

Incontinência urinária: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico

Urinary incontinence: epidemiological, pathophysiological aspects and therapeutic management

DOI:10.34117/bjdv8n10-042

Recebimento dos originais: 05/09/2022

Aceitação para publicação: 04/10/2022

Francis Henrique Nascimento

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna (UIT)

Endereço: Rodovia MG 431 Km 45, s/n, Itaúna - MG, CEP: 35680-142

E-mail: francishenrique777@gmail.com

Daniella Almeida Brito

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Endereço: Av. Frei Paulino, 30, Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, CEP:38025-180

E-mail: danielmbrito@gmail.com

Amanda Santos de Almeida

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Dom Pedro II

Endereço: Rua Bicuíba, nº 5032, Patamares, Salvador - BA, CEP:41680-050

E-mail: almeidaamanda2210@gmail.com

Saulo Júnio Campos Mont'alvão

Médico pela Instituição de ciências e saúde do Norte de Minas (FUNORTE)

Instituição: Hospital Aroldo Tourinho

Endereço: Av. João XXIII, 1207 - Edgar Pereira, Montes Claros - MG, 39400-162

E-mail: juniocampos7@hotmail.com

Rafaela Furtado de Mendonça Picinin Martins

Médica pela Universidade Federal de São João del Rei

Instituição: Centro de Saúde Waldomiro Lobo

Endereço: Av. Amazonas, 888, Me. Gertrudes, Belo Horizonte - MG, CEP: 30180-001

E-mail: picininrafaela@hotmail.com

Mayara Madeira Mendes

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS)

Endereço: Av. Cel. Alfredo Custódio de Paula, 320, Medicina, Pouso Alegre - MG,

CEP: 37553-068

E-mail: maymmendes99@gmail.com

Gabriela Resende Basílio

Médica pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)
Instituição: Hospital Raymundo Campos
Endereço: Rua Alto do Cruzeiro, Centro, Ouro Branco - MG, CEP: 36490-004
E-mail: gabriela.basilio@outlook.com.br

Daniela da Guarda Ribeiro

Médica pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)
Instituição atual: Hospital Municipal São Judas Tadeu
Endereço: R. Waldemar José Alves, 65, Status, Ribeirão das Neves - MG,
CEP: 33880-190
E-mail: danidaguarda@gmail.com

Mariana Moraes Pacheco

Médica pela Faculdade de Minas Gerais de Belo Horizonte- BH (FAMINAS)
Instituição: Unidade de Pronto Atendimento - UPA Norte
Endereço: Av. Risoleta Neves, 281 - Novo Aarão Reis, Belo Horizonte - MG,
CEP: 31812-070
E-mail: marianamspo@gmail.com

RESUMO

A Incontinência Urinária (IU) diz respeito a qualquer perda involuntária de urina. Essa doença pode ocorrer em ambos os sexos, no entanto, a IU ocorre majoritariamente em mulheres, estando muitas vezes associada à disfunção da bexiga ou dos músculos do assoalho pélvico, sendo mais frequente durante a gravidez, parto ou após a menopausa. A prevalência da IU aumenta consideravelmente na quinta década de vida das mulheres. Tal patologia pode ser dividida em tipos diferentes, sendo a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e a Incontinência Urinária Mista (IUM) as mais comuns. Para o diagnóstico de IU é necessário uma história e um exame físico detalhado, de forma que se consiga não somente confirmar o diagnóstico, mas também fazer a exclusão de outras condições como: epitélio uretral e vaginal finos e ressecados, obstrução intestinal, infecções, limitação da mobilidade, causas emocionais, terapia medicamentosa, endocrinopatias ou delirium. Além da anamnese e exame clínico, podem ser necessários alguns exames complementares para melhorar a investigação, dentre os exames, pode-se citar: urinálise, urocultura, função renal, diário miccional, ultrassonografia e o teste urodinâmico, exame normalmente realizado em pacientes com IU persistente ou com sintomas resistentes às medidas conservadoras. O tratamento da IU pode ser feito de várias formas, porém, nos casos de IUE ou Mista, desde que sejam classificadas como leves ou moderadas, o tratamento conservador por meio da fisioterapia deve ser a primeira opção devido a sua alta efetividade e acessibilidade nessas situações. No entanto, em outras ocasiões, o tratamento farmacológico e o tratamento cirúrgico também podem ser ótimas opções para o tratamento da IU, principalmente na IUU, contribuindo, dessa forma, para uma melhora considerável da qualidade de vida das mulheres que sofrem dessa doença.

