



PROTOCOLO DE UROLOGIA FEMININA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

FICHA TÉCNICA

Dário Jorge Giolo Saadi
Prefeito Municipal de Campinas

Lair Zambon
Secretário Municipal de Saúde

Deise Fregni Hadich
Secretária Adjunta de Saúde

Mônica Regina Prado de Toledo Macedo Nunes
Diretora do Departamento de Saúde

Denise Vieira Amaral
Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Marcelle Regina Silva Benetti
Diretora do Departamento de Ensino, Pesquisa e Saúde Digital

Gláucia Margoto
Coordenadora do Distrito de Saúde Leste

Rita Bottcher
Coordenadora do Distrito de Saúde Norte

Juliana Ahmed de Oliveira Ramos
Coordenadora do Distrito de Saúde Noroeste

Maria Antonieta Salomão Menezes
Coordenadora do Distrito Sudoeste

Jorge Mendes Ávila
Coordenador do Distrito de Saúde Sul

Maryane Cristina Chanquette Pesce
Coordenador do Distrito de Saúde Sudeste

Sara Maria Teixeira Sgobin
Coordenadora da Atenção Secundária

GRUPO DE TRABALHO

Dr^a. Miriam Siesler Nobrega
Apoio Técnico da Área da Saúde da Mulher
Departamento de Saúde

Dr^a. Marines Faria Feres José
Marcia Gimenes da Silva Fernandes
Distrito de Saúde Leste

Dr^a. Luciana Vivas Silva
Dr^a. Milena Los Reis
Dr^a. Fernanda Bertozzi
Dr^a. Thais Leitão Ramos Luiz
Distrito de Saúde Norte

Dr. Alessandra Quintino Moro
Grasielle Camisão Ribeiro
Dr^a. Helena Schargel Maia
Distrito de Saúde Noroeste

Dr^a. Ana Lúcia Santana Fontes Pereira
Dr^a. Fernanda Mauro M Reynaldo
Distrito de Saúde Sul

Dr^a. Roseli Silveira Boava Souza
Vanessa Ferri
Distrito de Saúde Sudoeste

Dr^a. Arine Campos de Oliveira Assis
Dr^a. Claudia de Sant'anna Vitor Galoro
Departamento de Regulação

Dr. Tiago Monteiro Barreiro
Hospital PUCG

Dr. Sergio Grassiotto
Maternidade de Campinas

Dr. Edson Soares Bezerra
Hospital Mario Gatti

COLABORADORES

Ana Luíza Detomi
Fisioterapeuta

Alexandra Sevilha Meleschco Ganev
Apoio Técnico da Área da Reabilitação

Dr^a Claudia Motta Lacerda
Médica Ginecologista

Barbara Grazielle Ramos
Apoio Técnico da Área de Residência Multiprofissional

Talita Poliana Roveroni Moraes
Apoio Técnico da Área de Enfermagem

Felipe Hideo Fávaro Kajihara
Coordenadoria Departamental de Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

PROTOCOLO DE UROLOGIA FEMININA.....	4
1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO.....	4
1.1. DEFINIÇÃO.....	4
1.2. FATORES DE RISCO.....	4
1.3. DIAGNÓSTICO.....	4
1.4. EXAMES COMPLEMENTARES.....	5
1.5. TRATAMENTO PRIMEIRA LINHA.....	5
1.6. ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS:.....	6
ENCAMINHAMENTO À ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	7
2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA URGÊNCIA OU BEXIGA HIPERATIVA.....	8
2.1. DEFINIÇÃO.....	8
2.2. DIAGNÓSTICO.....	8
2.3. FATORES DE RISCO.....	9
2.4. SINAIS DE ALERTA.....	9
2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	9
2.6. EXAMES COMPLEMENTARES.....	10
2.7. TRATAMENTO.....	10
ENCAMINHAMENTO À ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	11
DIÁRIO MICCIONAL.....	12

PROTOCOLO DE UROLOGIA FEMININA

1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

1.1. DEFINIÇÃO

Perda de urina involuntária aos esforços ou durante os atos de espirrar, tossir, rir ou subir escadas, desencadeada pelo aumento da pressão abdominal que vence a contração esfíncteriana.

