KUO *et al.*, 2026).

O tratamento deve ser individualizado, podendo envolver medidas conservadoras, uso de

peçários e correção cirúrgica (KUO *et al.*, 2026).

Cistite intersticial/Síndrome da bexiga dolorosa

A cistite intersticial, atualmente denominada síndrome da bexiga dolorosa, é uma condição crônica que se caracteriza pela presença de dor, pressão ou desconforto suprapúbico relacionado ao enchimento vesical, geralmente acompanhado por aumento da frequência urinária diurna, noctúria e urgência miccional, na ausência de infecção urinária ou outra patologia que justifique os sintomas. Trata-se de uma doença de etiologia ainda não completamente esclarecida, em que há alterações da barreira urotelial, processos inflamatórios, sensibilização neural periférica e central, além de possíveis mecanismos autoimunes (HANNO *et al.*, 2015).

Essa síndrome acomete predominantemente mulheres, podendo manifestar-se em qualquer faixa etária, embora seja mais frequente entre 40 e 60 anos. Diversos fatores têm sido associados ao seu desenvolvimento, incluindo histórico de doenças autoimunes, síndrome do intestino irritável, fibromialgia, endometriose e outras síndromes dolorosas crônicas (HANNO *et al.*, 2015; ABRAMS *et al.*, 2017).

Os sintomas costumam apresentar caráter progressivo e podem variar em intensidade ao longo do tempo. A dor geralmente piora com o enchimento da bexiga e melhora parcialmente após a micção. Além disso, muitas pacientes relatam impacto significativo na qualidade de vida, com prejuízo das atividades sociais, laborais, emocionais e da função sexual (HANNO *et al.*, 2015).

O diagnóstico é essencialmente clínico e de exclusão, já que não existe exame específico para confirmação da doença. A investigação

deve incluir anamnese detalhada, exame físico, urina tipo I e urocultura para afastar infecção urinária, além de exames complementares direcionados conforme a suspeita clínica. A cistoscopia com hidrodistensão pode ser utilizada em casos selecionados, permitindo a identificação de achados sugestivos, como glomerulações e lesões de Hunner (HANNO *et al.*, 2015).

O tratamento deve ser individualizado e realizado de forma gradual, priorizando inicialmente medidas conservadoras. Entre as estratégias terapêuticas incluem-se orientação da paciente, modificações dietéticas, controle do estresse, fisioterapia do assoalho pélvico e treinamento comportamental. Nos casos persistentes, podem ser utilizados medicamentos orais, instilações intravesicais e procedimentos minimamente invasivos. O objetivo principal do tratamento é o controle dos sintomas e a melhora da qualidade de vida, uma vez que não existe terapia curativa definitiva (HANNO *et al.*, 2015; ABRAMS *et al.*, 2017).

Infecções urinárias recorrentes

As infecções urinárias recorrentes constituem uma das condições mais frequentes na prática uroginecológica e são definidas pela ocorrência de pelo menos 2 episódios de infecção urinária em 6 meses ou 3 episódios em um período de 1 ano. A maioria dos casos é causada por bactérias da microbiota intestinal, especialmente *Escherichia coli*, que colonizam a região periuretral e ascendem ao trato urinário (ANGER *et al.*, 2019; ABRAMS *et al.*, 2017).

Diversos fatores podem predispor à recorrência das infecções urinárias. Em mulheres jovens, destacam-se atividade sexual frequente, uso de espermicidas e histórico prévio de infecções urinárias. Já em mulheres na pós-menopausa, a deficiência estrogênica promove alte-

rações da microbiota vaginal e redução dos lactobacilos, favorecendo a colonização por microrganismos uropatogênicos. Outros fatores de risco incluem diabetes mellitus, prolapso de órgãos pélvicos, retenção urinária e alterações anatômicas do trato urinário (ANGER *et al.*, 2019).

As manifestações clínicas incluem disúria, polaciúria, urgência miccional, dor suprapúbica e, eventualmente, hematúria. O diagnóstico é baseado nos sintomas associados à confirmação microbiológica por meio da urocultura. O tratamento consiste na antibioticoterapia direcionada ao agente etiológico, associada à correção dos fatores predisponentes quando possível. Medidas preventivas incluem aumento da ingestão hídrica, hábitos miccionais adequados, uso de estrogênio vaginal em mulheres pós-menopáusicas selecionadas e profilaxia antimicrobiana em casos específicos (ANGER *et al.*, 2019; ABRAMS *et al.*, 2017).

