



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ANA ISABEL COSTA MEDEIROS SÁ REGO

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO IDOSO- TRATAMENTO

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO

FEVEREIRO/2015

Incontinência Urinária no Idoso – Tratamento

Autores:

Ana Isabel Costa Medeiros Sá Rego⁽¹⁾, Prof. Manuel Teixeira Veríssimo⁽¹⁾

⁽¹⁾ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Correspondência:

Ana Isabel Costa Medeiros Sá Rego

Mestrado Integrado em Medicina – 6º ano

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Morada: Rua Gomes Freire, n.º35, 1ºandar, 3000-353 Coimbra

ana_isabel_rego@hotmail.com

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é uma síndrome geriátrica comum, com impacto negativo na qualidade de vida, e pode ser dispendiosa de tratar. A incontinência tem sido associada a um aumento do isolamento social, quedas, fracturas e internamentos de longa duração. Muitas vezes não declarada e, portanto, não tratada, geralmente porque os idosos recusam-se a procurar ajuda, os profissionais de saúde devem questionar sobre os sintomas, como parte da revisão de sistemas. De forma a prescrever um tratamento otimizado, é importante fazer um diagnóstico inicial adequado quanto ao tipo de incontinência – esforço, urgência ou mista –, determinar a gravidade e sintomas relacionados. A IU pode ser avaliada e tratada inicialmente pelo médico de família. A avaliação da incontinência envolve uma história clínica direcionada, exame físico, análise à urina e, se indicado, a medição do volume urinário residual pós-miccional.

O objetivo deste trabalho foi comparar os estudos publicados sobre as intervenções para promoção da continência, tendo como foco principal a incontinência urinária nos idosos. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tratamento da IU em doentes geriátricos. Esta revisão foi feita com base em artigos científicos e *guidelines*, limitada a publicações em inglês. Esta pesquisa inclui apenas estudos sobre IU em pessoas com 65 anos ou mais. Foram analisados os diversos tipos de tratamento e concluiu-se que as estratégias comportamentais e a medicação são eficazes no tratamento da IU. Os doentes idosos podem também optar por uma abordagem cirúrgica ou implantação de dispositivos. Idosos com compromisso cognitivo e incontinência exigem um diagnóstico e tratamento diferentes, mas podem responder bem ao tratamento. O tratamento da IU melhora a satisfação dos doentes e a sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: incontinência urinária, tratamento, geriatria.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is a common geriatric syndrome and has significant negative impact on quality of life, and may be costly to treat. Incontinence has been associated with increased social isolation, falls, fractures and admission to long-term care facilities. Often unreported and thus untreated, usually because older adults are reluctant to seek treatment, healthcare providers should inquire about symptoms as part of the review of systems. In order to prescribe an optimal treatment, it is important to do a proper initial diagnosis of the type of incontinence – stress, urgency, or mixed –, determine the severity and related symptoms. UI can be evaluated and initially treated by primary-care providers. Evaluation for urinary incontinence involves a focused history, physical examination, a urinalysis and measurement of post void residual volume, if indicated.

The aim of this paper was to compare published studies of care interventions for the management and promotion of continence, with urinary incontinence as the primary focus, in older patients. A literature review on the treatment of UI in geriatric patients was taken. This revision was based on scientific articles and guidelines, with studies limited to English language publications only. Included in this search were studies investigating urinary incontinence in people aged 65 years or older. The various types of treatment were analyzed and it was concluded that office-based treatments including behavioral approaches and medications have effectiveness in treating UI. Older adults may also consider surgical options and devices to improve urinary incontinence. Older patients with cognitive impairment and incontinence require diagnostic and treatment modifications, but may respond well to treatment. Urinary incontinence treatments yield high levels of patient satisfaction and improvements in quality of life.

KEY WORDS: urinary incontinence, treatment, geriatric.

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

IU – incontinência urinária.

PVR – volume de urina residual pós-miccional.

PFMT – exercícios musculares do pavimento pélvico (do inglês “*Pelvic Floor Muscle Training*”).

PFM – músculos do pavimento pélvico (do inglês “*Pelvic Floor Muscle*”).

EV – exercícios vesicais.

BHE – barreira hemato-encefálica.

HBP – hiperplasia benigna da próstata.

FDA – *Food and Drug Administration*.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. MATERIAL E MÉTODOS	10
3. INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO IDOSO – TRATAMENTO	11
3.1.Tratamento conservador	12
3.2.Tratamento farmacológico	25
3.3.Tratamento cirúrgico	30
3.4.Considerações especiais para doentes com défices cognitivos	35
3.5.Sintomas refratários – encaminhamento	37
3.6.Logaritmo de tratamento	38
4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	45
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência constitui uma das cinco grandes Síndromes da Geriatria, e engloba a incontinência urinária (IU) e a fecal. A IU especificamente é definida pela *Fourth International Consultation on Incontinence* como a “perda involuntária de urina, demonstrável de modo objetivo, constituindo um problema higiênico ou social”. É um importante problema de Saúde Pública, devido à sua alta prevalência, grande impacto na qualidade de vida e pelos elevados custos económicos que comporta. Para além disso, a IU no idoso compromete a sua independência e autonomia, podendo levar ao seu isolamento social. É um importante preditor de risco de institucionalização e marginalização.(1)

A IU afeta mais as mulheres, e torna-se mais comum com o avançar da idade e o aumento da fragilidade do idoso. Quanto aos doentes com mais de 65 anos que vivem no domicílio, aproximadamente 44% das mulheres e 29% dos homens têm IU. Estas percentagens aumentam para 57% nas mulheres e 43% nos homens quando estes têm mais de 80 anos. Os idosos que vivem em lares apresentam uma maior percentagem de IU em comparação com os idosos que vivem em suas casas, rondando os 60-78% nas mulheres e 23-72% nos homens.(2)

A sua prevalência aumenta com a idade, mas não é inerente ao envelhecimento. Enquanto o envelhecimento normal não é causa de IU, alterações relacionadas com a idade ao nível do trato urinário inferior e da função do pavimento pélvico contribuem para a perda do controlo vesical nos idosos. Outros fatores de risco que predispõem o idoso para a IU: alterações cognitivas e motoras, diabetes, condições neurológicas (eg. doença de Parkinson, demência, acidente vascular cerebral), outros sintomas do trato urinário inferior, entre outros.(2) Particularmente nas mulheres, a raça branca, a multiparidade, o recurso à terapia hormonal oral, o índice de massa corporal elevado e a menopausa são todos fatores que

aumentam o risco da mulher vir a desenvolver IU.(3) No homem, apesar do grande avanço cirúrgico, a prostatectomia radical mantém-se fortemente associada à IU transitória ou permanente. A radioterapia para o cancro da próstata está igualmente associada a IU, especialmente a de urgência.

O médico deve ter em consideração se a IU do idoso é recente ou crónica, uma vez que as causas subjacentes podem diferir. DIAPPERS (do inglês “fraldas”) é uma mnemónica útil para fixar as causas transitórias de IU (ver **Caixa 1**).

A nível fisiopatológico, a IU ocorre quando a pressão vesical (força expulsiva) excede a pressão uretral (força de encerramento). Um (ou mais) dos quatro fatores que contribuem para a continência podem estar afetados: acomodação vesical; esfíncter uretral; suporte uretral pelo pavimento pélvico; e coaptação da mucosa uretral. Deste pressuposto, resulta que há vários tipos de incontinência urinária, dos quais se destacam a incontinência de esforço, a de urgência e a mista. A IU de esforço é a perda involuntária de urina por esforço, exercício, espirro ou tosse, devido a uma combinação variável de uma fraqueza muscular do esfíncter intrínseco uretral e de um defeito anatómico ou fraqueza no suporte uretral, conduzindo a uma insuficiente pressão de encerramento da uretra durante o esforço físico. A IU de urgência é a perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida pela urgência miccional, ou seja, ocorre com um forte, súbito e incontrolável desejo de urinar, como consequência da contração inapropriada do músculo detrusor hiperativo, durante a fase de enchimento. A bexiga hiperativa é caracterizada pelos sintomas de urgência miccional com ou sem IU de urgência, geralmente acompanhada de frequência urinária diurna aumentada e noturna, na ausência de infeção do trato urinário ou outra patologia pélvica. Por último, a IU mista é a queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e ao esforço físico, exercício, espirrou ou tosse.(4)

A abordagem diagnóstica é fundamental para comprovar a IU e inclui medidas primárias como a história clínica, o diário miccional e o teste de esforço; e medidas secundárias, nomeadamente os teste urodinâmicos e neurofisiológicos.(5)

É essencial uma abordagem multidisciplinar para o sucesso do tratamento dos sintomas da IU, que são controláveis em grande parte dos casos. Existem muitas opções terapêuticas, que podem ser divididas em tratamento conservador (e.g., intervenções comportamentais e reeducação da musculatura pélvica), farmacológico e cirúrgico. A opção terapêutica deve ser vista caso-a-caso.

O objetivo deste artigo de revisão é sensibilizar os prestadores de cuidados de saúde para os desafios da IU e para a importância da prevenção desta condição geriátrica tão comum, dando especial relevo aos tratamentos atualmente disponíveis, fazendo uma breve revisão bibliográfica acerca das suas indicações e eficácia.

Caixa 1. DIAPPERS: mnemónica para as causas transitórias de incontinência urinária

D*elirium*

Infeção

A*trophic vaginites* (Vaginite atrófica)

P*harmaceuticals* (Farmacológica)

Psicológica

Diurese excessiva (eg. Hiperglicemia, hipercalcémia)

Retenção ou mobilidade reduzida

S*tool impactation* (Obstipação)

Adaptado do artigo: Frank C, Szlanta A. Office management of urinary incontinence among older patients. *Can Fam Physician* [Internet]. 2010;56:1115–20.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho, a pesquisa de informação foi efetuada com base na leitura e compilação de informação presente em artigos científicos e *guidelines* indexados no motor de busca de base de dados digitais “PubMed”. Para esta pesquisa usaram-se os seguintes termos em combinação: “urinary incontinence”, “Treatment”, “Geriatrics” e “>65 years old”. Para cada pesquisa foram definidos filtros com restrição para artigos editados em inglês, com disponibilização de resumo/*abstract* para consulta prévia e com data de publicação compreendida entre 2009 e 2014. O impacto da revista também constituiu um importante fator de seriação. Após a leitura do resumo/*abstract* dos artigos obtidos, foi inferida a pertinência da sua inclusão no presente estudo. O objetivo foi conseguir realizar uma revisão com o maior rigor possível e aplicabilidade.

3. INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO IDOSO – TRATAMENTO

O primeiro passo na avaliação dos idosos com IU é a detecção. O médico deve inquirir quanto à existência de incontinência e sintomas relacionados como parte integrante da *Revisão de Sistemas*.

A avaliação básica da IU deve incluir: uma história clínica direcionada, valorizando a severidade (6), duração e perda de qualidade de vida, assim como sintomas sugestivos que indiciam o tipo de IU e qualquer fator modificável que contribua para a patologia; exame objetivo geral, abdominal e pélvico; e análise à urina.

O volume de urina residual pós-miccional (PVR) deve ser determinado nos doentes com IU aguda ou suspeita de retenção, por cateterização uretral ou ecografia. Valores superiores a 150-200ml são considerados clinicamente significativos no homem, enquanto que a mulher consegue tolerar estes valores sem apresentar sintomatologia compatível com IU. Por este motivo, os valores do PVR devem ser interpretados caso-a-caso.

Uma breve avaliação cognitiva, recorrendo, por exemplo, ao *Mini-Mental State Examination*, pode ser útil, particularmente em casos em que o doente fornece uma história pouco concisa/coerente; quando não responde ao tratamento inicial instituído para o tratamento da IU, como veremos adiante em “*Considerações especiais para doentes com défices cognitivos*”; ou quando o doente apresenta reacções adversas à medicação utilizada no tratamento da IU de urgência.(7)

As opções terapêuticas podem ser divididas em tratamento conservador, farmacológico e cirúrgico.

3.1. Tratamento conservador

O tratamento conservador é uma opção terapêutica para a qual existem vários estudos e que tem mostrado ser eficaz nos idosos, contribuindo para uma redução de perda de urina na ordem dos 50 a 80%, sendo que 10 a 30% dos doentes readquire a continência.(7) Este tratamento tem como vantagens ser simples, seguro, com um risco baixo de reações adversas e não limitar outras opções terapêuticas subsequentes. Nos idosos, o tratamento conservador é, no mínimo, tão importante quanto o tratamento farmacológico e/ou cirúrgico.

Podemos subdividir o tratamento conservador em 4 abordagens terapêuticas, como indicado no **Quadro 1**.

Quadro 1. Tratamento conservador da incontinência urinária
Tratar fatores modificáveis que contribuem para a incontinência urinária <ul style="list-style-type: none">▪ Condições médicas▪ Medicação▪ Dieta▪ Elementos do meio envolvente
Estratégias comportamentais <ul style="list-style-type: none">▪ Exercícios musculares do pavimento pélvico (<u>ou</u> exercícios de Kegel)▪ <i>Biofeedback</i> digital, visual e/ou pesos vaginais▪ Estratégias de controlo vesical<ul style="list-style-type: none">✓ Regime miccional/treino da bexiga✓ Calendário/diário miccional
Dispositivos anti-incontinência <ul style="list-style-type: none">▪ Pessários e tampões (na mulher)▪ Mola peniana e cateteres externos masculinos (no homem)
Produtos de prevenção ou contenção da incontinência <ul style="list-style-type: none">▪ Produtos absorventes como pensos, fraldas e resguardos

3.1.1. FACTORES MODIFICÁVEIS QUE CONTRIBUEM PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O **Quadro 2** expõe de forma sucinta e esquematizada o mecanismo fisiopatológico através do qual determinados fatores modificáveis podem contribuir para a incontinência e o subsequente tratamento para reverter a IU.(8)

As intervenções no estilo de vida que podem ajudar a controlar a IU incluem: a redução de peso; a diminuição de ingestão de líquidos (se esta for excessiva), bem como de cafeína e de substâncias consideradas irritantes vesicais; o tratamento da obstipação; a redução dos esforços físicos; deixar de fumar e o tratamento de doenças pulmonares e da tosse, entre outras medidas.(9)(10) Estas alterações nos estilos de vida geralmente são associadas a outras intervenções comportamentais como, por exemplo, aos exercícios de Kegel e estratégias de controlo vesical.

É fundamental inquirir o doente acerca do tipo e quantidades de líquidos ingeridos por dia. Pode ser útil pedir ao doente para fazer um diário, no qual discrimina o consumo de líquidos num dia normal. Apesar de ser importante reduzir a ingestão, a total restrição de líquidos não é recomendada, uma vez que existe o risco de desidratação. Apesar de parecer um contrassenso, é benéfico incentivar os idosos a consumir, pelo menos, 6 a 8 copos de líquido por dia.

Estudos têm demonstrado que a perda de peso contribui para uma melhoria significativa dos sintomas de IU, nomeadamente em mulheres jovens submetidas a cirurgia bariátrica e com redução de 5% do peso através de um programa de dieta e exercício. No entanto, para a população geriátrica, são necessários mais estudos para avaliar a eficácia deste tipo de tratamento.

Quadro 2. Fatores modificáveis que contribuem para a incontinência urinária

<i>Fatores modificáveis</i>	<i>Mecanismo</i>	<i>Tratamento</i>
<u>CONDIÇÕES MÉDICAS</u>		
(1) Infecções do trato urinário	Cistite pode levar a urgência e frequência, podendo precipitar incontinência de urgência.	Considerar tratamento de bacteriúria quando a IU surge “de novo”, agravamento súbito ou com alteração do estado mental. Advertência: bacteriúria assintomática é comum nos idosos, não necessitando de tratamento.
(2) Obstipação	Distensão rectal pode causar instabilidade do detrusor devido ao efeito de massa. A obstipação pode causar incontinência urinária e fecal.	Dieta rica em fruta e fibras. Ingestão de líquidos. Exercício físico. Uso apropriado de laxantes. Desimpactação fecal se necessário.
(3) Diabetes mellitus	Mau controlo glicémico pode causar poliúria associado à glicosúria e precipitar ou exacerbar a IU. Bexiga diabética neuropática pode causar uma bexiga cronicamente cheia, com conseqüente frequência, urgência e incontinência de esforço.	Controlo da diabetes pode reduzir a diurese osmótica e, conseqüentemente, melhorar a IU.
(4) Limitação na marcha	Adiar a micção para evitar a dor relacionada com doença articular degenerativa (ou outras condições médicas)	Controlo da dor (tratamento farmacológico e não farmacológico) e educar o doente para a necessidade de

pode resultar em
incontinência de urgência.
Marcha lenta, de causa
diversa, pode igualmente
originar IU de urgência.

ir à casa de banho com
regularidade, permite
diminuir a rigidez articular e
melhorar a incontinência.
Melhorar a mobilidade com
fisioterapia, equipamentos de
apoio à marcha, entre outras
intervenções.

(5) Condições neurológicas e psiquiátricas

- Acidente Vascular Cerebral (AVC)

- Pode causar IU de urgência
e, menos frequentemente,
retenção urinária; também
pode causar limitação na
marcha.

- IU após AVC geralmente
resolve com reabilitação. IU
persistente deve ser
submetida a uma avaliação
mais cuidadosa.

- Doença de Parkinson

- Doença associada à IU de
urgência. Também causa
limitação na marcha e
disfunção cognitiva nos
estádios mais avançados.

- Otimizar o tratamento da
doença pode melhorar a
mobilidade e a IU.
Assistência regular à micção
por parte dos cuidadores é
essencial para os doentes
com limitação motora e
cognitiva nos estádios mais
avançados.

- Hidrocelo de pressão normal

- O doente pode-se
apresentar clinicamente com
IU, limitação motora e
cognitiva.

- Doentes que apresentam
estes 3 sintomas devem ser
subtidos a exames
imagiológicos cerebrais para
confirmar o diagnóstico.

<p>- <u>Demência (Alzheimer, multienfartes, outros)</u></p>	<p>- Associada a IU de urgência; limitação cognitiva e apraxia interferem com ida à casa de banho e com a higiene pessoal.</p>	<p>Caso se confirme, os doentes podem beneficiar com shunt ventrículo-peritoneal, melhorando a sintomatologia.</p> <p>- Assistência regular à micção por parte dos cuidadores é essencial para os doentes com limitação motora e cognitiva nos estádios mais avançados.</p>
<p>(6) Obesidade</p>	<p>Pressão sobre a bexiga causada pela obesidade central pode agravar a incontinência de urgência; e o <i>stress</i> crónico na musculatura do pavimento pélvico pode levar a incontinência de esforço.</p>	<p>Programa de perda de peso, sobretudo para os idosos “mais jovens”. Cuidado com idosos mais debilitados.</p>
<p>(7) Doença pulmonar crónica</p>	<p>A tosse pode agravar a IU de esforço.</p>	<p>Antitússicos podem melhorar a IU.</p>
<p>(8) Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e insuficiência venosa dos membros inferiores</p>	<p>Aumento da produção de urina durante a noite pode causar noctúria e IU.</p>	<p>Otimizar o tratamento farmacológico da ICC, restrição de sódio e elevação dos membros inferiores. A toma de um diurético de ação rápida ao final da tarde pode reduzir os sintomas urinários noturnos de poliúria e IU.</p>
<p>(9) Apneia do sono</p>	<p>Diurese noturna devido à produção do peptídeo natriurético atrial pode</p>	<p>Diagnóstico e tratamento da apneia do sono, normalmente com aparelhos de pressão</p>

