

BEXIGA HIPERATIVA

Plano de Cuidados Integrados (ICP)

Evidência Científica e Guia do Utilizador (Portugal)

Vera Pires da Silva

Alexandre Lourenço

Francisco Cruz

Luis Miguel Abranches Monteiro

Manuela Mira Coelho

Maria Geraldina Castro

Paulo Santos

Com o apoio científico:



Associação
Portuguesa
de Urologia



Evidência científica recolhida pela Triducive, com o financiamento da Astellas Europe Limited. A Astellas Europe Limited convidou a Comissão Coordenadora para participar no desenvolvimento do Plano de Cuidados Integrados, mas não forneceu qualquer contributo editorial a este documento. Adicionalmente, a Astellas Europe Ltd. reviu o documento final para garantir a conformidade com os regulamentos relevantes. O texto baseia-se nas opiniões e experiência clínica dos autores.



Índice

Prefácio	2
Introdução	3
<i>Conceito</i>	<i>3</i>
<i>Processo</i>	<i>3</i>
<i>Benefícios</i>	<i>4</i>
Fluxograma de Cuidados Integrados na BH	5
Formulário 1.0 História Clínica/Avaliação/Diagnóstico	6
<i>Sinais e sintomas.....</i>	<i>6</i>
<i>Qualidade de Vida</i>	<i>7</i>
<i>História Clínica.....</i>	<i>7</i>
<i>Observação</i>	<i>7</i>
<i>Sinais de alarme.....</i>	<i>8</i>
<i>Educação do Doente.....</i>	<i>8</i>
<i>Notas</i>	<i>8</i>
Formulário 2.0 Abordagem Conservadora	9
<i>Aconselhamento relacionado com o estilo de vida.....</i>	<i>9</i>
<i>Obstipação.....</i>	<i>10</i>
<i>Treino vesical</i>	<i>10</i>
<i>Exercícios de treino muscular do pavimento pélvico</i>	<i>10</i>
<i>Prescrição</i>	<i>11</i>
<i>Educação do doente.....</i>	<i>11</i>
<i>Próxima Consulta Seguimento.....</i>	<i>11</i>
Formulário 3.0 Avaliação de Seguimento.....	12
Formulário 4.0 Terapêutica Farmacológica	13
<i>Antimuscarínicos.....</i>	<i>13</i>
<i>β₃ agonistas.....</i>	<i>15</i>
<i>Educação do doente.....</i>	<i>15</i>
<i>Data da próxima consulta.....</i>	<i>15</i>
<i>Opções de tratamento</i>	<i>16</i>
Formulário 5.0 Avaliação de Seguimento.....	17
Formulário 6.0 Avaliação dos Cuidados Secundários.....	19
Formulário 7.0 Abandono	21
Grupo Coordenador do ICP Bexiga Hiperativa.....	22
Bibliografia.....	23

Prefácio

Com o envelhecimento, muitos homens e mulheres saudáveis vêm a sua capacidade de armazenar urina comprometida pelo aparecimento de sintomas do trato urinário inferior, tais como urgência, noctúria e aumento da frequência urinária. A urgência pode levar a incontinência urinária em 1/3 dos casos. Estes sintomas são conhecidos, em conjunto, como sintomas de bexiga hiperativa (BH). Os inquéritos à população estimam que 12% da população Ocidental sofra de BH. Este número irá aumentar com o envelhecimento da população. No Reino Unido, o *National Institute for Health and Care Excellence* estima que a BH afete cerca de 40% das pessoas de ambos os sexos com idade ≥ 75 anos. A BH diminui consideravelmente a qualidade de vida, dificulta a interação social normal e reduz a produtividade laboral dos homens e mulheres afetados. Calcula-se que no Reino Unido, os custos causados pela BH irão atingir diversos mil milhões de euros em 2020.

Contrastando com as graves implicações da BH acima descritas, a maioria dos doentes interrompe o tratamento farmacológico nos primeiros três meses após a prescrição inicial. Os doentes identificam a fraca eficácia, seguida de efeitos adversos indesejáveis como as razões para abandonarem a medicação. Podem ser identificadas várias razões para explicar esta alta taxa de abandono. Uma é a história natural da BH, uma vez que podem ocorrer oscilações na gravidade dos sintomas ao longo do tempo. Outra são os cuidados médicos deficientes que podem conduzir facilmente à interrupção do tratamento da BH. A inexistência de revisão precoce do esquema de tratamento inicial pode facilmente levar os doentes com BH a abandonar o tratamento, uma vez que uma fraca eficácia e efeitos adversos indesejáveis duma terapêutica não serão revistos e corrigidos atempadamente.

Conseguir um diagnóstico correto de BH, identificar os doentes que realmente necessitam de tratamento e dar especial atenção aos doentes durante o seguimento de modo a evitar o abandono precoce têm um impacto tremendo nos Serviços de Saúde, que não pode ser gerido por um único Especialista mas sim pela estreita colaboração entre Médicos dos Cuidados de Saúde Primários, Urologistas, Uroginecologistas e Fisiatras.

Assim, a comunicação é uma componente essencial do processo de tratamento eficaz da BH. Para melhorar a comunicação entre os especialistas hospitalares e para garantir uma elevada qualidade do serviço, parece ser essencial a existência de Programas de Cuidados validados que tenham em consideração a evidência científica e as práticas locais. Este Plano de Cuidados na BH pretende oferecer uma ferramenta prática para registar o trabalho de diagnóstico e as opções de tratamento que irão facilitar o encaminhamento de uma instituição para outra, mantendo a comunicação entre a equipa clínica, relativamente a cada intervenção, ao longo do percurso do doente.

Francisco Cruz

Introdução

Conceito

Os Cuidados Integrados têm sido amplamente utilizados desde o final dos anos 90 para o tratamento continuado dos doentes. No entanto, a forma como são atualmente aplicados faz com que o termo seja muitas vezes incorretamente utilizado. Os verdadeiros Cuidados Integrados procuram combinar *checklists*, evidência científica e dados clínicos dos doentes na abordagem de patologias e obtenção de ganhos em saúde.

Adicionalmente, um Plano de Cuidados Integrados deve facilitar uma auditoria regular para que seja conseguida uma melhoria tanto do procedimento como dos resultados. Muitos Planos de Cuidados Integrados não conseguem atingir esses objetivos e, na realidade, não passam de orientações ou protocolos com um nome diferente. De modo a proporcionar verdadeiros Cuidados Integrados, foram aplicados a este projeto técnicas de modernização do SNS, princípios de orientação clínica e recomendações relativas às actuais melhores práticas clínicas.

Processo

O Plano de Cuidados Integrados ou *Integrated Care Pathway* (ICP) típico compreende um fluxograma que apresenta o percurso normal do doente para uma condição clínica definida, um documento que resume e esclarece a evidência científica relevante e um conjunto de formulários que proporcionam o registo diário e monitorização terapêutica de cada doente.

