

Heloísa Rédua
Paula Freitas
Márcia Valéria

DIRETRIZES CLÍNICAS

APLICADAS À CONSULTA DE
ENFERMAGEM NA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA FEMININA



DIRETRIZES CLÍNICAS

APLICADAS À CONSULTA DE ENFERMAGEM NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA

Elaboração, distribuição e informações:
Universidade Federal do Espírito Santo
Departamento de Enfermagem

Programa de Pós Graduação em Enfermagem -
Mestrado Profissional - PPGENF UFES

Coordenação: Paula de Souza Silva Freitas

Autores: Heloísa Helena Camponez Barbara Rédua
Paula de Souza Silva Freitas
Márcia Valéria de Souza Almeida

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

R312d Rédua, Heloísa Helena Camponez Barbara, 1987-
DIRETRIZES CLÍNICAS : APLICADAS À CONSULTA DE
ENFERMAGEM NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA
FEMININA / Heloísa Helena Camponez Barbara Rédua. - 2026.
129 f. : il.

Orientadora: Paula de Souza Silva Freitas.
Coorientadora: Márcia Valéria de Souza Almeida.
Produto Técnico-Tecnológico (Desenvolvimento de Material didático e instrucional) (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Enfermagem. 2. Mulheres - Saúde e higiene. 3. Diagnóstico em enfermagem. 4. Incontinência urinária. I. de Souza Silva Freitas, Paula. II. Almeida, Márcia Valéria de Souza. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

PREFÁCIO

Este documento é resultado de um trabalho de dissertação desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem. A partir da vivência no estágio docente, foi identificada a ausência de protocolos e diretrizes voltadas ao manejo da incontinência urinária no ambulatório de saúde da mulher do Hospital das Clínicas, o que motivou o desenvolvimento desta diretriz clínica como forma de contribuir com a qualificação da assistência.

A incontinência urinária feminina é uma condição de elevada prevalência e impacto na qualidade de vida, exigindo abordagens sistematizadas, baseadas em evidências e alinhadas à prática clínica. Nesse sentido, esta diretriz foi elaborada com o objetivo de subsidiar a consulta de enfermagem, apoiando o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a implementação de cuidados seguros e eficazes.

Construída a partir da articulação entre evidências científicas e a realidade assistencial, esta diretriz busca fortalecer a prática do enfermeiro e contribuir para a padronização do cuidado, promovendo assistência qualificada às mulheres com incontinência urinária.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

ASPECTOS LEGAIS

ANATOMIA E FISIOLOGIA DO TRATO URINÁRIO INFERIOR -

- BEXIGA
 - URETRA
 - ASSOALHO PÉLVICO
 - FISIOLOGIA MICCIONAL
-

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA À MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA-

- AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (CIPE)
 - PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
 - IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM
 - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
 - REGISTROS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
-

CONSIDERAÇÕES FINAIS

ESTUDOS DE CASO

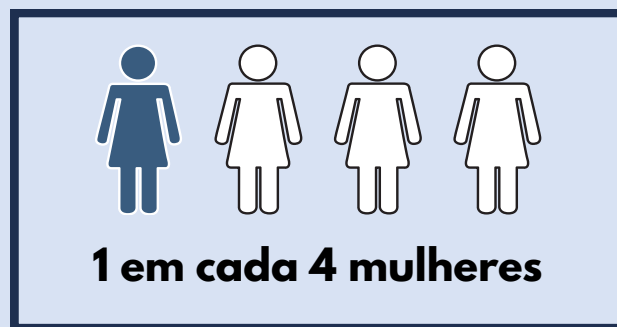
- CASO 1 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE)
 - CASO 2 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA ASSOCIADA À CONSTIPAÇÃO (IUU)
 - ATIVIDADES DE RACIOCÍNIO CLÍNICO
-

ESCOPO

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU), definida como qualquer perda involuntária de urina, é uma condição de alta prevalência que impacta significativamente o bem-estar físico, emocional e social dos indivíduos (International Continence Society, 2024; Todhunter-Brown et al., 2022). Estima-se uma prevalência global média em torno de 25%, acometendo aproximadamente um quarto da população feminina, com variação de 10% em mulheres jovens a até 45% em idosas (Milsom et al., 2013; Abrams et al., 2017). No Brasil, estudos apontam prevalências semelhantes, podendo atingir até 50% em mulheres idosas (Oliveira et al., 2017).

Figura 1 - Epidemiologia da IU em mulheres

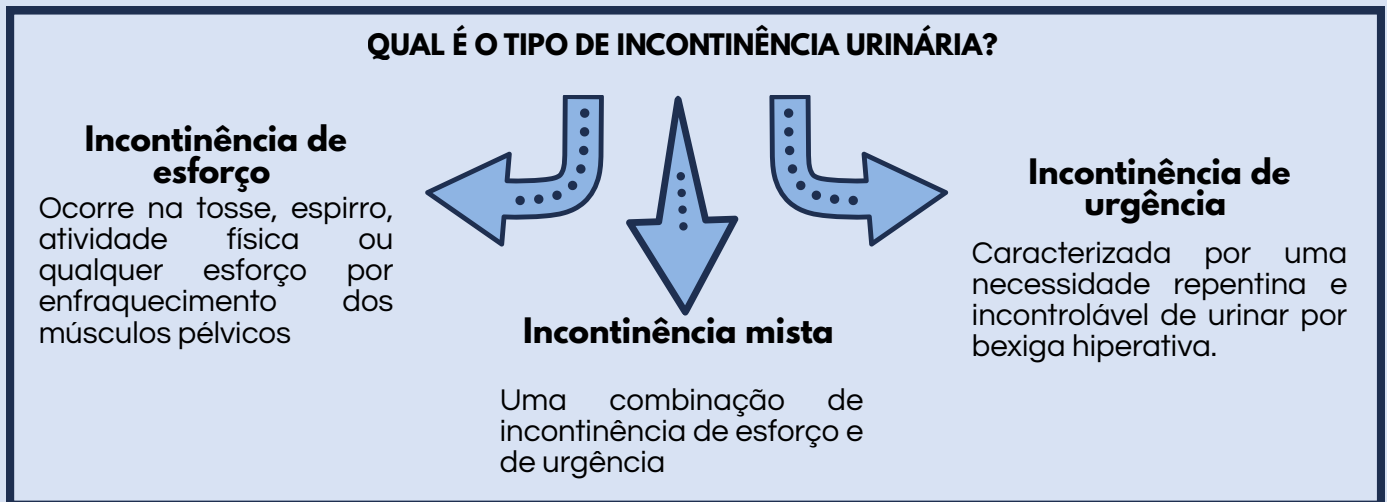


Fonte: Oliveira et al., (2017). Imagem gerada pelo o autor

Os tipos mais prevalentes de incontinência urinária são: a de Esforço, caracterizada pela perda de urina durante atividades que aumentam a pressão abdominal; a de Urgência, associada à necessidade súbita e intensa de urinar; e a Mista, que combina características de ambas. Outras formas incluem a incontinência urinária contínua, insensível, por retenção e por disfunção neurológica (International Continence Society, 2024). Estas diretrizes têm como foco principal as incontinências de Esforço, Urgência e Mista, por serem as mais frequentes e de maior impacto na prática clínica.

INTRODUÇÃO

Figura 2 - Tipos de Incontinência Urinária



Fonte: Adaptado de European Association of Urology (2024). Elaboração própria.

Dentre as intervenções disponíveis, as modificações comportamentais e o Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP) são as principais condutas recomendadas, sendo consideradas a primeira linha de tratamento pelas diretrizes internacionais (Todhunter-Brown, 2022). Enfermeiros, conforme o Parecer de Câmara Técnica n.º 04/2016/CTAS/COFEN, têm respaldo para atuar no tratamento da incontinência urinária, e é essencial que tenham acesso a ferramentas e orientações claras que apoiem suas práticas clínicas.

Estas diretrizes foram desenvolvidas por um grupo de enfermeiros especialistas, com o objetivo de oferecer orientações práticas e baseadas em evidências sobre os desafios clínicos associados à incontinência urinária feminina não neurogênica. Focam na consulta de enfermagem e em todas as etapas do processo de enfermagem – avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução – com o propósito de aprimorar a prática clínica do enfermeiro não especialista. No entanto, não abrangem casos de sintomas do trato urinário inferior (LUTS) decorrentes de doenças neurológicas ou ocorrências de LUTS em crianças. As ilustrações têm finalidade didática, algumas elaboradas com apoio de inteligência artificial.

ASPECTOS LEGAIS



Neste capítulo você vai aprender:

- a. Quais leis e resoluções garantem a atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária;
- b. Por que o Processo de Enfermagem protege o profissional e qualifica a prática clínica;
- c. Em quais contextos e limites o enfermeiro pode atuar com segurança jurídica.

A atuação do enfermeiro no tratamento da incontinência urinária encontra nos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal, especialmente no artigo 5º, que garante a inviolabilidade da dignidade da pessoa humana e a igualdade de todos perante a lei. Assim, oferecer assistência qualificada e acessível às pessoas com IU não é apenas uma atribuição legal da enfermagem, mas também um dever ético ligado ao respeito aos direitos humanos.

O tratamento da incontinência urinária por enfermeiros é garantido por um sólido arcabouço jurídico e ético, que assegura a prática em todos os níveis de atenção à saúde.



