

Capítulo 18

MANEJO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES

MANOELA GUIMARÃES ALVES DA SILVA¹
JOÃO PEDRO UGLIONE DA ROS¹
MARIA LIVIA ECKERT¹
ALEFF KURY BERTHIER¹
PIETRA DIONISI DE CARVALHO¹
VITÓRIA CORNELIO BORGES FORTES¹
AGNES DE QUEIROZ RIVERA PALMEIRA¹

¹Discente -Medicina da Universidade Luterana do Brasil - Canoas, RS.

Palavras-Chave: Incontinência Urinária; Manejo; Sexo Feminino.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida como a perda involuntária de urina pela uretra, causada pelo enfraquecimento dos músculos do esfíncter uretral e do assoalho pélvico, além dos tecidos conjuntivos e fâscias circundantes, de acordo com a International Continence Society.. A IU afeta de 6-10% da população (Alouini S, 2022) afetando desproporcionalmente mais o sexo feminino, cerca de 5- 69% (Sheng Y, 2022). A prevalência de IU aumentou consideravelmente nos últimos 10 anos em ambos os sexos, suspeita-se que o motivo seja pelo aumento da obesidade e diabetes (Trowbridge ER, 2022). Além disso, a IU em mulheres geralmente possui uma origem multifatorial, sendo influenciada pela genética, gravidez e parto, pós menopausa e idade avançada, que contribuem significativamente em sua incidência (Tunn R, 2023). Essa doença e seu tratamento são extremamente relevantes no contexto da saúde pública por ter implicações sociais, físicas e psicológicas no bem estar geral dos pacientes, o que representa também um fardo médico e econômico significativo para a sociedade (Trowbridge ER, 2022). Os tratamentos preventivos estão sendo cada vez mais investigados e utilizados, como é o caso da terapia com pessário, para auxiliar na recuperação pós parto. A primeira linha de tratamento utilizada deve ser sempre conservadora, sendo utilizado exercícios para assoalho pélvico e terapia com pessários. Caso necessário, os métodos cirúrgicos também são amplamente utilizados, sendo descritos a seguir (ALOUINI S, 2022).

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no meses de setembro e outubro de 2024, utilizando pesquisa nas bases de dados como Pub-

Med, UpToDate entre os anos de 2022 e 2024, utilizando os descritores "urinary incontinence" e "women". Além disso, foram utilizados os guidelines da EAU (European Association of Urology), SBU (Sociedade Brasileira de Urologia) e ICS (International Continence Society). Os critérios de inclusão foram: artigos em português e inglês, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram trabalhos disponibilizados na forma de resumos, que não abordavam de forma direta a proposta do presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia

A continência depende de uma série de fatores que devem estar preservados nos indivíduos, desde a musculatura do assoalho pélvico e o trato urinário inferior, até os sistema nervoso central e periférico, com as inervações de bexiga e músculos associados com a micção. De acordo com os sintomas e a fisiopatologia, a incontinência urinária pode ser dividida em: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU), incontinência urinária mista (IUM) e Incontinência Urinária por Transbordamento (IUT). A mais comum entre as mulheres é a IUE, que ocorre durante a prensa abdominal, manobra de Valsalva, como espirros e tosse (Alouini S, 2022).

A IUE é precipitada por manobra de Valsalva, ou prensa abdominal, presente durante o esforço físico, espirro e tosse (Keane DP, 2000). É causada por uma disfunção esfinteriana, tanto por dano mecânico ao esfíncter externo e musculatura do assoalho pélvico, quanto por danos aos nervos que inervam as estruturas responsáveis pela continência. (Holroyd-Leduc, 2008). Em mulheres, pode ser por hipermobili- dade uretral por pouco apoio de musculatura pélvica.

A Incontinência de Urgência (IUU) é caracterizada como o sintoma de perda urinária que ocorre junto com a necessidade súbita de urinar, que não pode ser retardada. (Keane, 2000) Essa clínica acontece devido a contrações involuntárias da bexiga. Aumento da frequência urinária, tanto diurna quanto noturna são sintomas típicos dessa classificação de IU. É comum em pacientes com obstrução ou bexiga hiperativa, e a obstrução pode ser causada por condições neurológicas, ou até medicamentos que alteram a contratilidade da bexiga (HOLROYD-LEDUC, 2008).

A IUM é uma combinação dos sintomas de IUE e IUU. É mais comum em mulheres do que homens, e é caracterizada como uma disfunção de bexiga e dos esfíncteres (HOLROYD-LEDUC, 2008).