Quando usado de forma eficaz, um ICP adequadamente desenvolvido melhora¹:

- Integração e qualidade da documentação.
- Incorporação das recomendações.
- Informação para os doentes.
- Educação dos profissionais de saúde e doentes.
- Planeamento da alta.
- Comunicação e colaboração multidisciplinares e ligação com a comunidade.
- Satisfação dos profissionais de saúde e dos doentes.
- Auditoria integral à prática de rotina.
- Autonomia da equipa de enfermagem.
- Autonomia local.
- Gestão de indicadores de qualidade.

Este documento contém informação sobre o conjunto de evidências actuais na abordagem da Bexiga Hiperativa (BH). O objetivo é suportar o próprio ICP ao disponibilizar um acesso fácil e rápido às evidências científicas que geram as decisões no Plano de Cuidados Integrados, assim como o fluxograma com o percurso do doente e os formulários necessários utilizar no tratamento do doente.

Os Planos de Cuidados Integrados (ICPs) têm como objetivo: ⁱⁱ



Qualquer ICP adequadamente desenvolvido deverá continuar a evoluir em conformidade com as novas evidências e recomendações.

Benefíciosⁱⁱ

Os Planos de Cuidados Integrados (ICPs) têm como objetivo:

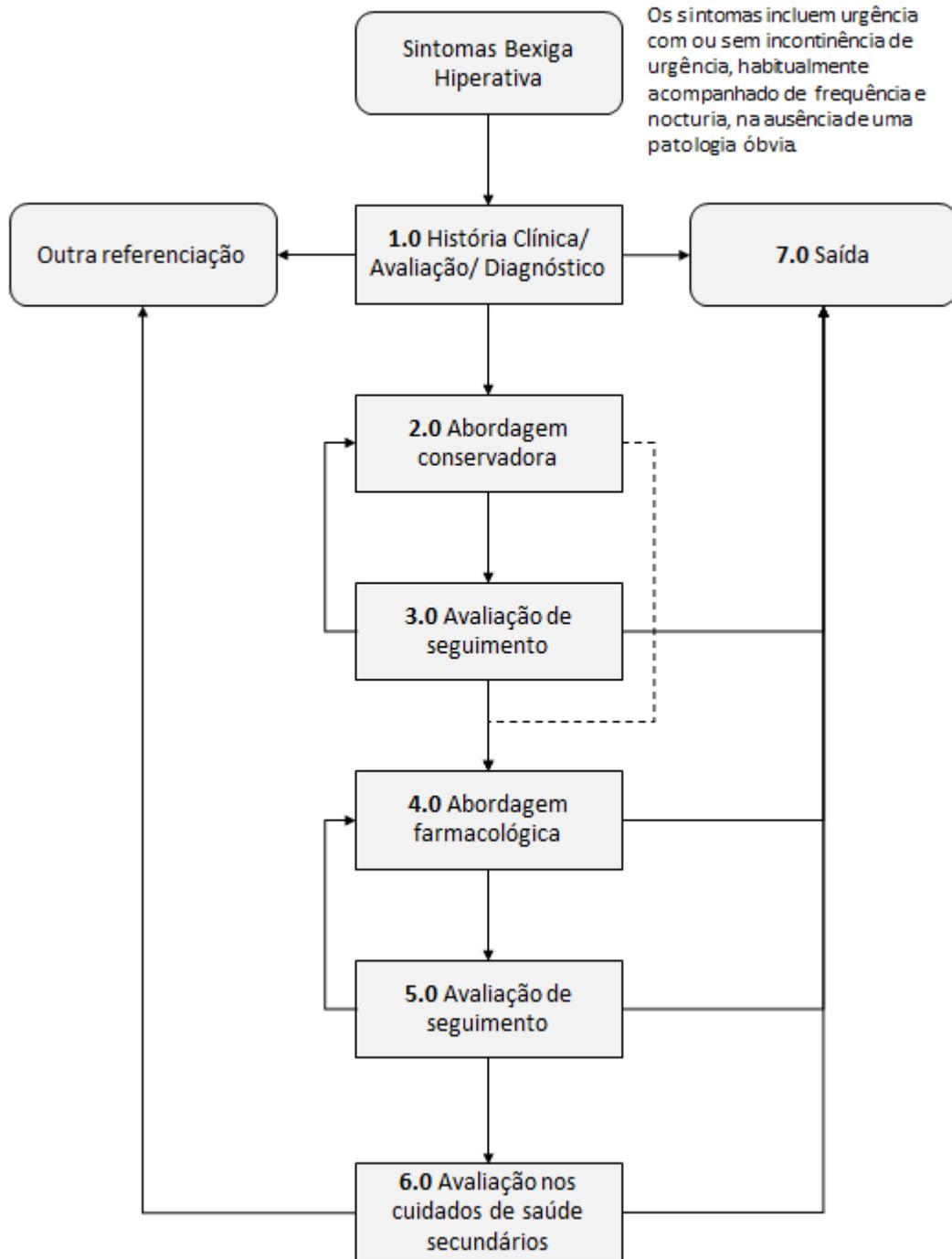
- Facilitar a introdução de recomendações e a auditoria sistemática e contínua na prática clínica
- Melhorar a comunicação multidisciplinar e a abordagem terapêutica[?], incluindo os cuidados de saúde primários
- Atingir ou ultrapassar os padrões de qualidade existentes
- Diminuir a variabilidade não desejada na prática clínica
- Melhorar a comunicação médico-doente e a satisfação do doente
- Identificar questões de investigação e desenvolvimento

Este ICP continuará a desenvolver-se através de *feedback* e revisão regular, de modo a refletir as alterações nas recomendações e evidência científicaⁱⁱ. O Plano de Cuidados Integrados na BH inclui sete formulários, desenvolvidos para cobrir as diversas fases do percurso do doente. Algumas etapas são comuns a várias fases. A evidência científica que sustenta cada fase será discutida antes de se detalhar as áreas que são específicas de cada formulário.

ⁱ Bryson A Browning JD. Clinical Audit and Quality using Integrated Pathways of Care. Project CA96/01. NHS Scotland 1999

ⁱⁱ Campbell H *et al.* Integrated care pathways, 1998

Fluxograma de cuidados integrados na BH



Formulário 1.0 História Clínica/Avaliação/Diagnóstico

Formulário 1.0 História Clínica / Avaliação / Diagnóstico

Avaliação do Doente:

Sinais e sintomas:	Urgência		
	Incontinência de esforço, de urgência ou mista		
	Frequência		
	Noctúria		
	Qualidade do jato (sintomas de esvaziamento)		
	Sinais e sintomas neurológicos		
Qualidade de Vida:	Dor pélvica - bexiga / uretra / vagina / intestino		
	Impacto na Qualidade de Vida		
História Clínica:	Patologia ginecológica		
	Patologia urológica		
	Patologia intestinal		
	ITU recorrentes		
	Patologia neurológica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Patologia com aumento da produção de urina		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Radioterapia pélvica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Antecedentes cirúrgicos		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Medicação		
	Notas:		
Observação:	Exame abdominal		
	Exame ginecológico (POP, teste do esforço, atrofia)		
	Quantificação da força muscular do pavimento pélvico		Escala de Oxford
	Toque rectal para avaliação próstata		
Sinais de Alarme	Patologia neurológica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Hematuria		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Infeção atual		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Massa abdominal		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Resíduo pós-miccional		Referenciar ou investigar, conforme adequado
<small>POP: Prolapso dos Órgãos Pélvicos; ITU: Infecção do Tracto Urinário</small>			
Diagnóstico:			
BH Confirmada (Passar para Formulário 2.0):		Sem BH ou sem Impacto na QdV (Formulário Saída do Programa 7.0):	
Plano de Tratamento:			