ASPECTOS LEGAIS

A Lei nº 7.498/1986 assegura ao enfermeiro competências como: realizar a consulta de enfermagem, prescrever a assistência e executar cuidados de maior complexidade — o que inclui o manejo da incontinência urinária (Brasil, 1986). Reforçando essa base, a Resolução Cofen nº 736/2024 estabelece a obrigatoriedade do Processo de Enfermagem, com ênfase em avaliação e planejamento de ações, permitindo que o enfermeiro atue em diferentes condições clínicas, entre elas a incontinência urinária (Conselho Federal de Enfermagem, 2024). O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen nº 564/2017) complementa esse respaldo, ao destacar o dever de agir com competência técnica, responsabilidade e atualização científica (Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

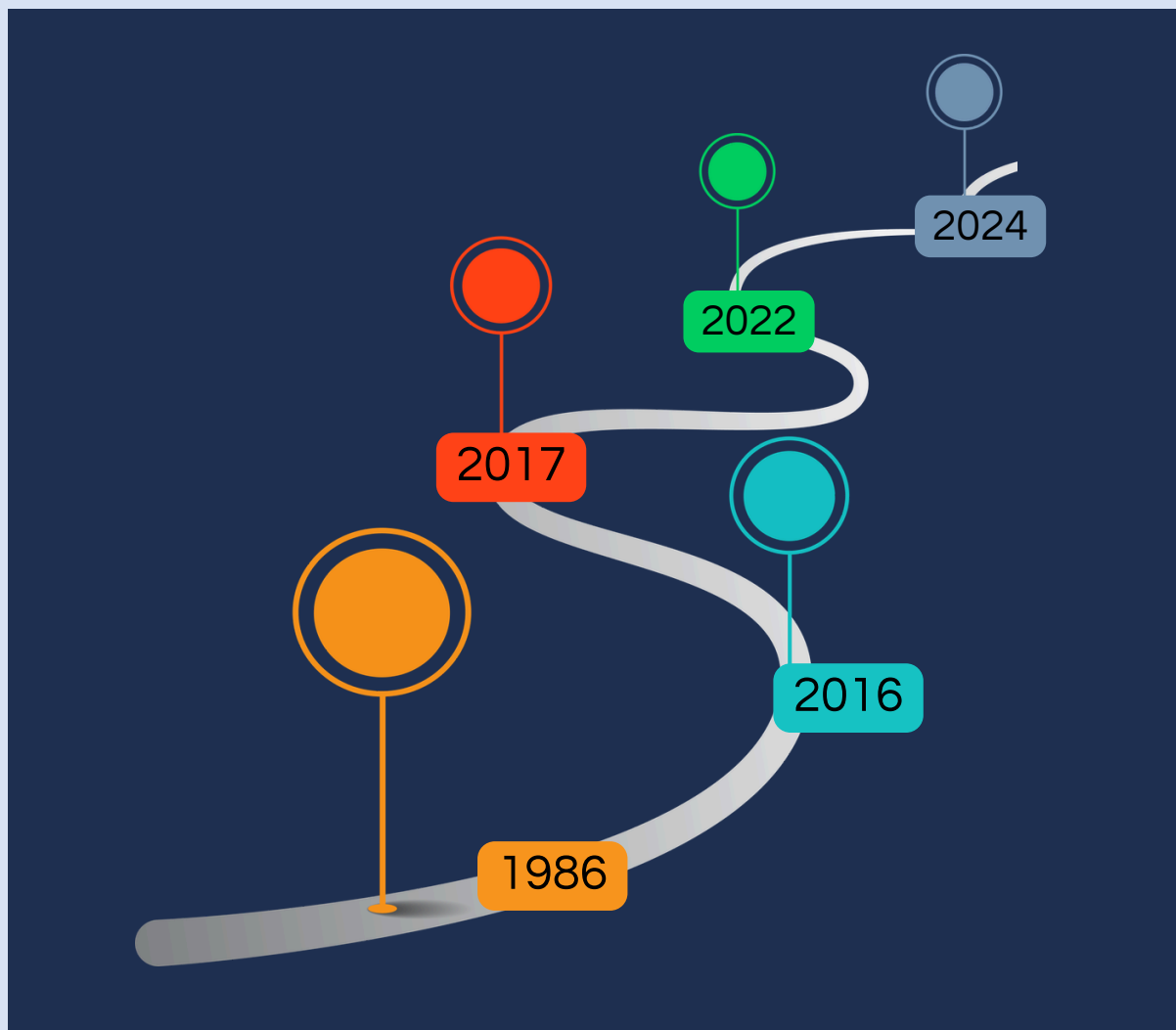
Além das leis e resoluções, os pareceres técnicos são peças-chave. Eles orientam e legitimam a atuação do enfermeiro na reabilitação do trato urinário inferior, tanto em atendimentos ambulatoriais e hospitalares, quanto domiciliares ou autônomos (Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 2022a). A Câmara Técnica do Cofen também reconhece a legalidade do tratamento conservador da incontinência urinária, desde que esteja vinculado ao Processo de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2016; Conselho Federal de Enfermagem, 2022).

Quando há formação específica — como em ginecologia ou estomaterapia — o enfermeiro pode aplicar intervenções avançadas, como: uso de pessários vaginais, eletroestimulação e biofeedback, desde que devidamente capacitado (Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 2022a).

ASPECTOS LEGAIS

A formação continuada é indispensável. Evidências apontam que programas educativos específicos elevam a qualidade da assistência e a qualidade de vida das pessoas com IU (Silva et al., 2023). Da mesma forma, a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências garante intervenções padronizadas, seguras e eficazes (Lucas et al., 2012).

Linha do Tempo Legal – Atuação do Enfermeiro na Incontinência Urinária



ASPECTOS LEGAIS

- 1986 – Lei nº 7.498/1986 - Regulamenta o exercício da Enfermagem. Garante ao enfermeiro a realização da consulta, prescrição da assistência e execução de cuidados de maior complexidade → inclui o manejo da incontinência urinária.
- 2016 – Parecer Técnico Cofen nº 04/2016 (CTAS) - Reconhece a atuação do enfermeiro no tratamento conservador da incontinência urinária, desde que integrado ao Processo de Enfermagem.
- 2017 – Resolução Cofen nº 564/2017 (Código de Ética) - Define princípios éticos da profissão, como competência técnica, responsabilidade e atualização científica.
- 2022 – Parecer Técnico Cofen/COREN (2022a) - Orienta a legalidade de práticas como exercícios do assoalho pélvico, uso de pessários vaginais, eletroestimulação, biofeedback e treino vesical por enfermeiros devidamente capacitados
- 2024 – Resolução Cofen nº 736/2024 - Torna obrigatório o Processo de Enfermagem, reforçando avaliação e planejamento de ações em todas as condições clínicas, incluindo a incontinência urinária.



ANATOMIA E FISIOLOGIA



Neste capítulo você vai aprender:

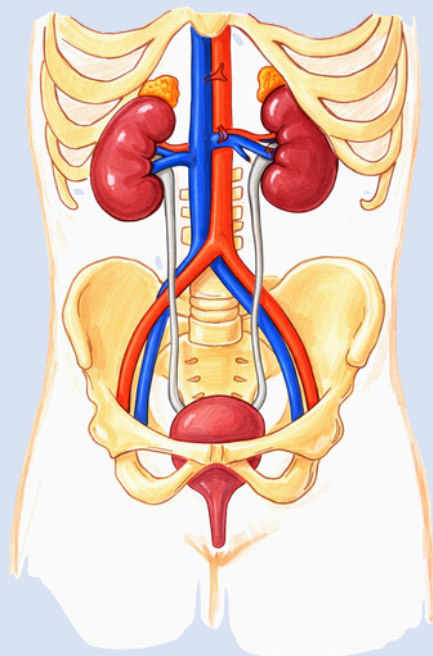
- a. Quais são as principais estruturas anatômicas envolvidas no armazenamento e na eliminação da urina;
- b. Como a anatomia da bexiga, da uretra e do assoalho pélvico se relaciona com a continência urinária;
- c. De que forma a fisiologia miccional ajuda a compreender as disfunções urinárias, incluindo a incontinência.

A compreensão apropriada da incontinência urinária requer domínio das estruturas anatômicas da pelve e do assoalho pélvico, bem como dos mecanismos fisiológicos envolvidos na micção. Diante disso, o capítulo aborda os principais fundamentos anatômicos e fisiológicos necessários ao entendimento do tema.

O sistema urinário é formado por órgãos, músculos e nervos que trabalham juntos para eliminar as impurezas do corpo e manter o equilíbrio dos líquidos. Fazem parte desse sistema os rins, ureteres, bexiga e uretra, além de músculos importantes (como os esfíncteres e o detrusor) e nervos que controlam essas funções (podendo, vesical, hipogástrico e pélvico) (Hansen, 2019; Santos, 2014). A figura 3 abaixo demonstra a localização anatômica do rim, sendo um órgão retroperitoneal, e seu segmento anatômico.

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Figura 3 - Rins: o filtro do corpo.



Fonte: Elaboração própria

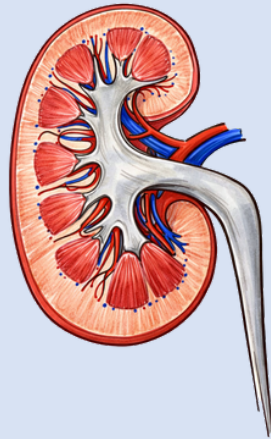
Sistema excretor e filtrador: os rins

Os rins são dois órgãos em forma de feijão, localizados na região retroperitoneal. O rim esquerdo fica um pouco mais alto que o direito, porque do lado direito há o fígado ocupando espaço.