Palavras-chave: incontinência urinária, mulher, sling de uretra média, tratamento.

ABSTRACT

Urinary Incontinence (UI) refers to any involuntary loss of urine. This disease may occur in both sexes, however, UI occurs mostly in women, and is often associated with bladder

or pelvic floor muscle dysfunction, being more frequent during pregnancy, childbirth or after menopause. The prevalence of UI increases considerably in the fifth decade of women's life. Such pathology can be classified into different types, being Stress Urinary Incontinence (SUI), Urgent Urinary Incontinence (UII) and Mixed Urinary Incontinence (MUI) the most common ones. For the diagnosis of UI it is necessary to have a detailed history and physical examination, so that one can not only confirm the diagnosis, but also exclude other conditions such as: thin and resected urethral and vaginal epithelium, intestinal obstruction, infections, mobility limitation, emotional causes, drug therapy, endocrinopathies or delirium. Besides the anamnesis and clinical exam, some complementary exams may be necessary to improve the investigation, among which we can mention: urinalysis, uroculture, renal function, mictional diary, ultrasonography and the urodynamic test, an exam usually performed in patients with persistent UI or with symptoms that are resistant to conservative measures. The treatment of UI can be done in several ways, but in cases of SUI or Mixed SUI, provided they are classified as mild or moderate, the conservative treatment through physiotherapy must be the first option due to its high effectiveness and accessibility in these situations. However, in other occasions, the pharmacological treatment and the surgical treatment may also be great options for the treatment of UI, mainly in UI, thus contributing for a considerable improvement in the quality of life of women that suffer from this disease.

Keywords: middle urethral sling, treatment, urinary incontinence, woman.

1 INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) diz respeito a qualquer perda involuntária de urina, com exceção das crianças. Esse vazamento urinário indesejável pode causar problemas tanto sociais, como também higiênicos para os pacientes que são acometidos por essa patologia (AOKI et al., 2017). Essa condição pode ocorrer em ambos os sexos, nos homens a IU costuma aparecer como consequência do aumento da próstata ou devido a lesões decorrentes do tratamento de câncer nesse órgão. Contudo, a IU ocorre majoritariamente em mulheres, estando muitas vezes associada à disfunção da bexiga ou dos músculos do assoalho pélvico, sendo mais frequente durante a gravidez, parto ou após a menopausa. Os principais fatores de risco para o surgimento da IU, além dos fatores já mencionados, são: obesidade, tabagismo, história familiar, etilismo, diabetes mellitus, cirurgias abdominais prévias e uso de alguns medicamentos como ansiolíticos ou diuréticos (HU JS; PIERRE EF, 2019; SHENG et al., 2022).

A prevalência da IU aumenta consideravelmente na quinta década de vida das mulheres, ademais, conforme a população mundial envelhece, espera-se que não somente a IU, mas também outros distúrbios do assoalho pélvico aumentem ainda mais (AOKI et al., 2017). A IU pode ser subdividida em tipos diferentes, sendo a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) as mais comuns. Todavia,

apesar de haver essa distinção entre IUE e IUU, muitas mulheres podem apresentar uma clínica condizente com os dois tipos de incontinência, sendo considerada, portanto, uma Incontinência Urinária Mista (IUM). O fator causal desses tipos de incontinência pode ser variável, assim como a forma nas quais os sinais e sintomas aparecem, além disso, o tratamento também possui algumas particularidades em diferentes tipos de incontinência (PIERRE EF, 2019; MAZUR-BIALY et al., 2020).

2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes à fisiopatologia, manifestações clínicas e tratamento da incontinência urinária em mulheres.

3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2017 e 2021. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *urinary incontinence; women; treatment; midurethral sling*. Foram encontrados 852 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 13 artigos pertinentes à discussão.