Incontinência fecal

A incontinência fecal é definida como a perda involuntária de fezes líquidas, sólidas ou gases, representando uma condição frequentemente subdiagnosticada devido ao constrangimento relatado pelas pacientes. Sua prevalência aumenta com a idade e está intimamente relacionada às disfunções do assoalho pélvico (BHARUCHA *et al.*, 2015; ABRAMS *et al.*, 2017).

A etiologia é multifatorial e pode envolver lesões obstétricas dos esfíncteres anais, neuropatias, doenças neurológicas, alterações da consistência fecal, trauma cirúrgico e envelhecimento dos músculos do assoalho pélvico. Entre os fatores de risco mais importantes destacam-se partos vaginais traumáticos, uso de fórceps, lacerações obstétricas de terceiro e quarto graus

e doenças degenerativas do sistema nervoso (BHARUCHA *et al.*, 2015).

As pacientes podem apresentar perda involuntária de gases, fezes líquidas ou sólidas, além de urgência evacuatória e comprometimento significativo da qualidade de vida. O diagnóstico é realizado por meio da história clínica e exame físico, podendo ser complementado por ultrassonografia endoanal, manometria anorretal e outros exames funcionais (BHARUCHA *et al.*, 2015; ABRAMS *et al.*, 2017).

O tratamento deve ser individualizado e inclui orientação dietética, fisioterapia do assoalho pélvico, tratamento de doenças associadas e, em casos selecionados, intervenção cirúrgica para correção anatômica ou neuromodulação sacral (BHARUCHA *et al.*, 2015).

Fístulas urogenitais

As fistulas urogenitais correspondem a comunicações anormais entre o trato urinário e o trato genital feminino, resultando em perda contínua e involuntária de urina pela vagina. Embora sejam mais prevalentes em países com acesso limitado à assistência obstétrica, também podem ocorrer como complicações de procedimentos cirúrgicos ginecológicos e obstétricos (HILTON, 2003; ABRAMS *et al.*, 2017).

As principais formas são a fistula vesicovaginal, ureterovaginal e uretrovaginal. A fistula vesicovaginal é a mais frequente e geralmente manifesta-se por perda contínua de urina dias ou semanas após cirurgia pélvica (HILTON, 2003).

O diagnóstico dessa patologia é baseado na história clínica, exame ginecológico e testes complementares, como teste com corantes, cistoscopia e exames de imagem. O tratamento é predominantemente cirúrgico, sendo a correção da comunicação o principal objetivo terapêutico (HILTON, 2003; ABRAMS *et al.*, 2017).

Disfunções miccionais

As disfunções miccionais englobam alterações relacionadas ao armazenamento e ao esvaziamento vesical. Entre as principais condições encontram-se a retenção urinária, o esvaziamento vesical incompleto e a obstrução infra-vesical feminina (ABRAMS *et al.*, 2017).

Essas alterações podem resultar de doenças neurológicas, prolapso avançado, cirurgias pélvicas prévias, uso de medicamentos ou alterações funcionais do músculo detrusor. Os sintomas mais comuns incluem hesitação miccional, jato urinário fraco, esforço para urinar, sensação de esvaziamento incompleto e aumento do resíduo pós-miccional (ABRAMS *et al.*, 2017; HANNO *et al.*, 2015).

A avaliação diagnóstica envolve anamnese detalhada, exame físico, mensuração do resíduo pós-miccional e, quando indicado, estudo urodinâmico. O tratamento depende da etiologia e pode incluir medidas comportamentais, cateterismo intermitente limpo, tratamento medicamentoso ou correção cirúrgica das causas obstrutivas (ABRAMS *et al.*, 2017).

Diagnóstico

Os métodos diagnósticos na uroginecologia visam abranger a queixa de forma ampla e sistêmica, o que inclui desde a anamnese até exames laboratoriais específicos. A princípio, ocorre a avaliação inicial, seguida de pedidos de exames complementares e, caso necessário, testes específicos.

A avaliação inicial é consistente entre as diretrizes internacionais e inclui:

Anamnese: inclui queixa e caracterização, além da presença de distúrbios concomitantes do assoalho pélvico (prolapso de órgãos pélvicos, incontinência fecal) (ACOG, 2015).

Exame físico pélvico: avalia atrofia vaginal (especialmente em mulheres pós-menopáusicas), prolapso de órgãos pélvicos, força e função da musculatura do assoalho pélvico, e identifica condições que requerem encaminhamento especializado (FRAWLEY *et al.*, 2021; ACOG, 2015; QUAGHEBEUR *et al.*, 2021).