	precipitar incontinência de urgência e noctúria.	positiva contínua, podem melhorar esta condição médica e reduzir a poliúria noturna, assim como a noctúria e IU associadas.
<u>MEDICACÃO</u>		
(1) Diuréticos	O aumento rápido do volume vesical pode causar incontinência de urgência.	Ponderar a suspensão do medicamento. Os diuréticos de ansa podem passar a serem tomados ao final do dia, permitindo ao doente urinar em horário útil, sem frequência, e possibilitar a diurese antes do deitar.
(2) Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAs)	Tosse, um efeito adverso comum no idoso, pode originar incontinência de esforço.	Substituir o IECA por um antagonista dos recetores de angiotensina II.
(3) Anticolinérgicos, sedativos e hipnóticos.	A sedação pode causar disfunção cognitiva que interfere com a capacidade de sentir e responder à necessidade de urinar, particularmente à noite, resultando em enurese. Anticolinérgicos podem causar esvaziamento vesical incompleto e obstipação, contribuindo para frequência, urgência e IU.	Suspender ou diminuir a dose sempre que possível.
<u>DIETA</u>		
Cafeína	A cafeína é ligeiramente diurética e irritante para a	Eliminar ou reduzir a ingestão de cafeína pode

	bexiga.	melhorar a IU de urgência e de esforço. Para evitar sintomas de privação, a cafeína deve ser reduzida gradualmente, podendo o doente ingerir café misturado com descafeinado até eliminar por completo a cafeína da sua dieta.
<u>ELEMENTOS DO MEIO ENVOLVENTE</u>		
Sanitários inacessíveis. Instalações sanitárias com falta de segurança. Indisponibilidade de cuidadores para auxiliar os idosos a recorrer à casa de banho.	Idosos debilitados com limitações funcionais requerem facilidade e segurança nas instalações sanitárias e, em muitos casos, cuidadores, de forma a manterem-se continentos.	Alterações no meio envolvente podem ser benéficas. Medidas de suporte como pensos ou fraldas podem ser necessários nas situações em que não é possível uma assistência regular por parte dos cuidadores.
<i>Adaptado do artigo: Goode PS, Burgio KL, Richter HE. CLINICIAN ' S CORNER Incontinence in Older Women. 2013;35233.</i>		

3.1.2. ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS

As estratégias comportamentais são recomendadas pela maioria das *guidelines* existentes como terapêutica inicial para a IU.(11)(12) Este tipo de abordagem tem como objetivo a reabilitação e o fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico, ao facultar ao doente um conjunto de ferramentas de aprendizagem que vão desde exercícios de contração muscular até à adoção de um regime miccional, com anotações das frequências das micções num calendário específico. (13)

Os exercícios musculares do pavimento pélvico (do inglês “*Pelvic Floor Muscle Training*” – PFMT), também conhecidos por exercícios de Kegel, podem ser realizados isoladamente ou em associação com o *biofeedback* ou estimulação elétrica (descritos adiante).

Vários estudos e meta-análises mostraram que a PFMT é eficaz como primeira linha no tratamento da IU não complicada. (14)(15) Idosos que continuam os exercícios do PFM a longo-prazo apresentam excelentes resultados a 5 anos de *follow-up*.(16)

Um treino cuidadoso com o fisioterapeuta/médico a dar instruções/*feedback* verbal durante o exame físico (ou seja, durante o exame vaginal na mulher; ou o toque rectal no homem ou mulher) pode ser tão eficaz como o *biofeedback* ou a estimulação elétrica. Quando os doentes recorrem primeiramente ao Médico de Família, a abordagem inicial passa por explicar técnicas de como fazer uma correta contração dos músculos do pavimento pélvico. Uma das explicações mais eficazes é dizer ao doente para contrair os músculos que utiliza para conter os gases. Com este exercício de reforço muscular, o doente pode beneficiar de um melhor controlo da flatulência, assim como diminuir a perda de urina, situações estas que são comuns e socialmente embaraçosas para a maioria dos idosos.

O médico deve prescrever exercícios de Kegel a serem realizados diariamente. Uma prescrição razoável e bastante eficaz para idosos é pedir-lhes para contrair e relaxar a musculatura do seu pavimento pélvico durante 2 segundos, com 15 repetições, 3 vezes por dia. O doente deve aumentar progressivamente a duração do “contrair/relaxar” aproximadamente 1 segundo por semana, até atingir 10 segundos de contrações e de relaxamentos. A partir deste momento, o idoso deve conseguir manter 10 segundos de contração e 10 segundos de relaxamento, com 10 repetições, uma vez por dia. É importante continuar este programa, de forma a manter a força e eficácia adquiridas.

No **Quadro 3** estão indicadas as estratégias comportamentais mais eficazes no tratamento da IU. (17)

Quadro 3: Estratégias comportamentais para prevenir incontinência urinária		
<u>Tipo de incontinência</u>	<u>Queixas do doente</u>	<u>Estratégia</u>
Incontinência urinária de urgência	1. Perda de urina após uma vontade súbita de urinar – o doente não tem tempo de chegar à casa de banho.	1. Não corra para a casa de banho. Mantenha-se quieto e repita contrações dos músculos do pavimento pélvico (sem fazer relaxamentos entre contrações). Assim que a urgência desaparecer (10 a 15 segundos) caminhe para a casa de banho normalmente. Se a urgência reaparecer, repita os exercícios de “congelar/parar e apertar” (<i>freeze and squeeze</i>).
	2. Perda de urina começa com urgência súbita quando o doente sai do carro, põe as chaves na porta ou quando ouve a água a correr.	2. Previne a urgência, antecipando circunstâncias que provavelmente levam à perda de urina. Antes de sair do carro, abrir a porta ou ligar a torneira, aperte e contenha/mantenha (<i>squeeze and hold</i>) os músculos do pavimento pélvico para prevenir a perda de urina. Outra estratégia é urinar imediatamente antes de lavar a loiça.
Perda urinária súbita, sem urgência	A perda urinária surge quando o idoso se levanta de uma cadeira ou quando se levanta da cama.	Aperte e contenha (<i>squeeze and hold</i>) os músculos do pavimento pélvico antes de se levantar e mantenha-os contraídos enquanto se levanta. Fique parado até ter a certeza que a situação está controlada. Esta manobra ajuda a

		prevenir a contração súbita do detrusor, responsável pela fuga de urina.
Gotejamento pós-micção	Urina goteja no chão depois da micção quando o doente se levanta ou sai da casa de banho. O doente molha a roupa interior logo após urinar.	Aperte os músculos do pavimento pélvico depois de urinar. No final da micção, deve limpar ou sacudir (<i>wipe and shake</i>). Enquanto se levanta, volte a contrair os músculos para evitar qualquer perda de urina.
Incontinência urinária de esforço	<ol style="list-style-type: none"> 1. A perda de urina ocorre quando o doente espirra, tosse ou faz esforços físicos. 2. Perda de urina durante o exercício. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aperte a musculatura do pavimento pélvico imediatamente antes e durante estas atividades (por exemplo, <i>squeeze before you sneeze</i>). Se a perda de urina ocorrer antes de se lembrar de apertar, ou surja subitamente, aperte assim que sentir qualquer tipo de fuga. Será tarde demais nessa altura, mas ajuda a criar o hábito de fazer este tipo de manobra. 2. Embora seja possível comprimir a musculatura do pavimento pélvico nalguns exercícios, como apanhar uma bola do chão, correr ou caminhar rapidamente requer um aumento global da força e tónus muscular, sendo por isso necessário instituir um programa de exercícios para fortalecer o pavimento pélvico (por exemplo, exercícios de Kegel).
<p><i>Adaptado do artigo:</i> Camille P, Vaughan, MD, Patricia S. Goode, MSN, MD, Kathryn L. Burgio, PhD, and Alayne D. Markland, DO Ms. Urinary Incontinence in Older Adults. Mt Sinai J Med. 2011;78:558–570.</p>		

As estratégias de controlo vesical podem ser adicionadas ao programa comportamental. Estas incluem técnicas de micção diferida, ou seja, o doente deve conseguir adiar a micção com intervalos de tempo progressivamente maiores, tentando resistir à sensação de urgência através, por exemplo, de técnicas de relaxamento, distração ou contração PFM.

Por vezes, o mecanismo fisiopatológico responsável pela IU mantém-se inconclusivo. Um diário miccional pode auxiliar no diagnóstico do tipo de IU, assim como na avaliação da eficácia do tratamento prescrito.

As estratégias comportamentais podem ser facilmente incluídas no dia-a-dia dos idosos com IU que possuem as capacidades funcional e cognitiva preservadas(17), uma vez que este tipo de intervenção exige a participação ativa do doente motivado e/ou do cuidador. É necessário o médico fazer o acompanhamento regular destes doentes, no sentido de ir avaliando a eficácia e o cumprimento do tratamento, assim como encorajar os doentes a manterem a prescrição. As estratégias comportamentais são um tratamento seguro, com bons resultados na redução da IU e melhoria da qualidade de vida.

Um estudo cego randomizado e controlado demonstrou que o avanço da idade não deve constituir uma barreira para a prescrição de exercício a mulheres idosas com IU de esforço.(15)

3.1.3. DISPOSITIVOS ANTI-INCONTINÊNCIA

Actualmente, na mulher idosa, podem ser utilizados dispositivos externos anti-incontinência, em particular os dispositivos intravaginais, que servem para controlar a IU através da oclusão mecânica da uretra e/ou através da elevação e suporte do colo vesical. São exemplos de dispositivos intravaginais: os pessários e os tampões. Esta abordagem terapêutica

é útil para a IU de esforço e mista (com predomínio da IU de esforço). Tanto os pessários como os tampões demonstraram diminuir a quantidade de urina perdida, em comparação com doentes que não foram sujeitos a qualquer tipo de tratamento. Um grande estudo clínico randomizado controlado mostrou que o uso de pessários consegue ser tão eficaz quanto os exercícios de Kegel na redução da IU de esforço, com melhoria evidente após 12 meses de tratamento.(18) Estes dispositivos devem ser inseridos e removidos periodicamente pelo médico, de forma a otimizar o conforto e a correta aplicação, o que implica consultas frequentes para a manutenção adequada do dispositivo. O uso dos pessários e tampões exige também uma higiene vaginal regular. Devido a estes fatores, por vezes torna-se difícil para algumas mulheres mais idosas recorrer a este tipo de tratamento, sendo preferível optar por outras abordagens terapêuticas.

