












PROPOSTA DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA TRATAMENTO CONSERVADOR DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA

Gisela Maria Assis¹ , Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho^{1,*} , Talita dos Santos Rosa¹ , Franciele de Freitas de Oliveira¹ , Camilla Pinheiro Cristaldi da Silva¹ , Maria Luiza Peixoto Brito² , Vinícius Alves de Alencar Oliveira² , Cicera Clareliz Gomes Alves² , Ana Alinne Gomes da Penha² , Sarah Emanuelle Matias Penha² , Luis Rafael Leite Sampaio² 

RESUMO

Objetivo: Apresentar proposta de protocolo clínico para tratamento conservador da incontinência urinária de urgência (IUU). **Método:** Relato de experiência fundamentado nas evidências científicas existentes e na experiência clínica dos autores que realizam consultas de enfermagem a pessoas com IUU, delineada conforme proposição do Ministério da Saúde para elaboração de protocolos clínicos. **Resultados:** Foi proposto um protocolo clínico com diagnóstico e intervenções de enfermagem baseados na North American *Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e na Nursing Interventions Classifications, com etapas sistematizadas em verificar presença de fatores relacionados ou condições associadas ao diagnóstico, sendo eles: assoalho pélvico hiperativo, ansiedade, constipação, infecção urinária, baixa ingestão hídrica, comportamento sanitário inadequado, diabetes mellitus, prolapso de órgão pélvico, alto consumo de potenciais irritantes vesicais e persistência de sintomas. Logo após, as ações que devem ser implementadas pelo enfermeiro são descritas de forma detalhada. **Conclusão:** Considera-se que o fluxo e o detalhamento das ações apresentadas possam ser adotados pelos enfermeiros de forma a identificarem e tratarem pessoas com IUU, minimizando assim a prevalência do problema e fomentando a qualidade de vida dessas pessoas.


DESCRIPTORES: Estomaterapia. Incontinência urinária. Enfermagem.

PROPOSAL FOR A CLINICAL PROTOCOL FOR THE CONSERVATIVE TREATMENT OF URGE URINARY INCONTINENCE

ABSTRACT

Objective: To present a proposal for a clinical protocol for the conservative treatment of urge urinary incontinence. **Method:** Experience report based on existing scientific evidence and clinical experience of authors who perform nursing consultations for people with urge urinary incontinence, outlined in accordance with the Brazilian Ministry of Health's proposal for the elaboration of clinical protocols. **Results:** A clinical protocol was proposed with nursing diagnosis and interventions based on the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and Nursing Interventions Classifications (NIC), with systematized steps to verify the presence of related factors or conditions associated with the diagnosis, namely: hyperactive pelvic floor, anxiety, constipation, urinary tract infection, low fluid intake, inadequate sanitary behavior, diabetes mellitus, pelvic organ prolapse, high consumption of potential bladder irritants and persistence of symptoms. Soon after, the actions that should be implemented by the nurse were described in detail. **Conclusion:** It is considered that the flow and detailing of the actions presented can

1. Universidade Federal do Ceará  – Fortaleza/CE, Brasil.

2. Universidade Regional do Cariri  – Crato/CE, Brasil.

*Autora correspondente: manumfc2003@yahoo.com.br

Editor de Seção: Juliano Teixeira Moraes

Recebido: Ago. 04, 2022 | Aceito: Out. 31, 2022

Como citar: Assis GM; Coelho MMF; Rosa TS; Oliveira FF; Silva CPC; Brito MLP; Oliveira VAA; Alves CCG; Penha AAG; Penha SEM; Sampaio LRL (2023) Proposta de protocolo clínico para tratamento conservador da incontinência urinária de urgência. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 21: e0123. https://doi.org/10.30886/estima.v21.1295_PT

be adopted by nurses in order to identify and treat people with urge urinary incontinence, thus minimizing the prevalence of the problem and promoting the quality of life of these people.

DESCRIPTORS: Enterostomal therapy. Urinary incontinence. Nursing.

PROPUESTA DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

RESUMEN

Objetivo: Presentar una propuesta de protocolo clínico para el tratamiento conservador de la incontinencia urinaria de urgencia. **Método:** Relato de experiencia basado en evidencia científica existente y experiencia clínica de autores que realizan consultas de enfermería a personas con incontinencia urinaria de urgencia, perfilado de acuerdo con la propuesta del Ministerio de Salud para la elaboración de protocolos clínicos. **Resultados:** Se propuso un protocolo clínico con Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería basado en las Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería de América del Norte, con pasos sistematizados para verificar la presencia de factores relacionados o condiciones asociadas al diagnóstico, a saber: piso pélvico hiperactivo, ansiedad, estreñimiento, infección del tracto urinario, baja ingesta de líquidos, conducta sanitaria inadecuada, diabetes mellitus, prolapso de órganos pélvicos, alto consumo de potenciales irritantes vesicales y persistencia de los síntomas. Posteriormente, se describieron en detalle las acciones que debe implementar la enfermera. **Conclusión:** Se considera que la fluidez y el detalle de las acciones presentadas pueden ser adoptadas por los enfermeros para identificar y tratar a las personas con incontinencia urinaria de urgencia, minimizando así la prevalencia del problema y promoviendo la calidad de vida de esas personas.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Incontinencia urinaria. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência define incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina e pode ser classificada como IU de esforço (IUE), de urgência (IUU) e mista (IUM). A IUU é a perda involuntária de urina associada à urgência, observando-se aumento da frequência urinária e noctúria¹.