Exames complementares

Urinálise: identifica infecção do trato urinário e detecta hematúria, piúria ou glicosúria, que podem representar condições comórbidas associadas à incontinência (ACOG, 2015; LUKACZ *et al.*, 2017).

Diário miccional: registro de 1 a 3 dias documentando horário de cada micção, volume eliminado, ingestão de líquidos, uso de absorventes e episódios de incontinência. Fornece informações ideais sobre fatores modificáveis associados aos episódios de incontinência (ACOG, 2015).

Teste de esforço urinário: realizado com a bexiga confortavelmente cheia, a paciente tosse ou realiza manobra de Valsalva em posição litotômica ou em pé, enquanto o examinador observa diretamente o meato uretral para perda de urina. A perda durante essas manobras é altamente sugestiva de incontinência de esforço (78% a 97%) (Wu, 2021; LUKACZ *et al.*, 2017).

Avaliação do resíduo pós-miccional: realizada por cateterização ou ultrassonografia vesical, especialmente antes de intervenção cirúrgica, para avaliar o esvaziamento vesical (ACOG, 2015; LUKACZ *et al.*, 2017).

Exames específicos: utilizados na incerteza do diagnóstico.

Estudos urodinâmicos: bateria de testes que avaliam a função do trato urinário inferior medindo diversos aspectos do armazenamento e

evacuação de urina (ABRAMS *et al.*, 2017; ACOG, 2015).

Cistometria: fornece representação gráfica da pressão vesical e abdominal em relação ao volume de líquido durante o enchimento, armazenamento e micção, avaliando sensação vesical, capacidade, complacência e presença de contrações detrusoras voluntárias e involuntárias (ABRAMS *et al.*, 2017).

Urofluxometria e estudos de pressão-fluxo: medem a taxa de fluxo urinário e o mecanismo de esvaziamento vesical (ABRAMS *et al.*, 2017).

Medidas da função uretral: incluem perfis de pressão uretral e pressões de perda ao esforço de Valsalva. Sua utilidade clínica é questionável devido à variação considerável teste-reteste (ABRAMS *et al.*, 2017).

Eletromiografia: estuda a atividade neuromuscular, principalmente dos músculos pélvicos e esfíncter uretral durante a micção (ABRAMS *et al.*, 2017).

Ultrassonografia: avalia lesão muscular do assoalho pélvico, posição dos músculos do assoalho pélvico na pelve e dimensões do hiato (QUAGHEBEUR *et al.*, 2021; FRAWLEY *et al.*, 2021).

Teste de absorvente (*pad test*): quantifica a quantidade de urina perdida durante o período de teste, medindo o aumento de peso dos absorventes perineais utilizados (ABRAMS *et al.*, 2017; LUKACZ *et al.*, 2017).

Manejo

O tratamento das disfunções do assoalho pélvico e do trato urinário inferior é multifacetado, podendo incluir medidas conservadoras, terapias farmacológicas e intervenções cirúrgicas. A escolha da abordagem terapêutica deve ser individualizada, considerando a gravidade dos sintomas, o impacto na qualidade de vida,

as características clínicas da paciente e seus objetivos em relação ao tratamento. Nesse contexto, serão abordados a seguir os principais aspectos do manejo e tratamento da incontinência urinária, do prolapso de órgãos pélvicos, da cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa, das infecções urinárias de repetição, da incontinência fecal e das fístulas urogenitais.

Incontinência urinária

A abordagem terapêutica da incontinência urinária deve ser precedida pela classificação e quadro clínico da paciente, corrigindo os fatores de risco, doenças associadas e medicamentos que possam agravar o quadro.

O tratamento inicial é baseado em medidas conservadoras como modificações do estilo de vida, perda de peso, controle da ingesta hídrica, tratamento da constipação e cessação do tabagismo, além de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, exercícios de Kegel indicados para todos os tipos de incontinência urinária, promovendo melhora dos sintomas e da qualidade de vida.

Nas pacientes com incontinência de urgência, o treinamento vesical também é recomendado, utilizando da técnica de micções programadas para controlar a urgência miccional.

Em mulheres com atrofia vulvovaginal relacionada ao hipoestrogenismo, o uso de estrogênio vaginal tópico pode contribuir para a melhora dos sintomas urinários.