1.2. FATORES DE RISCO

- Obesidade
- Paridade
- Tabagismo
- Ingestão excessiva de líquidos
- Constipação intestinal
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
- Síndrome geniturinária pós-menopausa
- Doenças sistêmicas, neurológicas
- Medicamentos que atuam no sistema nervoso central (benzodiazepínicos e neurolépticos) e no trato urinário (diuréticos). Drogas antidepressivas podem causar retenção urinária.

1.3. DIAGNÓSTICO

1.3.1. ANAMNESE

- Verificar início dos sintomas, duração, frequência de perdas, gravidade, hábito intestinal, fatores precipitantes, sintomas associados como urgência miccional, frequência urinária, noctúria, hesitação, esvaziamento incompleto e disúria.
- Avaliar o impacto sobre a qualidade de vida.
- Identificar fatores contribuintes: obesidade, *status* hormonal, história obstétrica, tabagismo, ingestão hídrica, atividade física e sexual, uso de medicamentos, cirurgia pélvica prévia.
- Investigar possíveis causas: infecções do trato urinário, neoplasia vesical, litíase urinária e vesical, obstrução infra vesical, fatores emocionais e sinais que possam sugerir doenças neurológicas.

1.3.2. EXAME FÍSICO GERAL

- Excluir comprometimento neurológico.
- Avaliar abdome, dorso e pelve na busca por massas pélvicas com atenção à integridade do períneo e à força muscular.
- Identificar a perda urinária súbita, em sincronia com a manobra de Valsalva em posição de litotomia e em pé.
- **Diário miccional:** permite avaliar o número de micções, número de episódios de incontinência urinária, noctúria, urgência miccional e o volume de líquido ingerido e eliminado em 24 horas (modelo em anexo). Orientar a realização por 3 dias.

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO

- **Exame vaginal:** avaliar a presença de dermatite amoniacal; avaliar as paredes vaginais e o colo do útero em busca de sinais de hipoestrogenismo (mucosa fina e friável, estenose de fôrnices vaginais, diminuição da rugosidade, presença de ectopia de carúncula uretral); presença de distopias genitais.
- **Avaliação funcional do assoalho pélvico:** deve-se avaliar a força de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico e o tônus do esfíncter do ânus.

Ao exame vaginal, solicita-se à paciente que contraia e mantenha a contração dos músculos perineais ao redor do dedo do examinador. Assim, gradua-se a capacidade de contração dessa musculatura, avaliando-se de modo mais objetivo a função muscular do assoalho pélvico:

- grau 0: sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação.
- grau 1: função perineal objetiva ausente, reconhecida somente à palpação.
- grau 2: função perineal objetiva débil, reconhecida à palpação.
 - grau 3: função perineal objetiva e resistência opositora, não mantida à palpação.
 - grau 4: função perineal objetiva e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 segundos.
- **Exame retal:** O toque retal testa a força da parede vaginal posterior, a presença de retocele, enterocele, o tônus do esfíncter anal e sinais de constipação.

1.3.3. SINAIS DE ALERTA

- Hematúria
- Dor
- ITU recorrente
- Prolapso uterino sintomático
- Massa pélvica
- Suspeita de fístula

Se sinais de urgência encaminhar ao PS geral, caso contrário encaminhar ao urologista ou ginecologista com classificação de risco.

1.4. EXAMES COMPLEMENTARES

- Primeira conduta: **SEMPRE AFASTAR** infecção urinária
- Urina I e Urocultura
- Ultrassonografia de vias urinárias: a critério clínico, com medida de resíduo pós miccional
- Urodinâmica: não será solicitado na UBS, será solicitado pelo serviço especializado secundário nos casos necessários.

