

INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS PARA CLÍNICA DIÁRIA

JOSÉ ANACLETO D. RESENDE JR

MARIA C. DORNAS

RUI T. FIGUEIREDO E FILHO

FABRÍCIO B. CARRERETTE

RONALDO DAMIÃO

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária é um problema de saúde comum, acometendo a maioria das mulheres, gerando um impacto negativo da qualidade de vida. É importante uma avaliação cuidadosa para que se possa conduzir de forma efetiva tal problema.

Objetivo: Revisar na literatura, evidências de alta qualidade científica para avaliação de riscos, etiologia, diagnóstico e conduta frente à incontinência urinária feminina.

Resultados: Dezessete artigos foram incluídos nesta revisão, preenchendo os critérios propostos. Múltiplos fatores estão associados com a IU, alguns passíveis de modificações. Fatores associados incluem a idade, raça branca, alto grau de escolaridade, fatores relacionados com a gravidez, fatores ginecológicos, urológicos e gastrointestinais, comorbidades, índice de massa corporal, medicações, fumo e cafeína. Drogas anticolinérgicas são efetivas no tratamento da IU de urgência. Inúmeros procedimentos cirúrgicos são efetivos no tratamento da IU de esforço, incluindo colposuspensão retro púbica e procedimentos de sling suburetral.

Conclusão: Existem dados relevantes na

literatura que nos permitem abordar de uma maneira mais segura e efetiva o problema da incontinência urinária na mulher, bem como propiciar um tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVE: *Incontinência urinária feminina; Medicina baseada em evidências; Fatores de risco; Diagnóstico; Tratamento.*

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) feminina é definida pela Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) como qualquer perda involuntária de urina¹⁶ e pode ser classificada em 5 tipos principais: esforço, urgência, mista, transbordamento e incontinência funcional¹⁰.

A prevalência da IU varia dependendo do sexo e idade. A taxa geral em mulheres idosas com algum tipo de perda urinária varia de 17% a 55% e aquelas com perdas diárias varia de 3% a 17%. Mulheres de meia idade e jovens possuem uma prevalência de 12% a 42%¹⁹.

A IU de esforço, urgência e mista são os tipos mais comuns de incontinência na mulher, sendo que a IU de esforço é a mais prevalente. Em mulheres jovens (idade <65 anos) a IU de esforço isolada é mais frequente, cerca de 50% a 66% e em mulheres acima de 65 anos, a IU de esforço diminui para aproximadamente 25% a 33%, onde os outros tipos começam aumentar

sua frequência¹⁰.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa utilizando alguns bancos de dados, como a MEDLINE / PUBMED e The Cochrane, dos artigos de maiores relevâncias publicados entre 1998 e 2008 direcionados para os fatores de risco, etiologia, diagnóstico e tratamento da incontinência urinária na mulher adulta.

Para esta pesquisa utilizamos os seguintes termos: “*urinary incontinence*”, “*diagnostic test*”, “*medical history taking*”, “*physical examination*”, “*stress test*”, “*ultrasonography*”, “*urodynamics*” e “*cystoscopy*”. Foram selecionados para fatores de risco, etiologia e diagnóstico, revisões sistemáticas de estudos coorte, caso-controle e estudos transversais. Para tratamento foram selecionados estudos randomizados controlados ou revisões sistemáticas de estudos randomizados controlados.

RESULTADOS

Múltiplos fatores associados à IU foram encontrados, porém apenas alguns tiveram importância e foram devidamente analisados. Os fatores que aumentam o risco de desenvolvimento de IU incluem:

1. Gravidez e parto:

Episiotomia, extração a vácuo, peso do bebê e ruptura do esfíncter, aumentam o risco em 3,8 vezes de IU de esforço, na primeira gestação, em 5 anos pós-parto e de 4,5 vezes em 6 semanas pós-parto.

O estudo EPINCONT comparou 15.307 mulheres submetidas a cesariana com o parto vaginal e com mulheres não parturientes e constatou uma alta taxa de IU de esforço em mulheres submetidas a parto vaginal. A cesariana foi responsável pelo aumento de 1,7 vezes e o parto normal pelo aumento de 2,1 vezes a chance de IU mista, sendo que o fórceps foi constatado com um fator de risco independente de 10,43 vezes para IU de esforço¹⁵.