4 EPIDEMIOLOGIA

A IU é um problema de saúde comum nos adultos, afetando mulheres duas vezes mais que os homens, sendo a prevalência de cerca de 13,1% das mulheres e 5,4% dos homens (KOŁODYŃSKA; ZALEWSKI; ROŻEK-PIECHURA, 2019; O’CONNOR et al., 2021). Em média, 200 milhões de pessoas possuem tal condição, na qual 60% desses casos não são tratados devido a estigmatização da doença e vergonha pela mesma (KOPANŚKA et al., 2020). A IU atinge 20 a 30% das mulheres em idade jovem, 30 a 40% na meia-idade e até 50% das mulheres na velhice (KOŁODYŃSKA; ZALEWSKI; ROŻEK-PIECHURA, 2019).

A probabilidade do desenvolvimento de IU está relacionado proporcionalmente com o avançar da idade, sendo duplicada em mulheres no período da pós-menopausa. Tal conceito foi demonstrado no estudo EPINCONT na Noruega. Nesta pesquisa foram estudadas mulheres entre os anos de 1995 a 1998 e posteriormente entre os anos de 2006

a 2008, evidenciando elevação da prevalência de incontinência urinária em cerca de 16% dessas mulheres, sendo observado ainda taxa de incidência da doença de 18,7%. Nos Estados Unidos, a previsão é um aumento de 10,1 milhões de casos de incontinência urinária em mulheres entre o ano de 2010 até o ano de 2050 (AOKI et al., 2017; KOŁODYŃSKA; ZALEWSKI; ROŻEK-PIECHURA, 2019).

A IUE é mais comum que os outros tipos, com prevalência média de 10 % a 39% dos casos, ocorrendo principalmente entre 50 e 60 anos de idade (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2018). Já a IUU e a IUM ocorrem prevalentemente após esta faixa etária, sendo a incontinência urinária mista responsável por 7,5% a 25% dos casos, enquanto a incontinência de urgência isolada é menos comum, ocorrendo em 1% a 7% da população que sofre dessa condição (AOKI et al., 2017; DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2018).

Estudos americanos destacam que em mulheres brancas, a IUE é mais prevalente do que em mulheres de outras etnias, como as asiáticas-americanas ou afro-americanas (AOKI et al., 2017). Outro fato relevante é que as relações sexuais são muitas vezes evitadas pelas mulheres com IU, e isso ocorre devido à perda indesejada de urina, com cerca de 50% a 68% das mulheres apresentando disfunção sexual (MAZUR-BIALY et al., 2020). Por fim, é importante ressaltar que durante o período da gestação, especialmente no 2º semestre ocorre aumento da prevalência da IU, reduzindo gradativamente no primeiro ano após o parto (WOODLEY et al., 2017).

5 INERVAÇÃO DO TRATO URINÁRIO INFERIOR

O trato urinário inferior possui a função de armazenamento da urina para posterior eliminação voluntária desse conteúdo, é composto pela bexiga, uretra e esfíncteres urinários. O músculo detrusor, que constitui a bexiga, bem como esfíncter uretral interno são formados predominantemente pela musculatura lisa, já o esfíncter uretral externo e os músculos do assoalho pélvico são organizados com a musculatura estriada. Por fim, o lúmen vesical é disposto pelo urotélio e pela membrana basal, sendo responsáveis pela proteção do músculo detrusor contra toxinas presentes na urina, além de permitirem a comunicação com as células neurais, as quais coordenam as duas fases fisiológicas do aparelho urinário inferior: a de armazenamento e a de micção, através da inervação visceral simpática, parassimpática e somática, com integração em níveis medular, do mesencéfalo e cortical (AOKI et al., 2017; ASTASIO-PICADO; GARCÍA-CANO, 2022).

Durante o período de armazenamento da urina, há atuação da inervação simpática através dos gânglios paravertebrais, dos nervos hipogástricos e do plexo hipogástrico, resultando no relaxamento do músculo detrusor e na contração do esfíncter uretral por meio dos receptores beta adrenérgicos e alfa adrenérgicos, respectivamente, receptores esses que são sensíveis à noradrenalina. Já na segunda fase, a contração do músculo detrusor bem como o relaxamento esfíncteriano uretral ocorre por meio da inervação parassimpática pelo plexo sacral e nervos pélvicos (S2–S4), imprescindíveis para eliminação urinária. A micção é mediada pela acetilcolina que atua nos receptores muscarínicos M2 e M3 presentes na região vesical (ASTASIO-PICADO; GARCÍA-CANO, 2022).