Quando a incontinência urinária de esforço persiste apesar das medidas ordinárias, podem ser utilizados dispositivos de suporte vaginal, como pessários, especialmente em casos de perda urinária associada a esforços físicos. Quando o tratamento convencional for insuficiente, a cirurgia com colocação de *sling* uretral médio constitui a opção mais eficaz. Como alternativa menos invasiva, podem ser realizadas

injeções periuretrais de agentes de volume, embora sua eficácia seja inferior e frequentemente exija reaplicações.

Nos casos de incontinência urinária de urgência ou bexiga hiperativa refratária ao tratamento conservador, podem ser empregados medicamentos, aplicações intravesicais de toxina botulínica tipo A e técnicas de neuromodulação.

Já na incontinência urinária mista, o tratamento deve iniciar-se com medidas conservadoras, direcionando posteriormente a terapêutica ao sintoma predominante, seja ele de esforço ou de urgência. Por fim, a incontinência por transbordamento requer tratamento específico da causa subjacente, podendo incluir correção de obstruções, neuromodulação sacral, cateterismo intermitente ou, em situações selecionadas, desvio urinário (LUKACZ *et al.*, 2017).

Prolapso de órgãos pélvicos

O tratamento do prolapso de órgãos pélvicos (POP) deve ser individualizado de acordo com os sintomas, o grau do prolapso e as características da paciente. Inicialmente, são recomendadas medidas conservadoras, como perda de peso, tratamento da constipação, cessação do tabagismo e fisioterapia do assoalho pélvico com exercícios de Kegel, especialmente eficazes nos prolapso leves (graus I e II).

O uso de pessário vaginal é uma alternativa para mulheres que não desejam ou não podem ser submetidas à cirurgia, bem como durante a gestação ou enquanto aguardam tratamento definitivo.

O tratamento cirúrgico é indicado nos casos sintomáticos, refratários às medidas conservadoras ou em prolapso avançados (graus III e IV). As principais técnicas incluem histerectomia vaginal ou histeropexia para prolapso ute-

rino, colporrafia anterior para cistocele, colporrafia posterior para retocele e sacrocolpopexia ou fixação ligamentar para prolapso de cúpula vaginal. Em mulheres idosas sem desejo de atividade sexual vaginal futura, a colpocleise pode ser uma opção eficaz e de menor morbidade (BOYLES *et al.*, 2003; JONES *et al.*, 2010).

Cistite intersticial / Síndrome da bexiga dolorosa

O tratamento da síndrome da bexiga dolorosa/cistite intersticial (SBP/CI) é gradual e individualizado, com o objetivo de aliviar a dor, melhorar os sintomas urinários e preservar a qualidade de vida. Inicialmente, recomenda-se educação da paciente sobre a doença, tratamento de comorbidades associadas, apoio psicossocial e adoção de medidas de autocuidado e modificações do estilo de vida.

O controle da dor é parte fundamental do tratamento. Nos casos leves a moderados, podem ser utilizados analgésicos como paracetamol e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Em crises de dor intensa, podem ser realizadas instilações intravesicais de lidocaína associada à heparina e/ou bicarbonato de sódio. Quando há sensibilidade da musculatura do assoalho pélvico, a fisioterapia pélvica pode proporcionar melhora significativa dos sintomas.

Entre as opções farmacológicas, a amitriptilina é considerada a terapia oral de primeira linha. O polissulfato de sódio de pentosana pode ser utilizado como alternativa, embora exija acompanhamento oftalmológico devido ao risco de alterações retinianas. Pacientes com doenças alérgicas associadas também podem se beneficiar do uso de anti-histamínicos.

Nos casos que não respondem ao tratamento inicial, a cistoscopia é indicada para avaliação da bexiga e identificação de lesões de Hunner,

que podem ser tratadas localmente por cauterização, injeção de corticosteroides ou ciclosporrina. Em pacientes com sintomas refratários, podem ser empregadas terapias como hidrodistensão vesical, instilações intravesicais, aplicação intradetrusora de toxina botulínica tipo A e neuromodulação sacral. O desvio urinário constitui a última opção terapêutica, reservado para casos graves e refratários a todas as demais abordagens (CLEMENS *et al.*, 2022).

Infecção urinária de repetição

A prevenção e o tratamento da infecção urinária de repetição envolvem medidas comportamentais, terapias farmacológicas e, em situações específicas, estratégias complementares. Recomenda-se evitar métodos contraceptivos associados a maior risco de infecção, como diafragma, capuz cervical e espermicidas. Medidas simples, como adequada higiene perineal, micção após as relações sexuais e aumento da ingestão hídrica, também podem contribuir para reduzir recorrências.