2. Histerectomia e outros fatores ginecológicos

Em mulheres acima de 60 anos a histerectomia está associada ao desenvolvimento de IU, mais comumente de urgência⁴. Não foi encontrado diferença quanto à via da histerectomia, abdominal ou vaginal.

Um exame ginecológico anormal (cistocele e o prolapso) e uma pequena contração dos músculos do assoalho pélvico, aumenta em 3,48 vezes o risco para IU de esforço⁹.

3. Fatores urológicos e gastrointestinais.

A infecção urinária recorrente é um fator independente para IU de urgência e para a IU mista, mas não para IU de esforço³.

A enurese em crianças é um fator independente para IU em mulheres de meia idade⁹.

4. Medicamentos, fumo, álcool e cafeína.

Inúmeras medicações foram citadas como tendo relação com a IU, porém apenas algumas puderam ser comprovadas, entre elas: diuréticos⁴ estrógeno^{5,17}, benzodiazepínicos, antidepressivos, hipnóticos, laxativos e antibióticos⁹.

Os dados são inconsistentes quanto ao álcool, à idade, ao fumo e a altas ingestões de cafeína (>400mg/dia) com IU⁹.

5. Doenças associadas

Duas ou mais doenças aumenta em 4,38 vezes a chance de IU, assim como baixo status de saúde, principalmente com a IU mista³, sendo o diabetes, a hipertensão arterial sistólica, os distúrbios cognitivos, o Parkinsonismo, a artrite e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas as mais relacionadas⁹.

6. Raça

Mulheres brancas apresentam maiores taxas de IU moderada e severa, assim como altas taxas de IU de esforço e IU mista, mas não de IU de urgência³.

7. Índice de massa corporal (IMC)

Quanto maior o IMC maior a relação com a IU⁹.

8. Status funcional

Mulheres com restrições de movimento de tronco apresentam maior IU⁹.

HISTÓRIA CLÍNICA

A presença de perda urinária durante os esforços, tosse ou espirro é muito sugestivo de IU de esforço, sendo que a ausência de perda diminui a probabilidade de IU de esforço¹⁰.

Quanto à IU de urgência, questões como “já teve a sensação intensa e rápida de querer urinar e perder urina antes mesmo de chegar ao banheiro?”, e quando a resposta é sim, aumenta a probabilidade de diagnóstico em 4,2 vezes, sendo que a ausência deste sintoma diminui a probabilidade de IU de urgência¹⁰.

QUESTIONÁRIOS

Existem inúmeros questionários desenvolvidos para auxiliar no diagnóstico do tipo de IU, porém existem poucos validados para a língua portuguesa. Os mais utilizados são o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* e o *King's Health Questionnaire* são os mais utilizados e com alta confiabilidade em todos os domínios, inclusive na escala de medidas de gravidade¹⁸.

ACURÁCIA DO EXAME FÍSICO NO DIAGNÓSTICO DA IU

Algumas evidências dão suporte principalmente para o exame físico voltado para detecção de alterações uroginecológicas, tais como: obstruções, prolápsos significantes e doenças malignas. Alguns testes podem ser úteis para auxiliar no diagnóstico das IUs.

TESTE DE ESFORÇO

Este teste é realizado com a mulher em posição supina ou litotomia, onde se observa a perda imediata de urina com a tosse ou com a manobra de Valsalva. O teste pode ser feito com a bexiga cheia, vazia ou após o primeiro desejo miccional durante o enchimento da mesma com soro fisiológico por cateter intravesical.

Estudos combinados^{12,20} sugerem que este

teste quando positivo é fortemente indicativo de IU de esforço e quando negativo, diminui a probabilidade¹⁰.

O teste de esforço com a bexiga cheia em posição supina, quando positivo, tem uma acurácia 9,4 vezes maior, quando comparado com o mesmo teste com a paciente com a bexiga vazia, para o diagnóstico da IU de esforço¹⁰.

Q-TIP TEST

O Q-tip test consiste em colocação de um cotonete lubrificado na uretra próximo ao colo vesical com a paciente em posição de litotomia. Alterações no eixo horizontal em repouso e com movimentação (angulação >20°-35°) do cotonete pela manobra de Valsalva, falam a favor de defeito anatômico ou hiper mobilidade uretral, levando-nos a pensar em IU de esforço, porém quando este teste é normal, diminui a probabilidade de IU de esforço¹⁰.