Portanto, durante o enchimento vesical, o conteúdo urinário emite sinais aferentes no urotélio através dos nervos pélvicos que progridem aos gânglios da raiz dorsal, direcionados em seguida à substância cinzenta periaquedutal e ao córtex cingulado posterior. O desejo da micção é regulado por circuitos na ínsula e no córtex pré frontal, lateral e medial, os quais retroalimentam a substância cinzenta periaquedutal. Esta funciona como uma estação de retransmissão para os sinais da bexiga ativando o centro pontino da micção e estimulando a inervação parassimpática (ASTASIO-PICADO; GARCÍA-CANO, 2022).

6 FISIOPATOLOGIA

A IU pode ser dividida fisiopatologicamente em 4 tipos principais: IUE, IUU ou Bexiga Hiperativa, IUM e Incontinência por transbordamento.

A IUE tem como principais causas a fraqueza do esfíncter uretral ou a hiper mobilidade uretral, o que acarreta na perda involuntária de urina durante o aumento da pressão intra-abdominal, algo que pode ocorrer, por exemplo, durante a prática de exercícios físicos, ao tossir ou durante a manobra de valsalva (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2018; HU JS;PIERRE EF, 2019). Já na IUU tem-se um aumento involuntário da pressão na bexiga devido à contração do músculo detrusor. Tal contração pode ocorrer devido a causas neurológicas conhecidas, como ocorre na disfunção do músculo detrusor, que também pode ser chamada de hiperatividade neurogênica do detrusor. Todavia, a contração também pode ser de origem não conhecida, sendo denominada, portanto, hiperatividade idiopática do detrusor. As mulheres portadoras deste subtipo relatam, durante a anamnese, um vazamento involuntário precedido por

necessidade súbita ou urgência para urinar (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2018).

IU Mista é a combinação da IUE com a IUU, ou seja, existem características tanto de fraqueza do esfíncter uretral como também de bexiga hiperativa nessa patologia (KOŁODYŃSKA; ZALEWSKI; ROŻEK-PIECHURA, 2019). Na IU por transbordamento, por sua vez, tem-se a hipoatividade do detrusor (o contrário da IU de urgência) ou uma obstrução da saída da bexiga, situação comum em homens portadores de hiperplasia prostática benigna. Esses fatores fazem com que a bexiga acumule um volume urinário maior do que a sua capacidade máxima de armazenamento, levando, subsequentemente, ao extravasamento da urina intravesical (HU JS;PIERRE EF, 2019; KOŁODYŃSKA; ZALEWSKI; ROŻEK-PIECHURA, 2019).

7 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

IU é definida clinicamente como a perda involuntária de urina. Todavia, somente o sintoma de perda urinária não é suficiente para determinar o subtipo da incontinência e excluir causas transitórias como infecciosa e medicamentosa. Sendo necessário para o diagnóstico uma história e exame físico detalhados associados à análise de urina, pesquisa de resíduo miccional e exclusão de outras condições (AOKI et al., 2017).

O diagnóstico clínico deve incluir a cronologia do sintoma (início e duração), gravidade, incluindo impacto na qualidade de vida, pesquisa de frequência urinária, noctúria, ingestão hídrica e de outros fluídos, sintomas de urgência urinária, percepção de enchimento vesical, fluxo e esforço urinários, esvaziamento incompleto, disúria, dor no trato urinário baixo e história de infecções (AOKI et al., 2017; O'CONNOR et al., 2021).

O mnemônico TOILETED pode ser utilizado a fim de excluir causas transitórias como: T de "thin" para epitélio uretral e vaginal finos e ressecados; O de obstrução intestinal (impactação fecal, constipação); I de infecção; L de limitação da mobilidade; E de emocional; T de terapia medicamentosa; E de endocrinopatias; e D de delirium (HU JS;PIERRE EF, 2019).

A IUE, principal subtipo de IU, ocorre em situações que aumentam a pressão abdominal. É caracterizada portanto pela perda de urina diante de espirros, tosse, risos, levantamento de peso, corrida e, em estágios mais avançados, durante caminhadas e mudança de posição de decúbito para ortostatismo (KOŁODYŃSKA; ZALEWSKI; ROŻEK-PIECHURA, 2019). O segundo principal subtipo, a IUU, decorrente de desordem da atividade detrusora, apresenta-se com sintomas de urgência, que se traduz

na perda urinária acompanhada de desejo repentino de esvaziamento vesical, com dificuldade de controle na retenção (AOKI et al., 2017).