Sinais e sintomas

A bexiga hiperativa (BH) é um diagnóstico clínico, definido pela *International Continence Society (ICS)*, como a presença de “urgência urinária, geralmente acompanhada por frequência e noctúria, com ou sem incontinência urinária de urgência (IUU) e na ausência de infeção do trato urinário (ITU) ou outra patologia óbvia”. Conhecer a terminologia existente é importante para permitir uma comunicação precisa:

- **Urgência** - vontade súbita e intensa de urinar, difícil de adiar;
- **Incontinência urinária** - perda involuntária de urina;
- **Incontinência urinária de esforço** - perda involuntária de urina mediante esforço, exercício físico (por exemplo, atividades desportivas), tossir/espirrar;
- **Incontinência de urgência** - perda involuntária de urina associada a urgência;
- **Incontinência urinária mista** - perda involuntária de urina associada a urgência e também a esforço, atividade física, tossir/espirrar.
- **Noctúria** - interrupção do sono uma ou mais vezes devido à necessidade de urinar. Cada micção é precedida e seguida de sono. Esvaziar a bexiga durante a noite quando o sono é perturbado por outras razões (por exemplo, insónias, aleitamento) é comum e não constitui noctúria.
- **Frequência** - a micção ocorre mais frequentemente do que o que era anteriormente considerado normal. Tradicionalmente, sete episódios de micção durante as horas de vigília ou oito micções por dia tem sido considerado o limite superior do normal. Contudo, este número pode ser mais elevado em determinadas populações. (1, 7)

A abordagem diagnóstica da BH obriga a identificação dos sinais e sintomas que caracterizam esta condição e exclusão de outras perturbações que possam ser responsáveis pelos sintomas do doente (por ex. sintomas de esvaziamento, dor pélvica ou sintomas neurológicos). (2) Assim, a identificação de uma eventual relação temporal entre o

aparecimento dos sintomas e surgimento de alguma condição médica recente pode facilitar o diagnóstico diferencial. Por outro lado, os sintomas poderão estar presentes há algum tempo mas a ocorrência de uma patologia aguda ou exacerbação de uma comorbilidade poderá levar ao agravamento dos sintomas. (7)

Qualidade de Vida

Para além da caracterização dos sintomas, é igualmente importante determinar o nível de desconforto/incómodo para o doente. A BH tem um impacto significativo na interação social, produtividade laboral e qualidade de vida (QdV). Esse impacto deverá ser avaliado de modo a desenvolver um plano de tratamento individualizado que optimize a QdV. (3, 4)

História Clínica

A obtenção de uma história clínica rigorosa é essencial. A história deverá identificar os doentes que possam necessitar de investigação adicional ou referência para um especialista adequado.

Os antecedentes ginecológicos e obstétricos devem ser explorados uma vez que múltiplos partos vaginais ou partos vaginais complicados poderão predispor a BH ou incontinência urinária de esforço.

As alterações do foro urológico (nomeadamente a hiperplasia benigna da próstata), intestinal (como a obstipação) e as infeções recorrentes do trato urinário também devem ser consideradas.

Os antecedentes neurológicos devem ser investigados com particular enfoque na investigação de sinais iniciais de demência, doença de Parkinson, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral (AVC) e lesão ou estenose medular. A avaliação funcional e cognitiva deve ser realizada, especialmente nos doentes idosos.

Os antecedentes cirúrgicos devem ser considerados, especialmente intervenções genito-urinárias (por exemplo cirurgia da próstata, histerectomia ou suspensões da bexiga), assim como radioterapia pélvica.

De salientar que os sintomas podem ser causados por patologias que aumentam a produção de urina tais como insuficiência cardíaca, insuficiência renal crónica e diabetes, pelo que estas condições devem ser investigadas.

Também deverá ser perguntado ao doente qual a sua medicação crónica, uma vez que esta pode ter impacto nos sintomas. (5, 6, 7)

Observação

O exame objetivo deve incluir o exame abdominal para detetar uma eventual bexiga aumentada, hérnias ou outras massas abdominais. O toque retal e avaliação do períneo, próstata ou vagina também devem ser realizados. (5)

Nas mulheres, o exame ginecológico avalia eventuais alterações vaginais tais como prolapso dos órgãos pélvicos (POP), atrofia urogenital e tónus perineal. Um *stress test* (teste de tosse) poderá revelar incontinência urinária de esforço, se a bexiga estiver suficientemente cheia. (5, 7)

Nos homens o toque retal é importante para avaliar a próstata, nomeadamente, volume, nódulos, assimetria ou tensão. O tónus retal também deverá ser avaliado. (5,7)

A avaliação da contração e do relaxamento dos músculos do pavimento pélvico deve ser realizado antes dos exercícios dos músculos do pavimento pélvico. (6)

Sinais de alarme - «Red Flags»

A referenciação ou avaliação adicional deverão ser consideradas caso sejam observados achados significativos, tais como: sintomas associados a dor, hematúria sem infeção, volume residual pós-miccional, massa pélvica, ITU recorrente, cirurgia pélvica prévia ou radioterapia, perdas de urina constantes sugestivas de fístula urogenital ou suspeita de doença neurológica. (5, 6, 7)

Educação do doente

O diário miccional pode ser muito útil na avaliação e abordagem terapêutica da BH uma vez que avalia a frequência e gravidade dos sintomas. Trata-se de um método simples, prático e semi-objetivo que permite quantificar sintomas e monitorizar a sua evolução, apresentando-se assim como uma ferramenta fiável para avaliar os resultados terapêuticos. A sua utilização permite aos doentes ganhar consciência dos diversos hábitos que contribuem para os seus sintomas, hábitos esses que poderão ser subsequentemente alterados de forma a eliminar ou minimizar os sintomas. O preenchimento do diário miccional deve ser solicitado durante 3 a 7 dias, cobrindo as variações nas atividades de vida diárias e incluindo dias de trabalho e dias de lazer. (5, 6, 7)

Os doentes devem ser informados sobre as características da função normal do trato urinário inferior vs. síndrome de BH, benefícios vs. riscos/desvantagens das alternativas terapêuticas disponíveis e o facto de o controlo aceitável dos sintomas poder implicar experimentar múltiplas opções terapêuticas antes de atingir os resultados pretendidos. (2)

Notas

Em alguns doentes poderão ser necessários procedimentos adicionais para validar o diagnóstico de BH. O médico poderá solicitar uma urocultura e/ou avaliação do volume do resíduo pós-miccional. (2)