1.5. TRATAMENTO PRIMEIRA LINHA

Incluir na Atenção Primária à Saúde a participação dos profissionais E-multi nas orientações e ações.

1.5.1. TRATAMENTO COMPORTAMENTAL

- **Hábitos Alimentares:**
 - O sobrepeso e a obesidade estão associados com a incontinência urinária de esforço em mulheres e é um problema que vem afetando consideravelmente essa população e interferindo na qualidade de vida. Uma possibilidade de reduzir ou cessar os sintomas é a perda de peso (5-10% do peso corporal).
 - Evitar alimentos irritativos como cafeína, cítricos.
 - Reduzir álcool e tabagismo.
- **Ingestão de líquido:** redução na ingestão de líquidos 3h antes de dormir (no geral em torno de 30 ml/kg/dia-avaliar individualmente a depender da atividade do indivíduo, das condições clínicas, clima, peso)
- **Treinamento Vesical:** consiste em micções com intervalos programados progressivamente maiores, geralmente de 2 a 3 horas, com o objetivo de reduzir os episódios de perdas urinárias por meio do aumento da capacidade vesical e do restabelecimento da função vesical normal.
- **Correção da síndrome geniturinária do pós-menopausa:** estrógenos tópicos por pelo menos 6 meses (inicialmente 1x noite, por 2 semanas e após 2 x semana), avaliar critérios de elegibilidade para uso.

1.5.2. REABILITAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO

O suporte adequado do colo vesical e a contração reflexa da musculatura do assoalho pélvico, durante as manobras que aumentam a pressão intra-abdominal, dependem da integridade estrutural e funcional dos elementos da pelve, e são fundamentais na manutenção da continência urinária. Os programas de exercícios para treinamento do assoalho pélvico representam primeira linha de tratamento além de baixo custo, que têm como objetivo básico aumentar a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos.

- Fisioterapia: Realização do treinamento dos músculos do assoalho pélvico por meio de cinesioterapia escolhendo o tipo de exercício, quantidade de repetições, tempo de intervalo, e progressão de carga de forma individualizada e baseada na avaliação. Pode-se associar a técnicas de reequilíbrio postural, percepção corporal, normalização das tensões musculoesqueléticas, treino de coordenação dos músculos do assoalho pélvico e seus acessórios, e exercícios respiratórios.

Na Atenção Primária à Saúde:

Incluir a participação dos profissionais E-multi nas orientações e ações.

Estimular e monitorar mudanças no estilo de vida.

Favorecer e planejar grupos / atividades coletivas relacionadas à reeducação vesical e treinamento do assoalho pélvico.

Ofertar atividades em saúde mental.

Reavaliação do tratamento seja conservador / medicamentoso: em 3 e 6 meses

1.6. ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS:

Enfermeiro

1. Realizar anamnese dirigida conforme descrito no protocolo;
2. Realizar exame físico geral;
3. Orientações sobre os hábitos alimentares, ingestão de líquidos;
4. Orientações sobre treinamento vesical;
5. Encaminhar ao Ginecologista ou Médico da Saúde da Família da equipe para avaliação.

Enfermeiro Especialista em Ginecologia e Obstetrícia

1. Realizar anamnese dirigida conforme descrito no protocolo;
2. Realizar exame físico geral e específico;
3. Orientações sobre os hábitos alimentares, ingestão de líquidos;
4. Orientações sobre treinamento vesical;
5. Encaminhar ao Ginecologista ou Médico da Saúde da Família da equipe para avaliação

Médico de família

1. Realizar anamnese detalhada e dirigida conforme descrito no protocolo;
2. Realizar exame físico geral e específico;
3. Solicitar exames complementares necessários;
4. Orientações sobre os hábitos alimentares, ingestão de líquidos;
5. Orientações sobre treinamento vesical;
6. Iniciar correção da síndrome genitourinária, se necessário;
7. Encaminhar para fisioterapia E-multi, se necessário;
8. Encaminhar ao Ginecologista da equipe para reavaliar em 3 meses.

