Internato 2026

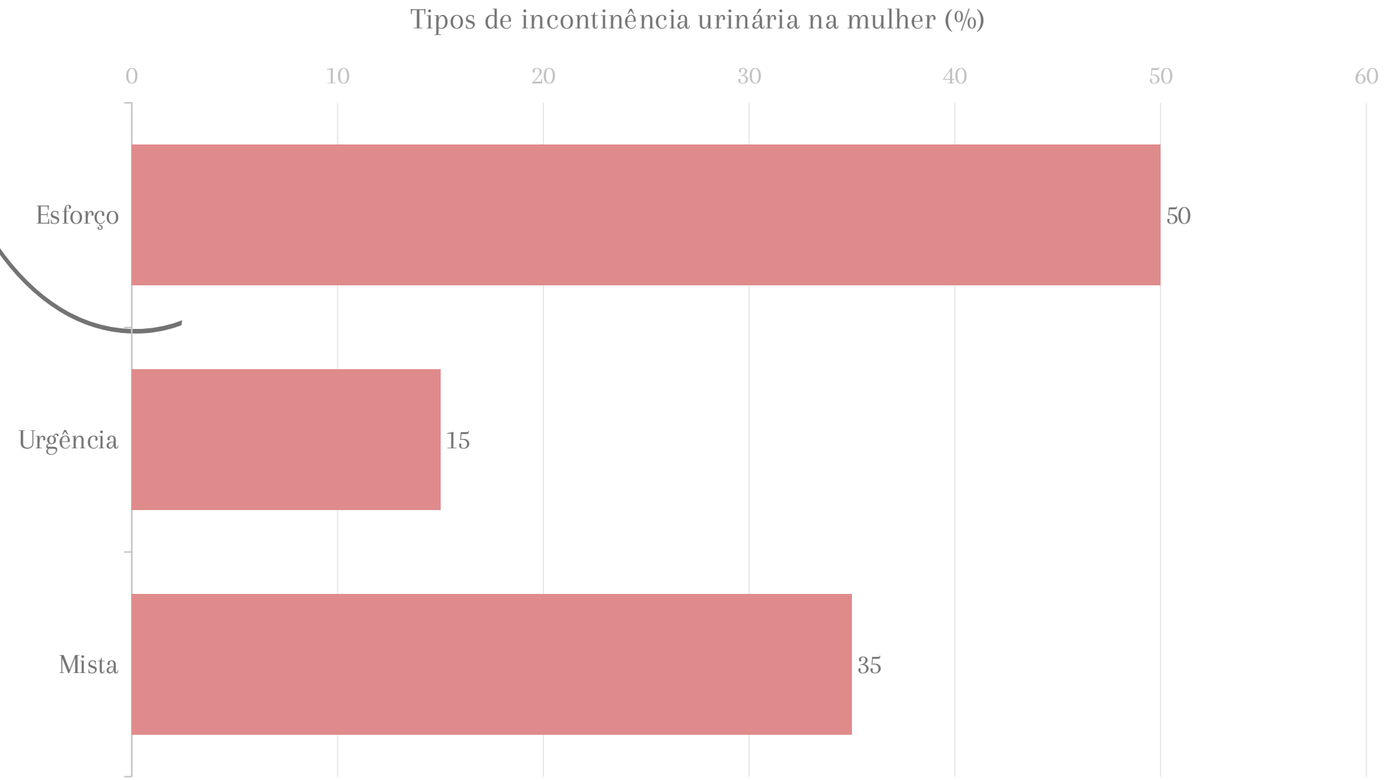
Uroginecologia

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Diferenciar incontinência de esforço, urgência e mista só com a anamnese
2. Saber o que pedir — e o que não pedir — antes de tratar
3. Tratar a incontinência de esforço: fisioterapia antes do sling
4. Conduzir a bexiga hiperativa, do comportamento à toxina botulínica
5. Estadiar o prolapso (POP-Q) e escolher entre pessário e cirurgia

EPIDEMIOLOGIA | A QUEIXA QUE NINGUÉM CONTA



25–45%

das mulheres adultas têm algum grau de incontinência urinária; metade nunca falou com um médico sobre isso

40%

das mulheres com mais de 50 anos têm prolapso ao exame; 3–6% têm sintomas de 'bola na vagina'

13%

é o risco de cirurgia para prolapso ou incontinência ao longo da vida — 1 em cada 8 mulheres

Fontes: Milsom I, Gyhagen M, Climacteric 2019; Wu JM et al., Obstet Gynecol 2014 (risco cirúrgico 13%); Hendrix SL et al., AJOG 2002 (WHI, prolapso); ICS/ICI 2017.