A análise de urina está indicada como parte da avaliação inicial de um doente com incontinência urinária, uma vez que pode indicar infeção do trato urinário (ITU), proteinúria, hematúria e/ou glicosúria com necessidade de avaliação adicional. (5)

A medição do volume do resíduo pós-miccional, por ecografia, está indicada em doentes com incontinência urinária com sintomas de esvaziamento e deve ser monitorizada em doentes submetidos a tratamentos que podem causar ou agravar a disfunção miccional. (5)

Na avaliação inicial de BH não devem ser realizados exames imagiológicos de rotina do trato urinário superior ou inferior, mesmo na presença de incontinência urinária de urgência. (5) De igual forma, os exames urodinâmicos, a cistoscopia e a ecografia renal e vesical não devem ser usados na avaliação inicial do doente não complicado. (2)

Formulário 2.0 Abordagem Conservadora

Formulário 2.0 Tratamento Conservador

Tratamento Conservador:

Aconselhamento relacionado com o estilo de vida:	Dieta e ingestão de líquidos:	
	Evitar ingestão de cafeína:	
	Evitar ingestão de álcool:	
	Evitar bebidas gaseificadas:	
	Perda de peso:	
Obstipação:	Aconselhamento	
Treino vesical:	Aumento do intervalo entre as micções	
	Micção programada	
	Manobras de supressão da urgência:	
Exercícios dos músculos do pavimento pélvico:	Referenciar para medicina física e reabilitação se indicado e manter o programa de tratamento	

Prescrição:

Tratamento:	Dosagem:	Duração:	Notas:
Atrofia vulvovaginal	Estrogénio tópico		Indicação:?
Outras patologias			Indicação:?
			Indicação:?

Educação do doente:

Expectativas do doente:	
Aconselhamento estilo de vida, treino vesical e exercícios dos músculos do pavimento pélvico	

Consulta de Seguimento:

Agendamento da consulta de seguimento	Explicar a razão para o tempo até à consulta de seguimento (2 a 3 meses recomendado) Dependendo do tratamento oferecido
Consulta marcada:	

A abordagem conservadora, que não inclui medicação ou cirurgia, deve ser oferecida como tratamento de primeira linha a todos os doentes com BH, uma vez que pode proporcionar alívio dos sintomas, melhorar a qualidade de vida e apresenta risco reduzido para o doente. Porém, os doentes devem ter consciência que a BH não é uma doença curável. No entanto, os sintomas podem ser controlados através de métodos não invasivos. (2, 3, 4, 7)

Aconselhamento relacionado com o estilo de vida

Ingestão de cafeína – Deve ser recomendada a redução do consumo de bebidas que contenham cafeína, especialmente chá, café e cola, uma vez que esta medida pode melhorar os sintomas de urgência e frequência, apesar de não ter impacto na incontinência. (5, 6)

Ingestão de líquidos – A restrição de líquidos é uma estratégia frequentemente usada para aliviar os sintomas, embora a evidência do seu efeito na incontinência urinária e na qualidade de vida seja contraditória. Doentes com ingestão de líquidos anormalmente alta, provocando excesso de produção de urina, ou anormalmente baixa, em que pequenas quantidades de urina concentrada podem irritar a bexiga, poderão ser aconselhados a modificar a ingestão de líquidos de forma adequada. Recomenda-se a ingestão de pelo menos 1,5 a 2 L de líquidos por dia. (5, 6)

Perda de peso - A obesidade é um fator de risco para incontinência urinária e a perda de peso melhora os sintomas. Os doentes obesos e com excesso de peso devem ser encorajados a perder peso. (5, 6)

Bebidas gaseificadas – Alguns estudos demonstraram que o consumo de refrigerantes foi associado ao desenvolvimento ou agravamento dos sintomas de BH ao aumentar a contractilidade do músculo detrusor através do aumento da entrada de Ca^{2+} . (8)

Álcool e dieta - Não existe evidência que relacione a BH à dieta ou à ingestão de bebidas alcoólicas. No entanto, a alteração dos hábitos alimentares poderá ser recomendada, de acordo com as boas práticas clínicas.

Obstipação

Existe uma associação consistente entre obstipação e desenvolvimento de incontinência urinária. Por essa razão, os doentes que sofram de obstipação devem receber aconselhamento sobre como melhorar o trânsito intestinal. (5, 10)

Treino vesical

O objetivo do treino vesical consiste em melhorar o controlo da bexiga através da mudança do comportamento do doente, especialmente da sua resposta à sensação de urgência e hábitos de micção. O restabelecimento da função normal da bexiga é esperado através da quebra do ciclo da urgência e da frequência, do aumento dos intervalos entre micções de modo a reduzir a frequência miccional e a aumentar a capacidade da bexiga. Ao longo do tempo, espera-se que os intervalos entre micções aumentem para intervalos confortáveis de 3 – 4h. O treino vesical pode ser oferecido a qualquer doente, como tratamento de primeira linha, durante pelo menos um curto período de tempo (mínimo de 6 semanas). Não se sabe qual o formato ou intensidade ideal de um programa de treino vesical. Também não está claro se o treino vesical consegue prevenir o desenvolvimento de incontinência urinária (IU), embora possa ser oferecido a mulheres na primeira gravidez como estratégia de prevenção. A eficácia do treino vesical diminui com a interrupção do tratamento. (5, 6)

Adiamento da micção – Os doentes são aconselhados a não ir à casa-de-banho quando têm a sensação de urgência e a adiar a micção durante 1 a 5 min. Assim que estiverem confortáveis com um adiamento de 5 min, este período poderá ser gradualmente aumentado. Nesta estratégia, os doentes não seguem um horário de micção predeterminado.

Planificação do horário das micções – É solicitado aos doentes que esvaziem a bexiga de acordo com um horário de micções estabelecido e predeterminado ou, em alternativa, poderão ser encorajados a seguir um horário estabelecido pelo seu próprio diário miccional. A ‘micção programada’ é a micção iniciada pelo doente, enquanto que a ‘micção provocada’ é a micção iniciada pelo cuidador. A micção programada é recomendada a doentes que conseguem esvaziar a bexiga de forma independente enquanto a micção provocada é aplicada em ambientes de cuidados assistidos. (5)

Estratégias de supressão da urgência - Os doentes são aconselhados a não se apressarem a ir à casa-de-banho quando têm a sensação de urgência miccional. Embora seja uma reação natural, apressar-se é contraproducente porque aumenta a pressão intra-abdominal e vesical, aumentando a sensação de bexiga cheia e exacerbando a urgência. Adicionalmente, apressar-se a ir à casa-de-banho expõe os doentes a sugestões visuais que podem desencadear a urgência e a contração do detrusor, aumentando o risco de um episódio de incontinência. A estratégia de supressão da urgência consiste em manter-se afastado da casa-de-banho e evitar a exposição a filas. Quando sentem a necessidade urgente de esvaziar a bexiga, os doentes são incentivados a esperar, sentar-se, se possível relaxar o corpo e contrair os músculos do pavimento pélvico repetidamente para diminuir a urgência, inibindo a contração do detrusor e prevenindo a perda de urina. Apenas após a diminuição da urgência é que devem ir à casa-de-banho a passo normal. (9)