Médico Ginecologista

1. Realizar anamnese detalhada e dirigida conforme descrito no protocolo;
2. Realizar exame físico geral e específico
3. Solicitar exames complementares necessários;
4. Orientações sobre os hábitos alimentares, ingestão de líquidos;
5. Orientações sobre treinamento vesical;
6. Iniciar correção da síndrome genitourinária, se necessário;
7. Reavaliar em 3 meses e 6 meses;
8. Encaminhar para fisioterapia E-multi, se necessário;
9. Encaminhar a cirurgia os casos refratários, de acordo com a orientação deste protocolo.

Nutricionista

1. Avaliar perfil nutricional;
2. Orientar dietas adequadas a cada usuário;
3. Incluir em grupos da unidade, se pertinente;
4. Reavaliar no tempo oportuno.

Fisioterapeuta

1. Realizar anamnese
2. Realizar exame físico geral
3. Orientar os exercícios domiciliares para reabilitação do assoalho pélvico
4. Utilizar método de tratamento de acordo com a paciente a ser tratada, podendo ser individual ou coletivo
5. Orientações sobre os hábitos alimentares, hábitos intestinais, ingestão de líquidos, realização de atividade física
6. Orientações sobre treinamento vesical
7. Acompanhamento por 6 meses

ENCAMINHAMENTO À ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Após 6 meses de tratamento conservador na atenção básica, sem resposta:

- **Fisioterapia assoalho pélvico:**

Antes de encaminhar por falha terapêutica após 6 meses de adesão ao tratamento preconizado, considerar:

1. Custo x benefício do tratamento (mobilidade, condições clínicas, IMC elevado)
2. Adesão ao tratamento (número de sessões- 10 a 20, transporte)

- **Cirurgia ginecológica:**

1. Avaliar condições clínicas de cirurgia (comorbidades, IMC elevado).
2. Encaminhar os casos de incontinência de esforço resistente ao tratamento conservador para cirurgia ou avaliação de uso de pessários.
3. Inserir no sistema SIRESP (VAGA REGULADA): GINECOLOGIA CIRÚRGICA, com descrição completa do caso, tratamentos realizados, exame ginecológico, exames pertinentes ao caso.

- **Urologia:**

- Encaminhar casos de hematuria persistente (na ausência de infecção ou dismorfismo eritrocitário); alteração anatômica de vias urinárias; incontinência urinária explicada por cálculo renal, fistulas, síndrome da bexiga dolorosa.

- **Neurologia:**
 - Encaminhar suspeita de doença do sistema nervoso central.

PRÉ REQUISITOS:

- Exames: urina 1, urocultura, citologia oncótica com menos de 3 anos (conforme protocolo das diretrizes de rastreamento de câncer de colo uterino- MS)
- Descrição exame físico ginecológico
- Descrição de tratamentos realizados

2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA URGÊNCIA OU BEXIGA HIPERATIVA

2.1. DEFINIÇÃO

Caracteriza-se pela vontade súbita de urinar que ocorre em meio às atividades diárias levando à perda urinária involuntária, ainda antes de chegar ao banheiro;

2.2. DIAGNÓSTICO

2.2.1. ANAMNESE

- Verificar início dos sintomas, duração, frequência de perdas, gravidade, hábito intestinal, fatores precipitantes, sintomas associados como urgência miccional, frequência urinária, noctúria, hesitação, esvaziamento incompleto e disúria (identificar tipo de incontinência: de esforço, de urgência ou mista).
- Avaliar o impacto sobre a qualidade de vida.
- Identificar fatores de risco
- Identificar fatores contribuintes: obesidade, *status* hormonal, história obstétrica, tabagismo, ingestão hídrica, atividade física e sexual, uso de medicamentos, cirurgia pélvica prévia.
- Investigar possíveis causas: infecções do trato urinário, neoplasia vesical, litíase urinária e vesical, obstrução infra vesical, fatores emocionais e sinais que possam sugerir doenças neurológicas.