As mulheres são mais acometidas por tal condição, considerando anatomia pélvica, gestações, climatério, entre outros fatores. Estudos internacionais apontam prevalência de incontinência em mulheres superior a 40%, podendo esse indicador chegar a 50%, quando na presença de diabetes mellitus²⁻⁵. Estima-se que mais de 200 milhões de pessoas apresentam algum tipo de incontinência, das quais 50% possuem IUU, consagrando assim a magnitude do problema⁶.

É pertinente considerar que a incontinência impacta na qualidade de vida, limitando atividades de vida diária, atividades físicas, provocando disfunções sexuais, impactos emocionais, bem como aparecimento de sintomas depressivos e ansiosos^{7,8}.

O tratamento de primeira linha para IUU consolidada nas diretrizes nacionais e internacionais é baseado em modificações comportamentais pautadas na identificação e no controle dos fatores que causam aumento da sensibilidade vesical ou hiperatividade da bexiga. No caso de IUM, o tratamento da IUE deve seguir um protocolo de treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) paralelamente às modificações comportamentais que compõem o tratamento conservador para a IUU^{6,9}.

Intervenções conservadoras são indicadas como tratamento de primeira linha para a incontinência, entretanto se observa que o enfermeiro por vezes não lança mão de todas as possibilidades terapêuticas para pessoas com IUU e acaba por limitar o tratamento à indicação de produtos absorventes¹⁰.

Apesar de práticas consolidadas e apresentadas na literatura, não existe um protocolo sistematizado indicando ações para as condições clínicas apresentadas pela pessoa com IUU, com indicações precisas de ações de enfermagem para implementar tais terapêuticas. Assim, o objetivo deste estudo foi apresentar proposta de protocolo clínico para tratamento conservador da IUU de forma a subsidiar a prática sistematizada de enfermagem.

MÉTODO

Relato de experiência que apresenta proposta de protocolo clínico para tratamento conservador da IUU, fundamentado nas evidências científicas existentes e experiência clínica dos autores que realizam consultas de enfermagem a pessoas com IUU em instituições de saúde localizadas em três estados brasileiros. Os referidos serviços atendem pacientes de ambos os sexos com disfunções miccionais. Esse protocolo é indicado para ser utilizado durante as consultas de enfermagem em ambulatórios especializados ou atendimentos na atenção primária à saúde.

A proposta foi delineada de acordo as dez etapas propostas pelo Ministério da Saúde¹¹ para elaboração de protocolos clínicos:

- 1) Definição do tema: incontinência urinária de urgência;
- 2) Título: Protocolo clínico para tratamento conservador da incontinência urinária de urgência;
- 3) Apresentação – propósito do protocolo: tratamento conservador de pessoas com IUU;
- 4) Introdução: problematização da situação clínica e sua condição epidemiológica atual, descrevendo as possibilidades de conduta;
- 5) Objetivo: subsidiar a prática sistematizada de enfermagem;
- 6) População-alvo: pessoas com IUU;
- 7) Abordagens incluídas: tratamento conservador não farmacológico;
- 8) Perguntas de pesquisa: quais são as intervenções de enfermagem indicadas para tratamento conservador da IUU? Qual é a sequência de investigação de fatores relacionados ou condições associadas para priorização das ações?
- 9) Indicadores de implementação; número de pacientes com IUU atendidos por enfermeiros. Número de consultas por paciente com IUU. Número de altas de pacientes com IUU sem necessidade de encaminhamento para segunda linha de tratamento;
- 10) Método de busca de evidência na literatura: revisão exploratória de literatura;
- 11) Referências;
- 12) Documentação;
- 13) Formato do documento.

Algumas dessas etapas como definição do tema, apresentação, introdução, objetivo, indicação de população-alvo foram constituídas e apresentadas ao longo dos tópicos estruturais do manuscrito.

O cerne do estudo é a sétima etapa, que versa sobre as abordagens instituídas no protocolo. Este orienta os enfermeiros a instituírem o tratamento não farmacológico para a IUU, que conta com mudanças comportamentais e utilização de práticas complementares em saúde, bem como intervenções conservadoras para alterações de órgãos pélvicos (uso de pessários).

Para sistematização do cuidado, utilizou-se diagnóstico de enfermagem proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)¹² para proposição diagnóstica e as intervenções propostas pela *Nursing Interventions Classifications* (NIC)¹³. Identificou-se na NANDA o diagnóstico de enfermagem “Incontinência Urinária de Urgência” que se encontra no domínio 3 (eliminação e troca), classe 1 (processo de secreção, reabsorção e excreção de urina) sob o código 00019 e apresenta como definição: Perda involuntária de urina em combinação ou após uma sensação de urgência forte ou urgência para anular^{12,252}. Elencaram-se diversos fatores relacionados e condições associadas considerando que essa é uma condição multifatorial.

Após a avaliação por meio da coleta de informações e exame físico para identificar a presença de características definidoras do diagnóstico, o enfermeiro deve consultar o protocolo e identificar fatores relacionados ou condições associadas apresentados por cada indivíduo de forma a elencar as intervenções que necessitam ser implementadas com indicação detalhada das ações que devem ser estabelecidas.

Assim, foi produzido um protocolo aplicável a adultos com IUU associada ou não à IUE, pautado no diagnóstico de enfermagem supracitado apontando fatores relacionados ou condições associadas mais prevalentes de forma a sistematizar sua aplicação clínica pelo enfermeiro.