PAD TEST

O pad test consiste em utilização pelo paciente de um forro (pad) durante um determinado período de tempo (1h até 24h), que é posteriormente pesado e avaliado ganho de peso pela perda de urina (ganhos acima de 1g/h ou 15g/dia são considerado positivo para incontinência). A positividade do pad test aumenta a probabilidade em 3,3 vezes e quando negativo, diminui a probabilidade de IU¹⁰, sendo que o pad test confirma a IU, porém não distingue o tipo de IU.

RESÍDUO PÓS-MICCIONAL

A medida do resíduo pós-miccional através de cateter ou ultrassom pode ajudar no diagnóstico de distúrbios de eliminação da urina e retenção urinária. Este exame é geralmente realizado quando existe a suspeita de IU por transbordamento, pois pode coexistir com a IU de urgência secundária, em mulheres idosas. Estas pacientes têm o risco aumentado de desenvolver retenção urinária e IU por transbordamento principalmente quando tratadas com drogas anticolinérgicas.

ESTUDO URODINÂMICO

A realização de estudo urodinâmico fica cada vez mais restrita aos casos em que após estes testes ainda não tenha sido possível estabelecer qual tipo de IU, assim como pacientes que não têm uma resposta esperada ao tratamento

proposto ou se a opção for à cirurgia.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

O tratamento não farmacológico tem um papel importante nas IU, sendo os mais utilizados: treinamento dos músculos do assoalho pélvico, cones vaginais, eletroestimulação e outros métodos.

1. TREINAMENTO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO

Uma revisão sistemática realizada pela Cochrane que incluiu estudos de IU de esforço, urgência e mista, demonstrou que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico são mais efetivos quando comparados com as pacientes que não receberam nenhuma forma de tratamento ou ao grupo placebo⁷ (Tab.1).

Ocorreu uma redução significativa na perda de urina com o TMAP quando comparado com o cone vaginal, bem como uma maior dificuldade motivacional destas pacientes em manter a terapia com o cone vaginal e eletroestimulação quando comparados com o TMAP.

Para a IU de esforço, não ocorreu uma demonstração clara da vantagem da combinação do TMAP com o biofeedback, não sendo mais efetiva, quando comparado com o TMAP sozinho⁹. O biofeedback ajuda a paciente que tem dificuldade de isolar alguns grupos musculares pélvicos, a compreender e identificá-los, para um melhor aproveitamento e rendimento durante o TMAP.

Por outro lado, o TMAP quando associado com o treinamento vesical é melhor que o TMAP isolado ou treinamento vesical isolado⁷.

Para a IU de urgência, com ou sem IU de esforço, não houve diferença estatisticamente significativa na autofirmação de cura ou melhora entre TMAP e medicações anticolinérgicas^{7,5}, porém com discreta melhora para o TMAP, sendo também que a TMAP reduz de forma significativa o número de perdas urinárias em 24 horas⁷.

2. ELETROESTIMULAÇÃO

Através de uma agulha ou eletrodo de superfície é possível estimular eletricamente os músculos do assoalho pélvico e inibir a hiperatividade detrusora da bexiga. A sua efetividade depende do tipo de IU.

A utilização de eletroestimulação isolada ou em combinação com outras terapias não mostrou diferença significativa das outras formas de tratamento fisioterápico, para o tratamento da IU de esforço^{7,9}. A adição de eletroestimulação ao TMAP também não mostrou redução significativa da frequência de episódio de incontinência⁶.

3. CONE VAGINAL

O uso de cone vaginal requer uma contração constante das MAP para manutenção do cone dentro da vagina, o que difere do TMAP.

Para o tratamento da IU de esforço, ela é inferior ao TMAP e não tem diferença na avaliação objetiva demonstrada pelos episódios de perda, pad test e força da musculatura do

TABELA 1. COMPARAÇÃO ENTRE O TREINAMENTO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO (TMAP) VERSUS OUTRAS TERAPIAS FÍSICAS PARA O TRATAMENTO DA IU.