2.2.2. EXAME FÍSICO

- Excluir comprometimento neurológico.
- Avaliar abdome, dorso e pelve na busca por massas pélvicas com atenção à integridade do períneo e à força muscular.
- Identificar a perda urinária súbita, em sincronia com a manobra de Valsalva em posição de litotomia e em pé.
- **Exame vaginal:** avaliar a presença de dermatite amoniacal; avaliar as paredes vaginais e o colo do útero em busca de sinais de hipoestrogenismo (mucosa fina e friável, estenose de fôrnices vaginais, diminuição da rugosidade, presença de ectopia de carúncula uretral); presença de distopias genitais.
- **Avaliação funcional do assoalho pélvico:** deve-se avaliar a força de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico e o tônus do esfíncter do ânus.

Ao exame vaginal, solicita-se à paciente que contraia e mantenha a contração dos músculos perineais ao redor do dedo do examinador. Assim, gradua-se a capacidade de contração dessa musculatura, avaliando-se de modo mais objetivo a função muscular do assoalho pélvico:

- Grau 0: sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação.
- Grau 1: função perineal objetiva ausente, reconhecida somente à palpação.
- Grau 2: função perineal objetiva débil, reconhecida à palpação.
- Grau 3: função perineal objetiva e resistência opositora, não mantida à palpação.

- Grau 4: função perineal objetiva e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 segundos.
- **Exame retal:** O toque retal testa a força da parede vaginal posterior, a presença de retocele, enterocele, o tônus do esfíncter anal e sinais de constipação.
- **Diário miccional:** permite avaliar o número de micções, número de episódios de incontinência urinária, noctúria, urgência miccional e o volume de líquido ingerido e eliminado em 24 horas (modelo em anexo). Orientar a realização por 3 dias.

Observação: Atenção com prolapso genital sem sintomas, pode ter IUE oculta, para melhor avaliação medir volume residual e/ou US com avaliação de resíduo.

2.3. FATORES DE RISCO

- Obesidade
- Idade
- Paridade (multiparidade)
- Tabagismo (irritante vesical, causador de tosse crônica e risco de câncer)
- Ingestão excessiva de líquidos
- Constipação intestinal
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
- Síndrome geniturinária pós-menopausa
- Doenças sistêmicas (diabetes), insuficiência cardíaca, neurológicas (AVC, doenças cognitivas), esclerose múltipla.
- Medicamentos que atuam no sistema nervoso central (benzodiazepínicos e neurolépticos) e no trato urinário (diuréticos). Drogas antidepressivas podem causar retenção urinária.

2.4. SINAIS DE ALERTA

- Hematúria
- Dor
- ITU recorrente
- Prolapso uterino sintomático
- Massa pélvica
- Suspeita de fístula

Se sinais de urgência encaminhar ao PS geral, caso contrário encaminhar ao urologista ou ginecologista com classificação de risco

2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Incontinência aos esforços ou mista
- Infecção urinária
- Litíase renal
- Neoplasia bexiga
- IU medicamentosa- Medicamentos que atuam no sistema nervoso central (benzodiazepínicos e neurolépticos) e no trato urinário (diuréticos). Drogas antidepressivas podem causar retenção urinária.
- Fatores psíquicos

2.6. EXAMES COMPLEMENTARES

- PRIMEIRA CONDUTA SEMPRE: AFASTAR INFECÇÃO URINÁRIA
- Urina I, Urocultura, glicemia e creatinina.
- Ultrassonografia de vias urinárias: a critério clínico, com medida de resíduo pós miccional
- Urodinâmica: não será solicitado na UBS, será solicitado pelo serviço especializado secundário nos casos necessários.

2.7. TRATAMENTO

Na atenção primária à saúde:

Conservador:

- a) diário miccional por 3 dias,
- b) perda de peso (5-10 % do peso corporal),
- c) mudança estilo de vida,
- d) dieta livre de irritativos (café, frutas cítricas, álcool),
- e) reeducação vesical,
- f) controle de doença de base,
- g) cessação tabagismo
- h) tratamento constipação.