A IUT é caracterizada por um vazamento urinário constante, no contexto de um esvaziamento vesical incompleto. Sintomas associados podem ser jato urinário fraco ou intermitente, hesitação miccional, aumento de frequência e noctúria. Incontinência por transbordamento é causada por baixa atividade do músculo detrusor ou por obstrução da saída (EAU-GUIDELINES, 2023)

Quadro Clínico/Diagnóstico

A realização de uma anamnese é fundamental para o diagnóstico clínico. A história prévia deve incluir o diário miccional, que é uma ferramenta importante para avaliar e diagnosticar problemas urinários. Apresenta um registro detalhado de todas as vezes que o paciente urina, durante um período de 24 horas, além de conter informações sobre o horário de cada micção, volume da urina, frequência das micções, episódios de incontinência, frequência do uso de absorventes e ingestão de líquidos. A análise de urina também tem evidências para diagnóstico de IU, precisando ser avaliado a infecção do trato

urinário (ITU), quando o resultado para nitrito e leucócitos está negativo, se exclui com certeza o diagnóstico ITU em pacientes com IU. Esses exames, assim como a urocultura, devem ser solicitados em todos os pacientes com IU, pois essa doença pode ocorrer em pacientes com ITU sintomática, e a incontinência urinária existente pode piorar durante a ITU (EAU – GUIDELINES, 2023).

O teste de urodinâmica é amplamente utilizado como complemento ao diagnóstico clínico, na crença de que pode ajudar a fornecer ou confirmar o diagnóstico, prever o resultado do tratamento ou facilitar a discussão durante o aconselhamento, por isso, também deve ser solicitado em suspeita de IU. Outro teste utilizado, é o teste do absorvente, onde ocorre a medição da perda urinária durante um determinado período de tempo, podendo ser utilizado para quantificar a presença e grávida da IU, bem como a resposta do paciente ao tratamento. Os exames de imagem melhoram nossa compreensão das anormalidades anatômicas e funcionais que podem causar IU. Na pesquisa clínica, a imagem é usada para compreender a relação entre anatomia e função, entre condições do sistema nervoso central (SNC) e da IU. A queixa e detalhamento da história da paciente deve permitir com que a IU seja categorizada, em incontinência urinária de estresse, incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista. A história ginecológica e obstétrica da mulher pode auxiliar para identificação dos fatores que podem ter um impacto no diagnóstico e na escolha de tratamento da doença. Paciente deve ser questionado sobre uso de medicações, já que a incontinência urinária pode ocorrer por reação medicamentosa (EAU - GUIDELINES, 2023).

Tratamento

A primeira linha de tratamento para incontinência urinária baseia-se principalmente em

estratégias conservadoras e não invasivas. Uma das principais abordagens recomendadas é o conjunto de exercícios de Kegel, que treinam e fortalecem os músculos do assoalho pélvico e os músculos periuretrais (PFMT), responsáveis pelo suporte à bexiga, uretra e controle urinário. Esse método de exercícios é indicado para diversos tipos de incontinência, como a de esforço, urgência e mista, e pode ser realizado de forma autônoma ou supervisionada por fisioterapeutas (Alouini S, 2022). Evidências sugerem que o PFMT realizado isoladamente já traz benefícios significativos, porém, o uso de biofeedback para garantir a realização correta dos exercícios, ou ainda a estimulação elétrica quando o controle muscular é insuficiente podem otimizar o tratamento (TROWBRIDGE, 2022).

Além do PFMT, modificações no estilo de vida são recomendações essenciais, sendo a perda de peso uma das principais intervenções, especialmente para mulheres sobrepeso ou obesas, considerando que a redução da pressão abdominal pode diminuir os episódios de incontinência. Outra medida importante é a restrição de líquidos, limitando o consumo diário para evitar o excesso de volume urinário (TUNN, 2023)

A redução de cafeína também é recomendada, pois essa substância pode aumentar a urgência urinária. Para pacientes com incontinência de urgência, a implementação de micções programadas é uma estratégia eficaz para evitar o enchimento excessivo da bexiga e aumentar os intervalos entre as idas ao banheiro (ALOUINI, 2022).