Eles são verdadeiras “estações de filtragem”: a cada dia, processam cerca de 180 litros de líquido do sangue. Durante esse processo, retiram substâncias que o corpo não precisa (como ureia e resíduos de medicamentos), equilibram sais minerais (como sódio e potássio), controlam o pH do corpo e ajudam a manter a quantidade certa de água. Além disso, produzem hormônios que regulam a pressão arterial e a produção de células do sangue (Hansen, 2019). A figura 4 abaixo ilustra a anatomia interna do rim humano em corte longitudinal, evidenciando o córtex renal, a medula renal, os cálices renais, a pelve renal e o ureter, bem como o hilo renal, local de passagem dos vasos renais.

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Figura 4 - Representação esquemática da anatomia interna do rim

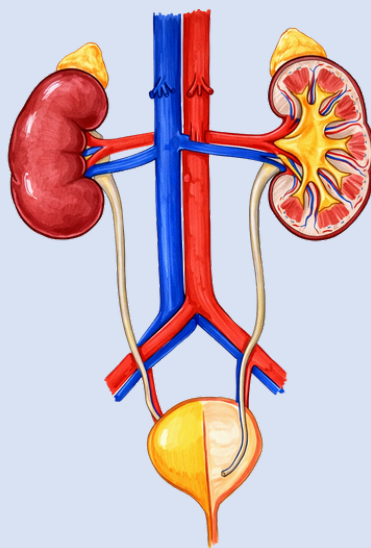


Fonte: Elaboração própria

Ureteres: o caminho da urina

Dos rins, a urina segue por dois tubos finos chamados ureteres, que ligam a pelve renal até a bexiga. Eles têm paredes musculares que fazem movimentos automáticos, chamados peristálticos, que “empurram” a urina para baixo, até chegar à bexiga (Santos, 2014). A Figura 5 ilustra a anatomia dos ureteres e sua relação com os rins.

Figura 5 - Ureteres.



Fonte: Elaboração própria

ANATOMIA E FISIOLOGIA

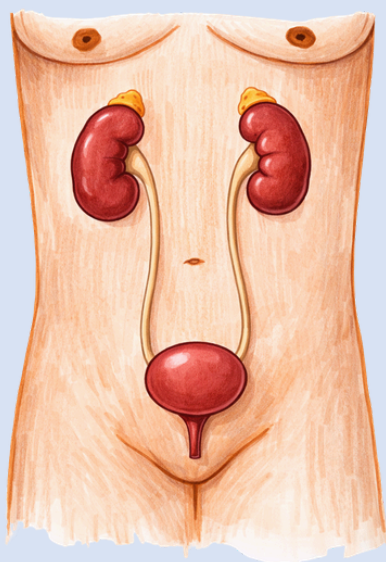
Bexiga: o reservatório

A bexiga urinária é um órgão muscular oco, de caráter altamente distensível, cuja função primordial é o armazenamento temporário da urina até que ocorra a micção de forma voluntária e socialmente apropriada. Localiza-se na porção inferior da pelve, integrando o trato urinário inferior, e sua posição anatômica apresenta variações conforme o sexo biológico.

No sexo masculino, a bexiga encontra-se situada anteriormente ao reto e superiormente à próstata. No sexo feminino, posiciona-se anteriormente ao útero, mantendo íntima relação com a vagina, o que possui relevância clínica na compreensão das disfunções do assoalho pélvico e da incontinência urinária. Essa relação anatômica deve ser considerada na avaliação e no planejamento da assistência de enfermagem. A figura 6 demonstra a localização anatômica da mulher.

À medida que a bexiga vai enchendo, o músculo detrusor se distende, permitindo guardar um grande volume de urina sem causar desconforto imediato (Santos, 2014).

Figura 6 - Localização anatômica da bexiga.



Fonte: Elaboração própria

ANATOMIA E FISIOLOGIA

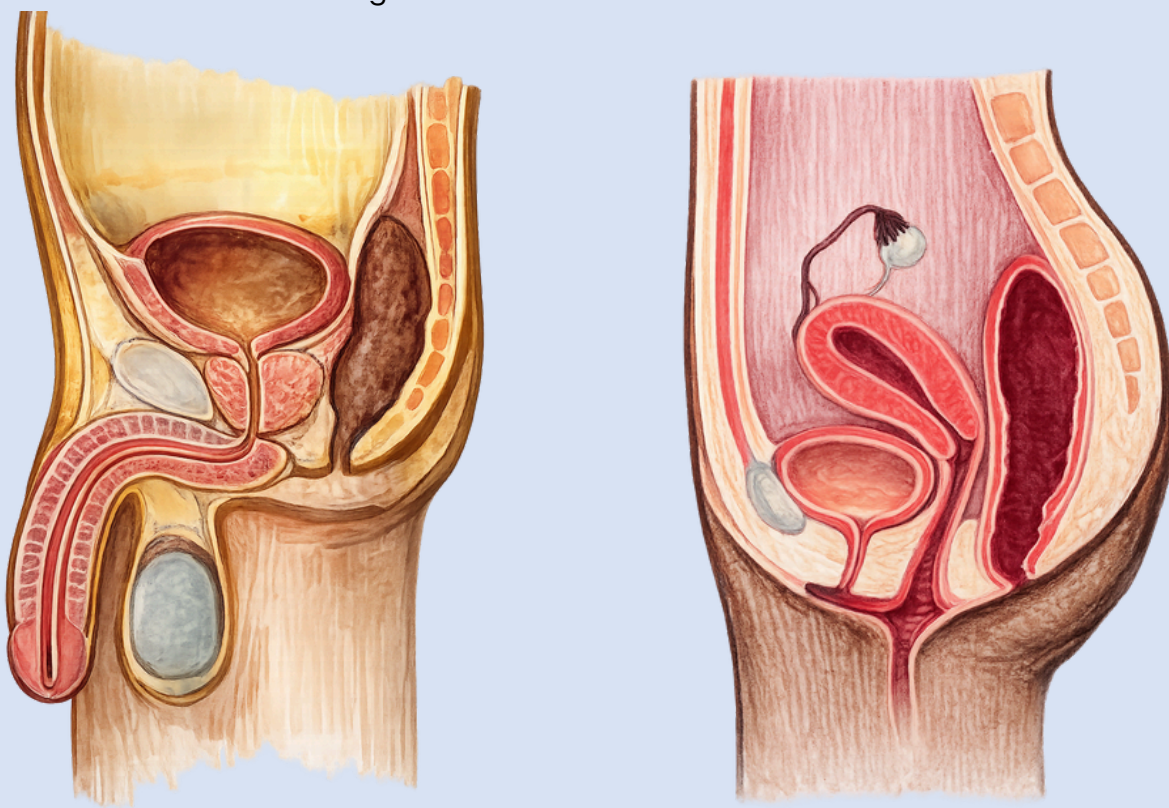
Uretra: o canal de saída

A urina é eliminada da bexiga para o meio externo pela uretra, um canal que possui dois “fechos” chamados esfíncteres (interno e externo). Eles são os responsáveis por manter a continência urinária, ou seja, segurar a urina até o momento em que a pessoa decide urinar.

- No homem, a uretra é mais longa (18 a 20 cm) e percorre todo o pênis.
- Na mulher, a uretra é mais curta (3 a 4 cm), o que facilita a entrada de bactérias e aumenta o risco de infecção urinária.

A urina contém substâncias que o corpo não precisa mais, como ureia, creatinina, ácido úrico e urobilinogênio (Hansen, 2019; Santos, 2014). A figura 7 representa a uretra e as diferenças de posições anatômicas masculina e feminina.

Figura 7 - Uretras no homem e na mulher.



ANATOMIA E FISIOLOGIA

Relação com a incontinência urinária

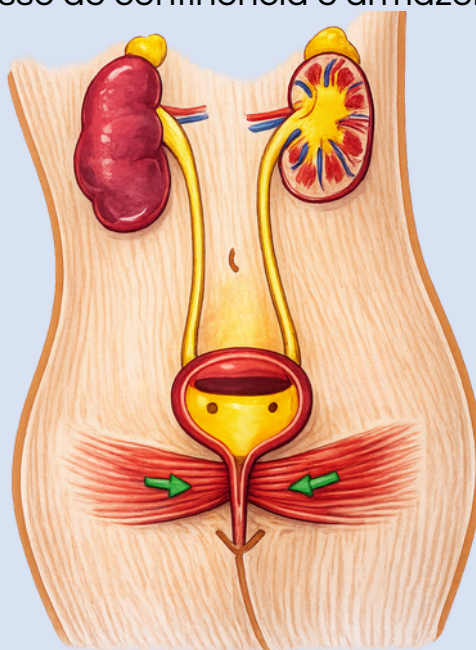
Por estarem diretamente ligados ao armazenamento e à eliminação da urina, a bexiga, a uretra e o assoalho pélvico têm um papel fundamental nas incontinências. Por isso, estudaremos essas estruturas de forma mais detalhada nos próximos tópicos abaixo.