Por ser um relato de experiência e não apontar dados diretos ou indiretos relacionados aos serviços de saúde ou aos pacientes neles atendidos, o estudo não necessitou de parecer de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

RESULTADOS

As intervenções descritas são aplicáveis a pacientes com o diagnóstico de IUU, identificado pelas seguintes características definidoras:

- Sensação de urgência miccional;
- Aumento da frequência urinária;
- Perda de urina antes de alcançar o banheiro;
- Perda de urina entre as micções com urgência;
- Noctúria.

O tratamento conservador proposto está associado ao controle de fatores relacionados ou condições associadas ao diagnóstico de IUU. Conforme demonstrado na Fig. 1, o fluxo proposto é pautado na investigação sistemática e priorização de ações para controle desses aspectos. O profissional deve investigar na ordem proposta a presença de cada fator relacionado ou condição associada; na ausência do item investigado deve seguir para o próximo, na presença do item deve implementar as intervenções cabíveis.

Todos fatores relacionados/condições associadas encontrados devem ser listados, bem como as intervenções aplicáveis a cada caso. A lista completa compõe o plano de cuidados, a priorização de ações que impactem no maior número de fatores relacionados ou condições associadas direciona a prescrição de intervenções daquela consulta.

Vale ressaltar que em alguns casos as modificações comportamentais precisarão ser associadas à segunda linha (medicamentosa) ou terceira linha (cirúrgica) de tratamento. No caso de pacientes com mau controle glicêmico, as modificações comportamentais têm foco em promoção da saúde, como orientação para alimentação saudável ou atividade física, porém, podem não alcançar sozinhas as taxas glicêmicas esperadas e ser necessária implementação ou revisão da terapia medicamentosa, que extrapola o âmbito proposto neste protocolo, exigindo atuação da equipe médica.

No caso da Infecção de Trato Urinário (ITU) as modificações comportamentais têm o objetivo de prevenir a recorrência por meio de hábitos saudáveis como ingestão hídrica (reduz possível concentração bacteriana) e posicionamento adequado para a micção (promove esvaziamento saudável), mas não de tratar infecções sintomáticas. Pacientes com história de ITU recorrente devem ser submetidas às orientações de modificações comportamentais relacionadas, e pacientes com ITU ativa devem ser encaminhadas para tratamento medicamentoso.

Mulheres com IUU por Prolapsos de Órgão Pélvicos (POP) podem ser beneficiadas pelo TMAP (POP grau 2 ou inferior) ou pelo uso de pessários vaginais (POP de todos os graus), porém, aquelas que não se adaptarem ao uso do dispositivo podem necessitar de intervenção cirúrgica para correção enquanto seguem com outras medidas de controle dos sintomas.

DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Relaxamento muscular progressivo (TMAP/calor/massagem): Foco no relaxamento

- Adotar protocolo de TMAP;
- Limitar o TMAP para três séries ao dia, distribuídas nos três turnos;
- Focar a orientação na percepção do relaxamento e não na intensidade da contração ou tempo de sustentação;
- Orientar tempo de relaxamento com base na avaliação funcional (contar quantos segundos leva para alcançar o máximo de relaxamento e incluir esse tempo entre as contrações);
- Orientar manobra de Valsava em força mínima (empurrar levemente para fora como se fosse iniciar a evacuação) após cada contração da série; se essa manobra contribuir para o relaxamento, isso deve ser investigado na avaliação funcional;
- Importante instruir sobre terapias térmicas para relaxamento da musculatura do assoalho pélvico (MAP).