Outra opção de tratamento são os pessários vaginais, que são dispositivos que fornecem suporte mecânico à uretra e ao colo da bexiga ao elevar esta ou criar uma obstrução parcial da uretra, reduzindo, assim, a perda involuntária de urina. Estes são indicados para mulheres com incontinência urinária de esforço que não po-

dem e/ou não desejam se submeter a procedimentos cirúrgicos. Estudos indicam que mais de 50% das mulheres que utilizam pessários relatam alta satisfação e aderência contínua por longos períodos. Para mulheres no período pós-menopausa, a terapia com estrogênio tópico pode ser uma intervenção adicional recomendada, especialmente em casos com atrofia vaginal associada e em pacientes que sofrem de incontinência urinária de esforço. O estrogênio melhora o tônus dos tecidos vaginais e uretrais, contribuindo para a melhora do controle urinário. (TUNN, 2023)

A segunda linha de tratamento é indicada quando as abordagens conservadoras de primeira linha não são suficientes para melhorar os sintomas de maneira eficaz e oferecem uma variedade de opções para gerenciar casos mais complexos de incontinência urinária.

A estimulação elétrica, realizada através de eletrodos intravaginais, visa ativar os músculos do assoalho pélvico de forma a aumentar a força muscular, sendo especialmente útil para pacientes que apresentam dificuldade em realizar as contrações musculares de forma adequada (Alouini, 2022). Os cones vaginais são dispositivos inseridos na vagina e mantidos em posição pela contração voluntária dos músculos pélvicos, promovendo o fortalecimento desses músculos através de resistência progressiva (SHENNG, 2022).

Outra importante intervenção na segunda linha de tratamento é o uso de terapias farmacológicas, particularmente para pacientes que sofrem de incontinência urinária de urgência. A darifenacina e a tolterodina, do grupo dos anticolinérgicos, são frequentemente prescritos para reduzir as contrações involuntárias da bexiga, diminuindo a urgência urinária. No entanto, são medicamentos que podem causar efeitos colaterais como boca seca e constipação, logo, seu uso prolongado deve ser cauteloso (TUNN, 20

23). Os agonistas β 3-adrenérgicos, como o mirabegron são uma alternativa, indicados para controlar a hiperatividade da bexiga, e não possuem os efeitos colaterais comuns dos anticolinérgicos, mas podem aumentar o risco de hipertensão arterial (YANG, 2022).

A duloxetine, um inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina, também é uma opção de segunda linha, especialmente para incontinência urinária de esforço, e pode reduzir significativamente os episódios de incontinência quando usada em combinação com o PFMT (TUNN, 2023) (SHENG, 2022).

Em casos mais graves de incontinência ou em pacientes que não respondem adequadamente às terapias farmacológicas e conservadoras, procedimentos minimamente invasivos são recomendados. Entre estes, destaca-se a neuromodulação sacral, que envolve a estimulação dos nervos sacrais para regular a função da bexiga e alivia os sintomas a longo prazo para muitos pacientes, e as injeções de toxina botulínica intravesical, utilizadas para relaxar o músculo detrusor da bexiga em pacientes com bexiga hiperativa. As injeções de toxina botulínica podem reduzir os sintomas por 6 a 9 meses, embora necessitem de injeções periódicas para manter a eficácia (SHENG, 2022).

A terceira linha de tratamento é indicada para pacientes com incontinência urinária refratária às intervenções conservadoras e farmacológicas de primeira e segunda linha. Nessa fase, abordagens mais invasivas são empregadas, com o objetivo de oferecer alívio sintomático duradouro em casos graves ou de difícil controle (Trowbridge ER, 2022). A neuromodulação sacral é uma das principais opções terapêuticas nessa etapa. Esse procedimento envolve a estimulação elétrica dos nervos sacrais, modulando as vias neuromusculares que controlam a função vesical. Estudos indicam que a neuromodulação sacral é particularmente eficaz em paci-

entes com incontinência urinária de urgência e bexiga hiperativa, promovendo uma melhora significativa da continência e da qualidade de vida (Yang X, 2022). O procedimento, no entanto, requer ajustes regulares e monitoramento contínuo para manutenção dos resultados clínicos. Além disso, potenciais complicações, como dor local, deslocamento do eletrodo ou falha técnica, podem ocorrer, necessitando de intervenções corretivas (TROWBRIDGE, 2022).

Outra intervenção amplamente utilizada na terceira linha de tratamento é a aplicação intravesical de toxina botulínica tipo A. A toxina botulínica atua bloqueando a liberação de acetilcolina nas terminações nervosas do músculo detrusor, resultando em relaxamento muscular e redução dos episódios de incontinência. Esse tratamento é particularmente indicado em pacientes com bexiga hiperativa refratária a terapias medicamentosas. A eficácia clínica das injeções de toxina botulínica tem sido comprovada, com alívio dos sintomas por até 9 meses, sendo necessária a reinjeção periódica para manutenção do controle vesical. Contudo, existe o risco de retenção urinária significativa, o que pode exigir o uso de cateterismo intermitente em alguns pacientes (SHENG, 2022).