Nos homens, sobretudo para o tratamento da IU de esforço ou perda de urina contínua, a mola peniana (*penile clamp*) ou dispositivos associados a um sistema coletor de urina são opções terapêuticas eficazes para a contenção da incontinência.(5)

Um pequeno estudo avaliou os diferentes tipos de molas penianas e concluiu que a mola do tipo Cunningham (feita de metal rígido e mole de espuma sintética) é mais confortável e eficaz. Contudo, através de um ecodoppler das artérias do pênis, verificou-se que a mola diminui o fluxo sistólico peniano, razão pela qual este dispositivo deve ser removido a cada 4 horas para evitar a isquémia do órgão. Se o doente optar por este tratamento, o médico deve averiguar se este é cognitivamente capaz e se tem a destreza manual para abrir e fechar o dispositivo.

Os dispositivos associados a um sistema coletor de urina, como é o caso de cateteres tipo preservativo (também designados por cateteres externos masculinos), constituem outro método anti-incontinência. Os cateteres externos masculinos são um dispositivo externo que

cobre o pênis e que se liga a um saco coletor, o qual é fixo à coxa por meio de uma banda adesiva integrada. Estudos demonstraram que o uso deste tipo de cateteres reduz o risco de bacteriúria, infecção urinária sintomática e morte nos doentes idosos hospitalizados, em particular naqueles que não têm demência, por comparação com uso de algálias. Contudo, em relação ao uso de fraldas, os cateteres apresentam uma maior taxa de infecção.

3.1.4. PRODUTOS DE PREVENÇÃO OU CONTENÇÃO DA INCONTINÊNCIA

As medidas para prevenir ou controlar a IU são importantes, em particular nas situações em que esta condição clínica não pode ser curada ou quando os doentes ainda aguardam tratamento. Não é uma opção de primeira linha no tratamento da IU. Existem vários dispositivos de apoio para estes doentes, sendo de salientar os produtos absorventes, designadamente o uso de pensos, fraldas e resguardos. Se o doente e/ou cuidador optar por estes produtos de continência, o ajuste apropriado para o conforto e utilização são essenciais. Para além disso, para evitar lesões cutâneas e dermatites nas pregas da pele na área da fralda, o doente e/ou cuidador deve mudar com regularidade os produtos absorventes quando estes se encontram húmidos, usar cremes hidratantes ou fazer tratamento anti-fúngico se necessário.

3.2. Tratamento farmacológico

Muitos agentes farmacológicos estão disponíveis para tratar a IU, de acordo com a etiologia de base. (19) No que diz respeito à IU de urgência, após o recurso ao tratamento conservador, a farmacoterapia é a principal opção terapêutica. Os fármacos podem ser classificados globalmente em agentes anticolinérgicos antimuscarínicos, drogas musculotrópicas e antidepressivos tricíclicos. Atualmente, os anticolinérgicos antimuscarínicos(20) são os agentes mais comumente utilizados no tratamento da IU de urgência e mista (**Quadro 4**). Sabe-se que a contração do músculo detrusor é mediada principalmente pela estimulação dos receptores muscarínicos pela acetilcolina. Por conseguinte, os fármacos antimuscarínicos vão atuar competindo com a acetilcolina nos receptores muscarínicos do detrusor, bloqueando e diminuindo, dessa forma, a capacidade de contração do detrusor (relaxa o músculo liso da bexiga). Estes fármacos podem ser utilizados tanto em homens como mulheres, e todos têm uma eficácia semelhante. Efeitos colaterais anticolinérgicos como xerostomia e obstipação são frequentes, podendo levar à diminuição na adesão terapêutica a longo prazo. Os antimuscarínicos estão contraindicados quando o doente tem glaucoma de ângulo estreito. Os doentes mais idosos com evidência de esvaziamento vesical incompleto devem ser monitorizados quanto ao agravamento da retenção urinária devido ao uso de antimuscarínicos. Recentemente, com o desenvolvimento de fórmulas de liberação lenta e transdérmica e novas medicações antimuscarínicas, surgiram novas opções terapêuticas.

Os agentes antimuscarínicos podem ser utilizados isoladamente nos homens idosos no tratamento de IU de urgência, ou em associação com medicação para o tratamento de hipertrofia benigna da próstata (HBP). Antagonistas alfa-adrenérgicos e inibidores da 5-alfa redutase são eficazes no tratamento de sintomas relacionados com HBP, que podem incluir

urgência miccional. O uso de um antagonista alfa-adrenérgico seletivo está associado a um menor risco de hipotensão ortostática em comparação com agentes não seletivos. Foi demonstrado que o uso de inibidores da 5-alfa redutase, isoladamente ou em associação com antagonistas alfa-adrenérgicos, reduz os sintomas urinários, o risco de retenção urinária aguda e a necessidade de um tratamento cirúrgico invasivo no futuro.

Quanto ao tratamento da IU de esforço, foram poucos os medicamentos estudados, sendo a maioria dos ensaios clínicos direcionados apenas para as mulheres. Nenhum deles tem demonstrado uma melhoria significativa dos sintomas que justifique ser amplamente usado nesta condição. A duloxetina, um inibidor da recaptção da serotonina e da noradrenalina, uma nova geração de antidepressivos com menos efeitos colaterais do que os tricíclicos, tem demonstrado aumentar a atividade muscular do esfíncter estriado uretral e de reduzir a hiperatividade do detrusor através de um mecanismo central. Uma revisão sistemática recente sugere poder haver algum benefício no uso da duloxetina para o tratamento de IU de esforço em mulheres.(3)

A bexiga, o pavimento pélvico e a uretra são sensíveis aos estrogénios. Tem sido sugerido que, nas mulheres pós-menopáusicas, a terapia de reposição hormonal aumenta a pressão de encerramento uretral. Contudo, o papel de estrogénios no tratamento da IU de esforço é controverso. Quanto à IU de urgência, numa revisão sistematizada dos efeitos dos estrogénios, foi concluído que a estrogenoterapia em baixas doses pode ser eficaz no alívio dos sintomas de bexiga hiperativa, incluindo a urgência miccional, e que a administração local/vaginal pode ser a via de administração mais benéfica.(21) A absorção sistémica do estrogénio é baixa, quando são utilizadas as doses estipuladas para o tratamento da atrofia urogenital, embora seja necessário ter uma especial atenção nas mulheres com antecedentes de cancro da mama.(22) O anel de estradiol, aplicado na vagina a cada 90 dias, pode ser uma opção terapêutica bastante vantajosa para mulheres mais idosas.

O tratamento farmacológico da IU pode ter um impacto negativo bastante significativo na cognição do idoso, particularmente quando se recorre a antimuscarínicos, que geralmente são menos seletivos para a bexiga ou têm a capacidade para atravessar a barreira hematoencefálica.

Quadro 4: Fármacos mais usados no tratamento dos diferentes tipos de IU

FÁRMACOS COM EFEITO PREDOMINANTE ANTIMUSCARÍNICO

<u>Darifenacina</u>	7,5-15 mg/dia, via oral.	Medicamento seletivo para os recetores muscarínicos M3 da bexiga. Pode dar alguns efeitos colaterais a nível cognitivo em comparação com outros agentes farmacológicos.
<u>Fesoterodina</u>	4-8 mg/dia, via oral.	Este pró-fármaco converte-se num metabolito ativo quimicamente semelhante à Tolterodina, sendo mais eficaz que este último.(23),(24)
<u>Oxibutinina</u>	→ 2,5-5 mg, via oral, 1 a 3 vezes por dia (curta ação). → 5-30 mg/dia, via oral (longa ação). → 3,9 mg após um período de 96 horas (transdérmico). → Gel tópico a 10%, 0,5-1 g por dia.	Oxibutinina de ação curta tem mais efeitos colaterais do que a de acção longa e transdérmica. Nalguns doentes, o adesivo transdérmico pode causar irritação local na pele.
<u>Solifenacina</u>	5-10 mg/dia, via oral.	Este medicamento é mais seletivo para os recetores

<u>Tolterodina</u>	2-4 mg/dia, via oral.	muscarínicos M3 da bexiga em relação aos outros fármacos deste grupo. É pouco lipofílico, com capacidade limitada para penetrar na barreira hematoencefálica (BHE).
<u>Trospium</u>	20 mg 2 vezes por dia, via oral; 60 mg/dia, via oral (longa acção).	Difícilmente atinge a BHE, pelo que tem menos efeitos colaterais a nível cognitivo em relação a outros fármacos.
ESTROGÉNIO (mulheres)		
Cerca de 0,5 g de creme para aplicação tópica vaginal, todas as noites, durante 2 semanas; depois, 2 vezes por semana. Anel de estradiol, substituído a cada 90 dias. Estradiol, 1 comprimido vaginal/dia, durante 2 semanas; depois, 1 comprimido 2 vezes por semana.	Preparações vaginais locais são provavelmente mais eficazes para urgência miccional relacionada com irritação local do que estrogénio oral, mas são necessários mais estudos sobre a eficiência. Ter particular atenção no uso de estrogénio vaginal em mulheres com antecedentes de cancro da mama. Estão contraindicados em mulheres com história de cancro do útero.	
INIBIDORES DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA E NORADRENALINA (IRSNs)		
<u>Duloxetina</u>	20-80 mg/dia.	Não está aprovado pela FDA o uso deste medicamento nos EUA para tratar a IU.

Contudo, uma revisão sistemática baseada nos resultados de ensaios clínicos sugere que há melhoria da IU de esforço. Também pode aumentar a ideação suicida. Náuseas transitórias são um efeito colateral comum.

ANTAGONISTAS α -ADRENÉRGICOS (homens)

NÃO SELECTIVOS

<u>Doxazosina</u>	1-8mg/dia, via oral, ao deitar.	Hipotensão ortostática pode ser um efeito colateral grave
<u>Prazosina</u>	1-5 mg, 2 vezes por dia, via oral.	de todos os antagonistas α -adrenérgicos não seletivos. Para facilitar a tolerância,
<u>Terazosina</u>	1-10 mg/dia, via oral, ao deitar.	administrar doses gradualmente maiores.

SELECTIVOS

<u>Alfuzosina</u>	10mg/dia, via oral.	A hipotensão ortostática é menos provável com o uso
<u>Silodosina</u>	4-8mg/dia, via oral.	de antagonistas α -adrenérgicos seletivos.
<u>Tamsulosina</u>	0,4-0,8mg/dia, via oral.	

INIBIDORES 5 α -REDUTASE

<u>Dutasterida</u>	0,5mg/dia, via oral.	Efeitos colaterais incluem diminuição da libido e
<u>Finasterida</u>	5mg/dia, via oral.	ginecomastia.