Exercícios de treino muscular do pavimento pélvico

Os exercícios de treino muscular do pavimento pélvico são usados para melhorar a função do pavimento pélvico e melhorar a estabilidade da uretra. Existe alguma evidência de que a melhoria da função do pavimento pélvico poderá inibir a contração vesical em doentes com BH. Estes exercícios poderão fazer parte de um programa de recuperação planeado após um parto ou uma cirurgia e são mais eficazes que «nenhum tratamento» na melhoria da IU e da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária de esforço ou mista. (5)

Tradicionalmente, após a avaliação do pavimento pélvico por um profissional habilitado, os doentes são ensinados a contrair de forma consciente os músculos do pavimento pélvico e a repetir os exercícios, várias vezes, todos os dias. Os exercícios dos músculos do pavimento pélvico podem variar em termos de metodologia de ensino, quantidade e tipo de supervisão, tipo e intensidade de exercício (duração, frequência). (9)

O treino muscular do pavimento pélvico pode ser realizado de várias formas, incluindo a auto-aprendizagem (por ex. através de um folheto informativo), formação em aulas de grupo ou supervisão individual por parte de um fisioterapeuta habilitado. No entanto, os regimes de tratamento com supervisão proporcionam maiores benefícios para as mulheres a realizar treino muscular do pavimento pélvico. (5, 9) Não obstante, os benefícios a curto prazo destes exercícios poderão não ser permanentes e irão desaparecer progressivamente na maioria dos doentes. (5)

Os programas de exercício do pavimento pélvico devem ser o mais intensivo possível e incluir pelo menos 8 contrações, realizadas 3 vezes por dia. (5, 6)

Deverá ser implementado um período experimental de exercício supervisionado e intensivo, com a duração de pelo menos 3 meses, como tratamento de primeira linha para mulheres com incontinência urinária de esforço, urgência ou mista. (3, 5, 11)

Prescrição

As comorbilidades que podem causar ou agravar os sintomas devem ser tratadas de forma adequada, por exemplo, terapêutica com estrogénio intravaginal no caso de atrofia vulvovaginal nas mulheres na pós-menopausa. (2, 5, 6)

Educação do doente

Expetativas do doente - Os doentes devem ser incentivados a manter as técnicas conservadoras uma vez que, depois de iniciado o tratamento, os benefícios podem demorar 4 semanas até se manifestarem. (3)

Próxima Consulta de Seguimento

Deve-se esperar um período de 2 a 3 meses antes de avaliar a eficácia do tratamento conservador, uma vez que este pode levar algum tempo a ter impacto na melhoria dos sintomas. (4, 6)

Formulário 3.0 Avaliação de Seguimento

Formulário 3.0 Consulta de seguimento

Avaliação do Doente:

Sinais e sintomas:	Urgência		
	Incontinência de esforço, de urgência ou mista		
	Frequência		
	Noctúria		
	Qualidade do jato (sintomas de esvaziamento)		
Qualidade de Vida:	Impacto na qualidade de vida		
História Clínica:	Intercorrências		
	Nova medicação		
	Notas:		
Observação:	Exame físico conforme adequado		
	Quantificação da força muscular do pavimento pélvico, se adequado		Escala de Oxford
Sinais de alarme	Resíduo pós-miccional		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Contração ineficaz dos músculos do pavimento pélvico		Referenciar ou investigar, conforme adequado

Conclusão:

Tratamento Satisfatório (Repetir Formulário 3.0):	Necessidade de Tratamento Farmacológico (Passar para Formulário 4.0):	
Alteração do Tratamento (Repetir Formulário 3.0):	Resíduo Pós-miccional - Referenciar para Especialista:	
Sem BH (Abandono do programa: Formulário 7.0):	Massa Abdominal/pélvica – Referenciar para especialista hospitalar	
Plano de Tratamento:		
Data da próxima consulta:		

Tratamento Conservador:

Aconselhamento relacionado com o estilo de vida:	Dieta e ingestão de líquidos:	
	Evitar ingestão de cafeína:	
	Evitar ingestão de álcool:	
	Evitar bebidas gaseificadas:	
	Perda de peso:	
Obstipação:	Aconselhamento	
Treino vesical:	Adiamento da micção:	
	Micção programada:	
	Manobras de supressão da urgência:	
Exercícios dos músculos do pavimento pélvico:	Referenciar para reabilitação se indicado e manter o programa de tratamento	

Prescrição:

Tratamento:	Dosagem:	Duração:	Notas:
Atrofia vulvovaginal	Estrogénio tópico		

Deverá ser agendada uma consulta de seguimento para avaliar a adesão, eficácia, satisfação do doente, intercorrências ou novos medicamentos que possam ter impacto nos resultados e necessidade de alternativas terapêuticas.

Se os sintomas permanecerem após 3 meses de tratamento não farmacológico (abordagem conservadora de primeira linha), poderá ser iniciada a terapêutica farmacológica. É importante salientar que os métodos não farmacológicos deverão ser mantidos. (3)

Formulário 4.0 Terapêutica Farmacológica

Formulário 4.0 Terapêutica Farmacológica

Fatores que afetam a prescrição:

Contra-indicações:	Hipertensão não controlada, taquiarritmia cardíaca, glaucoma de ângulo fechado, Miastenia gravis – verificar RCM Volume Residual Pós-miccional elevado (>450ml)	
Alterações cognitivas:		
Défice funcional:		
Comorbilidades:		
Outros fármacos com efeitos anticolinérgicos:		

Escolha do Tratamento:

Tratamento (ordem alfabética):	Dose:	Posologia:	Notas: Ver RCM para informação mais detalhada
Anticolinérgicos	Cloreto de tróspio (LI, LP)	20 mg(LI) 60 mg(LP)	20 mg duas vezes por dia. 60 mg uma vez por dia. 20 mg: insuficiência renal grave - uma vez por dia ou em dias alternados 60 mg: não recomendado na insuficiência renal e hepática grave
	Darifenacina (LP)	7,5 mg 15 mg	7,5 mg por dia. Se necessário aumentar para 15 mg por dia. Insuficiência hepática moderada 7,5 mg/dia. (máximo)
	Oxibutinina (LI)	5 mg	5 mg 2 a 3 vezes por dia. Máximo 4 vezes por dia. Idosos debilitados, insuficiência renal e hepática: 2,5 mg, duas a três vezes por dia
	Propiverina (LP)	30 mg 45 mg	30 mg por dia. Se necessário aumentar para 45 mg. Se insuficiência renal grave: dose 45 mg não está recomendada. Não está recomendado se insuficiência hepática moderada a grave.
	Solifenacina	5 mg 10 mg	5 mg uma vez ao dia. Se necessário aumentar para 10 mg por dia. Insuficiência renal grave e insuficiência hepática moderada 5 mg por dia (máximo)
β_3 Agonistas	Mirabegrom (LP)	50 mg (15 mg)	50 mg uma vez por dia. Insuficiência renal grave e insuficiência hepática moderada 15 mg por dia