Incontinência urinária

Três perguntas separam os tipos — e a fisioterapia vem antes do bisturi



CASO 1| 'QUANDO RIO, ESCAPA'

Sônia, 52 anos, G3P3 (partos vaginais, um fórcipe), merendeira.

Perda de urina aos esforços (tosse, risada, pegar peso) há 4 anos, piorando; usa absorvente diário. Nega urgência, noctúria ou perda no caminho ao banheiro.
Menopausa há 2 anos, com secura vaginal.
IMC 32, tabagista, tosse crônica. Sem diabetes. Toma hidroclorotiazida.
Exame: atrofia vulvovaginal; perda de urina ao esforço (tosse) com bexiga confortavelmente cheia; cistocele discreta até 1 cm acima do hímen; força do assoalho pélvico grau 2 (Oxford); resíduo pós-miccional 30 mL; urina tipo 1 normal.



Que tipo de incontinência é? Precisa de urodinâmica? O que oferecer primeiro — e quando operar?

IU | CLASSIFICAR SÓ COM A ANAMNESE

As três perguntas

'Perde quando tosse, ri, pega peso?' → esforço: falha do suporte uretral (hipermobilidade) ou do esfíncter

'Sente vontade súbita e não dá tempo?' → urgência: contração involuntária do detrusor (bexiga hiperativa)

'Os dois?' → mista — tratar primeiro o componente que mais incomoda

Perguntar também: frequência, noctúria, esvaziamento incompleto, jato fraco, infecções de repetição, hematúria, constipação, uso de diurético, função sexual.

Avaliação mínima (ACOG/AUA)

- Anamnese + diário miccional de 3 dias (volume, horário, perdas, ingesta)
- Exame pélvico: atrofia, prolapso, teste de esforço com bexiga cheia (positivo = IUE demonstrada), força do assoalho (Oxford 0–5)
- Urina tipo 1 e urocultura (infecção simula urgência)
- Resíduo pós-miccional (USG ou cateter): > 150 mL = esvaziamento incompleto
- Questionário validado (ICIQ-SF) para graduar e seguir

Isso basta para tratar de forma conservadora.

Urodinâmica: quando

NÃO é necessária antes do tratamento conservador nem antes de sling em IUE pura não complicada (ValUE trial, NEJM 2012).

Pedir se: IU mista com dúvida, falha de tratamento prévio, cirurgia anti-incontinência ou de prolapso prévia, sintomas de esvaziamento, resíduo elevado, doença neurológica, prolapso ≥ estádio II que será operado

Exame invasivo, custo, não muda desfecho na IUE pura.

Fontes: ACOG Practice Bulletin 155 (2015, reafirmado 2024); AUA/SUFU Guideline SUI 2017 (atual. 2023); Nager CW et al., NEJM 2012 (ValUE); FEBRASGO, Incontinência urinária (2021).

IU DE ESFORÇO | ESCADA TERAPÊUTICA

IUE confirmada (anamnese + teste de esforço positivo, resíduo normal, urina sem infecção)

1. ESTILO DE VIDA: perda de peso (5–10% reduz perdas em 50%), tratar tosse e constipação, parar de fumar, reduzir cafeína, rever diurético. Estrogênio vaginal se atrofia

2. FISIOTERAPIA DO ASSOALHO PÉLVICO (1ª linha, grau A): treinamento muscular supervisionado por ≥ 3 meses, 3 séries/dia; biofeedback e eletroestimulação como apoio. Cura/melhora em 50–75%

3. PESSÁRIO DE INCONTINÊNCIA ou tampão vaginal: para quem não quer/não pode operar, ou só para exercício. Duloxetina (off-label no Brasil, efeitos adversos) tem papel limitado

4. CIRURGIA — SLING DE URETRA MÉDIA (TVT retropúbico ou TOT transobturatório): cura objetiva 80–90% em 5 anos; 20–30 min; alta no mesmo dia. Complicações: retenção transitória, erosão de tela (2–3%), dor inguinal (TOT), lesão vesical (TVT — cistoscopia obrigatória)