TMAP somente comparado com:	Relato de autocura ou melhora, RR(IC-95%)	Redução dos episódios de perda urinária em 24h (IC - 95%)
Nenhum tratamento	23.04 (7.56 to 70.22)	-1.25 (-1.57 to -0.93)
Placebo	1.53 (1.26 to 1.87)	Evidência insuficiente
Eletroestimulação	1.24 (0.97 to 1.57)	Evidência insuficiente
Cone vaginal	1.12 (0.88 to 1.41)	-0.68 (-1.18 to -0.19)
TMAP mais biofeedback	0.90 (0.76 to 1.07)	0.15 (-0.07 to 0.36)
TMAP mais Eletroestimulação	0.95 (0.67 to 1.35)	Evidência insuficiente
TMAP mais cone vaginal	0.83 (0.50 to 1.37)‡	Evidência insuficiente

DADOS OBTIDOS DE HOLROYD-LEDUC JM⁹. ABREVIÇÕES: RR= RISCO RELATIVO E IC= INTERVALO DE CONFIANÇA.

assoalho pélvico⁷.

4. TREINAMENTO VESICAL

O treinamento vesical é descrito por inúmeros autores com as mais diferentes técnicas, porém todas visam estratégias para aumentar o intervalo de tempo entre as micções programadas.

A micção programada ou treinamento vesical não foi estatisticamente melhor que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico, porém quando associados, eles são mais efetivos do que cada um isoladamente⁷. O treinamento vesical associado com terapia com medicações (ex.: antagonistas do canal de cálcio e agentes anticolinérgicos), não demonstraram melhora subjetiva significativa quando comparado com o treinamento vesical isoladamente, porém diminui os episódios de perda em 24 horas¹⁴.

5. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DROGAS ANTICOLINÉRGICAS

As medicações anticolinérgicas são usadas no tratamento da IU de urgência para inibir as contrações involuntárias do detrusor. Uma revisão sistemática demonstrou uma maior taxa de cura subjetiva ou de melhora, quando comparado com o placebo e uma melhora nos episódios de perda em 24 horas. O efeito adverso mais comum foi a boca seca, com um risco 3 vezes maior com a tolterodina e com a oxibutinina⁸. De modo geral, a oxibutinina e a tolterodina são muito semelhante nos resultados, porém com taxas um pouco maiores de efeitos colaterais para a oxibutinina.

DROGAS ADRENÉRGICAS

Os agonistas alfa-adrenérgico podem ser usados para a IU de esforço pelo fato da existência de alfa-1A adrenoreceptores mediar uma resposta contrátil da uretra e do colo vesical.

Quando estas medicações são comparadas com placebo, elas promovem uma melhora na taxa subjetiva de cura, porém não estatisticamente significativa¹.

Os efeitos adversos mais evidentes são: insônia, agitação e sintomas vasomotores.

OUTROS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS

Os bloqueadores dos canais de cálcio, hidróxido de magnésio e dapoxetina foram utilizados em alguns casos porém os resultados não foram muito satisfatórios.

6. TRATAMENTO CIRÚRGICO

Os procedimentos cirúrgicos visam corrigir o fechamento deficiente da uretra e melhorar o suporte da junção uretrovesical.

Diversas técnicas cirúrgicas são descritas, porém algumas são as mais empregadas (Tab. 2).

As taxas de complicações variam de acordo com a técnica utilizada, bem como outros fatores extrínsecos. Infecção, hemorragia, dor e retenção urinária são as complicações mais frequentes, além da urgência de novo, IU, dificuldades miccionais, recorrências ou novos prolápsos de órgão pélvico e necessidade de nova cirurgia anti-incontinência.

a) Colpo suspensão retro púbica aberta (CRA)

Realiza-se uma incisão no abdômen inferior (Pfanestiel), diseca-se o espaço retro púbico e o tecido ao redor do colo vesical e uretra proximal. Existem variações de técnicas (Busch, Marshall-Marchett-Krantz e reparo do defeito paravaginal, entre outros.)

A CRA tem taxas mais baixas de falhas quando comparada com suspensão de colo vesical com agulha, reparo vaginal anterior e colpo suspensão laparoscópica¹¹. Apresenta baixas taxas de complicações perioperatórias quando comparadas com o reparo vaginal anterior e suspensão do colo vesical com agulha. Quando comparada com o reparo vaginal anterior, a CRA apresenta altas taxas de prolápsos e baixas taxas de necessidade de reoperações e quando comparada com a colpo suspensão laparoscópica, não foi encontrada diferença significativa quanto as taxas de eventos adversos.