Anatomia do Trato Urinário Inferior e composição do Assoalho Pélvico

Bexiga Urinária

A bexiga urinária é um órgão muscular em forma de bolsa, localizado atrás do osso púbico, que serve para armazenar a urina. Nos adultos, sua capacidade média é de 500 mL, mas nas mulheres costuma ser um pouco menor (≈ 400 mL) e, durante a gestação, pode cair para 300 mL (Santos, 2014). A figura 8 representa brevemente o papel do musculo detrusor da bexiga e o processo de continência urinária.

Figura 8 - Processo de continência e armazenamento vesical.



Fonte: Elaboração própria,

ANATOMIA E FISIOLOGIA

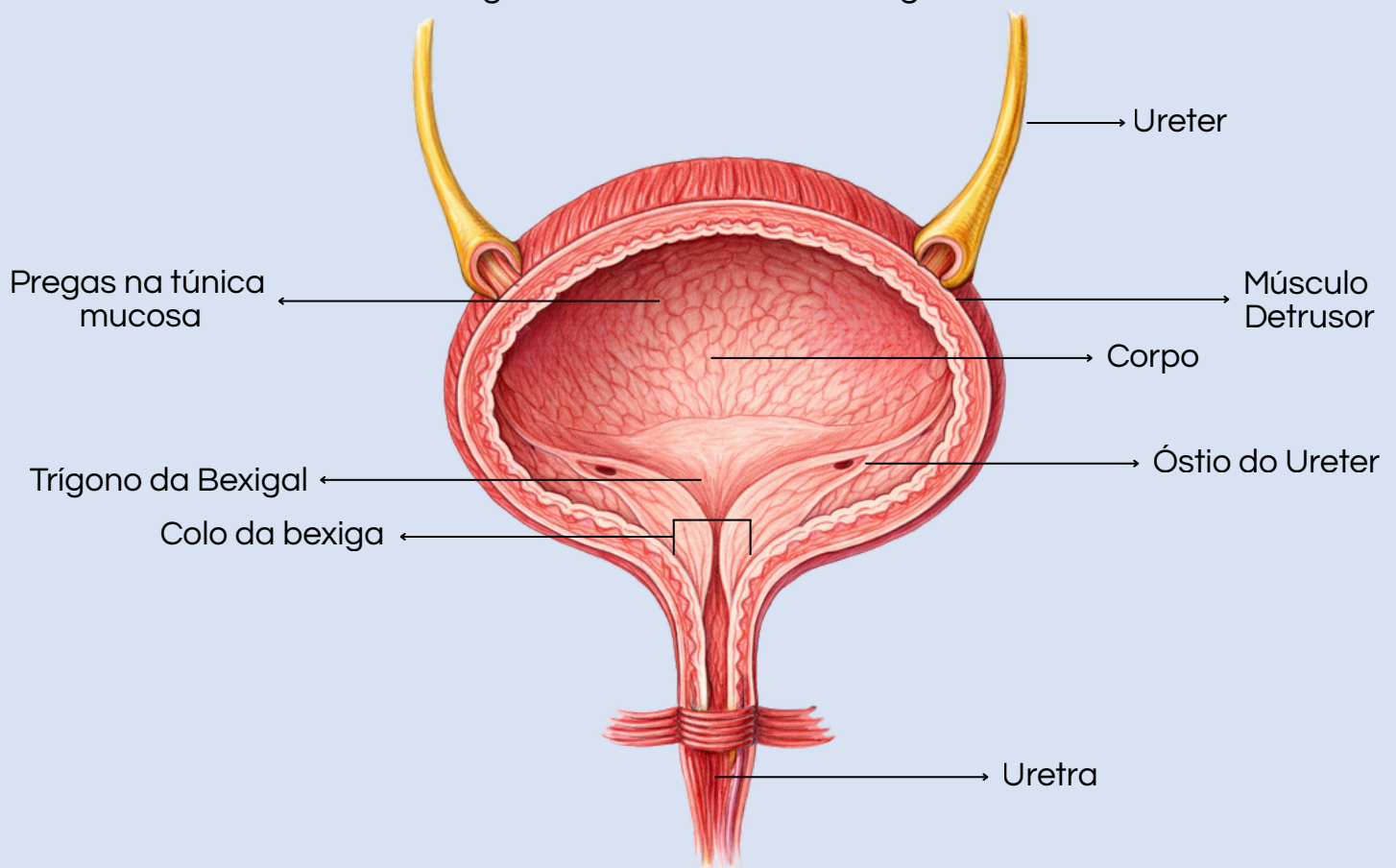
Estrutura

A bexiga tem duas partes principais:

- Corpo → maior porção, onde a urina é coletada.
- Colo → parte estreita, em forma de funil, que se conecta com a uretra (Guyton & Hall, 2021).

Na sua parede, há o músculo detrusor que é responsável por contrair para expulsar a urina. Internamente, existe o trígono vesical, uma área triangular entre as entradas dos ureteres e a saída da uretra (Santos, 2014).

Figura. 9 - Anatomia da bexiga.



Fonte: Elaboração própria

ANATOMIA E FISIOLOGIA

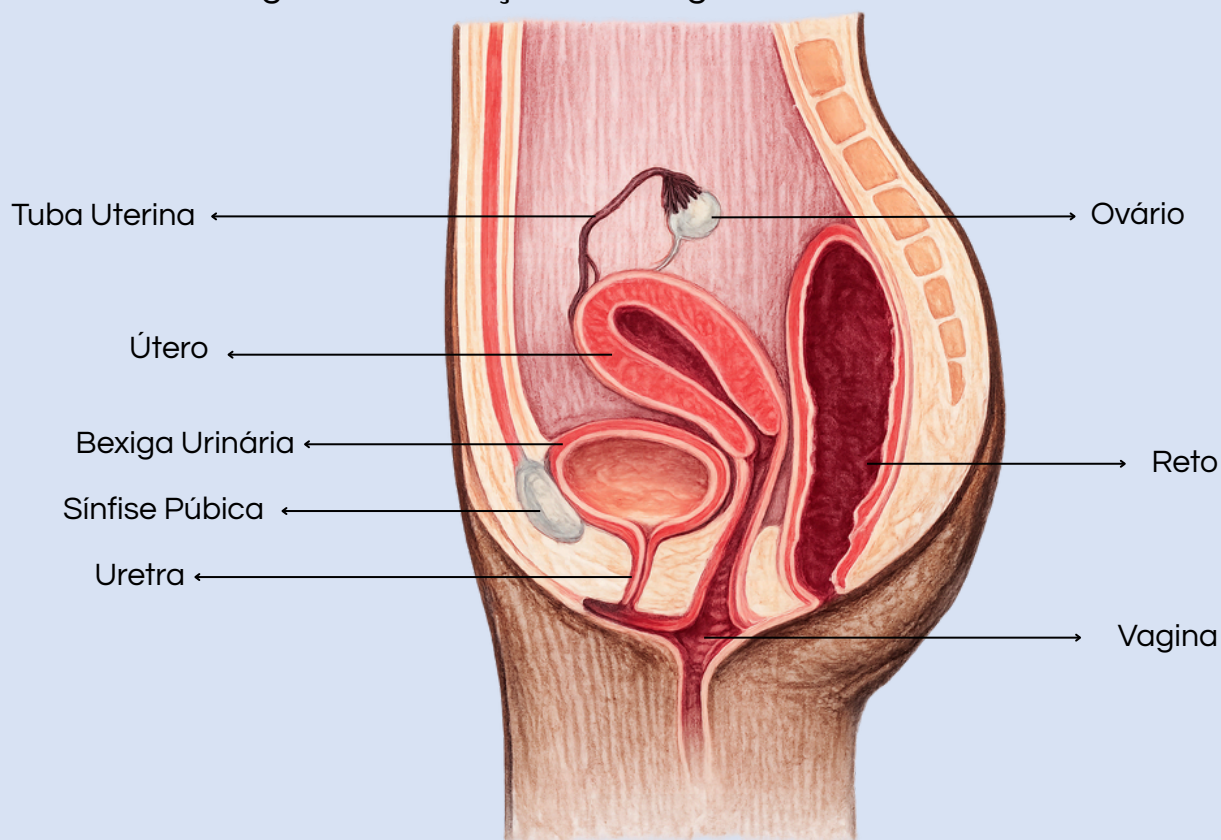
Posição e relações

- Vazia: fica escondida atrás do púbis.
- Cheia: sobe para cima do púbis e pode até ser palpada no abdômen.

Em situações de retenção urinária, a distensão exagerada pode causar uma protuberância visível na parte baixa do abdômen.

No sexo feminino, a bexiga fica próxima ao útero e à vagina; em ambos os sexos, relaciona-se ao reto e ao osso púbico (Santos, 2014).

Figura. 10 - Posição da bexiga no sexo feminino.