LI: libertação imediata, LP: libertação prolongada

Educação do doente:

Expectativas do tratamento		
Efeitos indesejáveis		
Tratamentos dos Efeitos Indesejáveis		
Quem contactar em caso de necessidade		

Quando o tratamento conservador não é suficiente para melhorar os sintomas ou não é aceite pelos doentes (12), deve ser considerado o tratamento farmacológico. A terapêutica farmacológica de primeira linha inclui antimuscarínicos orais (anticolinérgicos) ou agonistas dos recetores β_3 adrenérgicos orais. Estes agentes podem apresentar efeitos secundários indesejáveis, que podem comprometer a qualidade de vida, no entanto, qualquer efeito adverso é rapidamente reversível com a interrupção da medicação. A escolha entre as duas classes de fármacos disponíveis é determinada numa decisão partilhada entre o médico e o doente, tendo em consideração a tolerância, necessidades, recursos e preferências do doente. As principais considerações farmacológicas serão discutidas adiante por ordem alfabética das classes farmacológicas disponíveis para o tratamento da BH. (2, 4)

Antimuscarínicos

Os fármacos antimuscarínicos suprimem as contrações involuntárias da bexiga e possuem diferentes perfis farmacológicos (ex.: afinidade para os recetores muscarínicos e outros mecanismos de ação), propriedades farmacocinéticas (ex: solubilidade lipídica e semivida) e formulação. No entanto, não existe evidência consistente de que um fármaco antimuscarínico seja superior a outro na melhoria da BH e da qualidade de vida. (5)

Deve ser prescrita a dose mais baixa recomendada, para reduzir a probabilidade de efeitos secundários e as doses devem ser aumentadas gradualmente, avaliando sempre o equilíbrio entre controlo dos sintomas e ocorrência de efeitos adversos. Não obstante, o escalonamento da dose é expectável em cerca de metade dos doentes e pode ser uma estratégia em doentes medicados com fármacos disponíveis em diferentes dosagens. (2, 5, 6)

Os antimuscarínicos reduzem os sintomas mas podem apresentar efeitos secundários. Contudo, estes não colocam habitualmente a vida em risco.

O efeito secundário mais comum é a xerostomia embora também possa ocorrer obstipação, xeroftalmia, visão turva, fadiga, retenção urinária e disfunção cognitiva. (2, 5)

De um modo geral, doses elevadas de qualquer fármaco aumentam a probabilidade de efeitos adversos. (5)

O tratamento da xerostomia e da obstipação devem ser considerados antes de abandonar a terapêutica antimuscarínica eficaz. No entanto, se o doente apresentar um controlo inadequado dos sintomas e/ou efeitos adversos inaceitáveis, poderá ser considerada a alteração da dose, ou um antimuscarínico alternativo, ou agonistas dos recetores β_3 adrenérgicos. (2)

As formulações de libertação imediata (LI) estão geralmente associadas a mais efeitos secundários anticolinérgicos do que as formulações de libertação prolongada (LP) e de toma única diária. (5, 6)

Contraindicações: glaucoma de ângulo fechado, perturbações do esvaziamento gástrico, retenção urinária e *miastenia gravis* são, normalmente, contra-indicações.

Impacto Cognitivo: em doentes idosos, o impacto cognitivo dos medicamentos que possuem efeitos anticolinérgicos é cumulativo e aumenta com a duração da exposição. Défices cognitivos e alterações de memória foram consequentemente referidos e os doentes idosos apresentam uma maior propensão para estes eventos. Consequentemente, os fármacos antimuscarínicos devem ser usados com precaução nos doentes idosos que estão em risco ou sofrem de disfunção cognitiva, devendo ser realizada uma avaliação regular. Em doentes com demência, os antimuscarínicos devem ser usados com extrema precaução ou podem estar totalmente contra-indicados, dependendo do nível de compromisso cognitivo. (2, 5)

Comorbilidades: ao oferecer tratamento farmacológico para a BH deverão ser sempre avaliadas as comorbilidades existentes uma vez que estas podem ser agravadas pela medicação (por ex. obstipação, dificuldades no esvaziamento vesical, HBP, glaucoma). (6)

Em doentes debilitados, definidos como doentes com défice de mobilidade (ou seja, que necessitam de apoio para andar, com marcha lenta, dificuldade em levantar-se sem ajuda), perda de peso e fraqueza, sem causa médica conhecida e que podem ter défices cognitivos, a utilização de antimuscarínicos poderá ter uma janela terapêutica reduzida devido a uma maior propensão para efeitos adversos. (2)

Carga anticolinérgica: a utilização concomitante de outros fármacos com atividade anticolinérgica pode potenciar os efeitos secundários dos antimuscarínicos. Estão incluídos nesta categoria os antidepressivos tricíclicos, fármacos usados na doença de Parkinson, em outras doenças extrapiramidais e na doença de Alzheimer e incluem o biperideno, a galantamina e a rivastigmina.

A prescrição de antimuscarínicos a doentes que tomam outros medicamentos com propriedades anticolinérgicas requer precaução, devendo ser considerados ajustes nas medicações de modo a reduzir a carga anticolinérgica. (5)

Alguns medicamentos indicados no tratamento de náuseas e outros com propriedades atropina-*like*, como o ipratrópio, também podem potenciar estes efeitos secundários. Também deverão ser tomadas precauções em doentes medicados com inibidores da acetilcolinesterase como o donepezil. Esta lista não pretende ser exaustiva; os médicos deverão conhecer as precauções e contra-indicações associadas a estes medicamentos. (2)

β_3 agonistas

Os recetores β_3 adrenérgicos são os recetores β predominantes na bexiga e a sua estimulação demonstrou induzir o relaxamento do detrusor.

O mirabegrom, único agonista dos receptores β_3 adrenérgicos disponível em Portugal, mostrou ser eficaz na melhoria dos sintomas de BH, incluindo incontinência urinária de urgência, e os seus efeitos indesejáveis mediados pelos recetores adrenérgicos parecem ser ligeiros e clinicamente não significativos, em contexto de ensaio clínico. (5)

O mirabegrom parece ser semelhante aos antimuscarínicos, em termos de eficácia, mas com taxas mais baixas de xerostomia do que qualquer um desses fármacos, assim como taxas mais baixas de obstipação do que alguns antimuscarínicos. (4)

O mirabegrom pode ser usado como opção farmacológica de primeira linha. Adicionalmente, é uma opção para os doentes que não respondem ao tratamento conservador ou que já apresentam xerostomia (por ex., secundária à síndrome de Sjogren) e/ou obstipação, ou para quem os antimuscarínicos estão contra-indicados, são clinicamente ineficazes ou têm efeitos secundários inaceitáveis. (3, 4)

Contraindicações: hipertensão grave não controlada definida como pressão arterial sistólica ≥ 180 mm Hg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mm Hg.