ALTERNATIVAS: colpossuspensão de Burch (laparoscópica; quando não se quer tela), sling autólogo de aponeurose (falha de tela, deficiência esfincteriana grave), agentes de preenchimento periuretral (idosa frágil, baixa eficácia). Estrogênio SISTÊMICO não trata e pode piorar

Antes de operar: completar 3 meses de fisioterapia, tratar atrofia, confirmar que a perda é de esforço, excluir resíduo elevado — e prole completa é desejável, não obrigatória

Fontes: Dumoulin C, Cochrane 2018 (treinamento do assoalho); Ford AA, Cochrane 2017 (slings); AUA/SUFU 2023; NICE NG123 (2019); Cody JD, Cochrane 2012 (estrogênio).

CASO 1| RESOLUÇÃO

Incontinência urinária de esforço pura, com fatores modificáveis gritantes.

Perda só aos esforços, teste de esforço positivo, sem urgência, resíduo normal e urina limpa: não precisa de urodinâmica para começar — nem para operar, se chegar lá (IUE não complicada).

Primeiro, 3 meses: fisioterapia do assoalho pélvico supervisionada (Oxford 2 tem muito a ganhar); estriol vaginal 2x/semana para a atrofia; perder peso; tratar a tosse e parar de fumar; trocar a hidroclorotiazida com o clínico se possível. Absorvente específico, não o menstrual.

Se melhorar parcialmente: manter e reavaliar com ICIQ-SF. Se não melhorar ou ela quiser resolver: sling de uretra média (TOT ou TVT) — cura em 80–90%; a cistocele discreta não precisa de correção.

O que não fazer: estrogênio sistêmico 'para a bexiga' (não funciona e pode piorar), anticolinérgico (não é urgência), cirurgia de prolapso para uma cistocele assintomática, urodinâmica 'para documentar'.

Conversa: 'é comum, não é da idade, tem tratamento e a maioria melhora sem cirurgia — mas tem que fazer o exercício certo, com quem ensina.'



Teste de esforço + = IUE

Fisioterapia 3 meses antes de tudo

Sem urodinâmica na IUE pura

Sling se falhar

Fontes: ACOG 155; AUA/SUFU 2023; Subak LL et al., NEJM 2009 (PRIDE — perda de peso).

CASO 2| NÃO DÁ TEMPO DE CHEGAR

Dona Marlene, 68 anos, G4P4, viúva, hipertensa.

Urgência miccional com perdas no caminho ao banheiro, 10–12 micções por dia, levanta 3 vezes à noite. Começou há 1 ano, sem infecção. Evita sair de casa; tomou 'antibiótico para infecção' duas vezes sem urocultura.
Usa anlodipino e losartana; toma 4 xícaras de café e 1,5 L de chá por dia. Constipação crônica. Sem diabetes. Esquecimento leve referido pela filha.
Exame: atrofia genital importante; sem prolapso além do hímen; teste de esforço negativo; resíduo pós-miccional 40 mL; urina tipo 1 e urocultura negativas; glicemia 98.



É infecção? Que medicação é mais segura para ela — e qual você evitaria? E a noctúria?

BEXIGA HIPERATIVA | DO COMPORTAMENTO À TOXINA

Linha	O que fazer	Observações
1ª — comportamental	Diário miccional; treinamento vesical (micções programadas, aumentar o intervalo em 15 min/semana) Reduzir cafeína, álcool, adoçantes; distribuir líquidos (não restringir); tratar constipação; perda de peso Fisioterapia: contração do assoalho para inibir a urgência ('congelar e contrair') Estrogênio vaginal na pós-menopausa (reduz urgência, ITU de repetição)	Eficaz em 50–60%; sempre mantida junto com as outras linhas. Tratar ITU só com urocultura positiva — urgência não é infecção.
2ª — medicamentos	Antimuscarínicos: solifenacina 5–10 mg/dia, darifenacina 7,5–15 mg, tolterodina 4 mg, oxibutinina 5 mg 8/8 h (a mais barata e a pior tolerada) β3-agonista: mirabegrona 25–50 mg/dia (vibegrona onde disponível)	Boca seca e constipação limitam; oxibutinina atravessa a barreira hematoencefálica — EVITAR em idosas e em declínio cognitivo (carga anticolinérgica). Mirabegrona: checar PA (contraindicada se PA não controlada ≥ 180/110). Reavaliar em 4–8 semanas; combinar as duas classes se resposta parcial.
3ª — refiatária	Toxina botulínica A 100 UI intradetrusora (cistoscopia): dura 6–9 meses; risco de retenção (5–10%) — paciente precisa aceitar autocateterismo Neuromodulação tibial percutânea (12 sessões semanais) ou sacral (InterStim)	Encaminhar após falha de 2 fármacos por 4–8 semanas cada. Cirurgia (ampliação vesical) é exceção.
Noctúria	Diário de 24 h: poliúria noturna (> 33% do volume à noite) → reduzir líquidos à noite, elevar pernas à tarde, rever diurético (tomar à tarde); apneia do sono; desmopressina só em casos selecionados (hiponatremia na idosa)	Noctúria isolada em idosa raramente é bexiga hiperativa pura.