Além das circunstâncias que envolvem a sintomatologia, deve-se buscar condições ou fatores de risco relacionados à IU. Incluindo idade aumentada, história obstétrica e condições ginecológicas como distopia, disfunção esfíncteriana, disfunção sexual e síndrome urogenital relacionada à menopausa, história patológica pregressa na busca de infecções, demência, delirium, diabetes, desordens cardiorrespiratórias, tosse crônica, obesidade, apneia obstrutiva do sono, medicações de uso contínuo, tabagismo e frequência de atividade física envolvendo levantamento de peso (AOKI et al., 2017).

Dentre as etiologias, a medicamentosa pode ser causa ou fator de agravamento da IU. Medicações como Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), antidepressivos, antihistamínicos, antimuscarínicos, antiparkinsonianos, antipsicóticos (lítio pode causar poliúria ao induzir diabetes insípido), agonistas beta-adrenérgicos, bloqueadores do canal de cálcio, opióides, sedativos e relaxantes musculares podem diminuir a contratilidade vesical fazendo perda urinária por retenção e extravasamento. O IECA também pode ser causa de tosse crônica levando à IUE (AOKI et al., 2017; HU JS;PIERRE EF, 2019).

O exame físico faz parte do diagnóstico clínico e apresenta algumas particularidades. A avaliação deve incluir, além do status funcional e cognitivo do paciente, a pesagem com cálculo de seu IMC. Em decúbito dorsal, avaliar presença de massas, bexigoma e lombalgias. Em mulheres, avaliar sinais de atrofia vaginal e incontinência associada à dermatite (AOKI et al., 2017; O'CONNOR et al., 2021).

Em mulheres com história de IUE deve-se incluir o teste de estresse pela tosse na sua avaliação inicial, podendo ser realizado na posição supina ou em pé (HU JS;PIERRE EF, 2019). Trata-se de um teste com alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de IUE, já que é possível observar a perda urinária provocada por tosses forçadas repetidamente ou pela manobra de Valsalva, que também pode ser realizada. Importante mencionar que esses testes precisam ser feitos com a bexiga parcialmente cheia (cerca de 300 ml) (AOKI et al., 2017; O'CONNOR et al., 2021).

Ademais, o exame físico também inclui a avaliação do tônus do assoalho pélvico por meio da palpação digital e, em ambos os sexos, o exame neurológico também deve ser feito, incluindo marcha, tônus esfíncteriano e dermatômos de S2 a S4 (AOKI et al., 2017). Homens devem também ter suas próstatas examinadas pelo toque retal. Os sinais

de alerta como presença de massas uretral, vesical ou pélvica, hematuria, déficit neurológico novo e fístula devem ser investigados ativamente (O'CONNOR et al., 2021).

Por fim, a avaliação com swab é realizada diante da suspeita de hiper mobilidade uretral. Depois de lubrificar com lidocaína a uretra, é feita a inserção do swab até a bexiga e solicitado a manobra de Valsalva observando a angulação do swab. Se a mudança do ângulo é maior que 30°, é indicativo de hiper mobilidade uretral (HU JS;PIERRE EF, 2019).

8 EXAMES COMPLEMENTARES

Além do exame físico mencionado, para o início da investigação da IU por meio de exames complementares, sempre deve ser incluído na propedêutica o exame de urina simples e também a urocultura, visto que, a Infecção do Trato Urinário (ITU) pode exacerbar ou causar a IU. A urinálise também serve para excluir hematúria, glicosúria e proteinúria. É importante salientar que pacientes com hematúria microscópica persistente devem ser avaliados com imagem do trato urinário superior e cistoscopia. Ademais, a função renal também deve ser avaliada em caso de suspeita de obstrução (O'CONNOR et al., 2021; HU JS;PIERRE EF, 2019).