Fonte: Elaboração própria

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Revestimento e função nervosa da bexiga

A parte interna da bexiga é formada por três camadas principais:

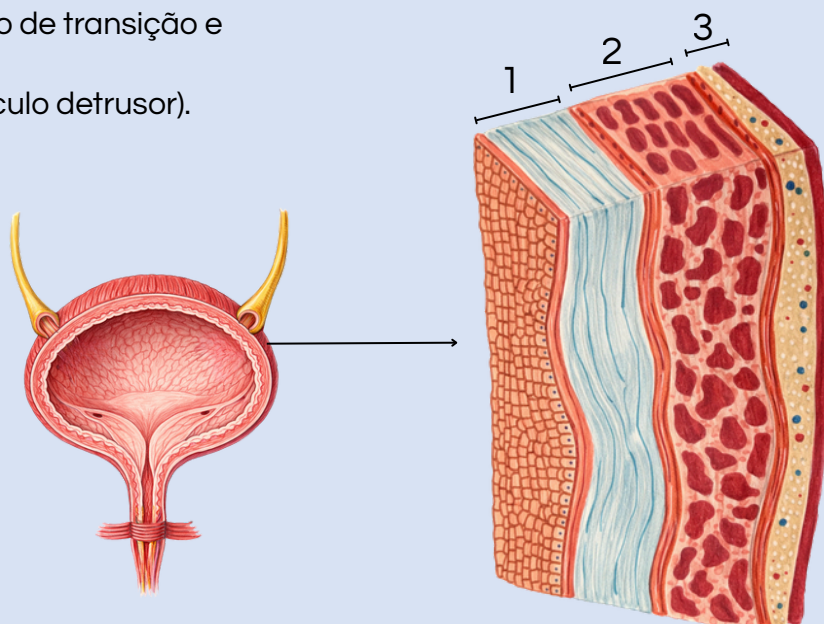
1. Túnica mucosa – composta pelo epitélio de transição (elástico e adaptável) e tecido conjuntivo de sustentação.
2. Túnica muscular – formada pelo músculo detrusor, responsável por contrair a bexiga e expulsar a urina.
3. Túnica adventícia – camada mais externa, que reveste e dá suporte ao órgão.

Essa estrutura em camadas garante que a bexiga possa se expandir para armazenar urina e depois contrair no momento da micção.

Além disso, essa região é altamente sensível ao enchimento: receptores presentes na mucosa percebem o volume armazenado e enviam sinais ao sistema nervoso central, desencadeando o reflexo da micção (McAninch, Lue, 2014).

Figura 11 - Túnicas de revestimento vesical

- 1- Túnica mucosa (epitélio de transição e tecido conjuntivo).
- 2- Túnica muscular (músculo detrusor).
- 3- Túnica adventícia.



Fonte: Elaboração própria

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Uretra

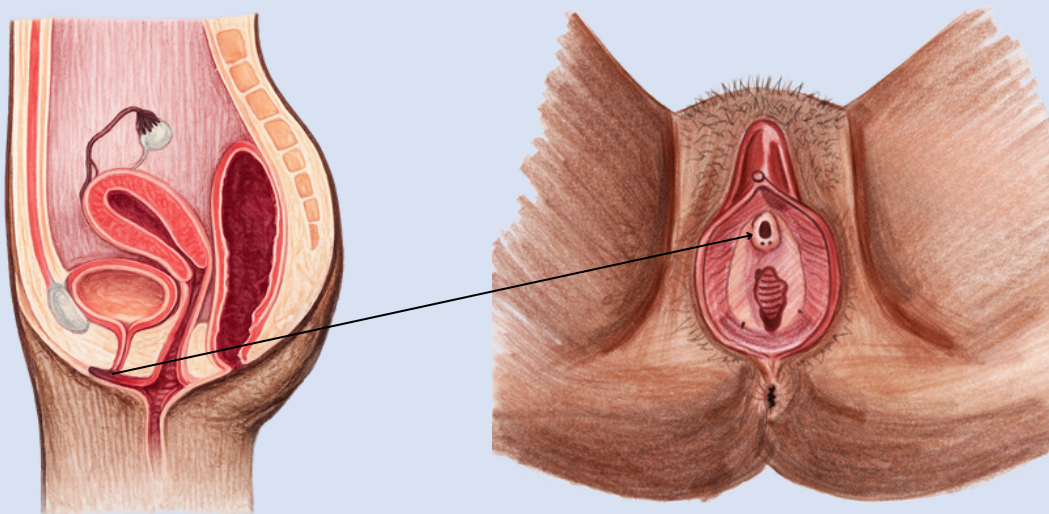
A uretra é o canal que leva a urina da bexiga até o meio externo.

Na mulher adulta, ela mede em média 4 cm de comprimento e cerca de 8 mm de diâmetro. Tem um formato levemente curvo e fica localizada logo abaixo do osso púbico, à frente da vagina (Mcaninch, Lue, 2014).

Estrutura da parede da uretra

- Revestimento interno (epitélio): é escamoso (semelhante à pele) na parte final e transicional ou pseudoestratificado nas demais regiões.
- Camada submucosa: formada por tecido conjuntivo e elástico, com pequenos espaços venosos que funcionam como “almofadinhas” de proteção.
- Camada muscular lisa: possui fibras longitudinais e circulares que continuam a musculatura da bexiga e formam o esfíncter involuntário (controlado automaticamente).
- Esfíncter estriado (voluntário): camada mais externa de fibras musculares, localizada no terço médio da uretra, responsável pelo controle consciente da micção (Mcaninch, Lue, 2014).

Figura 12 - Posição anatômica da uretra feminina



Fonte: Elaboração própria, a partir de desenho manual original

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Assoalho Pélvico

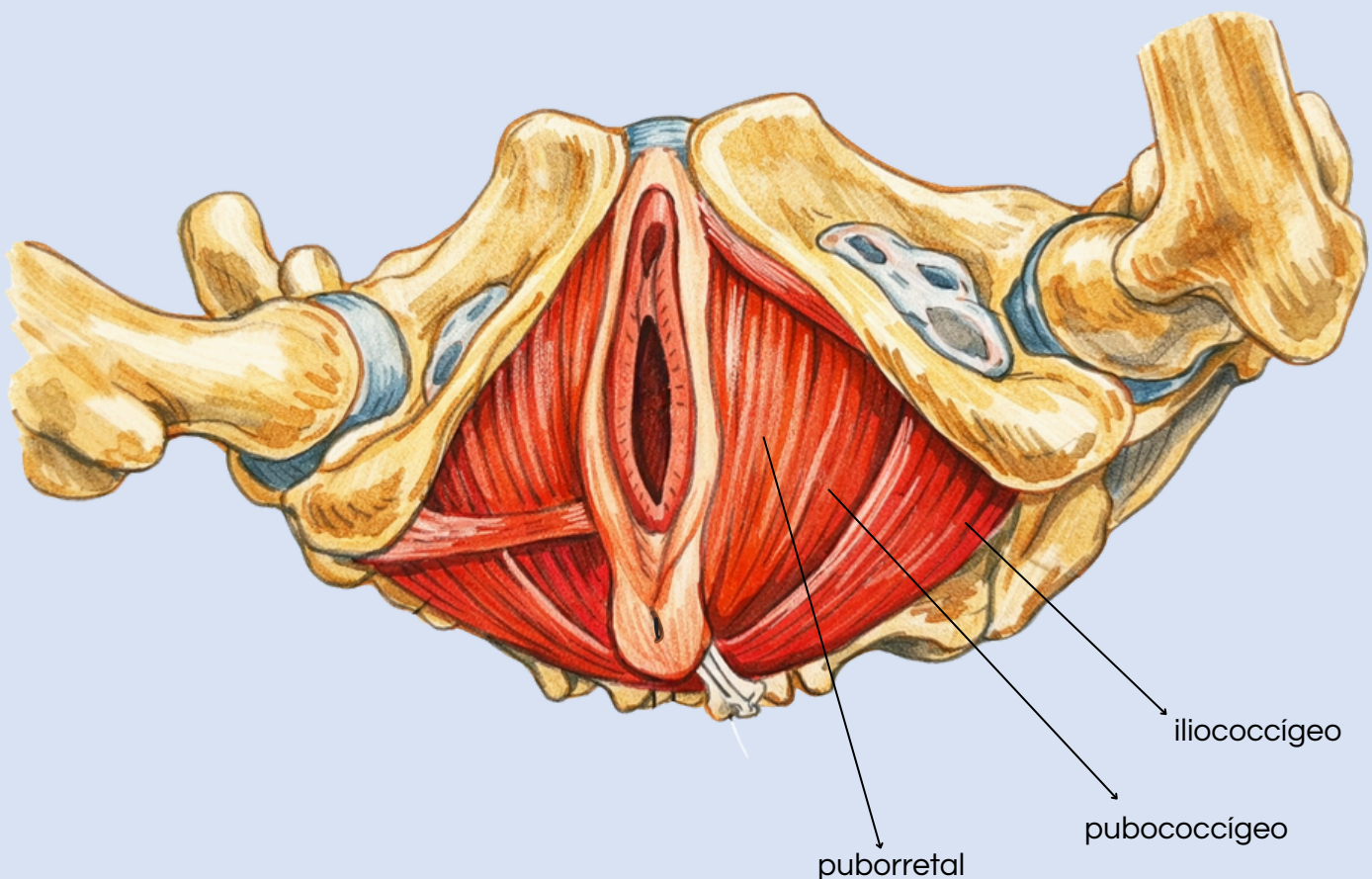
O assoalho pélvico é formado por músculos, ligamentos e tecidos que funcionam como uma rede de sustentação para os órgãos da pelve — como a bexiga, o útero e o reto.

Essas estruturas têm funções essenciais:

- Sustentação dos órgãos pélvicos, prevenindo prolapsos.
- Controle da continência urinária e fecal, evitando perdas involuntárias.
- Auxílio no esvaziamento da bexiga e do reto.

(Girão, 2015).

Figura 13 - Músculos levantador do ânus



Fonte: Desenho adaptado de Netter, Atlas de Anatomia Humana.