Educação do doente

Os doentes devem ser informados relativamente à probabilidade de sucesso terapêutico, efeitos indesejáveis frequentes, dose e posologia dos fármacos. (6)

Os doentes também devem ser encorajados a manter o tratamento conservador, juntamente com a terapêutica farmacológica. (3)

Deve ser explicado que poderá ser necessário proceder a um ajuste posológico ou alterar a medicação dependendo da resposta, podendo não ser observados os benefícios expectáveis até que se completem 4 semanas de tratamento. (3, 6)

Data da próxima consulta

É recomendado realizar uma consulta de seguimento 4 a 8 semanas após o início de qualquer abordagem farmacológica para BH. (4, 6)

Opções de tratamento

Tratamento (ordem alfabética):		Dose:	Posologia:	Notas: Ver RCM para informação mais detalhada
Anticolinérgicos	Cloreto de tróspio (LI, LP)	20 mg(LI) 60 mg(LP)	20 mg duas vezes por dia. 60 mg uma vez por dia.	20 mg: insuficiência renal grave - uma vez por dia ou em dias alternados 60 mg: não recomendado na insuficiência renal e hepática grave
	Darifenacina (LP)	7,5 mg 15 mg	7,5 mg por dia. Se necessário aumentar para 15 mg por dia	Insuficiência hepática moderada 7,5 mg/dia. (máximo)
	Oxibutinina (LI)	5 mg	5mg 2 a 3 vezes por dia. Máximo 4 vezes por dia	Idosos debilitados, insuficiência renal e hepática: 2,5mg, duas a três vezes por dia
	Propiverina (LP)	30 mg 45 mg	30 mg por dia. Se necessário aumentar para 45 mg	Se insuficiência renal grave: dose 45 mg não está recomendada. Não está recomendado se insuficiência hepática moderada a grave.
	Solifenacina	5 mg 10 mg	5mg uma vez ao dia. Se necessário aumentar para 10 mg por dia	Insuficiência renal grave e Insuficiência hepática moderada 5 mg por dia (máximo)
β ₃ Agonistas	Mirabegrom (LP)	50 mg (25 mg)	50 mg uma vez por dia.	Insuficiência renal grave e Insuficiência hepática moderada 25 mg por dia

LI: libertação imediata, LP: libertação prolongada

<http://app7.infarmed.pt/infomed/inicio.php>

Formulário 5.0 Avaliação de Seguimento

Formulário 5.0 Consulta de seguimento

Avaliação do Doente:

Sinais e sintomas:	Urgência		
	Incontinência de esforço, de urgência ou mista		
	Frequência		
	Noctúria		
	Qualidade do jato (sintomas de esvaziamento)		
Qualidade de Vida	Impacto na Qualidade de Vida		
História Clínica:	Intercorrências		
	Nova medicação		
	Notas:		
Observação:	Exame físico conforme adequado		
	Quantificação da força dos músculos do pavimento pélvico, se adequado		Escala de Oxford
Sinais de alarme:	Resíduo pós-miccional		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Contração ineficaz dos músculos do pavimento pélvico		Referenciar ou investigar, conforme adequado

Revisão do tratamento

Eficácia:		
Adesão:		
Efeitos indesejáveis	Alterações cognitivas, resíduo pós-miccional, xerostomia, obstipação, HTA, arritmia, Frequência cardíaca	

Exames auxiliares de diagnóstico:

Ecografia vesical:	Em caso de suspeita de aumento do volume residual pós-miccional	
--------------------	---	--

Conclusão:

Tratamento Satisfatório (Repetir Formulário 5.0):		Necessidade de Avaliação nos Cuidados Secundários (Passar para Formulário 6.0):	
Alteração do Tratamento (Repetir Formulário 5.0):		Resíduo Pós-miccional - Referenciar para Especialista:	
Sem BH (Abandono do programa Formulário 7.0):		Massa Abdominal - Referenciar para especialista	
Plano de Tratamento:			
Dependendo do tratamento oferecido			
Manter a prescrição atual:			
Escalonamento da prescrição atual:			
Alteração da prescrição:			

Deverá ser agendada uma consulta de seguimento após 4 a 8 semanas para avaliação da adesão, eficácia, efeitos secundários e necessidade de ajuste terapêutico. (2, 4, 6).

Se a melhoria clínica for a pretendida, o tratamento deve ser mantido. (6)

Se forem observadas melhorias mínimas, os doentes devem ser incentivados a manter a terapêutica farmacológica juntamente com a abordagem conservadora. Nesta fase, a dosagem terapêutica também pode ser aumentada. Qualquer aumento de dose deverá ser efetuado em intervalos de três a quatro semanas. (6)

Se não houver qualquer melhoria ou se se verificarem efeitos adversos intoleráveis, deverá ser considerada a alteração da dose ou oferecido um fármaco alternativo. Se uma molécula não tiver os resultados pretendidos vale a pena experimentar outras, uma vez que determinados indivíduos têm melhores resultados com umas do que com outras. Poderá ser experimentado mais do que um agente (até três), devido aos diferentes perfis de efeitos secundários. (6, 7)

Deverá ser realizada uma consulta de seguimento, se tiverem sido recomendadas alterações posológicas ou fármacos alternativos.

Assim que os sintomas do doente regressem ao normal, a medicação deve ser revista e interrompida. No entanto, alguns estudos mostram que os doentes podem necessitar de retomar o tratamento após tentativa de interrupção. (6)

Os doentes que permanecem em tratamento farmacológico a longo prazo para a IU ou BH devem ser vistos anualmente nos cuidados de saúde primários. (6)

Se o tratamento farmacológico da BH não for bem sucedido, os doentes devem ser referenciados aos cuidados secundários. (6)

Formulário 6.0 Avaliação nos Cuidados de Saúde Secundários

Formulário 6.0 Avaliação nos Cuidados Secundários

Processo de referenciação:			
Quem/instituição?			
Qual o motivo?			
Expetativas e objetivos do doente:			
Sintomas persistentes:			
Expetativas realistas:			
Avaliação Clínica:			
Sinais e sintomas:	Urgência		
	Incontinência de esforço, de urgência ou mista		
	Frequência		
	Noctúria		
	Qualidade do jato (sintomas de esvaziamento)		
	Sinais e sintomas neurológicos		
	Dor pélvica - bexiga / uretra / vagina / intestino		
	Qualidade de Vida	Impacto na Qualidade de Vida	
História Clínica:	Patologia ginecológica		
	Patologia urológica		
	Patologia intestinal		
	ITU recorrentes		
	Patologia neurológica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Patologia em que se verifica um aumento da produção de urina		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Radioterapia pélvica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Antecedentes cirúrgicos		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Medicação		
	Notas:		
Observação:	Exame abdominal		
	Exame ginecológico (POP, teste de esforço, atrofia)		
	Quantificação da força dos músculo do pavimento pélvico		Escala de Oxford
	Toque rectal para avaliação próstata		
POP: Prolapso dos Órgãos Pélvicos, ITU: Infecção do Tracto Urinário			
Investigação:			
Ecografia vesical:		✓	
Urodinâmica (opcional):		✓	
Cistoscopia (opcional):		✓	

A referenciação para os cuidados de saúde secundários deve ser considerada quando o tratamento conservador e farmacológico não forem bem-sucedidos e o doente considerar outras abordagens. (5, 6) Nos cuidados de saúde secundários deverá ser realizada uma avaliação clínica detalhada, podendo ser necessário realizar exames adicionais (por ex. ecografia, exame urodinâmico e/ou cistoscopia).