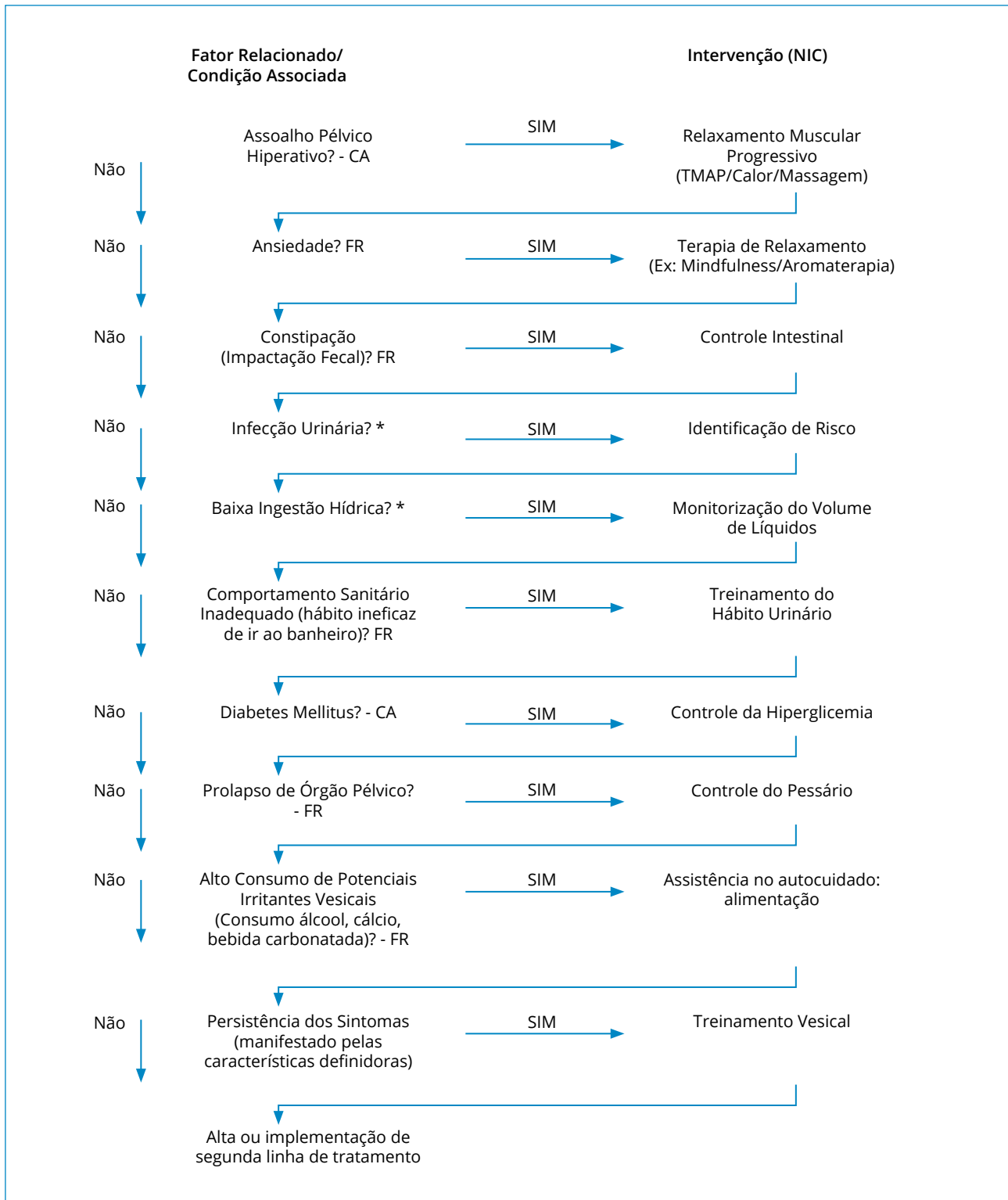


Figura 1. Fluxograma do protocolo clínico para tratamento conservador da IUU. Curitiba/PR, Brasil, 2022.FR: fator relacionado; CA: condição associada.

Banho de assento

- Colocar água morna em bacia grande (que caiba o quadril sentado na bacia de forma relaxada);
- Sentar-se sem roupas íntimas pelo tempo que a água se mantiver morna até quando começar a esfriar. Chá de camomila coado e forte pode ser acrescentado à água morna, devido a suas propriedades relaxantes.

Se a pessoa não tiver condições de se sentar no chão, não deve adotar essa opção. A prática de colocar a bacia sobre o vaso sanitário ou bancos/cadeiras não é efetiva, pois não permite o relaxamento. O vapor de água também não atua no relaxamento muscular, podendo ser usado para outras ações que não são objetivo desse protocolo.

Bolsa de calor

Aquecer bolsa (água, gel ou sementes), sentar-se sobre a bolsa com roupas finas, por aproximadamente 15 minutos, de uma a três vezes ao dia.

Técnicas de relaxamento

Diversas ações podem ser instituídas para relaxamento sistêmico. Para algumas pessoas, a prática de meditação pode ser uma opção, ao passo que para outras, alguns minutos de atividade física podem atingir melhores resultados. É importante criar uma conexão com a paciente e investigar que tipo de ações fazem sentido para ela. Na sequência estão apresentadas duas técnicas possíveis para relaxamento sistêmico, de acordo com a experiência dos autores. Elas podem ser aplicadas isoladamente ou associadas entre si ou a outras medidas.

Aromaterapia

- Pingar uma a duas gotas de óleo essencial na palma da mão;
- Espalhar para liberação do aroma;
- Posicionar as mãos em concha em frente ao nariz e a boca;
- Inspirar profundamente, segurar pelo tempo confortável, expirar completamente, segurar pelo tempo confortável. Repetir por três a cinco minutos ou pelo tempo que o aroma estiver mais intenso.

Para ansiedade, um dos óleos essenciais é o de lavanda, ao passo que para pessoas com perfil mais depressivo, a melhor indicação são os óleos essenciais cítricos como laranja doce, limão e bergamota. Podem ser utilizados de uma a duas vezes por dia ao acordar e antes de dormir.

Mindfulness (atenção plena)

A prática consiste em orientar o paciente a passar alguns segundos com atenção completamente focada em algo específico, que podem ser as sensações do corpo, o movimento da respiração ou os sons do ambiente.

É importante orientar que, durante a prática, pensamentos surgirão a todo tempo, que isso é esperado, pois é a atividade natural da mente, mas que a prática consiste em reconhecer que se distraiu com o pensamento, o deixar ir e voltar a prestar atenção no ponto escolhido, quantas vezes forem necessárias. Manter os olhos fechados facilita a prática, mas não é obrigatório.

Diversos vídeos e áudios estão disponíveis gratuitamente para a prática guiada. Essa pode ser uma opção para pacientes que encontram dificuldade na realização da prática.

Controle intestinal

- É fundamental orientar sobre a ingestão de fibra bem como a monitorização do controle de líquidos (próxima intervenção).
- Avaliar se o paciente possui uma alimentação diária rica em fibras;
 - Orientar a ingestão de quatro porções de alimentos ricos em fibras no dia (produtos integrais e vegetais), dando preferência a fibras insolúveis (bagaço de frutas, leguminosas, cascas de legumes).

A orientação do consumo de laranjas com bagaço é uma estratégia de baixo custo, boa disponibilidade e boa adesão por parte dos pacientes. É uma fruta rica em fibras insolúveis, disponíveis independente da estação do ano ou região geográfica e com custo menor quando comparada a outras fontes de fibras.

Regular rotina intestinal (reflexos ortocólico e gastrocólico)

Para pessoas constipadas, uma boa medida de controle pode ser escolher um horário para tentar a evacuação diariamente. Esse horário deve ser 20 minutos depois de uma das refeições regulares.