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Principais músculos e estruturas

- Diafragma pélvico → formado pelos músculos levantador do ânus (pubococcígeo, puborretal e iliococcígeo) e isquiococcígeo.

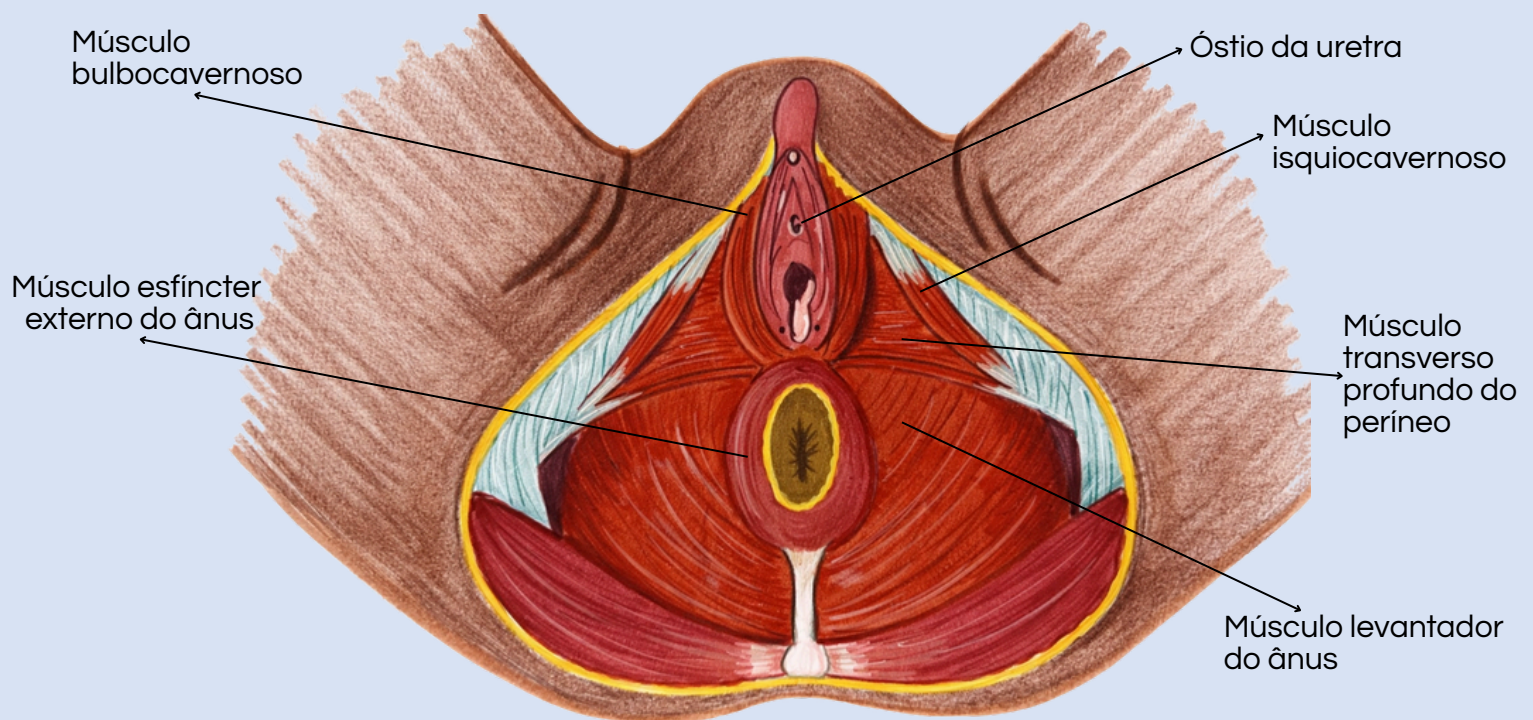
Função: sustentar os órgãos e auxiliar no controle da continência.

- Trígono urogenital → inclui músculos superficiais (transverso superficial, bulboesponjoso e isquiocavernoso) e profundos (transverso profundo, esfíncter uretrovaginal e compressores da uretra).

Função: estabilizar o períneo e controlar a uretra e o introito vaginal.

- Corpo perineal e membrana perineal → pontos de ancoragem para músculos e fáscias, importantes para a estabilidade e suporte da uretra.

Figura 14 - Músculos do assoalho pélvico feminino



ANATOMIA E FISIOLOGIA

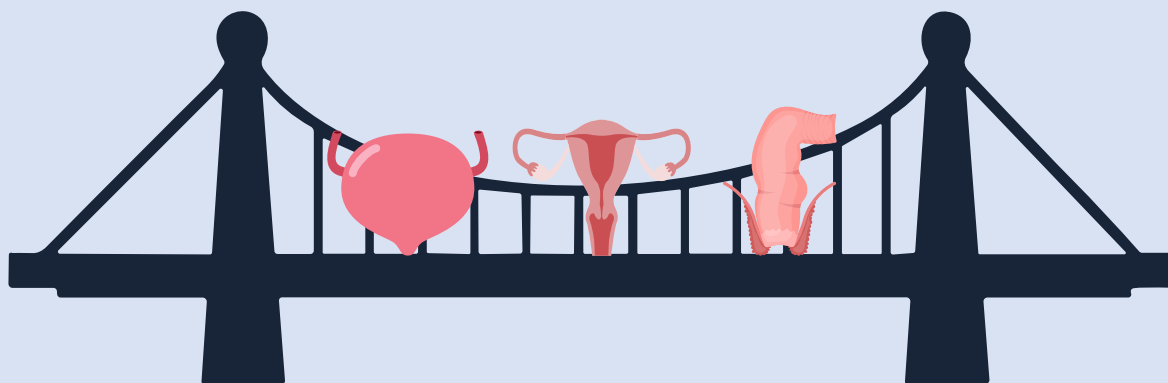
Fáscias e ligamentos

- Fáscia endopélvica → conecta os órgãos às paredes da pelve.
Subdivisões: fáscia pubocervical (apoio da bexiga) e fáscia retovaginal (apoio entre reto e vagina).
- Ligamentos pubouretral e uretropélvico → ajudam a sustentar a uretra e contribuem para a continência urinária (Tim, Mazur-Bialy, 2021).

Funções do Assoalho Pélvico

O assoalho pélvico funciona como uma base firme e essencial do corpo. Ele mantém os órgãos pélvicos (como bexiga, útero e reto) no lugar, resistindo à força da gravidade, e responde bem aos aumentos de pressão interna — como durante a tosse, o riso ou o espirro. Além disso, garante a continência urinária, fecal e de gases, e é fundamental nas funções de micção, evacuação, atividade sexual e, no caso das mulheres, o parto. Essa abrangência funcional também é destacada na literatura científica, que acrescenta ainda que o assoalho pélvico participa da locomoção e oferece suporte dinâmico às atividades diárias (Tim, Mazur-Bialy, 2021).

Figura 16 - Esquema conceitual do assoalho pélvico como sistema de sustentação em ponte



Fonte: Elaboração própria

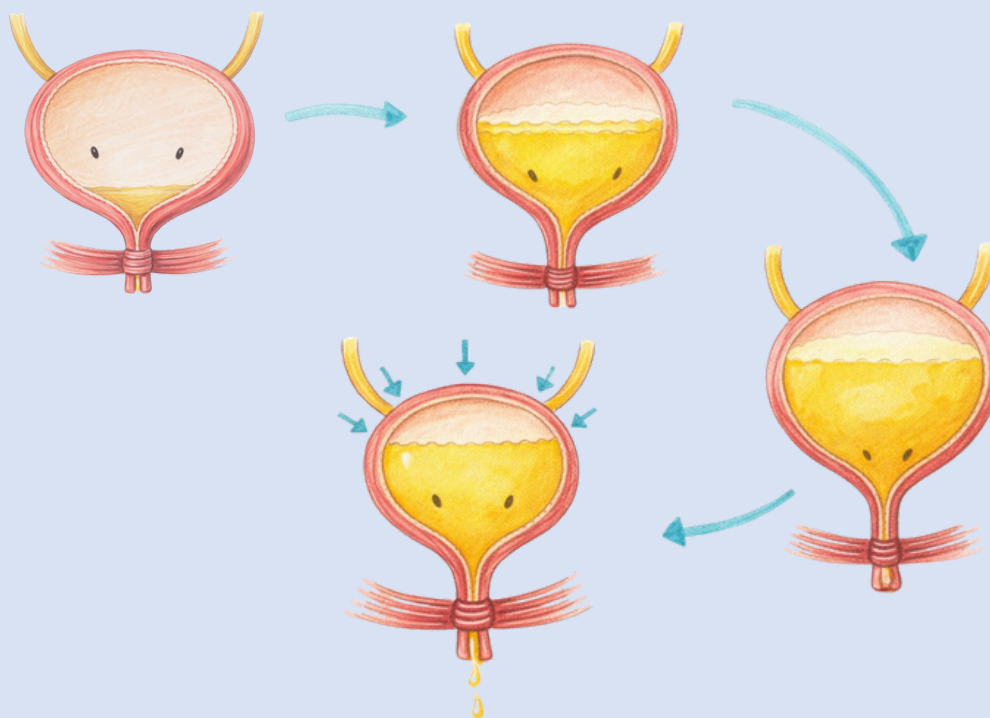
ANATOMIA E FISIOLOGIA

Fisiologia Miccional

Processo de Micção

A micção é o processo de esvaziar a bexiga quando ela se enche de urina. Conforme a bexiga se distende, receptores em suas paredes enviam sinais ao sistema nervoso, desencadeando o reflexo da micção — que pode gerar o desejo consciente de urinar ou levar ao esvaziamento automático (Hall & Hall, 2023).