Além dos exames mencionados, o diário miccional é também um instrumento de extrema importância que deve ser confeccionado para registro da forma como é feita a ingestão de líquidos, episódios de incontinência e número de absorventes usados. Esses registros devem ser associados a um gráfico que relaciona a frequência urinária e o volume da urina eliminada. O recomendado pela European Association of (EAU) é o uso do diário miccional por pelo menos três dias para a obtenção de dados mais fidedignos. A avaliação do resíduo pós-miccional faz parte da avaliação inicial, mas não é necessária em todos os pacientes com IU não complicada (O'CONNOR et al., 2021; HU JS;PIERRE EF, 2019).

Dentre os exames de imagem, a ultrassonografia é um exame pouco invasivo e trata-se de um ótimo método para constatação de hiper mobilidade uretral, podendo contribuir para a caracterização do tipo de IU. O teste urodinâmico, exame um pouco mais complexo, raramente é necessário em um ambiente de atenção primária e não deve ser realizado rotineiramente na investigação inicial para IU não complicada. Contudo, deve ser realizado em pacientes com IU persistente ou com sintomas incômodos e resistentes às medidas conservadoras (O'CONNOR et al., 2021; HU JS;PIERRE EF, 2019).

9 TRATAMENTO CLÍNICO

Algumas evidências sugerem que as intervenções no estilo de vida podem melhorar de forma satisfatória os sintomas de uma IU, além disso, essas intervenções iniciais muitas vezes têm um baixo custo e uma ínfima chance de causar efeitos colaterais. Dentre essas alterações, podemos citar: ingestão adequada de líquidos, cessação do tabagismo, perda de peso e redução na ingestão de bebidas cafeinadas e carbonatadas. Outrossim, exercícios de fisioterapia para fortalecimento da musculatura pélvica também podem ser muito úteis para o tratamento da IU, principalmente a de esforço. Não obstante, além das abordagens conservadoras mencionadas, o tratamento farmacológico também pode ser uma opção para a paciente com IU, principalmente na IU de urgência (HU JS;PIERRE EF, 2019; SHENG et al., 2022).

9.1 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Existem evidências de que o tratamento conservador fisioterapêutico na IU é visto como a primeira opção devido a sua efetividade e acessibilidade (MAZUR-BIALY et al., 2020). O tratamento fisioterapêutico realizado em pacientes com estágio inicial de IU, seja ela incontinência de esforço ou a forma mista, tem mostrado resultados favoráveis em até 80% dos casos (KOŁODYŃSKA; ZALEWSKI; ROŻEK-PIECHURA, 2019).

Entretanto, tal terapêutica limita-se a estágios de menor complexidade, abrangendo UI leve ou moderada. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico é o mais utilizado para fortalecimento da resistência, força e coordenação. O treinamento que utiliza o método de biofeedback tem se mostrado muito produtivo, pois permite que os pacientes realizem uma inspeção visual enquanto realizam o fortalecimento da musculatura envolvida. Para alcançar melhor resultado terapêutico e prevenir a IU, pode-se associar diferentes técnicas fisioterapêuticas, como estimulação elétrica, terapia manual, estimulação magnética e vibração de corpo inteiro (MAZUR-BIALY et al., 2020).

9.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Caso os tratamentos de primeira linha, como a mudança comportamental, exclusão de fatores de risco modificáveis, e a fisioterapia sejam ineficazes no tratamento da incontinência urinária, existe uma variedade de agentes farmacológicos disponíveis, dependendo dos sintomas específicos da incontinência - sendo mais usados no contexto da IUU (AOKI et al., 2017).

Na IUU realizamos a terapia medicamentosa com classes que inibam a contração involuntária do detrusor ou que causem relaxamento. Existem dois tipos de medicamentos formalmente indicados, o primeiro deles são os anticolinérgicos (seletivos antimuscarínicos), que bloqueiam a ação da acetilcolina nos receptores muscarínicos da bexiga, principalmente M2 e M3, sendo eles a oxibutinina, solifenacina, tolterodina e a darifenacina. Esses anticolinérgicos possuem mais efeitos colaterais e têm, como contraindicação absoluta, o glaucoma de ângulo fechado, além de arritmias, gestação ou lactação (KOŁODYŃSKA; ZALEWSKI; ROŻEK-PIECHURA, 2019). Além da classe mencionada, temos também os agonistas β -adrenérgicos, que se ligam aos receptores β 3-adrenérgicos do detrusor, causando relaxamento dele, sendo o principal representante desse grupo o mirabegron. O uso da terapêutica levará a uma melhora concomitante da urgência miccional, da frequência miccional e, em menor grau, da noctúria, sendo que a correção desses principais sintomas está associada a ganhos moderados na qualidade de vida (HU JS;PIERRE EF, 2019).