Se a escolha for pelo café da manhã e este acontecer logo após levantar-se, o reflexo ortocólico também auxiliará no movimento intestinal. É importante salientar que, mesmo que a evacuação não aconteça, é importante manter a regularidade das tentativas, permanecendo no vaso sanitário por no máximo 10 minutos, de forma relaxada, aguardando a evacuação sem fazer esforço abdominal.

Orientar posicionamento para evacuação

- Orientar a utilização de um apoio para os pés (banquinho) de uma altura que seja aproximadamente a metade do vaso sanitário, de forma a elevá-los, simulando a posição de cócoras. Os cotovelos devem se apoiar nos joelhos e os pés não devem ficar muito próximos um do outro.

Monitorização do volume de líquidos

- Orientar a ingestão de 30 mL de água por kg de peso corporal, por dia, distribuídos em pequenas porções (100 a 300 mL) do momento em que a pessoa acorda até duas a três horas antes de dormir.

A ingestão de líquidos próxima ao horário de dormir ou durante a noite deve ser desencorajada, a fim de controlar episódios de noctúria.

Treinamento de hábito urinário

- Planejar a ida ao banheiro após o primeiro desejo miccional;
- Evitar qualquer tempo de espera após o segundo desejo miccional;
- Sentar-se no vaso sanitário de forma relaxada sempre que for urinar.

Controle da hiperglicemia

- Orientar o paciente quanto a relação entre glicemia aumentada e aumento da sensibilidade e atividade da bexiga;
- Revisar a compreensão do paciente a respeito da necessidade de controle alimentar e atividade física regular;
- Reforçar a necessidade de seguimento rigoroso da terapia medicamentosa prescrita, quando for o caso.

Controle do pessário

Um dos tratamentos conservadores para prolapso, que ainda é pouco explorado, é a utilização de dispositivos de apoio inseridos via vaginal, feitos de silicone hipoalergênico, chamados de pessários. O uso dos pessários deve ser associado com TMAP.

Assistência no autocuidado: Alimentação

Realizar retirada gradual de irritantes vesicais

- Identificar os líquidos potenciais irritantes vesicais (PIVs) ingeridos diariamente pela pessoa: cafeinados, cítricos, gaseificados, adoçados artificialmente e alcoólicos;
- Testar a retirada de um PIV a cada semana ou quinzena e avaliar resposta. Em caso de redução dos sintomas com a redução de algum PIV, discutir sua ação e necessidade de controle de ingestão.

Treinamento vesical

Orientar inibição do desejo miccional

Técnica empregada nos momentos de urgência miccional ou nos momentos de supressão do desejo por ainda não estar no momento de urinar definido pelo treino. Trata-se de agir de maneira oposta ao convencional que seria sair correndo para o banheiro ao primeiro sinal de urgência. Seguem os seguintes passos:

- Soltar o corpo;
- Fazer respirações profundas e conscientes;
- Realizar algumas contrações da MAP até que a urgência miccional cesse.

Implementar treinamento vesical

O treinamento vesical é baseado no intervalo miccional apresentado no diário vesical. Parte-se do menor intervalo apresentado pelo paciente e uma negociação do intervalo possível. Por exemplo, se o paciente tem um diário vesical em que alguns intervalos são de 15 minutos, negocia-se que, entre uma consulta e outra, ele não urine em intervalos menores de 30 ou 45 minutos (de acordo com a avaliação e disposição para o treino). Os intervalos vão sendo aumentados gradativamente a cada consulta.

Deve ser associado a técnica de inibição do desejo miccional. Além da inibição do desejo, podem ser necessárias atividades de distração como ler, assistir, sair de casa, pelo tempo necessário até a permissão de urinar.

Orientar restrição hídrica e micção antes de dormir

- Cessar a ingestão de qualquer líquido duas horas antes de dormir.
- Antes de se deitar, realizar micção.

Em caso de edema de membros inferiores, pode-se adotar a elevação dos membros na posição deitada, 30 a 60 minutos antes de dormir, com movimentos de extensão e flexão dos pés, a fim de drenar o edema e estimular a micção antes do período de repouso noturno.

DISCUSSÃO

Com relação às características definidoras e aos fatores relacionados ao diagnóstico de IUU, optou-se por apresentar inicialmente a hiperatividade do assoalho pélvico considerando que, quando a MAP se encontra hiperativa, ela interfere diretamente no processo de relaxamento comprometendo a micção, além de promover contrações involuntárias no detrusor e dissinergismo entre bexiga e assoalho pélvico. Uma vez que as contrações do detrusor deveriam acontecer mediante relaxamento pélvico, a ausência deste altera a percepção de bexiga cheia bem como leva a contrações na fase de

armazenamento. Posto isso, o relaxamento da musculatura local por meio de massagem perineal e aplicação de calor são medidas eficazes para tratamento do problema¹.

É válido lembrar que esse tratamento guiado pelos exercícios para o treinamento da MAP é tido como primeira linha no tratamento da bexiga hiperativa, assim como a terapia cognitivo-comportamental. O treinamento da MAP é considerado padrão-ouro para o tratamento da IUU, mostrando um alto nível de evidências científicas, no entanto a adesão do paciente aos protocolos de treinamento representa a maior ameaça ao sucesso da terapia¹⁴.