A quarta linha de tratamento consiste no tratamento cirúrgico, as quais são recomendadas em mulheres nas quais alternativas de tratamento conservador não foram eficazes, assim essa linha de tratamento visa melhorar a qualidade de vida do paciente (Alouini S, 2022). Dentre as opções cirúrgicas podemos oferecer diversas opções. Nos casos de incontinência urinária de esforço (IUE) que não respondem a intervenções conservadoras ou farmacológicas, a abordagem cirúrgica torna-se a alternativa preferencial, com a cirurgia de sling suburetral representando o padrão-ouro no manejo desta condição (TUNN, 2023).

Os slings de meio de uretra, utilizados para o tratamento da incontinência urinária de esforço, devem ser confeccionados de material monofilamentar, não absorvível, tipicamente de polipropileno. Esse material é preferido devido à sua biocompatibilidade, resistência e baixa incidência de complicações, como infecções e erosão. O polipropileno permite que o sling forneça suporte permanente à uretra, promovendo a continência ao melhorar a posição e a função da mesma durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tosse ou esforço físico.

O procedimento de sling envolve a colocação de uma faixa suburetral, destinada a oferecer suporte adicional à uretra, prevenindo o seu deslocamento e, conseqüentemente, a perda urinária em situações de aumento da pressão intra-abdominal. A cirurgia pode ser realizada com diferentes materiais, incluindo tecidos autólogos, materiais sintéticos ou enxertos de doadores (Tunn R, 2023). A técnica apresenta taxas de sucesso elevadas, com estudos demonstrando resolução completa ou significativa dos sintomas em aproximadamente 85% das pacientes submetidas à cirurgia (2, 3). Existem dois tipos principais de procedimentos de sling: o sling retropúbico e o sling transobturatório. No sling retropúbico, a faixa é posicionada através de uma incisão abdominal, enquanto no sling transobturatório a faixa é inserida lateralmente ao púbis. Ambos os procedimentos são eficazes, embora o sling transobturatório apresente menor incidência de complicações relacionadas à retenção urinária, sendo, por isso, preferido em algumas circunstâncias (TUNN, 2023).

Apesar da alta taxa de sucesso, o procedimento cirúrgico não está isento de riscos. Complicações potenciais incluem retenção urinária, infecção do trato urinário, exposição do material sintético, dor pélvica crônica e disfunções miccionais pós-operatórias, que podem com-

prometer os resultados a longo prazo (Tunn R, 2023). Nesses casos, o acompanhamento pós-operatório rigoroso é essencial para a detecção precoce de complicações e intervenção apropriada.

A injeção de agentes de volume (Bulking agents) é uma outra alternativa cirúrgica que consiste na injeção de substâncias para ajudar a fechar a uretra. A indicação desse método é para mulheres mais velhas ou que apresentam contra-indicações para procedimentos mais invasivos. A técnica consiste em injetar matérias que aumentam o volume ao redor da uretra para melhorar sua vedação, reduzindo a perda urinária durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir, rir, ou até levantar peso. Os agentes de volume utilizados podem ser sintéticos (como colágeno, silicone, ácido hialurônico) ou biológicos. Esses materiais são escolhidos por sua biocompatibilidade. Capacidade de proporcionar suporte à uretra. As injeções geralmente são feitas através de um cistoscópio, que permite a visualização direta da uretra e da bexiga. O material de preenchimento é injetado ao redor do colo da bexiga ou da uretra proximal, com o intuito de proporcionar uma compreensão adicional para impedir vazamento de urina. As vantagens desse procedimento de injeção de agentes de volume incluem uma recuperação rápida e por ser minimamente invasiva. Porém, esse procedimento apresenta algumas limitações, pois apresenta uma eficácia variável, tendo em vista que tende a ser menos duradoura do que outras opções cirúrgicas, como a colocação de slings, assim, muitos pacientes precisam de reaplicação ao longo do tempo, pois o volume injetado pode ser reabsorvido pelo corpo (EAU – GUIDELINES, 2023)