A eficácia desses medicamentos é a mesma, e a escolha entre uma ou outra classe depende da intensidade dos efeitos colaterais. A oxibutinina possui menos seletividade e, portanto, tem mais efeitos colaterais, como boca seca e constipação. As outras medicações anticolinérgicas possuem maior seletividade aos receptores M3 vesicais, gerando menos efeitos adversos. Finalmente, o mirabegron é o medicamento com os menores efeitos colaterais, e o principal cuidado diz respeito ao aumento da pressão arterial em casos não controlados (KOŁODYŃSKA; ZALEWSKI; ROŻEK-PIECHURA, 2019).

Uma outra possibilidade de tratamento medicamentoso das IUU é a administração de estrogênio via vaginal, especialmente nas pacientes com atrofia urogenital associada. Logo, baixas doses de estrogênio vaginal podem ser oferecidas quando apropriado para mulheres com alterações atróficas urogenitais, para promover melhora do suprimento sanguíneo e diminuir sintomas do trato geniturinário inferior (AOKI et al., 2017).

Agora no contexto da IUE, faz-se o uso de agonistas α -adrenérgicos (HU JS;PIERRE EF, 2019). Receptores simpáticos α -adrenérgicos são localizados principalmente no colo vesical e uretra proximal, sendo ativados pelo neurotransmissor norepinefrina. Então, o tratamento com agonistas dos receptores α -adrenérgicos estimula a contração da musculatura uretral, aumentando a pressão de fechamento da uretra. Contudo, diante das fracas evidências de eficácia e da falta de avaliação adequada dos efeitos colaterais, a utilização de α -agonistas na IUE deve ser vista com reservas, mesmo em associação com outras terapêuticas (AOKI et al., 2017).

Outrora, a duloxetine, um componente com papel inibidor da recaptção da serotonina e da noradrenalina, também vem sendo empregada em estudos clínicos controlados para o tratamento da IUE na mulher, sendo os efeitos sobre a bexiga e esfíncter. Então, o mecanismo de ação refere-se à maior disponibilidade destes neurotransmissores no núcleo de Onuf. Estudos demonstraram que o fármaco causa aumento na pressão de resistência uretral, na pressão máxima de fechamento uretral e na espessura do esfíncter uretral (BALK et al., 2019; O'CONNOR et al., 2021).

10 TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico é escolha para quadros de incontinência urinária de esforço em mulheres que apresentam falha no tratamento clínico. Pacientes com incontinência mista, ainda que também possam se beneficiar da intervenção, costumam precisar de tratamento adjuvante para o componente de urgência.

As técnicas mais utilizadas são Slings Retropúbicos (RT-TVT), Transobturatórios (TO-TVT) e Médio-Uretral (MUS). No caso dos slings, o procedimento visa corrigir a hiper mobilidade uretral e pode envolver o uso de malha sintética, sutura ou tecido autólogo. A malha é inserida dentro da vagina e conduzida para trás do púbis (RT-TVT) ou por dentro do forame obturatório (TO-TVT). Suturas não são usadas no procedimento e os próprios tecidos corporais e a fibrose associada sustentam o material. Quando feito com tecido autólogo, uma faixa retirada da fáscia retal funciona como malha. Em outro tipo de cirurgia, a uretropexia retropúbica, ou colpossuspensão, são feitas suturas permanentes na parede vaginal anterior, ao nível do colo da bexiga e uretra proximal (AOKI et al., 2017).

A segurança e eficácia a longo prazo dessas cirurgias vem sendo objeto de estudo nos últimos anos. Dados sugerem que slings apresentam resultados melhores com relação à incontinência quando comparados com a Colpossuspensão de Burch (BC), mas se associam a maiores riscos de complicações intra-operatórias. Entre os slings, os RT-TVT foram associados a taxas discretamente maiores de cura quando comparados aos TO-TVT, mas cursaram com maiores riscos de perfuração de bexiga e vagina, além de mais sintomas associados ao trato urinário baixo (FUSCO et al., 2017). Mais trabalhos precisam ser conduzidos, contudo, para que sejam construídas melhores evidências quanto a essa questão (SARASWAT et al., 2020).