Fontes: AUA/SUFU Guideline OAB 2024; EAU Guidelines Non-neurogenic Female LUTS 2024; Gray SL et al., JAMA Intern Med 2015 (anticolinérgicos e demência); FEBRASGO 2021.

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Bexiga hiperativa com incontinência de urgência, síndrome geniturinária da menopausa e noctúria — não é infecção.

Urocultura negativa duas vezes: os antibióticos foram desnecessários. Teste de esforço negativo e resíduo baixo afastam IUE e retenção.

1ª linha, já hoje: diário miccional de 3 dias; treinamento vesical; cortar café e chá para 1 xícara pela manhã; tratar constipação (fibras, laxativo osmótico); estriol vaginal 2x/semana; fisioterapia com técnica de inibição da urgência; líquidos até as 18 h e pernas elevadas à tarde (edema do anlodipino alimenta a noctúria).

Se precisar de remédio em 8 semanas: mirabegrona 25–50 mg (PA controlada — conferir) é a escolha nela: 68 anos, esquecimento referido, constipação. Oxibutinina está contraindicada na prática; solifenacina seria 2ª opção com cautela.

Refiatária: toxina botulínica 100 UI ou neuromodulação tibial — encaminhar ao uroginecologista.

Não esquecer: rastrear apneia do sono pela noctúria; rever o anlodipino com o cardiologista; avaliar cognição formalmente antes de qualquer anticolinérgico; glicemia já normal.



Urgência ≠ infecção

Comportamental + estrogênio local

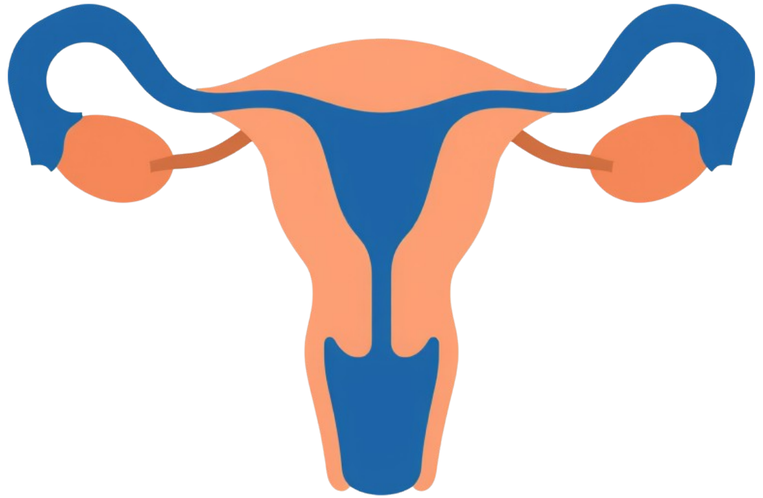
Mirabegrona na idosa

Oxibutinina: evitar

Fontes: AUA/SUFU OAB 2024; Coupland CAC et al., JAMA Intern Med 2019 (anticolinérgicos e demência).