A terapêutica combinada de um anticolinérgico associado a um agonista β_3 poderá ser uma opção nos cuidados de saúde secundários.

As opções de tratamento requerem uma seleção cuidadosa dos doentes, aconselhamento adequado e podem incluir procedimentos invasivos tais como: (4, 5, 6)

- Terapêutica intravesical com Toxina Botulínica A: a Toxina Botulínica A é uma toxina que causa um relaxamento muscular de longa duração, cerca de 6 meses em média, e é administrada na parede vesical. O objetivo consiste em reduzir as contrações não controladas do detrusor e aumentar a capacidade vesical, melhorando os sintomas de BH. Os doentes devem ser informados que poderá ser necessário administrar injeções repetidas.

- Estimulação das raízes sagradas: implantação de um dispositivo permanente, mais frequentemente na raiz nervosa sagrada S3, que emite impulsos elétricos e modula a função vesical mediando as contrações dos músculos do pavimento pélvico e esfíncter externo, e inibindo as contrações da bexiga que são responsáveis pelos sintomas;

- Estimulação percutânea do nervo tibial: introdução de um eletrodo ligado a um electroestimulador portátil junto ao nervo tibial posterior, acima do maléolo tibial. O envio de um impulso nervoso é transmitido ao plexo sagrado que regula o controlo dos músculos vesicais e do pavimento pélvico. Embora o mecanismo de ação exato não seja claro, acredita-se que interrompe os arcos reflexos anormais que podem afetar a disfunção da bexiga;

- Cistoplastia de aumento: aumento cirúrgico da bexiga usando um segmento do intestino;
- Diversão urinária: procedimento cirúrgico com o objetivo de direcionar o fluxo normal de urina através de um estoma na parede abdominal, recolhendo a urina no saco de ostomia;

O treino muscular do pavimento pélvico pode requerer referência para cuidados de saúde secundários diferenciados, principalmente em situações de falência ou incoordenação grave destes músculos, de forma a beneficiar, antes de medidas mais invasivas, de um programa de exercícios intensivo e supervisionado, podendo este ser assistido com eletroestimulação e/ou *biofeedback*. Estas técnicas ajudam a identificar os músculos do pavimento pélvico e a exercitá-los de forma adequada, usando equipamento especializado para facilitar a percepção da contracção mediante estímulos visuais, tácteis ou auditivos. (5, 6, 9)

Os médicos e os doentes devem manter os novos tratamentos durante um período adequado, de modo a determinar se a terapêutica é eficaz e tolerada. As terapêuticas combinadas devem ser realizadas de forma metódica. A adição de novas terapêuticas apenas deverá ser realizada quando a eficácia relativa da terapêutica anterior for conhecida. As terapêuticas que não demonstrem eficácia após um período de tempo adequado, devem ser interrompidas. (4)

Formulário 7.0 Saída

Formulário 7.0 Abandono

Razão para Abandono do ICP:

Sucesso do tratamento (BH controlada):		Texto explicativo (quando adequado):
Sem BH:		
Cirurgia:		
Doente adaptado aos sintomas de BH:		
Doente abandonou o tratamento devido a efeitos indesejáveis:		
Relação inadequada com o profissional de saúde:		
Doente não cumpre o tratamento:		
Doente mudou-se para outra zona:		
Doente perdido no seguimento:		
Doente tratado por outro médico:		
Morte (Não relacionada com BH):		
Outros:		Descrição:

O ICP da BH reconhece que em algumas situações os doentes abandonem o programa (de forma temporária ou permanente).

Este formulário permite que essa saída seja registada, com informação detalhada sobre a razão pela qual o doente abandonou definitivamente ou temporariamente o programa.

As razões da saída que podem ser registadas incluem:

- Transferência do doente
- Perda do seguimento
- Morte

Grupo Coordenador do Plano de Cuidados Integrados da BH

A Astellas Europe Limited convidou a Comissão Coordenadora para participar no desenvolvimento do Plano de Cuidados Integrados, mas não forneceu qualquer contributo editorial para este documento. O Grupo Coordenador inclui:

- Vera Pires da Silva, Médica de Família¹
- Alexandre Lourenço, Ginecologista²
- Francisco Cruz, Urologista³
- Luís Miguel Abranches Monteiro, Urologista⁴
- Manuela Mira Coelho, Medicina Física e Reabilitação⁵
- Maria Geraldina Castro, Ginecologista⁶
- Paulo Santos, Médico de Família⁷

Adicionalmente, a Astellas reviu o documento final para garantir a conformidade com os regulamentos relevantes. O texto baseia-se nas opiniões e experiência clínica dos autores.

¹MGF, USF Ramada; ²Ginecologia, Hospital Santa Maria, CHLN; ³Urologia, Hospital São João, CHSJ; ⁴Urologia, Hospital Beatriz Ângelo; ⁵Medicina Física e Reabilitação, Hospital de Braga; ⁶Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC; ⁷MGF, MEDCIDS - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Referências

1. Haylen, B.T., de Ridder, D., Freeman, R.M., Swift, S.E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D.E., Sand, P.K. & Schaer, G.N. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics* 29, 4-20 (2010).
2. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, Das AK, Foster HE Jr, Scarpero HM, Tessier CD, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. American Urological Association Education and Research, Inc. 2014.
3. NHS Herefordshire Clinical Commissioning Group. Guidelines for Prescribing in Overactive Bladder Syndrome (OAB). 2014.
4. Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. *J Urol.* 2015 May;193(5):1572-80.
5. Burkhard FC, Lucas MG, Berghmans LC, Bosch JLR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Nilsson CG, Pickard RS, Tubaro A. EUA Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. *European Association of Urology.* 2016.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence in women: management. 2015.
7. Roserberg MT, Witt ES, Barkin J, Miner M. A practical primary care approach to overactive bladder. *Can J Urol.* 2014; 21 (suppl 2): 2-11.
8. Robinson D, Giarenis I, Cardozo L. You are what you eat: The impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptoms. *Maturitas* 79. 2014; 8 -13.
9. Burgio Kl. Up Update on Behavioral and Physical Therapies for Incontinence and Overactive Bladder: The Role of Pelvic Floor Muscle Training. *Curr Urol Rep.* 2013 Oct;14(5):457-64.
10. Bettez M et al. 2012 Update: Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association. *Can Urol Assoc J.* 2012;6(5):354-63.
11. Hay Smith J, Bergmans G, Burgio K, Dumoulin C, Hagen S, Moore K et al. Adult Conservative management. In Abram P, Cardozo L. Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence, 4th international consultation on incontinence.* Paris: Health Publications Ltd; 2009. P 1101-227
12. Labrie J et al. Surgery versus Physiotherapy for Stress Urinary Incontinence. *N Engl J Med* 2013;369:1124-33.