Não houve diferença significativa nas taxas de falhas entre a CRA e o sling suburetral e nem quanto às complicações perioperatórias. Porém a CRA esteve associada a um aumento no risco de prolápsos¹¹.

b) Suspensão do colo vesical com agulha (SCVA)

A suspensão pode ser feita por via vaginal ou abdominal, utilizando-se de uma agulha

longa para suturar um *flap* da vagina ou da fáscia abdominal anterior ao redor do tecido periuretral, fixados em cada lado do colo vesical para dar o suporte. Existem 3 tipos de técnicas mais difundidas (Pereyra, Stamey, Raz) e suas modificações.

c) Reparo vaginal anterior (RVA)

O reparo é realizado com a mucosa vaginal abaixo da uretra, suturando no tecido periuretral e fixando na fáscia pubocervical para elevar o colo vesical e a uretra proximal. Existem variações desta técnica e as mais conhecidas são: o procedimento de Bolongna e a plicação de Kelly.

O contorno anterior do colo vesical é inferior quando comparada com a CRA e equivalente à SCVA.

d) Colpo suspensão laparoscópica (CL)

A técnica é similar a aberta, porém os resultados ainda são inferiores. Não existe evidência na literatura para compará-la com as outras técnicas utilizadas para o tratamento da IU.

e) *Sling* suburetral

Utiliza-se de incisão da mucosa vaginal abaixo da uretra, com posterior dissecação lateral, passando uma agulha neste espaço

até a região supra púbica (*Tension-Free Vaginal Tape – TVT*) ou passando pelo forame obturador (*Transobturador Vaginal Tape – TOT*). Os materiais mais utilizados para suspensão da uretra são: uma fita de aponeurose do reto abdominal, uma fita de ligamento ileopectíneo ou materiais sintéticos (polipropileno e similares).

A utilização dos *slings* tem se expandido muito nestes últimos anos e tem sido a preferência da maioria dos cirurgiões, apresentando taxas de sucesso elevadas e baixas taxas de complicações. Porém não existe até o momento evidências o suficiente para afirmar sua superioridade quando comparado com as outras técnicas cirúrgicas^{2,9}.

f) Injeção periuretral

A injeção na submucosa uretral de uma substância para comprimir a uretra, cria uma almofada artificial que pode ajudar a restaurar a continência.

A comparação da injeção de gordura autóloga com placebo (solução salina), não demonstrou diferença da taxa de cura subjetiva ou taxa de melhora, com taxas de complicações muito altas^{9,13}. A injeção de colágeno quando comparada com cirurgia aberta não mostrou diferença quanto à sa-

TABELA 2. COMPARAÇÃO DAS TAXAS DE FALHAS (NÃO CURADOS) EM 1 ANO PELOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PARA IU DE ESFORÇO*

Cirurgia	Risco relativo (Intervalo de confiança de 95%)	
	Falha subjetiva	Falha objetiva
Colpo suspensão retropúbica aberta versus:		
Suspensão do colo vesical com agulha	0.66 (0.42-1.03)	0.56 (0.32-0.97)
Reparo vaginal anterior	0.51 (0.34-0.76)	0.41 (0.27-0.63)
Colpo suspensão laparoscópica	0.97 (0.47-2.03)	0.63 (0.42-0.95)
<i>Sling</i> suburetral	0.87 (0.62-1.22)	1.14 (0.71-1.84)
Suspensão do colo vesical com agulha versus reparo vaginal anterior	0.96 (0.63-1.46)	Evidências insuficientes

DADOS OBTIDOS DE HOLROYD-LEDUC JM⁹.

tisfação, porém demonstrou uma alta taxa de pacientes não curados, avaliando o pad test 24horas¹³.

COMENTÁRIOS FINAIS

A incontinência urinária prejudica de forma significativa a qualidade de vida da mulher, o que justifica um cuidado na avaliação clínica, levando em consideração a identificação mais efetiva dos fatores de risco e fatores coexistentes que possam ser modificados para aumentar a taxa de sucesso do tratamento.

Existem inúmeras opções de tratamento e a escolha adequada deve partir de dados consistentes na literatura.

Em geral, a escolha inicial no tratamento da IU deve ser a menos invasiva e com menores riscos de complicações. Neste aspecto, as terapias intervencionistas não cirúrgicas devem ser iniciadas, especialmente o treinamento da musculatura do assoalho pélvico com o treinamento vesical, iniciando com a eletroestimulação e biofeedback para pacientes com nenhum ou pouco grau de contração muscular. O tratamento pode ser concomitante com medicações (anticolinérgicas) conforme o tipo de incontinência.