Medicamentos disponíveis:

Antimuscarínicos: oxibutinina, soliferacina, tolterodina, trospium,

Antidepressivos com ação anticolinérgica: amitriptilina

Agonistas B3: mirabegrona

- Oxibutinina 5-15 mg-dia (contra indicado em caso de Glaucoma, miastenia grave; risco de queda) - é mais seletiva.
- Amitriptilina- 25- 50 mg- a noite (nessa dose é ansiolítico, tem efeito anticolinérgico), pode dar muita sonolência.
- Soliferacina: 5-10 mg- dia (pode manipular): contra indicado em caso de Glaucoma

Usar de 3 a 6 meses, se resposta adequado pode manter mais tempo.

ORIENTAR:

Evitar os alimentos irritantes da bexiga abaixo:

Sugestão para diminuir os sintomas de frequência miccional aumentada e urgência miccional.

- Álcool
- Maçã e suco de maçã
- Refrigerantes
- Café
- Vinagre
- Cranberries
- Goiaba
- Pêssego
- Ameixa
- Pimentas

- Morango
- Uva
- Açúcar

Frutas ácidas devem ser consumidas normalmente, elas alcalinizam a urina apesar de serem ácidas. No entanto, frutas como uva, maçã, ameixa, manga podem ser irritantes para pessoas com bexiga hiperativa.

No máximo 450 mg de cafeína ao dia:

- Café Expresso (2 xícaras): 250- 330 mg
- Café descafeinado: 1-5 mg
- Café filtrado: 60-180 mg
- Café solúvel: 30-120 mg
- Chá preparado: 20-110 mg
- Chá instantâneo: 25-50 mg
- Chocolate: 2-20 mg
- Refrigerantes à base de cola: 40-45 mg
- Refrigerantes diversos: 2-20 mg
- Remédios analgésicos: 30-200 mg
- Remédios para resfriados: 30-100 mg

ENCAMINHAMENTO À ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Monitoramento: em 3 e 6 meses

UROLOGIA: se falha terapêutica

Condição clínica

- FALHA AO TRATAMENTO INSTITUÍDO: tratamento otimizado por 6 meses
 - exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida – perda de peso, quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína- 2 doses 50 ml dia/álcool, cítricos.
 - uso de medicamento via oral sem resposta
- IU associada à dor
- Hematúria
- História de ITU recorrente
- Cirurgia pélvica ou radioterapia prévias
- Perdas urinárias constantes (suspeita de fístula)
- Qualquer dificuldade miccional
- Suspeita de doença neurológica

Devem constar no encaminhamento

- Exames urina 1, urocultura, citologia oncótica com menos de 3 anos (conforme protocolo das diretrizes de rastreamento de câncer de colo uterino- MS)
- Descrição exame físico ginecológico
- Tempo do uso do medicamento e dose – (no mínimo 3 meses de uso)
- Perda de peso quantificada e mudanças estilo de vida realizada
- Diário miccional, se possível
- US com avaliação do resíduo miccional nos casos necessários

DIÁRIO MICCIONAL

Nome: _____ Data: _____

Hora que dormiu: _____ Hora que acordou: _____ Registro feito durante 24 horas.

DA HORA QUE ACORDAR EM UM DIA ATÉ A HORA QUE ACORDAR NO DIA SEGUINTE

	HORA QUE URINOU	QTDE. URINA (ML)	URGÊNCIA PARA URINAR (SIM/NÃO)		HORA QUE PERDEU URINA	MOTIVO DA PERDA	OBSERVAÇÕES
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
10				10			

INGESTÃO DE LÍQUIDOS (ML)

HORA	QUANTIDADE	LÍQUIDO INGERIDO	HORA	QUANTIDADE	LÍQUIDO INGERIDO