Figura 17 - Estímulo de eliminação vesical.



Fonte: Elaboração própria

Como funciona o reflexo da micção

Esse reflexo é um ciclo coordenado: a pressão dentro da bexiga aumenta, os esfíncteres se abrem e, ao final, a pressão retorna ao normal. Embora seja um reflexo automático da medula espinhal, ele é regulado por centros superiores no tronco encefálico e no córtex cerebral, que permitem controlar o momento adequado de urinar (Silverthorn, 2017).

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Controle nervoso

A bexiga e a uretra são controladas por três principais grupos de nervos:

Figura. 18 - Correlação entre nervo, fibras e ação principal do controle neural do esvaziamento e armazenamento vesical.

Nervos	Fibras	Ação Principal
Nervo Hipogástrico	Fibras simpáticas (eferentes) Fibras aferentes viscerais	Promovem a fase de <u>armazenamento</u> , relaxam o músculo detrusor e contraem o esfíncter interno Levam ao SNC a <u>sensação de enchimento</u> da bexiga e sinais de desconforto ou dor
Nervo Pélvico	Fibras parassimpáticas (eferentes) Fibras aferentes viscerais	Ativam a fase de <u>esvaziamento</u> : contraem o detrusor e relaxam o esfíncter interno Detectam o <u>estiramento da parede vesical</u> e enviam essa informação a medula
Nervo Pudendo	Fibras somáticas (eferentes) Fibras somáticas (aferentes)	Controlam o <u>esfíncter externo</u> , permitindo contração ou relaxamento voluntário Mantêm o <u>tônus do esfíncter externo</u> e transmitem informações de sensibilidade local

Fonte: Adaptado de Hall & Hall (2023), e Silverthorn (2017).

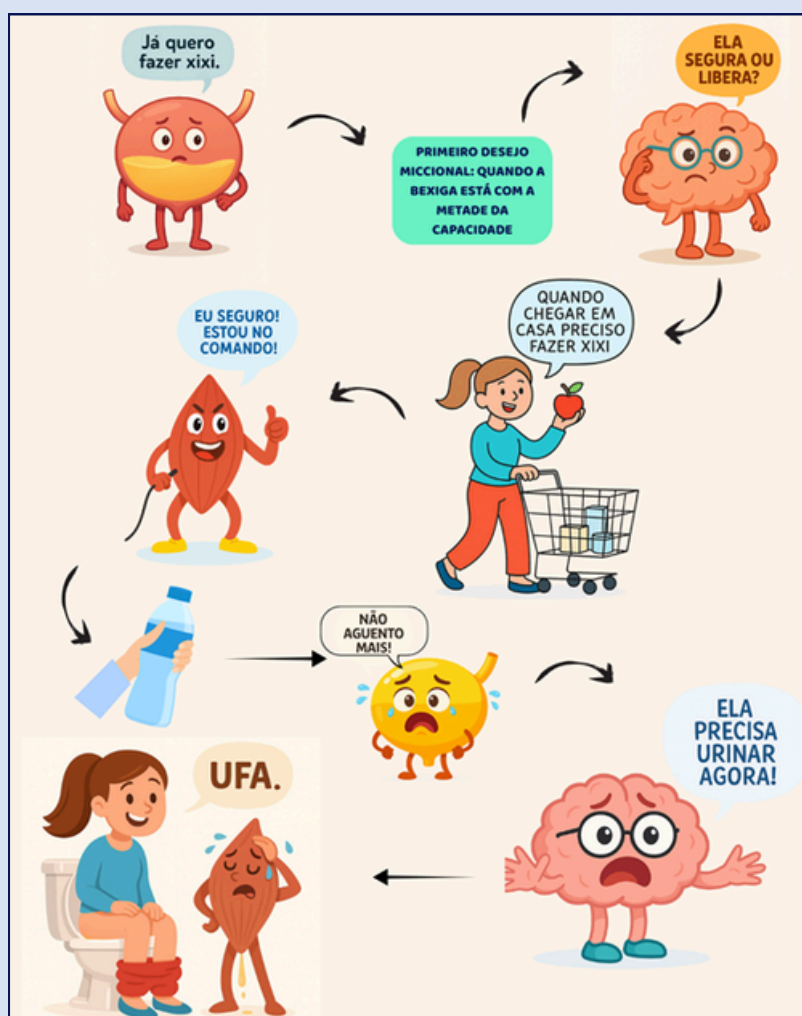
ANATOMIA E FISIOLOGIA

Fases da função vesical

- Armazenamento: bexiga relaxada + esfíncteres contraídos.
- Esvaziamento: bexiga contrai + esfíncteres relaxam.

O primeiro desejo miccional aparece quando a bexiga atinge cerca de 50% da capacidade; quando está cheia, surge o segundo desejo miccional, mais difícil de conter. O controle depende da integração entre reflexos automáticos e o comando consciente do cérebro (Girão et al., 2015).

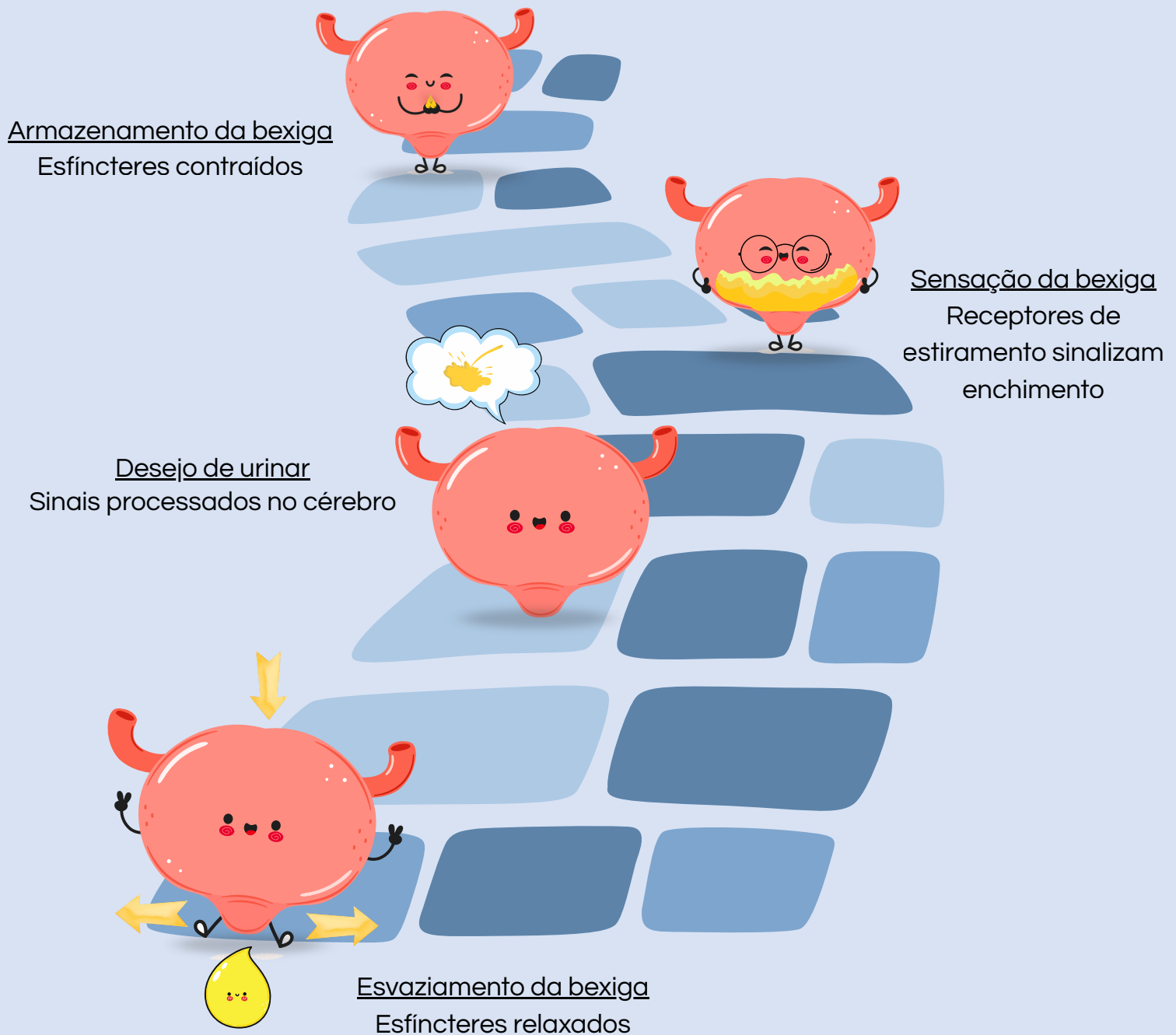
Figura. 19 - Representação esquemática da fisiologia miccional.



Fonte: Elaborado pela autora, com auxílio do ChatGPT.

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Figura. 20 - Fluxograma do “caminho miccional”, representando as fases do armazenamento ao esvaziamento vesical.



Fonte: Adaptado de Hall & Hall (2023) e Silverthorn (2017).