A ansiedade e a depressão podem ser causadoras de tensão muscular, incluindo a MAP. Nesse caso, além das ações locais de relaxamento pélvico, ações sistêmicas devem ser aplicadas com foco no controle emocional. Essas ações devem ser escolhidas de acordo com o perfil do paciente e a disponibilidade de técnicas e práticas no local onde o paciente está sendo atendido. Assim, devem-se orientar exercícios locais de relaxamento muscular, como aplicação de calor ou massagem e práticas de saúde sistêmica como aromaterapia, meditação e técnicas de atenção plena (*mindfulness*)^{15,16}. A prática de *mindfulness* pode ser aplicada em diversos contextos como alimentação consciente ou prática de atividades físicas com atenção focada. Nesse caso, deve ser aplicada como prática de meditação, que pode ser realizada pelo tempo tolerado pelo paciente, de acordo com seu perfil¹⁵.

Mesmo sem tensão muscular, a ansiedade e a depressão devem ser olhadas com cuidado e ações devem ser aplicadas como forma de controle no paciente com IUU. As práticas integrativas (complementares ou alternativas) têm emergido no mundo ocidental como estratégias de tratamento sistêmico. Diversas são as técnicas e muitas já são contempladas pelo Sistema Único de Saúde¹⁷.

O assoalho pélvico hiperativo também contribui para constipação por impedir o relaxamento adequado para evacuação. Outras condições importantes são a impactação fecal e a constipação, apontadas por diversos estudos como importante fator de risco e relacionado a incontinência¹⁸⁻²¹. A constipação intestinal se classifica em primária e secundária, e suas causas primárias estão associadas ao não relaxamento da musculatura anorretal do assoalho pélvico, consumo inadequado de fibras, inércia colônica, alimentação incorreta, mau controle do hábito da evacuação; as causas secundárias envolvem fatores neurológicos, provocados por neuropatias traumáticas ou sistêmicas, doenças endócrinas e tratamentos medicamentosos²².

O uso de fibras e de adequada hidratação é fundamental para promover o funcionamento intestinal saudável^{23,24}. A posição correta adotada com a adoção de um apoio para elevação dos pés ao se sentar no vaso sanitário facilita o trânsito colônico por alterar o ângulo anorretal e promover alongamento do canal anal favorecendo a expulsão das fezes²⁵.

Além dessas indicações, a manutenção do hábito evacuatório saudável é fundamental no tratamento da constipação como intervenção efetiva para o tratamento da IUU, pois favorece evacuações constantes aliviando a sobrecarga no assoalho pélvico e evitando a estimulação vesical, que ocorre mediante o acúmulo fecal no reto. Assim, deve-se estimular o paciente a se beneficiar dos reflexos ortocólico e gastrocólico (promovem a motilidade do cólon — propulsão em massa) que ocorrem após as refeições e deslocam o bolo fecal com maior intensidade e velocidade em direção ao reto²⁶.

O comportamento sanitário diz respeito ao hábito miccional, relaciona-se à preferência por locais específicos para urinar, hábito de urinar na ausência da necessidade, de retardar a micção na necessidade, de forçar para urinar e a preferência por posições específicas para urinar (por exemplo, sem sentar no vaso sanitário). Sabe-se que está relacionado ao esvaziamento da urina, associando-se aos processos cognitivos e emocionais influenciados por fatores sociais, ambientais, interpessoais e culturais, em que a sensação de bexiga cheia é um fator. Nessa perspectiva, estar em ambientes diferentes e desconhecidos levam o indivíduo, por exemplo, a adiar a micção apesar da necessidade de urinar. Esses comportamentos favorecem sinais e sintomas específicos do TUI, como aumento ou redução da sensibilidade vesical, especialmente IU²⁷.

Em todos os cenários, as intervenções comportamentais como treinamento vesical, mudanças de hábitos e treinamento pélvico para tratar ou controlar IU e bexiga hiperativa, associam-se à prevenção do mau comportamento sanitário, em que o conhecimento e as percepções sobre o comportamento saudável são importantes para otimizar a saúde da bexiga²⁸.

Das doenças que influenciam nos sintomas urinários, o diabetes mellitus merece destaque, tanto pela prevalência da IUU nesse grupo, quanto pelo papel que a enfermagem exerce na orientação para o controle da doença. Estudo brasileiro demonstrou 60% de ocorrência de sintomas de IUU em um grupo com diabetes mellitus tipo 2. O fato desses sintomas estarem associados a altas taxas de hemoglobina glicada apontam para a causa: o mau controle glicêmico. A glicosúria

resultante da hiperglicemia atua como irritante ao urotélio, resultando em hipersensibilidade vesical ou bexiga hiperativa, independentemente do tempo de progressão da doença e da presença de complicações urinárias mais graves como a cistopatia diabética, que ocorre quando a hiperglicemia já levou à destruição neural periférica, resultando em sintomas de esvaziamento²⁹.

Associadas à condição de incontinência por vezes se encontram as distopias genitais. As distopias ou prolapso de órgãos pélvicos (POPs) ocorrem quando a mulher apresenta alterações na posição anatômica de órgãos pélvicos com exteriorização da parede anterior da vagina (prolapso da bexiga), posterior (prolapso de reto), apical (prolapso ápice vaginal) e do útero (prolapso uterino). A IUU nesses casos pode ser uma resposta da bexiga ao seu deslocamento ou pela falha no esvaziamento vesical em POPs que causam obstrução uretral³⁰.

As opções de tratamento dos POPs compreendem cirurgia e aposição de pessário como alternativa conservadora. No geral, a escolha da terapêutica deve ser pautada pela condição geral, grau de incômodo e desejo da mulher³¹. Ensaio clínico avaliou que o tratamento da incontinência agregado ao uso do pessário durante 6 meses apresentou taxa de sucesso de 80% no tocante à redução da incontinência³².