Adaptado do artigo: Markland AD, Vaughan CP, Johnson TM, Burgio KL, Goode PS. Incontinence. Med Clin North Am. 2011;95:539–54.

3.3. Tratamento cirúrgico

Quando as estratégias conservadoras ou farmacológicas não proporcionam um alívio sintomático adequado, a cirurgia é frequentemente a única opção disponível para melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Existem várias opções para a correção da IU de esforço, que variam desde o uso de injeções peri-uretrais com agentes expansores, *slings* suburetrais sem tensão até à colocação de um esfíncter urinário artificial. De facto, nos últimos 20 anos, assistimos ao aparecimento de vários procedimentos que acabaram por desaparecer. No entanto, a cirurgia de IU de esforço alterou-se drasticamente desde a introdução dos *slings* suburetrais sem tensão.

Relativamente às opções cirúrgicas da IU de urgência, referem-se a neuromodulação sagrada, a estimulação elétrica percutânea do nervo tibial posterior e da injeção intravesical de toxina botulínica A (**Quadro 5**).

Quadro 5. Tratamento cirúrgico – principais tipos de cirurgia de incontinência urinária

Cirurgia para a incontinência urinária de esforço

- *Slings* suburetrais: da uretra média, sem tensão
- Esfíncter urinário artificial
- Agentes expansores da uretra

Cirurgia para a hiperatividade do detrusor/incontinência urinária de urgência

- Neuromodulação sagrada
- Estimulação elétrica percutânea do nervo tibial posterior
- Injeção intravesical de toxina botulínica A

Não há consenso sobre qual o melhor tratamento cirúrgico e, como tal, a terapêutica deve ser individualizada a cada doente. Na seleção do procedimento cirúrgico, devem ser considerados vários fatores, tais como: a história de uma cirurgia prévia de correção da

incontinência; cirurgia concomitante de correção de prolapso dos órgãos pélvicos; histerectomia; hiperatividade do detrusor associada; idade; obesidade; atividade física; doenças associadas; e a experiência do cirurgião. Para os doentes com demência, os procedimentos cirúrgicos podem estar indicados em casos de prolapso grave dos órgãos pélvicos e incontinência.

De seguida, serão referidas sumariamente as intervenções cirúrgicas mais usadas para a correção da IU.

3.3.1. TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA A IU DE ESFORÇO

O *sling* corresponde à criação de uma obstrução uretral para evitar a perda constante de urina, e a micção deve ser realizada com esforço vesical para vencer esta obstrução. A técnica consiste no uso de uma faixa biológica ou artificial (usualmente polipropileno) que se coloca junto da uretra ou do colo vesical, ancorada em diversos locais, muitas das vezes na parede abdominal. O mecanismo terapêutico baseia-se no conhecimento de que o controlo do encerramento uretral envolve a combinação de 3 estruturas: os ligamentos pubo-uretrais, o suporte vaginal suburetral e o músculo pubococcígeo; e em que a laxidez de qualquer uma destas estruturas resulta em disfunção do pavimento pélvico. A fita impede, deste modo, a descida do colo vesical quando a pressão intra-abdominal aumenta, impedindo a perda urinária. Esta fita permite igualmente reforçar o suporte vaginal suburetral.

Os *slings* suburetrais sem tensão são, portanto, intervenções cirúrgicas minimamente invasivas utilizadas para o tratamento da IU de esforço e são realizadas tanto em homens como mulheres em regime de ambulatório. Por exemplo, na mulher, geralmente aplica-se um

sling transvaginal,(25) cuja faixa é inserida através da parede vaginal anterior e colocada por baixo da uretra média, sob anestesia local, regional ou geral. Possíveis complicações incluem: perfuração vesical, dificuldade miccional e erosão vaginal, entre outras. Apesar de haver menos evidências clínicas sobre a eficácia dos *slings* nos homens, esta realidade está a mudar, surgindo cada vez mais estudos que provam que os *slings* podem ser uma opção terapêutica bastante eficaz no homem.

A implantação cirúrgica de um esfíncter urinário artificial é outra abordagem cirúrgica para o tratamento de IU de esforço tanto em homens como mulheres. Contudo, são poucas as mulheres que têm estes dispositivos implantados. O objetivo do esfíncter artificial é compensar a insuficiência uretral, mimetizando o esfíncter normal, estando reservado para doentes com IU de esforço grave por insuficiência esfíncteriana que não responderam a todas as outras terapêuticas conservadoras e cirúrgicas, e que compreendam o risco do procedimento em causa.(26) Apesar das complicações descritas de falência mecânica, infecção/erosão precoce, erosão tardia e incontinência recorrente, em casos muito selecionados a taxa de sucesso pode variar de 68 a 100%.(7) No entanto, esta técnica não deve ser considerada como tratamento de primeira linha.

A terapia com injeções de agentes expansores da uretra pode também ser usada em homens e mulheres com IU de esforço, embora o seu uso tenha diminuído nos últimos anos.(3)(27) Esta técnica atua através da expansão focal dos tecidos periuretrais, criando uma aposição das paredes da uretra, podendo ser realizada com múltiplos agentes injetáveis, como o colagénio, silicone e polímeros manufacturados. Este procedimento minimamente invasivo é realizado em ambulatório, com reduzidas comorbilidades.(28) A injeção é realizada por via transuretral através de cistoscopia, ou por via periuretral. As injeções com agentes expansores uretrais têm sido tradicionalmente indicadas para doentes que têm IU com insuficiência esfíncteriana intrínseca comprovada por estudos urodinâmicos. Pode também constituir uma

alternativa para doentes com comorbilidades que contra indiquem a cirurgia, que desejam evitar uma intervenção cirúrgica ou ainda para melhoria do resultado de uma cirurgia parcialmente bem-sucedida. Muitas das vezes, são necessárias novas injeções para manter a eficácia do tratamento.

3.3.2. TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA A IU DE URGÊNCIA

Para a IU de urgência refratária, pode-se recorrer a procedimentos minimamente invasivos e cirurgias que incluem a implantação de um dispositivo de neuromodulação sagrada, a estimulação elétrica do nervo tibial posterior e a injeção intravesical de toxina botulínica (*off-label*).

A estimulação das raízes sagradas pela implantação de um neuroestimulador pode revelar-se como uma modalidade de tratamento eficaz e minimamente invasiva em doentes com bexiga hiperativa ou sintomas de retenção urinária refratários às estratégias comportamentais, terapêuticas farmacológicas e outras formas de tratamento.(29) Esta técnica está aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento de IU de urgência. A terapia, realizada em regime de ambulatório, envolve a introdução cirúrgica de um dispositivo eletrónico que estimula o nervo sagrado S3. Estudos demonstraram uma eficácia até 90% (50% de melhoria nos sintomas e qualidade de vida após 12 meses), mas apenas um pequeno estudo avaliou a eficácia da neuromodulação sagrada em doentes idosos.(3)

A neuroestimulação também ocorre através de projeções do nervo tibial posterior até ao plexo sagrado, ao nível da junção S2-S4.(30) Assim sendo, a estimulação elétrica do nervo

tibial posterior pode ser uma alternativa eficaz à implantação de um neuroestimulador. Esta técnica é realizada através da colocação de um eletrodo, por via percutânea com agulha-fina, ao nível do tornozelo. O procedimento dura menos de 30 minutos e é realizado durante a consulta 1 vez por semana, durante 12 semanas, e em seguida é repetido conforme necessário. Doentes com neuropatia ou edema crónico dos membros inferiores não são bons candidatos para o tratamento com estimulação elétrica do nervo tibial posterior. Contudo, idosos que não desejam ser submetidos a intervenções cirúrgicas podem beneficiar deste procedimento.(31)

A toxina botulínica A, aplicada através de injeções intravesicais por cistoscopia no músculo detrusor, vai agir por inibição da libertação da acetilcolina e outros neurotransmissores, causando uma interrupção na transmissão neuronal que afeta os ramos aferentes e eferentes do reflexo da micção, inibindo, deste modo, as contrações do detrusor. Há vários estudos que mostram resultados positivos depois do tratamento intravesical da toxina botulínica e, embora ainda não seja aprovada pela FDA, esta técnica está a ser usada cada vez mais em doentes que apresentam sintomas refratários ao tratamento para urgência, frequência e IU de urgência. No entanto, os dados existentes sobre a segurança, eficácia, a dose ideal, o número e os locais das injeções intravesicais, assim como a necessidade da sua repetição, são insuficientes. Uma das complicações desta técnica é a retenção urinária que pode surgir em até 20% dos casos. Para além disso, é necessário a auto-cateterização intermitente sempre que o doente pretenda urinar. Muitos idosos podem não ter a capacidade ou a vontade para fazer auto-cateterização.(32)(33)(34)

3.4. Considerações especiais para doentes com défices cognitivos

Os doentes idosos com compromisso da função cognitiva e incontinência necessitam de uma abordagem modificada tanto na avaliação como no tratamento.

Os doentes cognitivamente incapazes por vezes apresentam sintomas inespecíficos de infeção do trato urinário. Frequentemente, estes sintomas estão associados a um agravamento da IU preexistente e/ou a uma diminuição do estado cognitivo. Por conseguinte, embora não se deva tratar bacteriúria assintomática, se ocorrer um declínio funcional conjuntamente com o surgimento ou agravamento da IU, recomenda-se uma análise à urina e cultura.

É importante identificar fatores que possam causar ou agravar a IU, nomeadamente a medicação(35). Os inibidores da colinesterase, utilizados no tratamento da demência, aumentam os níveis de acetilcolina e, conseqüentemente, podem precipitar a incontinência. Deve-se balancear entre benefícios dos inibidores da colinesterase e o incómodo da IU na decisão de manter, retirar ou alterar a medicação.

Durante a observação do doente, deve-se dar particular importância ao exame abdominal e ao toque rectal para excluir obstipação como fator precipitante da IU, sobretudo em doentes que não têm a capacidade para monitorizar os seus movimentos intestinais e a necessidade de evacuar. A inspeção da pele da região perineal é indispensável. Na presença de dermatite, está indicada a administrar de uma pomada hidratante e um creme antifúngico se necessário.