A antibioticoprofilaxia é uma das estratégias mais eficazes para mulheres com episódios recorrentes, podendo ser realizada de forma contínua em baixas doses ou após o coito quando há associação com atividade sexual. Os antibióticos mais utilizados incluem nitrofurantoína, sulfametoxazol-trimetoprim e cefalexina. Outra alternativa é o autotratamento orientado, no qual a paciente inicia a terapia ao reconhecer os sintomas típicos de um novo episódio.

Em mulheres na pós-menopausa, o uso de estrogênio vaginal tópico reduz significativamente o risco de recorrência ao restaurar a microbiota vaginal normal. Outras abordagens, como *cranberry*, probióticos contendo lactobacilos e imunoterapia com extratos bacterianos,

apresentam resultados variáveis e evidências limitadas, podendo ser consideradas como terapias adjuvantes em casos selecionados.

Assim, o manejo da ITU de repetição deve ser individualizado, combinando medidas preventivas e terapêuticas de acordo com os fatores de risco e as características de cada paciente (ALBERT *et al.*, 2004) (BADRAN *et al.*, 2015).

Incontinência fecal

O tratamento da incontinência fecal é realizado de forma progressiva, iniciando-se com medidas conservadoras e avançando para terapias especializadas nos casos persistentes. O manejo inicial inclui cuidados de suporte, como evitar alimentos e atividades que agravem os sintomas e manter adequada higiene da região perianal. Em pacientes cuja incontinência está associada à diarreia, podem ser utilizados agentes formadores de massa fecal e medicamentos antidiarreicos para melhorar a consistência das fezes e reduzir os episódios de perda.

Nos casos que não apresentam resposta satisfatória ao tratamento inicial, recomenda-se encaminhamento para avaliação especializada, com realização de exames que permitam identificar alterações estruturais ou funcionais do esfíncter anal e do assoalho pélvico. Dependendo dos achados, podem ser indicadas terapias como *biofeedback*, especialmente em pacientes com fraqueza esfíncteriana ou alterações da sensibilidade retal, além de procedimentos como injeção de agentes formadores de volume, estimulação do nervo sacral e esfínteroplastia anal.

Para pacientes com sintomas graves e refratários às medidas conservadoras e às intervenções minimamente invasivas, a derivação fecal por colostomia ou ileostomia pode ser conside-

rada como tratamento de última linha. O objetivo do tratamento é reduzir os episódios de incontinência, melhorar a qualidade de vida e restaurar a função intestinal sempre que possível (JELOVSEK *et al.*, 2019; (SANGWAN & COLLIER, 1994).

Fístulas urogenitais

O tratamento das fístulas urogenitais baseia-se na prevenção, no reconhecimento precoce da lesão e no reparo imediato sempre que possível. Quando diagnosticadas nas primeiras semanas após a cirurgia, algumas fístulas podem ser tratadas inicialmente de forma conservadora.

Nas fístulas vesicovaginais, a drenagem urinária contínua por cateter vesical pode promover o fechamento espontâneo de pequenos defeitos. Nas fístulas ureterovaginais não complicadas, a colocação precoce de *stent* ureteral pode favorecer a cicatrização e restaurar o fluxo urinário adequado.

Quando o tratamento conservador não é eficaz, o tratamento definitivo é cirúrgico. A fístula vesicovaginal é corrigida por fechamento cirúrgico da comunicação entre a bexiga e a vagina, geralmente por via vaginal ou abdominal. A fístula ureterovaginal requer reimplante ureteral na bexiga ou outras técnicas reconstrutivas do ureter, enquanto a fístula uretrovaginal é tratada por reparo cirúrgico da uretra, frequentemente associado à reconstrução dos tecidos periuretrais para restaurar a continência urinária.