Em geral, os riscos cirúrgicos envolvem sangramento, infecção, disfunção miccional, injúria visceral, dor e complicações anestésicas. No caso dos Slings, um

pequeno número de pacientes também pode apresentar quadros refratários à cirurgia, muitas vezes associados à posição, tensão ou introdução inadequada do material entre a bexiga e a uretra (AOKI et al., 2017).

11 CONCLUSÃO

Em síntese, a IU é uma doença que compromete a qualidade de vida de diversas mulheres no mundo, uma vez que os sintomas são altamente prevalentes e estão diretamente relacionados ao aumento de gastos pessoais e também à maior dificuldade no convívio social. Infelizmente, existe a percepção, por parte da população, de que a IU faz parte do processo natural do envelhecimento, ou então que é uma complicação normal da gestação. Dessa forma, muitas mulheres acabam adiando ou simplesmente não procuram um profissional de saúde, fazendo com que a doença seja, muitas vezes, subdiagnosticada e que o tratamento não aconteça da maneira como deveria. O diagnóstico pode ser feito de forma clínica, contudo, podem ser necessários exames complementares para distinguir o tipo de IU e também para a exclusão de causas transitórias, como infecções do trato urinário. O tratamento da IU pode ser feito de várias formas, porém, nos casos de IUE ou Mista, desde que sejam classificadas como leves ou moderadas, o tratamento conservador por meio da fisioterapia deve ser a primeira opção devido a sua alta efetividade e acessibilidade nessas situações. No entanto, em outras ocasiões, o tratamento farmacológico e o tratamento cirúrgico também podem ser ótimas opções para o tratamento da IU, principalmente na IUU, contribuindo, dessa forma, para uma melhora considerável da qualidade de vida das mulheres que sofrem dessa doença.

REFERÊNCIAS

- AOKI, Y. et al. **Urinary incontinence in women.** Nature Reviews Disease Primers, v. 3, n. 1, 6 jul. 2017.
- ASTASIO-PICADO, Á.; GARCÍA-CANO, M. **Neuromodulation of the Posterior Tibial Nerve for the Control of Urinary Incontinence.** Medicina, v. 58, n. 3, p. 442, 17 mar. 2022.
- BALK, E. M. et al. **Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Urinary Incontinence in Women.** Annals of Internal Medicine, v. 170, n. 7, p. 465, 19 mar. 2019.
- DUMOULIN, C.; CACCIARI, L. P.; HAY-SMITH, E. J. C. **Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women.** Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2018, n. 10, 4 out. 2018.
- FUSCO, F. et al. **Updated Systematic Review and Meta-analysis of the Comparative Data on Colposuspensions, Pubovaginal Slings, and Midurethral Tapes in the Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence.** European Urology, v. 72, n. 4, p. 567–591, out. 2017.
- HU JS;PIERRE EF. **Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management.** American family physician, v. 100, n. 6, 2019.
- KOŁODYŃSKA, G.; ZALEWSKI, M.; ROŻEK-PIECHURA, K. **Urinary incontinence in postmenopausal women – causes, symptoms, treatment.** Menopausal Review, v. 18, n. 1, p. 46–50, 2019.
- KOPAŃSKA, M. et al. **Urinary incontinence in women: biofeedback as an innovative treatment method.** Therapeutic Advances in Urology, v. 12, p. 175628722093435, jan. 2020.
- MAZUR-BIALY, A. I. et al. **Urinary Incontinence in Women: Modern Methods of Physiotherapy as a Support for Surgical Treatment or Independent Therapy.** Journal of Clinical Medicine, v. 9, n. 4, p. 1211, 23 abr. 2020.
- O’CONNOR, E. et al. **Diagnosis and Non-Surgical Management of Urinary Incontinence – A Literature Review with Recommendations for Practice.** International Journal of General Medicine, v. Volume 14, p. 4555–4565, ago. 2021.
- SARASWAT, L. et al. **Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women.** Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2020, n. 1, 28 jan. 2020.
- SHENG, Y. et al. **Mechanisms of pelvic floor muscle training for managing urinary incontinence in women: a scoping review.** BMC Women’s Health, v. 22, n. 1, 13 maio 2022.
- WOODLEY, S. J. et al. **Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 22 dez. 2017.