Prolapso de órgãos pélvicos

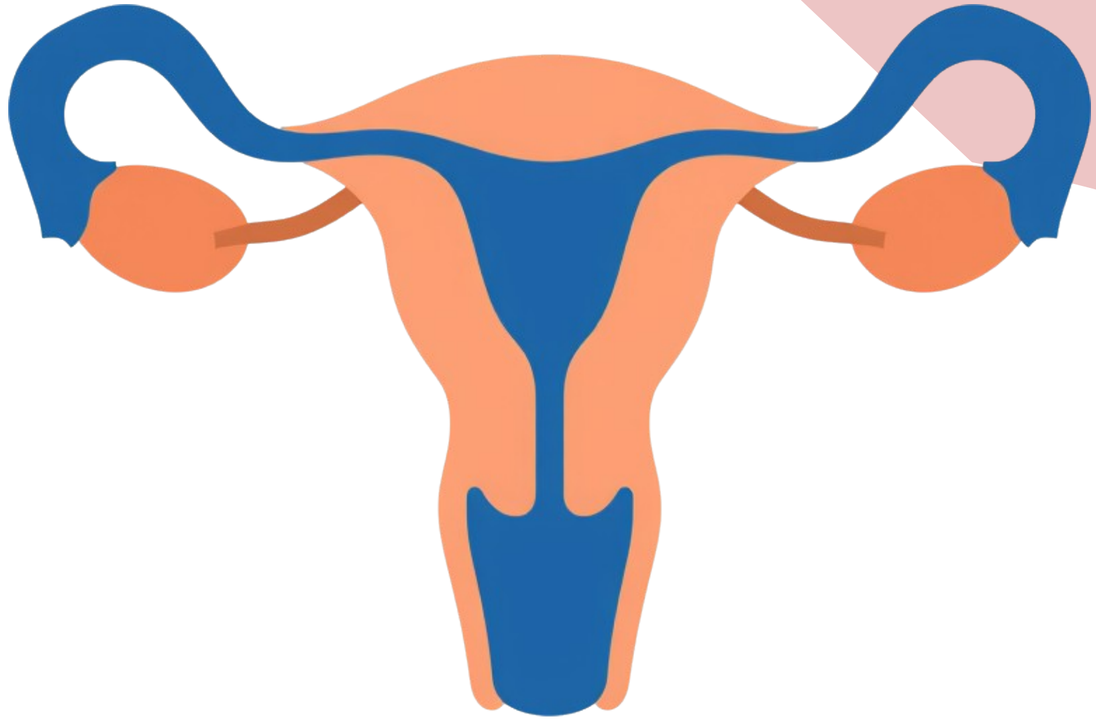
Estadiar com o POP-Q, tratar o sintoma — e o pessário é tratamento, não consolo



CASO 3 | 'UMA BOLA NA VAGINA'

Dona Antônia, 74 anos, G6P6 (partos domiciliares), lavradora aposentada.

Sensação de peso e 'bola saindo pela vagina' há 3 anos, pior ao fim do dia e ao carregar peso; precisa empurrar a bola para conseguir urinar; às vezes sangra por atrito na roupa. Constipada, faz força para evacuar.
Hipertensa e diabética controladas; sem atividade sexual; mora sozinha, independente.
Exame: ao esforço, a parede anterior e o colo uterino exteriorizam 3 cm além do hímen (Ba +3, C +2), parede posterior até o hímen (Bp 0); comprimento vaginal total 8 cm; úlcera de decúbito de 1 cm no colo; atrofia intensa; resíduo pós-miccional 180 mL; urina normal; USG renal sem hidronefrose.



Qual o estádio? Por que ela 'empurra para urinar'? Pessário ou cirurgia — e qual cirurgia?

PROLAPSO | ANATOMIA, POP-Q E CLÍNICA

Suporte (DeLancey)

Nível I — apical: ligamentos uterossacros e cardinais; falha = prolapso uterino / cúpula
Nível II — lateral: fáscia pubocervical e retovaginal ao arco tendíneo; falha = cistocele / retocele
Nível III — distal: corpo perineal e membrana perineal; falha = uretrocele, períneo descido
Quase todo prolapso anterior grande tem defeito apical associado — corrigir só a parede anterior é a principal causa de recidiva.

POP-Q simplificado

Referência: o hímen = 0; acima é negativo, abaixo é positivo (cm), no esforço máximo
Pontos: Aa/Ba (anterior), Ap/Bp (posterior), C (colo ou cúpula), D (fundo de saco), CVT (comprimento vaginal), hg, cp
Estádio 0: sem prolapso
I: ponto mais distal > 1 cm acima do hímen (< –1)
II: entre –1 e +1
III: > +1 mas < CVT – 2
IV: eversão completa (≥ CVT – 2)

Sintomas e fatores

O único sintoma específico: 'bola' ou peso na vagina — e só ele indica tratamento; prolapso ao exame sem sintoma não se trata
Associados: esvaziamento incompleto e necessidade de reduzir o prolapso para urinar (acotovelamento uretral), ITU de repetição, hidronefrose nos grandes; constipação/digitação (retocele); dispareunia; úlcera de decúbito
Risco: paridade vaginal, fórcipe, macrossomia, idade, obesidade, constipação crônica, tosse, histerectomia prévia, colágeno
IUE pode aparecer só DEPOIS de reduzir o prolapso: testar com o prolapso reduzido (IUE oculta).