Para os idosos com ligeiro a moderado comprometimento cognitivo, um tratamento conservador limitado à redução de cafeína e uma micção programada pode reduzir a IU. Se o doente tiver um cuidador, o envolvimento ativo deste último é geralmente essencial para otimizar os resultados do programa comportamental atrás referido.

A estratégia de “solicitar a micção” é eficaz nos idosos. Deve-se fazer o teste de “solicitar a micção” durante 3 dias e ver se há melhoria da qualidade de vida do cuidador e do doente. Se tal não se verificar, uma estratégia de “verificar e mudar”, usando vestuário absorvente (como pensos ou fraldas), pode conter a incontinência e preservar a dignidade do doente.

Os fármacos antimuscarínicos podem agravar a função cognitiva, e devem ser utilizados com precaução em doentes idosos com disfunção cognitiva prévia. Uma cuidadosa monitorização sobre o possível agravamento do estado mental do doente deve fazer parte das instruções dadas ao cuidador. Se não houver melhoria da IU no período temporal de 1 mês ou se o doente apresentar um declínio cognitivo-funcional, o medicamento deve ser descontinuado.

Embora as intervenções cirúrgicas podem estar indicadas, nomeadamente nas situações incontinência associada a prolapso grave dos órgãos pélvicos, geralmente os doentes com demência tendem a agravar o declínio cognitivo-funcional quando submetidos a cirurgias.

3.5. Sintomas refratários – encaminhamento

Normalmente, os idosos com IU são tratados nos cuidados primários de saúde, pelos seus médicos de família. No entanto, alguns podem ser encaminhados para especialistas no sentido de uma avaliação mais aprofundada e posterior tratamento. Um dos motivos mais comuns para referenciar os doentes é a falta de resposta ao tratamento conservador e farmacológico. No **Quadro 6** estão listados os motivos mais comuns que levam o médico de família a referenciar os doentes a uma consulta de especialidade.

Quadro 6. Motivos para referenciar idosos com incontinência urinária.

Radioterapia ou cirurgia ao pavimento pélvico nos últimos 6 meses e que não responde às estratégias comportamentais.

Infeções urinárias de repetição (≥ 2 infeções nos últimos 12 meses).

Volume de urina residual pós-miccional (PVR) > 200 ml.

Hematúria assintomática microscópica ou macroscópica.

Incontinência com sintomas neurológicos de início recente e/ou fraqueza muscular.

Sintomas persistentes e incómodos após tratamento conservador e/ou farmacológico.

Falha em isolar os músculos do pavimento pélvico num doente que opte por estratégias comportamentais.

Doente incapaz de tolerar os pessários ou outro tratamento anti-incontinência adjuvante.

Dor pélvica associada à incontinência.

Mulheres: prolapso urovaginal que ultrapassa o introito ou prolapso menos grave associado a desconforto pélvico.

Homens: exame prostático anormal ao toque rectal. Presença de fimose peniana ou parafimose.

3.6. Logaritmo de tratamento (passo a passo)

O tratamento da IU encontra-se sucintamente representado sob a forma de algoritmo (**Figura 1 e Figura 2**) e descrito abaixo passo a passo. Esta representação gráfica permite um acesso mais fácil e rápido à informação referente às opções terapêuticas mais usadas atualmente.

Passo 1:

O primeiro passo é perceber quais as preferências do doente e os objetivos do tratamento. Alguns idosos estão satisfeitos com a redução da sua incontinência através do uso de fraldas, pensos e/ou resguardos. Outros pretendem recuperar totalmente a continência. Embora muitas abordagens terapêuticas podem não resultar em continência, os tratamentos conservador, médico e/ou cirúrgico conferem uma melhoria bastante significativa dos sintomas de incontinência, a rondar os 70 a 80%. Atualmente, a cirurgia é considerada uma opção terapêutica para os idosos devido ao surgimento de técnicas minimamente invasivas como os *slings* da uretra média, sem tensão. Alguns idosos com IU podem preferir tomar um antimuscarínico apenas em situações particulares (e não cronicamente), como antes de sair de casa ou antes de uma atividade social.

Passo 2:

O próximo passo é identificar e tratar fatores modificáveis que contribuem para a IU (**Quadro 2**). Esta abordagem pode melhorar os sintomas relacionados com a IU e, em alguns doentes, pode ser suficiente para tratar esta condição clínica.

Passo 3:

As estratégias comportamentais constituem a primeira linha de tratamento da IU (**Quadro 3**) e são frequentemente iniciadas concomitantemente com a correção dos fatores modificáveis atrás referidos. É importante fazer um tratamento individualizado. Os exercícios musculares do pavimento pélvico são um elemento fundamental e comum à maioria dos programas de comportamento. No entanto, as estratégias de controlo vesical podem ser adicionadas para aumentar a eficácia ou podem ser usadas isoladamente.

Passo 4:

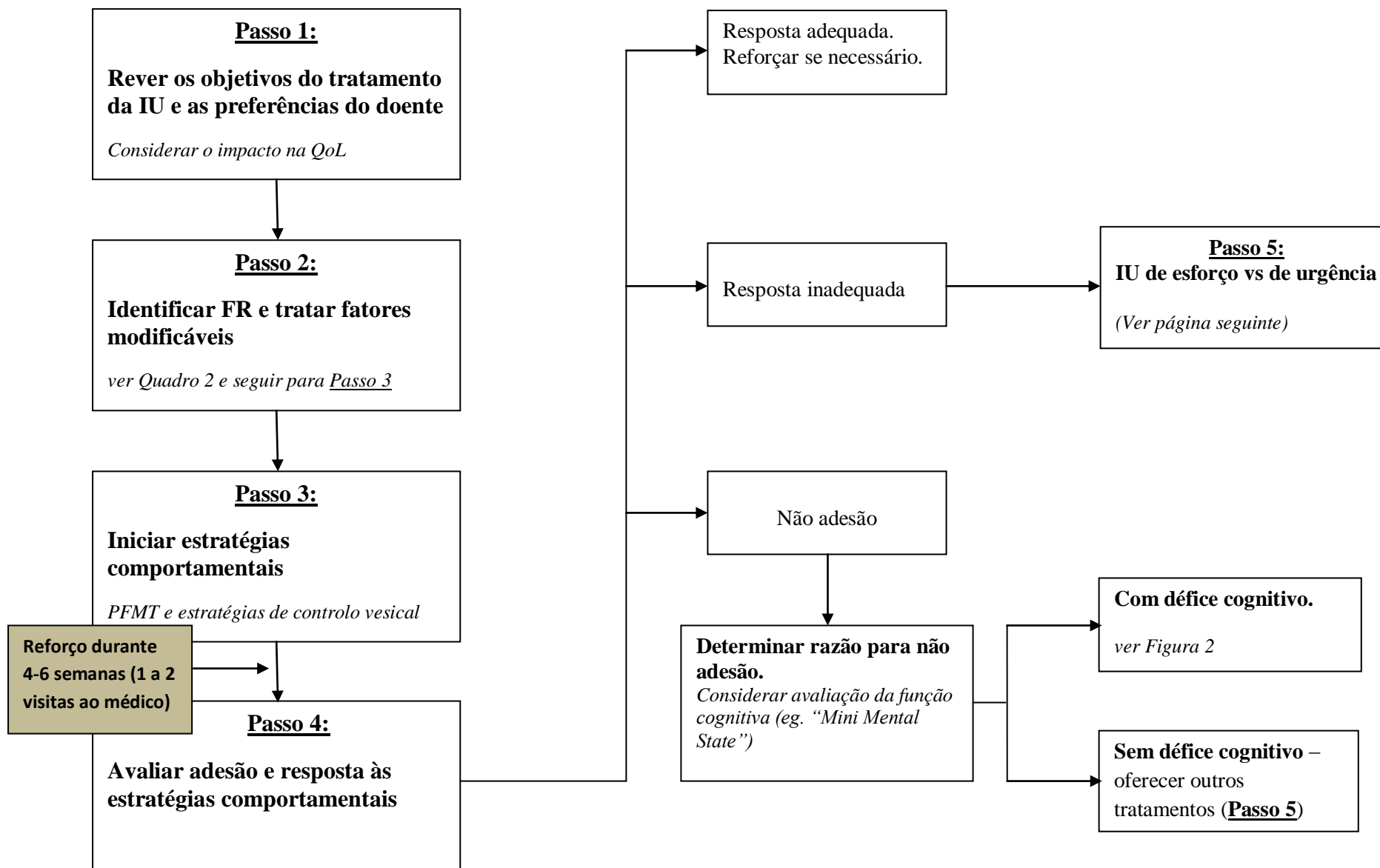
O passo seguinte refere-se à avaliação da adesão e da resposta ao tratamento até então instituído. Se se verificar uma não adesão às estratégias comportamentais, é necessário procurar uma justificação. Muitas vezes, o fato do doente não se lembrar de praticar os exercícios regularmente pode ser a causa para a não adesão. Se se suspeitar de problemas de memória, pode-se recorrer a um teste de rastreio para avaliar a existência de algum tipo de défice cognitivo, como, por exemplo, o *Mini Mental State*.