Em casos mais severos de IU de esforço e que não tiveram bons resultados com o tratamento conservador previamente, deve-se optar por tratamento cirúrgico, sendo o sling (TVT ou TOT) uma opção segura e que oferece bons resultados.

REFERÊNCIAS

1. ALHASSO, A. et al. Adrenergic drugs for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 3, 2005. CD001842. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001842/frame.html>>.
2. BEZERRA, C. A. Bruschini, H. Suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Ver*, n.3, 2000. CD001754. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001754/frame.html>>.
3. BROWN, M. D, et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*, v. 94, p. 66-70, 1999.
4. BROWN, J. S. et al. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet*, v. 356, n. 9229, p. 535-9, Aug. 2000.
5. BURGIO, K. L. et al. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *JAMA*, v. 280, n.15, p.1995-2000, Oct. 1998.
6. GOODE, P. S. et al. Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial. *JAMA*, v. 290, n. 3, p. 345-52, July 2003.
7. HAY-SMITH, E. J. et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. n.3, July, 2008. CD001407. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001407/frame.html>>.
8. HAY-SMITH, J. et al. Anticholinergic drugs versus placebo for overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 3, 2002. CD003781. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003781/frame.html>>.
9. HOLROYD-LEDUC, J. M; Straus, S. E. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA*, v. 291, n. 8, p. 986-95, Feb. 2004.
10. HOLROYD-LEDUC, J. M. et al. What Type of Urinary Incontinence Does This Woman Have? *JAMA*, v. 299, n. 12, p. 1446-56, Mar. 2008.
11. LAPITAN, M. C; Cody, D. J; Grant, A. M. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*: 2005 July 20;(3):CD002912. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002912/frame.html>>.
12. LOBEL, R. W; Sand, P. K. The empty supine stress test as a predictor of intrinsic urethral sphincter dysfunction. *Obstet Gynecol*, v. 88, n. 1, p. 128-32, July 1996.
13. PICKARD, R. et al. Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Ver*, n. 2, 2003. CD003881. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003881/frame.html>>.
14. ROE, B; Williams, K; Palmer, M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, n.2, 2000. CD001308. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001308/frame.html>>.
15. RORTVEIT, G. et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*, v. 348, n. 10, p. 900- 7, Mar. 2003.
16. STASKIN, D. et al. Initial assessment of incontinence. In: ABRAMS, P. et al. (eds.). *Incontinence*. Plymouth, MA: Health Publication Ltd, 2005. Chapter 9.

17. TAMANINI, J. T. N. et al. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saude Publica*, v. 38, n. 3, p. 438-44, June 2004.
18. Tamanini, J. T. N. et al. Validation of the Portuguese version of the King's Health Questionnaire for urinary incontinent women. *Rev Saude Publica*, v. 37, n.2, p. 203-11, Apr. 2003.
19. Thom, D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc*, v. 46, n. 4, p. 473-80, Apr. 1998.
20. Walter, A. J; Thornton, J. A; Steele, A. C. Further characterization of the supine empty stress test for predicting low valsalva leak point pressures. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, v. 15, n. 5, p. 298-301, Sept./Oct. 2004.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence is a common health problem, affecting a majority of women, creating a negative impact on quality of life. Care must be taken to deal and solve such problem.

Objective: To evaluate urinary incontinence risk factors, etiology, diagnosis and treatment we reviewed evidence based medical research

literature through MEDLINE/PUBMED and Cochrane databases. Articles were searched from 1998 to 2008.

Results: Seventeen articles were selected to review. Multiple risk factors were associated with UI, some of them subjected to changes. Old age, white race, high scolarity grade, pregnancy factors, gynecological, urological and gastrointestinal factors, comorbidities, body mass index, medications, smoking habit and caffeine are associated to urinary incontinence. Diagnostic tools are discussed and taken into consideration regarding its specificity and sensibility in diagnosing urinary incontinence. Anticholinergic drugs are effective in treating urgency urinary incontinence. Many surgical procedures such as slings are effective to treat urinary incontinence.

Conclusion: Literature shows that relevant data is available to ensure a good and effective approach in treating female urinary incontinence.

KEYWORDS: Female urinary incontinence; Evidence based medicine; Risk factors; Diagnosis; Treatment.