Fontes: DeLancey JOL, AJOG 1992; Bump RC et al., AJOG 1996 (POP-Q); ACOG/AUGS Practice Bulletin 214 (2019); IUGA/ICS terminology 2016.

PROLAPSO | TRATAMENTO

Opção	Para quem	Detalhes
Observação	Assintomática ou pouco incomodada, qualquer estádio sem hidronefrose/retenção	Orientar, tratar constipação e atrofia; reavaliar se sintomas.
Fisioterapia do assoalho pélvico	Estádios I–II sintomáticos; adjuvante em todos	Melhora sintomas e pode reduzir 1 estádio (POPPY trial); não corrige estádio III–IV.
Pessário	Qualquer estádio e idade; 1ª linha conservadora; quem não quer ou não pode operar; durante a espera; gestação	Anel (I–III, com ou sem suporte), Gellhorn (III–IV, sem vida sexual). Estrogênio local junto; revisão a cada 3–6 meses; complicações: corrimento, erosão, esquecimento. Sucesso em 60–80% a 1 ano.
Cirurgia reconstrutiva com preservação da função sexual	Sintomática, falha ou recusa do pessário, apta	Apical: sacrocolpopexia (laparoscópica, tela — padrão-ouro para cúpula), fixação sacroespinhal ou suspensão aos uterossacros (vaginal, sem tela) Anterior/posterior: colporrafia com tecido próprio Histerectomia não é obrigatória: histeropexia é opção Recidiva 10–30%; associar sling só se IUE demonstrada (ou discutir a oculta)
Cirurgia obliterativa	Idosa frágil, sem vida sexual, estádio III–IV	Colpocleise (LeFort): rápida, anestesia local/regional possível, sucesso > 90%, mínima morbidade. Avaliar colo/endométrio antes (fecha o acesso).
Telas vaginais	Restritas	Anvisa suspendeu telas transvaginais para prolapso (2019, como FDA); permanecem as abdominais (sacrocolpopexia) e os slings.

Fontes: ACOG/AUGS PB 214 (2019); Hagen S et al., Lancet 2014 (POPPY); Maher C, Cochrane 2016; Anvisa RE 2019 (telas); FEBRASGO, Prolapso genital (2021).

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Prolapso estádio III (Ba +3, C +2) com defeito apical e anterior, retenção por acotovelamento uretral e úlcera de decúbito.

Ponto mais distal a +3 (> +1 e < CVT – 2): estádio III. Ela empurra para urinar porque a cistocele acotovela a uretra — daí o resíduo de 180 mL; sem hidronefrose ainda, mas é um alerta.

Agora: estriol vaginal diário por 4 semanas e tratar a úlcera (reduzir o prolapso, pessário provisório ou repouso) antes de qualquer cirurgia; laxativo osmótico; orientar não carregar peso.

Pessário: oferecer sempre — Gellhorn ou anel com suporte, com revisão a cada 3 meses. Se ela se adaptar e o resíduo normalizar, pode ser definitivo.

Cirurgia, se preferir ou falhar o pessário: 74 anos, sem vida sexual, estádio III → colpocleise (LeFort) com perineorrafia: 45 minutos, bloqueio regional, sucesso > 90%. Antes: USTV do endométrio (fecha o acesso) e testar IUE com o prolapso reduzido. Aos 60 anos com vida sexual: fixação sacroespinhal ou sacrocolpopexia.



Ba +3 = estádio III

Resíduo 180 mL: acotovelamento

Pessário é 1ª linha

Colpocleise na idosa sem vida sexual

Fontes: ACOG/AUGS 214; FitzGerald MP et al., Int Urogynecol J 2006 (colpocleise); FEBRASGO 2021.