A escolha da técnica depende do tipo de fístula, das características da paciente e da experiência da equipe cirúrgica. Em geral, o reparo cirúrgico apresenta taxas de cura entre 80% e 90%, embora alguns casos possam necessitar de procedimentos adicionais para resolução completa (TANCER, 1992; FINDLEY & SOLNIK, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMS, P. *et al.* Incontinence. 6. ed. Bristol: International Continence Society, 2017.
- ALBERT, X.; *et al.*, Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 3, CD001209, 2004. DOI: 10.1002/14651858.CD001209.pub2.
- ACOG - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary incontinence in women. Obstetrics & Gynecology, v. 126, n. 5, p. e66-e81, 2015. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001148.
- ANGER, J. *et al.*, Recurrent uncomplicated urinary tract infections in women: AUA guideline. The Journal of Urology, v. 202, n. 2, p. 282-289, 2019. DOI: 10.1097/JU.0000000000000296.
- BADRAN, Y.A.; *et al.* Impact of genital hygiene and sexual activity on urinary tract infection during pregnancy. Urology Annals, v. 7, n. 4, p. 478-481, 2015. DOI: 10.4103/0974-7796.157971.
- BHARUCHA, A.E., *et al.* Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence. Gastroenterology, v. 149, n. 1, p. 167-178, 2015. DOI: 10.1038/ajg.2014.396.
- BOYLES, S.H. *et al.* Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 188, n. 1, p. 108-115, 2003. DOI: 10.1067/mob.2003.101.
- CLEMENS, J.Q., *et al.*, Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. The Journal of Urology, v. 208, n. 1, p. 34-42, 2022. DOI: 10.1097/JU.00000000000002756.
- DE VRIES, A.M.; *et al.*, Midurethral support is also necessary for reflex closure of the urethra. Neurourology and Urodynamics, v. 37, n. 8, p. 2965-2972, 2018. DOI: 10.1002/nau.23807.
- DIETER, A.A. *et al.*, Epidemiological trends and future care needs for pelvic floor disorders. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, v. 27, n. 5, p. 380-384, 2015. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000200.
- FINDLEY, A.D. & SOLNIK, M.J. Prevention and management of urologic injury during gynecologic laparoscopy. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, v. 28, n. 4, p. 323-328, 2016. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000296.
- FRAWLEY, H. *et al.* An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. Neurourology and Urodynamics, v. 40, n. 5, p. 1217-1260, 2021. DOI: 10.1002/nau.24658.
- HAGEN, S. & STARK, D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 12, CD003882, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD003882.pub4.
- HANNO, P.M.; *et al.*, Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. The Journal of Urology, v. 193, n. 5, p. 1545-1553, 2015. DOI: 10.1016/j.juro.2015.01.086.
- HARRIS, S *et al.* Urinary incontinence. [Updated June 8, 2024]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 2026. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534234/>. Acesso em 25 abr 2026.
- HILTON, P. Vesico-vaginal fistulas in developing countries. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 82, n. 3, p. 285-295, 2003. DOI: 10.1016/s0020-7292(03)00222-4.
- JELOVSEK, J.E. *et al.* Controlling faecal incontinence in women by performing anal exercises with biofeedback or loperamide: a randomised clinical trial. Lancet Gastroenterology & Hepatology, v. 4, n. 9, p. 698-710, 2019. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30193-1.
- JONES, K.A. *et al.* Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979-2006. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 202, n. 5, p. 501.e1-501.e7, 2010. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.01.017.

KUO, C.H. *et al.*, Pelvic organ prolapse. [Updated September 21, 2025]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 2026. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>. Acesso em 25 abr 2026.

LESLIE, S. W *et al.* Urinary incontinence. [Updated August 11, 2024]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 2026. Available at: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559095/>>

LUGO, T.; *et al.* Stress urinary incontinence. [Updated August 31, 2024]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 2026. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539769/>>

LUKACZ, E.S. *et al.* Urinary incontinence in women: a review. JAMA, v. 318, n. 16, p. 1592-1604, 2017. DOI: 10.1001/jama.2017.12137.

NANDY, S. & RANGANATHAN, S. Urge Incontinence. [Updated September 19, 2022]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 2026. Available at: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563172/>>

QUAGHEBEUR, J. *et al.*, Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, v. 265, p. 143-149, 2021. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2021.08.026.

SANGWAN, Y.P & COLLIER, J.A. Fecal incontinence. Surgical Clinics of North America, v. 74, n. 6, p. 1377-1398, 1994. DOI: 10.1016/s0039-6109(16)46488-1.

TANCER, M.L. Observations on prevention and management of vesicovaginal fistula after total hysterectomy. Surgery, Gynecology & Obstetrics, v. 175, p. 501-506, 1992.

WONG, J.W.H. *et al.* Urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, v. 48, n. 2, p. 379-395, 2021.

WU, J.M. Stress incontinence in women. The New England Journal of Medicine, v. 384, n. 25, p. 2428-2436, 2021. DOI: 10.1056/NEJMcp1914037.