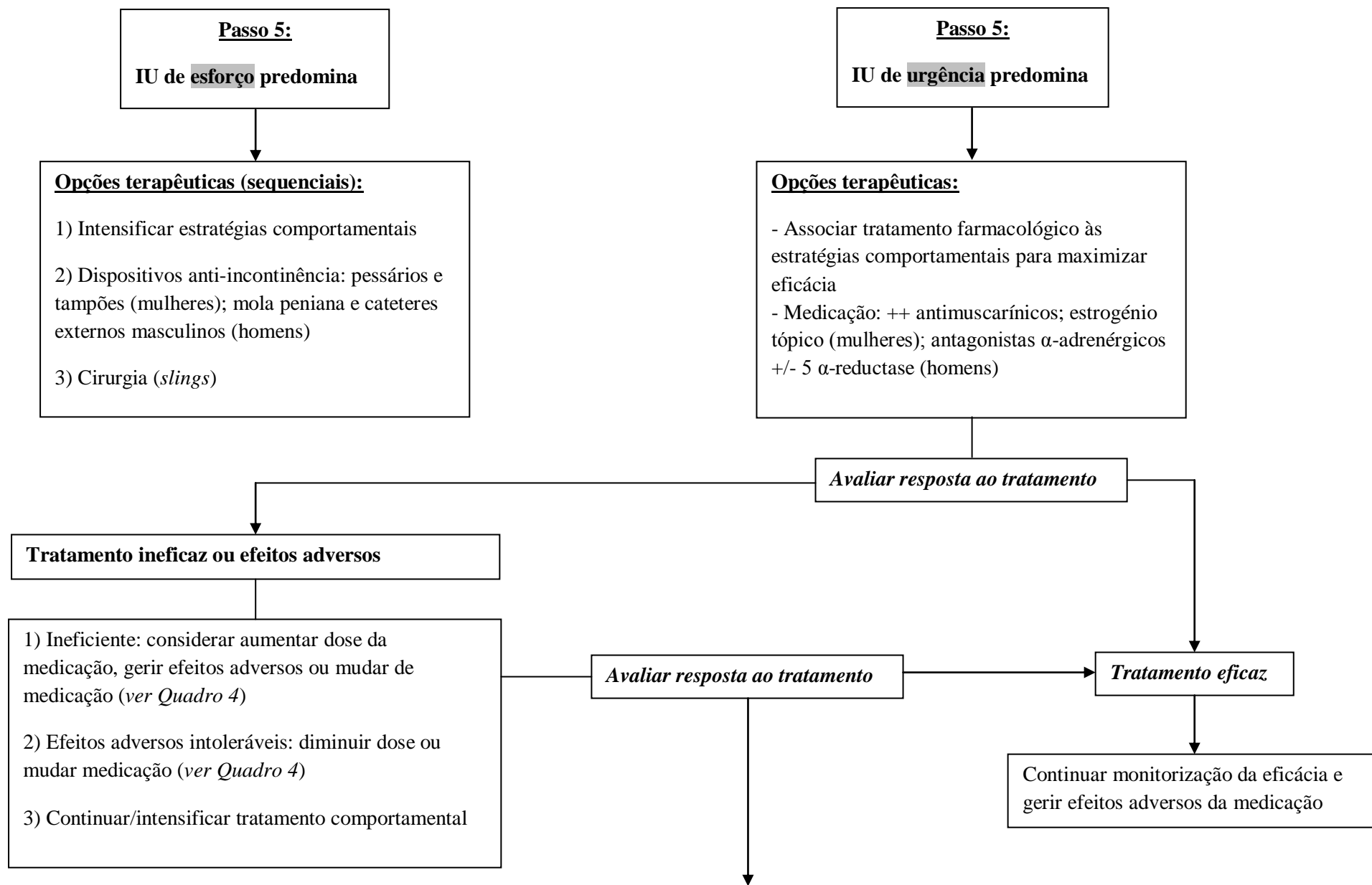
Se o idoso aderir ao tratamento, mas após 4 a 6 semanas ainda não se constatar melhorias, o próximo passo vai depender do tipo de IU que mais perturba o doente: se de esforço ou de urgência.

Passo 5:

Se a IU de esforço é o sintoma predominante, o doente e/ou cuidador podem optar por dispositivos anti-incontinência como pessários (mulheres) ou cateteres externos masculinos (homens) ou pela cirurgia.

Se a IU de urgência é o sintoma predominante, o passo seguinte geralmente é a instituição de tratamento farmacológico, sendo o medicamento selecionado com base na eficácia, segurança e custos (**Quadro 4**). Se a IU de urgência for refratária ao tratamento ou se surgirem efeitos adversos intoleráveis para o doente, são também opções terapêuticas as seguintes técnicas: estimulação elétrica percutânea do nervo tibial posterior, implantação de um neuromodelador sagrado ou, menos frequentemente, a injeção intravesical de toxina botulínica.





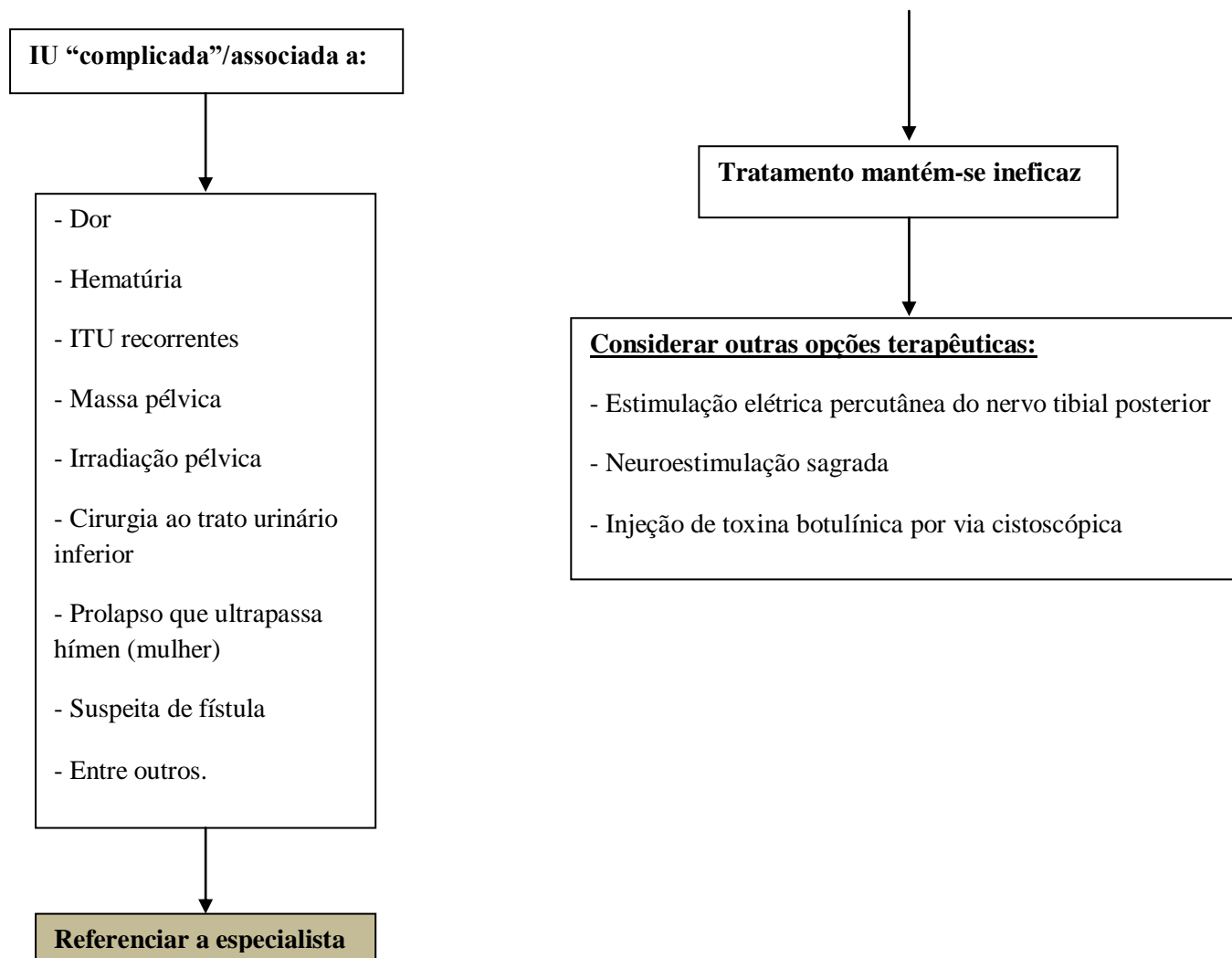


Figura 1. Algoritmo de tratamento da incontinência urinária. *IU*: incontinência urinária. *QoL*: qualidade de vida. *FR*: factores de risco. *PFMT*: exercícios musculares do pavimento pélvico. *ITU*: infeções do trato urinário. Adaptado e modificado a partir do artigo: Goode PS, Burgio KL, Richter HE. CLINICIAN ’ S CORNER Incontinence in Older Women. 2013;35233.