O QUE MAIS CAI | GENITURINÁRIA E FÍSTULAS

Síndrome geniturinária da menopausa secura, ardor, dispareunia, urgência, disúria, ITU de repetição; mucosa pálida, pH > 5. Estrogênio vaginal (estriol/promestrieno 2–3x/semana) é seguro em longo prazo, sem progestagênio; hidratantes; laser sem evidência suficiente (FDA 2018). Reduz ITU em 50%.

ITU de repetição ≥ 2 em 6 meses ou ≥ 3 em 12: urocultura sempre; estrogênio vaginal na pós-menopausa; hidratação; micção pós-coito; profilaxia contínua (nitrofurantoína 50–100 mg à noite) ou pós-coital; evitar antibiótico sem cultura. Metenamina é alternativa.

Fístula vesicovaginal perda contínua de urina pela vagina, sem esforço. No Brasil, principal causa é cirúrgica (histerectomia); no mundo, parto obstruído (fístula obstétrica). Diagnóstico: teste do azul de metileno/tampão, cistoscopia, uro-TC. Tratamento: sonda vesical 2–4 semanas em fístulas pequenas precoces; cirurgia (via vaginal — Latzko) após 6–12 semanas de maturação.

Divertículo uretral '3 D': disúria, dispareunia, dribbling pós-miccional; massa suburetral; RM; excisão.

Retenção pós-parto / pós-operatória resíduo > 150 mL ou incapacidade de urinar em 6 h: cateterismo intermitente, não sonda de demora prolongada.

Fontes: NAMS Position Statement GSM 2020; Anger J et al., AUA/CUA/SUFU rUTI 2019; Hillary CJ et al., Eur Urol 2016 (fístulas); FEBRASGO 2021.

QUESTÃO | INCONTINÊNCIA

Mulher de 55 anos, menopausada, G3P3, refere perda urinária aos esforços há 2 anos, sem urgência. Ao exame: perda de urina à tosse com bexiga cheia, sem prolapso significativo, resíduo pós-miccional de 40 mL, urina tipo 1 normal. Nunca realizou tratamento. A conduta inicial mais adequada é:

A Estudo urodinâmico para confirmar o diagnóstico antes de qualquer tratamento.

B Sling de uretra média, pois a incontinência de esforço só responde à cirurgia.

C Treinamento supervisionado da musculatura do assoalho pélvico por pelo menos 3 meses, associado a medidas comportamentais e estrogênio vaginal.

D Oxibutinina 5 mg de 8/8 horas.

E Terapia hormonal sistêmica para restaurar a continência.

QUESTÃO | INCONTINÊNCIA

Mulher de 55 anos, menopausada, G3P3, refere perda urinária aos esforços há 2 anos, sem urgência. Ao exame: perda de urina à tosse com bexiga cheia, sem prolapso significativo, resíduo pós-miccional de 40 mL, urina tipo 1 normal. Nunca realizou tratamento. A conduta inicial mais adequada é:

A Estudo urodinâmico para confirmar o diagnóstico antes de qualquer tratamento.

B Sling de uretra média, pois a incontinência de esforço só responde à cirurgia.

C Treinamento supervisionado da musculatura do assoalho pélvico por pelo menos 3 meses, associado a comportamentais e estrogênio vaginal.

D Oxibutinina 5 mg de 8/8 horas.

E Terapia hormonal sistêmica para restaurar a continência.

MENSAGENS

1

Três perguntas classificam a incontinência: esforço, urgência ou mista. Avaliação mínima: diário miccional, exame com teste de esforço, urina/urocultura, resíduo pós-miccional.

2

IUE: fisioterapia supervisionada por 3 meses é a 1ª linha; peso, tosse, constipação e atrofia junto. Falhou: sling de uretra média (80–90%). Urodinâmica não é obrigatória na IUE pura.

3

Bexiga hiperativa: comportamental + estrogênio vaginal; depois mirabegrona ou antimuscarínico — oxibutinina longe das idosas; refratária: toxina botulínica ou neuromodulação.

4

Urgência não é infecção: antibiótico só com urocultura. Noctúria pede diário de 24 h, revisão de diurético e pensar em apneia.

5

Prolapso: só se trata se há sintoma de 'bola'. POP-Q: hímen é zero; estádio III = além de +1. Corrigir o ápice, senão recidiva.

6

Pessário é tratamento de 1ª linha em qualquer idade; colpocleise para a idosa sem vida sexual; telas vaginais para prolapso estão suspensas no Brasil.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