Uma outra alternativa cirúrgica para o tratamento da incontinência urinária é o esfíncter urinário artificial (EUA), que consiste em um

dispositivo implantado para controlar a liberação de urina. O dispositivo apresenta três componentes principais, o manguito de silicone, que envolve a uretra para comprimi-la e impedir a passagem de urina, o reservatório, o qual apresenta a função de armazenar o fluido que enche o manguito, e uma bomba de controle, que geralmente é colocada no lábio vaginal ou na região do púbis, permitindo que o paciente “esvazie” o manguito para permitir a micção e posteriormente, ele volta e se encher automaticamente, comprimindo a uretra. O esfíncter artificial é indicado para mulheres com incontinência urinária severa e falha de outros tratamentos menos invasivos, como fisioterapia ou cirurgias como sling. É particularmente eficaz em casos de deficiência esfínteriana intrínseca. Assim, pode ser uma opção para mulheres que tiveram insucesso em múltiplas cirurgias anteriores, ou que sofrem de complicações pós-cirúrgicas de incontinência. De acordo com as diretrizes urológicas, o EUA é uma opção de última linha devido à sua complexidade e aos riscos envolvidos. Somente deve ser recomendado após a falha de tratamentos conservadores e cirúrgicos menos invasivos. Em suma, o esfíncter urinário artificial é uma solução eficaz, porém invasiva, para mulheres com incontinência urinária severa, sendo indicado após o esgotamento de outras opções terapêuticas, podendo necessitar de ajustes ou substituições de dispositivo ao longo do tempo (EAU - GUIDELINES, 2023).

CONCLUSÃO

A incontinência urinária (IU) é uma condição que impacta a qualidade de vida de cerca de 6-10% da população, em sua maioria mulheres. A prevalência de IU vem aumentando progressivamente nos últimos anos e o aumento de obe-

sidade e diabetes podem estar fortemente relacionados à doença.

A IU é resultado de uma miríade de fatores, exigindo uma abordagem multidisciplinar que considere os aspectos físicos sem negligenciar os fatores psicológicos envolvidos.

Os tratamentos variam desde opções conservadoras, como fortalecimento do assoalho pélvico e mudanças no estilo de vida até opções farmacológicas e cirúrgicas para pacientes mais graves. O manejo deve iniciar de forma conservadora, priorizando fortalecimento do assoalho pélvico e mudanças no estilo de vida, que se mostram eficazes em parte dos casos. Quando essas não são satisfatórias, opções como terapia farmacológica, estimulação elétrica e pessários podem ser considerados. Como última opção, pode-se considerar a abordagem cirúrgica. Em casos de incontinência urinária de esforço deve se destacar cirurgia de sling e opções minimamente invasivas. Além disso, a injeção de agentes de volume (Bulking agents) é recomendada para mulheres mais velhas ou que possuem contra-indicações para procedimentos mais invasivos. Para concluir, o esfíncter urinário artificial (EUA) é uma opção especialmente quando outras abordagens falharam. No entanto, deve-se levar em consideração sua complexidade e os riscos envolvidos para a paciente. O reconhecimento de IU como um problema de saúde pública apenas reitera a necessidade eminente de conscientização e educação populacional sobre o tópico. Em suma, a IU requer uma abordagem multidisciplinar e integrada, tendo em vista não apenas tratar os sintomas, mas também prezar pelo bem-estar geral do indivíduo acometido, de forma que se sinta acolhido, visando não apenas o alívio da condição, mas também garantindo uma melhor qualidade de vida para aqueles que enfrentam essa situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALOUINI S, Memic S, Couillandre A. Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence with or without Biofeedback or Electrostimulation in Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 27;19(5):2789. doi: 10.3390/ijerph19052789.

EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam, 2020. ISBN 978-94-92671-07-3.

KEANE DP, O'Sullivan S. Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000 Apr;14(2):207-26. doi: 10.1053/beog.1999.0072. PMID: 10897320.

SHENG Y, Carpenter JS, Ashton-Miller JA, Miller JM. Mechanisms of pelvic floor muscle training for managing urinary incontinence in women: a scoping review. *BMC Womens Health*. 2022 May 13;22(1):161. doi: 10.1186/s12905-022-01742-w.

TROWBRIDGE ER, Hoover EF. Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence in Women. *Gastroenterol Clin North Am*. 2022 Mar;51(1):157-175. doi: 10.1016/j.gtc.2021.10.010. Epub 2022 Jan 7. PMID: 35135660.

TUNN R, Baessler K, Knüpfer S, Hampel C. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women. *Dtsch Arztebl Int*. 2023 Feb 3;120(5):71-80. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0406. PMID: 36647585; PMCID: PMC10080228.

YANG X, Wang X, Gao Z, Li L, Lin H, Wang H, Zhou H, Tian D, Zhang Q, Shen J. The Anatomical Pathogenesis of Stress Urinary Incontinence in Women. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Dec 20;59(1):5. doi: 10.3390/medicina59010005. PMID: 36676629; PMCID: PMC9865065.

HOLROYD-LEDUC JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What Type of Urinary Incontinence Does This Woman Have? *JAMA*. 2008;299(12):1446-1456. doi:10.1001/jama.299.12.1446