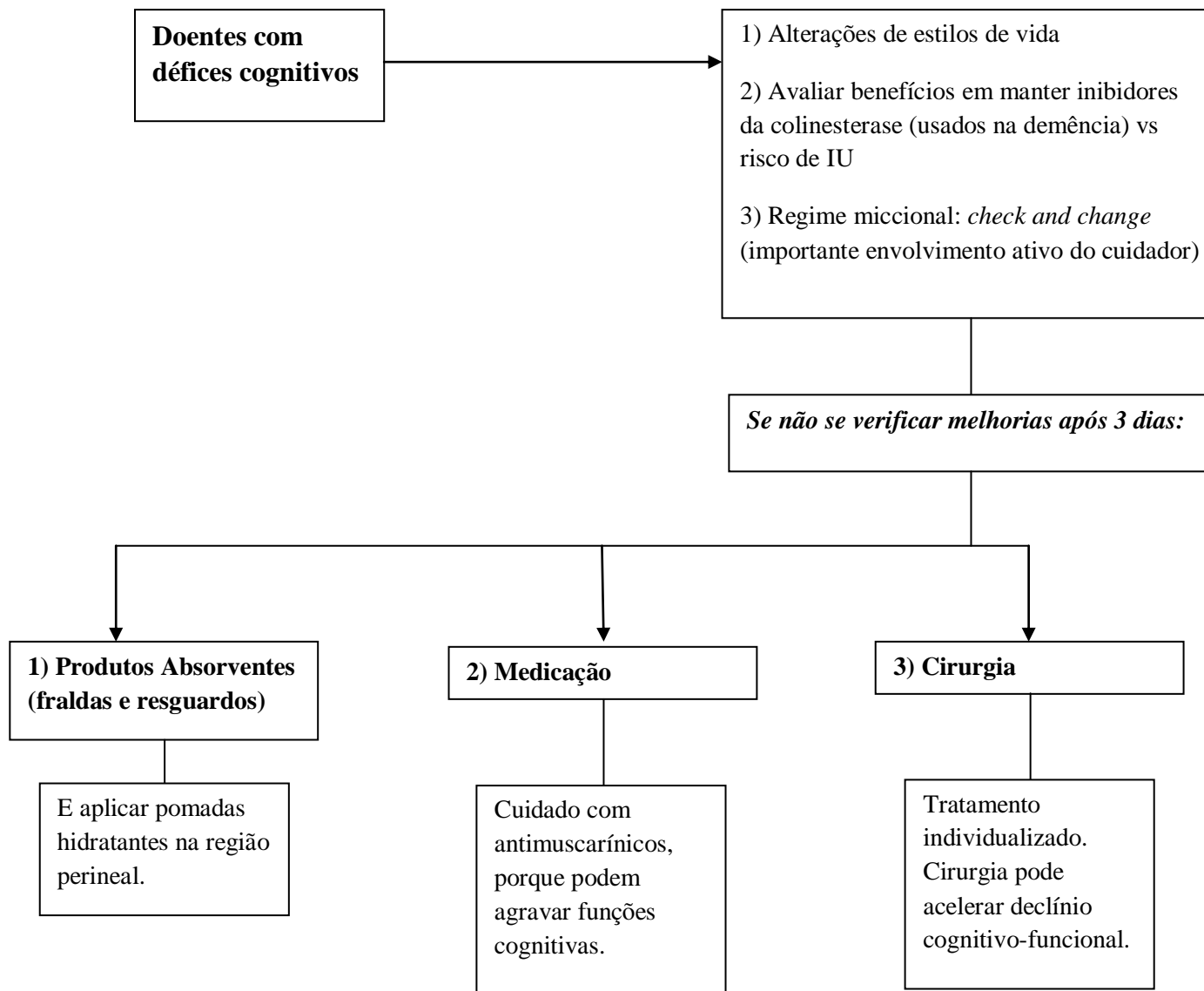


Figura 2. Considerações especiais em doentes com défices cognitivos.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A incontinência urinária é comum nos idosos de ambos os sexos. A maioria não procura ajuda por vergonha, mas também porque têm a percepção errónea de que a IU é intratável e inerente ao envelhecimento. Os cuidados de saúde primários são o local ideal para a deteção desta disfunção, quer pela sua proximidade ao doente, quer pela relação privilegiada entre o médico de família e os seus doentes. Uma boa relação médico-doente torna esta condição clínica menos embaraçosa para o doente a reportar e, conseqüentemente, facilita o diagnóstico e o tratamento precoces.

A abordagem conservadora é eficaz nos doentes idosos, independentemente do tipo de IU. Esta inclui a modificação de fatores que contribuem para a incontinência como alterações do estilo de vida e substituição/diminuição de diuréticos e sedativos, entre outros; utilização de estratégias comportamentais como a reabilitação da musculatura do pavimento pélvico e exercícios de controlo vesical; recurso a dispositivos anti-incontinência (pessários, tampões, cateteres externos masculinos); e o uso de produtos de prevenção ou contenção da incontinência, como é o caso das fraldas e resguardos.

Se o doente e/ou cuidador preferirem, é possível adicionar medicação para melhorar os resultados obtidos com a abordagem conservadora. Doentes idosos também podem ser propostos a cirurgia ou à implantação de dispositivos neuromodeladores. A IU de urgência responde melhor ao tratamento farmacológico, assim como à neuromodulação sagrada e estimulação elétrica do nervo tibial posterior. A IU de esforço apresenta melhores resultados com a adição de *slings* e/ou colocação de um esfíncter urinário artificial. As decisões a tomar no tratamento da IU devem ter em consideração primeiramente o impacto desta condição clínica na qualidade de vida do doente.

5. Referências Bibliográficas

1. Yip SO, Dick M a., McPencow AM, Martin DK, Ciarleglio MM, Ereksen E a. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(2):1–16.
2. Manuscript A. NIH Public Access. *Changes.* 2012;29(4):997–1003.
3. Camille P, Vaughan, MD, Patricia S. Goode, MSN, MD, Kathryn L. Burgio, PhD, and Alayne D. Markland, DO Ms. Urinary Incontinence in Older Adults. *Mt Sinai J Med.* 2011;78:558–570.
4. Shultz BJM. Rethink urinary incontinence. 2012;
5. Review C. Clinical Review Managing urinary incontinence in older people. 2010;1–15.
6. Barentsen J a, Visser E, Hofstetter H, Maris AM, Dekker JH, de Bock GH. Severity, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: a population-based study as part of a randomized controlled trial in primary care. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. *Health and Quality of Life Outcomes*; 2012;10(1):153. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3541086&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Markland AD, Vaughan CP, Johnson TM, Burgio KL, Goode PS. Incontinence. *Med Clin North Am.* 2011;95:539–54.
8. De Bock F, Dirckx J, Wyndaele J-J. Evaluating the use of different waveforms for intravesical electrical stimulation: a study in the rat. *Neurourol Urodyn.* 2011;30:169–73.
9. Kl B. No Title. *Obs Gynecol Clin North Am.* 2009;(Behavioral treatment of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder):36: 475–91.
10. Hay Smith J, Berghmans B, Burglo K, Dumoilin C, Hagen S, Moore K et al. No Title. *Heal Publ Ltd.* 2009;(Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds). *Incontinence. 4th Internacional Consultation on Incontinence*):1025–120.
11. Kim H, Yoshida H, Suzuki T. The effects of multidimensional exercise treatment on community-dwelling elderly Japanese women with stress, urge, and mixed urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011;48(10):1165–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.016>
12. De Bock F, Dirckx J, Wyndaele J-J. Evaluating the use of different waveforms for intravesical electrical stimulation: a study in the rat. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(July 2012):169–73.

13. Dugan SA, Lavender MD, Hebert-beirne J, Brubaker L. A Pelvic Floor Fitness Program for Older Women With Urinary Symptoms: A Feasibility Study. *PMRJ* [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;5(8):672–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2013.03.009>
14. Dumoulin C H-SJ. No Title. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women.):005654.
15. De Bock F, Dirckx J, Wyndaele J-J. Evaluating the use of different waveforms for intravesical electrical stimulation: a study in the rat. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(January):169–73.
16. Simard C, Tu LM. Long-term efficacy of pelvic floor muscle rehabilitation for older women with urinary incontinence. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2010;32(12):1163–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21176328>
17. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract.* 2009;63(August):1177–91.
18. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L et al. No Title. *Obs Gynecol.* 2010;(Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial.):115:609–17.
19. DuBeau CE. Therapeutic/pharmacologic approaches to urinary incontinence in older adults. *Clin Pharmacol Ther.* 2009;85(1):98–102.
20. Dubeau CE, Kraus SR, Griebeling TL, Newman DK, Wyman JF, Johnson TM, et al. Effect of fesoterodine in vulnerable elderly subjects with urgency incontinence: A double-blind, placebo controlled trial. *J Urol* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014;191(2):395–404. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2013.08.027>
21. Andersen KE, Chapple CR, Cardozo L, Crus F, Hashim H MM. No Title. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds *Incontinence 4th Int Consult Incontinence Heal Publ Ltd.* 2009;(Pharmacological treatment of urinary incontinence):631–99.
22. Ewies a a a, Alfhaily F. Topical vaginal estrogen therapy in managing postmenopausal urinary symptoms: a reality or a gimmick? *Climacteric.* 2010;13:405–18.
23. De Bock F, Dirckx J, Wyndaele J-J. Evaluating the use of different waveforms for intravesical electrical stimulation: a study in the rat. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(November 2011):169–73.
24. Kraus SR, Ruiz-Cerd JL, Martire D, Wang JT, Wagg AS. Efficacy and tolerability of fesoterodine in older and younger subjects with overactive bladder. *Urology* [Internet]. Elsevier Inc.; 2010;76(6):1350–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2010.03.097>

25. Serati M, Braga A, Cattoni E, Siesto G, Cromi A, Ghezzi F, et al. Transobturator vaginal tape for the treatment of stress urinary incontinence in elderly women without concomitant pelvic organ prolapse: Is it effective and safe? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2013;166(1):107–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.10.025>
26. Chartier-Kastler E, Van Kerrebroeck P, Ollanas R, Cosson M, Mandron E, Delorme E, et al. Artificial urinary sphincter (AMS 800) implantation for women with intrinsic sphincter deficiency: A technique for insiders? *BJU Int*. 2011;107:1618–26.
27. Zullo MA, Ruggiero A, Montera R, Plotti F, Muzii L, Angioli R, et al. An ultra-miniinvasive treatment for stress urinary incontinence in complicated older patients. *Maturitas* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2010;65(3):292–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.11.022>
28. Mohr S, Siegenthaler M, Mueller MD, Kuhn A. Bulking agents: An analysis of 500 cases and review of the literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2013;24:241–7.
29. Angioli R, Montera R, Plotti F, Aloisi A, Montone E, Zullo MA. Success rates, quality of life, and feasibility of sacral nerve stimulation in elderly patients: 1-year follow-up. *Int Urogynecol J*. 2012;789–94.
30. Schreiner L, Dos Santos TG, Knorst MR, Da Silva Filho IG. Randomized trial of transcutaneous tibial nerve stimulation to treat urge urinary incontinence in older women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010;21:1065–70.
31. Pereira VS, Bonioli L, Correia GN, Driusso P. [Effects of surface electrical stimulation in older women with stress urinary incontinence: a randomized controlled pilot study]. *Actas Urol españolas* [Internet]. 2012;36(8):491–6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021048061200054X>
32. M.G. Lucas, D. Bedretdinova, J.L.H.R. Bosch, F. Burkhard, F. Cruz, A.K. Nambiar, et al. European Association of Urology - Guidelines on Urinary Incontinence. 2013; Available from: http://www.uroweb.org/gls/pdf/19_Urinary_Incontinence_LR.pdf
33. De Bock F, Dirckx J, Wyndaele J-J. Evaluating the use of different waveforms for intravesical electrical stimulation: a study in the rat. *Neurourol Urodyn*. 2011;30(November 2009):169–73.
34. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. *Eur Urol*. 2011;59:387–400.
35. Kee YYK, Rippingale C. The prevalence and characteristic of patients with “acopia.” *Age Ageing*. 2009;38:103–5.
36. Goode PS, Burgio KL, Richter HE. CLINICIAN ’ S CORNER Incontinence in Older Women. 2013;35233.