Entre alguns comportamentos adotados, a ingestão de PIVs, como cafeinados, adoçados artificialmente, cítricos ou alcoólicos, está associada a sintomas de urgência³³. A cafeína está presente em bebidas como café, chá e refrigerantes de cola. Os indivíduos com sintomas de bexiga hiperativa devem ser avaliados quanto ao consumo dos PIVs e nos casos de associação entre consumo e sintomas de urgência e frequência, devem ser motivados a reduzir seu consumo³⁴.

Embora a redução do PIV esteja contemplada em diretrizes de tratamento de IU ou outras disfunções do TUI (DTUI) como parte das modificações comportamentais, pouco se publica a respeito do tema de forma específica e isolada de outras medidas. Assim, pouco se sabe a respeito da ação direta dessas substâncias na manifestação de DTUI ou do efeito da redução de consumo de forma isolada de outras medidas nos sintomas.

Estudo prospectivo buscou identificar se a eliminação de todos os PIVs reduzia os sintomas de bexiga hiperativa, bem como o resultado da reintrodução parcial dessas substâncias. Observou-se baixa adesão na eliminação completa, porém, mesmo com ingestão parcial, os sintomas de urgência, frequência e incontinência de urgência reduziram significativamente. Concluiu-se, portanto, que a orientação ao paciente quanto à necessidade de eliminar totalmente os PIVs pode ser uma meta inatingível, no entanto a redução pela metade do consumo habitual é uma opção razoável e que deve ser incentivada, bem como devem ser observadas as queixas do paciente quanto à melhora dos sintomas³⁵.

Mesmo depois do controle de condições associadas à IUU, é possível que o paciente ainda apresente o quadro de frequência urinária aumentada pela urgência miccional. Isso se deve a um padrão neurológico estabelecido pelo período do quadro. Nesses casos, deve-se lançar mão de treinamento vesical adequado, inibição da urgência por meio de contrações da MAP e o treinamento dessa musculatura.

Ensaio clínico demonstra que a supressão da urgência por meio de contrações do assoalho pélvico e distração mental mostrou que 83,5% das mulheres apresentaram melhora na sensação de urgência demonstrando que tal prática é boa adjuvante no manejo da hiperatividade detrusora³⁵. Considerando que o TMAP inibe as contrações do músculo detrusor por contrações musculares repetidas e conscientes, ressalta-se a importância de tal intervenção assistida pelo enfermeiro^{36,37}.

A literatura apresenta que os sintomas vesicais noturnos são comumente associados a distúrbios do sono. É importante que o enfermeiro oriente ao paciente sobre a necessidade de distribuir a ingestão hídrica durante o dia, em pequenos volumes, e restringir essa ingestão em média duas a três horas antes de dormir de forma a minimizar a noctúria e melhorar o padrão do sono³⁸. Ensaio clínico randomizado apontou que reduzir 25% da ingestão hídrica diária total também minimiza a noctúria³⁹.

CONCLUSÃO

Este relato apresenta um protocolo clínico para tratamento conservador da IUU para sistematizar o cuidado de enfermagem, com proposição de nove intervenções de enfermagem e detalhamento de suas ações. Considera-se que o fluxo e o detalhamento das ações apresentadas possam ser adotados pelos enfermeiros de forma a identificar e tratar pessoas com IUU, minimizando assim a prevalência do problema e fomentando a qualidade de vida dessas pessoas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização: Assis GM e Coelho MMF; **Metodologia:** Assis GM e Coelho MMF; **Investigação:** Assis GM; Coelho MMF; Rosa TS; Oliveira FF; Silva CPC; Brito MLP; Oliveira VAA; Alves CCG; Penha AAG; Penha SEM e Sampaio LRL; **Redação – Primeira versão:** Assis GM; Coelho MMF; **Redação – Revisão & Edição:** Assis GM e Coelho MMF; **Supervisão:** Assis GM.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DE PESQUISA

O compartilhamento de dados não é aplicável.

FINANCIAMENTO

Não aplicável.

AGRADECIMENTOS

Não aplicável.

REFERÊNCIAS

1. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2019;38(2):433-77. <https://doi.org/10.1002/nau.23897>
2. Abufaraj M, Xu T, Cao C, Siyam A, Isleem E, Massad A, et al. Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005–2018. *Am J Obstet Gynecol* 2021;2(1):166.e1-12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.03.016>
3. Lowenstein E, Jepsen R, Andersen LL, Laigaard J, Moller LA, Gade LB, et al. Prevalence of urinary incontinence among women with diabetes in the Lolland-Falster Health Study, Denmark. *Neurourol Urodyn* 2021;40(3):855-67. <https://doi.org/10.1002/nau.24636>
4. Al Kiyimi MH, Al Belushi ZI, Jaju S, Al Mahrezi AM. Urinary incontinence among omani women: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2020;20(1):e45-53. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.01.007>
5. Pedersen LS, Lose G, Hoybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96(8):939-48. <https://doi.org/10.1111/aogs.13149>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas incontinência urinária não neurogênica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020 [citado 3 ago 2022]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Publicacoes_MS/PCDT_Incontinencia-Urinaria-no-Neurogenica_Final_ISBN_20-08-2020.pdf
7. Cruz JMA, Lisboa LL. Impact of urinary incontinence on quality of life and its relationship with symptoms of depression and anxiety in women. *Rev Salud Publica* 2019; 21(4):e150016. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n4.50016>
8. Saboia DM. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03266. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>
9. European Association of Urology. Pocket Guidelines. Arnhem: European Association of Urology 2018.
10. Hoeld M, Bauer S, Eglseer D, Everink I, Gordon A, Lohrmann C, et al. Urinary incontinence prevalence and management in nursing homes in Austria, the Netherlands, Turkey and the United Kingdom: A multi-site, cross-sectional study. *Arch Gerontol Geriatr* 2022;103:104779. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104779>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 [citado 5 mai 2022]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf

12. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2021-2023*. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.
13. *Classificação da Internacional de Enfermagem (NIC)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.
14. Funada S, Watanabe N, Goto T, Negoro H, Akamatsu S, Ueno K, et al. Cognitive behavioral therapy for overactive bladder in women: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Urol* 2020;20:129. <https://doi.org/10.1186/s12894-020-00697-0>
15. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2015;78(6):519-28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
16. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nova Iorque: Delacorte, 1990.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional e práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [citado 2 ago. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
18. Luo Y, Zou P, Wang K, Li X, Wang J. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among elderly adults in rural China: A cross-sectional survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2022;49(1):78-86. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000829>
19. Qiu Z, Li W, Huang Y, Huang W, Shi X, Wu K. Urinary incontinence and health burden of female patients in China: Subtypes, symptom severity and related factors. *Geriatr Gerontol Int* 2022;22(3):219-26. <https://doi.org/10.1111/ggi.14350>
20. Tai H, Liu S, Wang H, Tan H. Determinants of urinary incontinence and subtypes among the elderly in nursing homes. *Front Public Health* 2021;9:788642. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.788642>
21. Raju R, Linder BJ. Evaluation and treatment of overactive bladder in women. *Mayo Clin Proc* 2020;95(2):370-7. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.11.024>
22. Pinheiro AK. Constipação intestinal: Tratamento com fitoterápicos. *Rev Cient FAEMA* 2018;9(ed esp):559-64. <https://doi.org/10.31072/rcf.v9ied esp.598>
23. Emmanuel A, Mattace-Raso F, Neri MC, Petersen KU, Rey E, Rogers J. Constipation in older people: A consensus statement. *Int J Clin Pract* 2017;71(1). <https://doi.org/10.1111/ijcp.12920>
24. Bernaud FSR, Rodrigues TC. Dietary fiber: adequate intake and effects of metabolism health. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2013;57(6):397-405. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302013000600001>
25. Azevedo MAR, Lisboa LL, Medeiros CEB, Almeida VA, Gonçalves RP. Terapia comportamental associada a neuromodulação no tratamento da bexiga e intestino em indivíduos com Parkinson: Um estudo piloto. *Rev Pesq Fisio* 2021;11(1):50-8. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i1.3313>
26. Lim SF, Childs C. A systematic review of the effectiveness of bowel management strategies for constipation in adults with stroke. *Int J Nurs Stud* 2013;50(7):1004-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.002>
27. Lima BDS, Silva AMB, Matos ABOV, Silva IL, Leal ES. The relationship of the postural variable during the myocational act with the appearance of urogynecological disorders: an integrative review. *Res, Soc Dev* 2022;11(8):e18311830573. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30573>
28. Zhou F, Xue K, Liu Y, Zhuo L, Palmer MH. Toileting behaviors and factors associated with urinary incontinence in college-aged female students in China. *Int Urogynecol J* 2020;31(5):961-70. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04043-3>
29. Oliveira EG, Marinheiro LPF, Silva KS. The association between diabetes mellitus and lower urinary tract dysfunctions in women assisted in a reference service. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011;33(12):414-20. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001200007>
30. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J* 2016;35:137-68. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2932-1>
31. Raju R, Linder BJ. Evaluation and treatment of overactive bladder in women. *Mayo Clin Proc* 2020;95(2):370-77. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.11.024>
32. Nekkanti S, Wu JM, Hundley AF, Hudson C, Pandya LK, Dietes AA. A randomized trial comparing continence pessary to continence device (Poise Impressa®) for stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2022;33(4):861-68. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04967-9>
33. Miller JM, Garcia CE, Hortsch SB, Guo Y, Schimpf MO. Does instruction to eliminate coffee, tea, alcohol, carbonated, and artificially sweetened beverages improve lower urinary tract symptoms?: A prospective trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2016;43(1):69-79. <https://doi.org/10.1097/WON.000000000000197>

34. Wells MJ, Jamieson K, Markham TCW, Green SM, Fader MJ. The effect of caffeinated versus decaffeinated drinks on overactive bladder: A double-blind, randomized, crossover study. *J wound, ostomy, Cont Nurs Off Publ Wound, Ostomy Cont Nurses Soc* 2014;41(4):371-8. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000040>
35. Pal M, Chowdhury RR, Bandyopadhyay S. Urge suppression and modified fluid consumption in the management of female overactive bladder symptoms. *Urol Ann* 2021;13(3):263-67. https://doi.org/10.4103/ua.ua_52_20
36. Russo E, Caretto M, Giannini A, Bitzer J, Cano A, Ceausu I, et al. Management of urinary incontinence in postmenopausal women: An EMAS clinical guide. *Maturitas* 2021;143:223-30. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.09.005>
37. Newman DK, Borello-France D, Sung VW. Structured behavioral treatment research protocol for women with mixed urinary incontinence and overactive bladder symptoms. *Neurourol Urodyn* 2018;37(1):14-26. <https://doi.org/10.1002/nau.23244>
38. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract* 2009;63(8):1177-91. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02078.x>
39. Hashim H, Abrams P. How should patients with an overactive bladder manipulate their fluid intake? *BJU Int* 2008;102(1):62-6. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2008.07463.x>