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Reflexos e Controle Voluntário

Urinar pode parecer uma ação simples, mas na verdade é um processo bastante organizado. O corpo usa reflexos automáticos que iniciam, mantêm e finalizam a micção. Apesar disso, temos a capacidade de segurar a urina voluntariamente até encontrar o momento adequado. Quando a bexiga fica muito cheia, porém, os reflexos automáticos assumem o controle e a micção acontece de forma involuntária. Esse equilíbrio entre o controle voluntário e involuntário garante que a bexiga se esvazie de maneira eficiente e sem prejudicar sua estrutura (Silva, Costa, 2020).

Disfunções no Controle da Micção

Quando o sistema nervoso que regula a bexiga não funciona corretamente, podem surgir problemas como:

- Incontinência urinária → perda involuntária de urina.
- Retenção urinária → dificuldade ou incapacidade de esvaziar a bexiga.

Essas alterações estão relacionadas a falhas na coordenação entre os sistemas simpático, parassimpático e somático, que regulam tanto o armazenamento quanto o esvaziamento da urina. Por isso, o diagnóstico correto e o tratamento adequado são fundamentais para recuperar a função normal da micção (Abrams et al., 2002; Abrams et al., 2017).



O TRATAMENTO DE PRIMEIRA ESCOLHA PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA (DECORRENTE DE DISFUNÇÕES DA MAP) É A REABILITAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO (Abrams et al., 2017)

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



Neste capítulo você vai aprender:

- a. Como estruturar a consulta de enfermagem à mulher com incontinência urinária a partir das etapas do Processo de Enfermagem;
- b. Como realizar a avaliação, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a evolução de enfermagem de forma sistematizada;
- c. Como utilizar a CIPE® para apoiar o raciocínio clínico, o registro e a tomada de decisão terapêutica.

O Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta essencial para estruturar e organizar a consulta de enfermagem, permitindo um atendimento mais eficiente e direcionado às necessidades da pessoa. No contexto da incontinência urinária (IU), sua aplicação garante uma abordagem sistemática e individualizada, facilitando a identificação do tipo específico da incontinência urinária, seja incontinência urinária de esforço (IUE), de urgência (IUU) ou mista (IUM). Através das etapas do PE — avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução —, o enfermeiro consegue elaborar um plano de cuidados baseado em evidências, promovendo intervenções adequadas, como a reabilitação do assoalho pélvico e orientações sobre mudanças de hábitos. Dessa forma, o PE não apenas qualifica a assistência prestada, mas também fortalece a autonomia profissional, assegurando um cuidado integral e humanizado às mulheres com incontinência urinária (Barros et al., 2024)

Sendo assim, a saber as etapas do processo:

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM



De acordo com a Resolução COFEN nº 736/2024, a avaliação de enfermagem compreende “a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico), inicial e contínua, pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros), para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de enfermagem e de saúde relevantes para a prática” (Conselho Federal De Enfermagem, 2024). A tabela 1 abaixo demonstra o componente da avaliação de enfermagem, bem como sua descrição em linguagem de diretriz.

Tabela 1 - Componentes da avaliação de enfermagem e sua descrição

Componente da Avaliação	Descrição em Linguagem de Diretriz
Dados subjetivos	Informações relatadas pela usuária durante a entrevista (histórico), incluindo sintomas, percepções, dificuldades, hábitos e impactos da IU no cotidiano.
Dados objetivos	Achados obtidos pelo enfermeiro durante o exame físico e pela aplicação de técnicas complementares, tais como exames laboratoriais, testes clínicos, escalas validadas e protocolos institucionais.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Componente da Avaliação	Descrição em Linguagem de Diretriz
Momento da avaliação	Deve ocorrer na primeira consulta e ser repetida de forma contínua nas consultas de seguimento, registrando apenas mudanças ou novas informações.
Finalidade	Identificar necessidades de saúde, estabelecer diagnósticos de enfermagem, orientar o planejamento do cuidado e monitorar a evolução clínica da mulher com IU
Base normativa	Fundamentado nos princípios definidos pela Resolução COFEN nº 736/2024, que regulamenta as etapas do Processo de Enfermagem.

Fonte: Adaptado da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 736/2024

O histórico clínico constitui um dos componentes centrais da avaliação de enfermagem e representa o primeiro passo no processo diagnóstico de mulheres com sintomas de incontinência urinária. Na primeira consulta, a obtenção de um histórico completo é essencial, pois permite identificar fatores que influenciam diretamente o quadro clínico e orientam a elaboração de diagnósticos de enfermagem precisos e um planejamento de enfermagem adequado.

Essa investigação deve contemplar uma descrição detalhada dos sintomas urinários — tipo de incontinência, duração, frequência, gatilhos e gravidade — além do impacto na qualidade de vida, histórico de avaliações e tratamentos prévios, e resposta às intervenções já realizadas (Garcia, 2016; Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A abordagem também deve abranger aspectos da saúde sexual, gastrointestinal e neurológica, considerando que alterações nesses sistemas podem repercutir nos sintomas urinários. Comorbidades, uso de medicações, cirurgias prévias, hábitos de vida e rotina intestinal são igualmente relevantes, uma vez que podem agravar os sintomas ou interferir na escolha das intervenções. Diretrizes nacionais e internacionais recomendam fortemente que essa avaliação inicial seja ampla e estruturada, integrando todos esses elementos (Garcia, 2016; Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

Nas consultas de seguimento, a avaliação de enfermagem é mais enxuta, pois não há necessidade de registrar novamente informações que permanecem inalteradas, como histórico de saúde, medicações de uso contínuo e dados pessoais. Nesses encontros, o foco na coleta de dados objetivos e subjetivos tem o intuito de avaliar resultados das intervenções, além de sinalizar novos sintomas e informações que a usuária possa trazer inclusive aquelas que não foram mencionadas na primeira consulta.

Diário Miccional como ferramenta na avaliação de enfermagem

Na primeira consulta, solicitamos o preenchimento de um diário miccional. O Diário Miccional é uma ferramenta simples, acessível, não invasiva e de baixo custo, que permite avaliar de forma objetiva as mulheres com incontinência urinária. Ele consiste no registro detalhado, durante três dias, dos hábitos miccionais da pessoa, incluindo os horários das micções, a quantidade e o tipo de líquido ingerido, a presença de urgência, episódios de perda urinária e seu volume, além da necessidade de troca de absorventes ou roupas íntimas.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Também possibilita identificar os fatores desencadeantes da perda urinária, como tosse, espirro, esforço físico ou incapacidade de chegar ao banheiro a tempo. Além de auxiliar no diagnóstico mais preciso da incontinência urinária, o diário miccional pode revelar sintomas não identificados na avaliação inicial, como sinais de retenção urinária, contribuindo para um plano terapêutico mais eficaz e individualizado (Assis et al., 2022).

Devemos orientar cuidadosamente sobre o preenchimento do diário, pois muitas pessoas fazem de maneira incorreta ou deixam de registrar informações importantes, trazendo apenas os dados que consideram relevantes.

O que é importante no diário:

- A quantidade de volume urinário: espera-se que essa quantidade não exceda a relação entre o que é ingerido e o que é eliminado.
- A média de volume eliminado em cada micção, o que nos dá uma noção da capacidade de armazenamento da bexiga.
- A frequência das micções, especialmente à noite, comparando com o dia, o que nos ajuda a chegar a alguns diagnósticos iniciais (Assis et al., 2022).

Por estarem diretamente ligados ao armazenamento e à eliminação da urina, a bexiga, a uretra e o assoalho pélvico têm um papel fundamental nas incontinências. Por isso, estudaremos essas estruturas de forma mais detalhada nos próximos tópicos abaixo.



ELE DEVE SER UTILIZADO NA AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM E PODE SER REAPLICADO EM NOVAS AVALIAÇÕES SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

ALÉM DISSO, SEUS REGISTROS PERMITEM COMPARAÇÕES AO LONGO DO TEMPO, SUBSIDIANDO O JULGAMENTO CLÍNICO NA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM E CONTRIBUINDO PARA DECISÕES MAIS ASSERTIVAS SOBRE A CONDUÇÃO TERAPÊUTICA.

Figura. 21 - Diário miccional utilizado no Ambulatório de Saúde da Mulher do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

DIÁRIO MICCIONAL

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Hospital
Universitário
Cassiano Antonio Moraes

Nome:

[illegible]

Observações:



Fonte: Cedido do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

TEMOS TAMBÉM QUE OBSERVAR NO DIÁRIO PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS, COMO O RESPEITO AO DESEJO MICCIONAL.

EXISTEM PESSOAS QUE INGEREM GRANDES QUANTIDADES DE LÍQUIDO E NÃO URINAM POR MUITAS HORAS.

APÓS ESSE PERÍODO, COM A BEXIGA MUITO CHEIA, OCORRE A PERDA DE URINA.

NESSES CASOS, O MAIS IMPORTANTE SERIA O TREINAMENTO MAP?

RESPOSTA: NÃO, POIS, NESSE CASO, VAMOS IDENTIFICAR UM PADRÃO DE COMPORTAMENTO INADEQUADO, QUE NECESSITARÁ DE TERAPIA COMPORTAMENTAL.



Questionário de Qualidade de Vida como ferramenta da avaliação de enfermagem

A avaliação de enfermagem inclui a aplicação de um questionário de qualidade de vida relacionado à incontinência urinária, com o objetivo de mensurar o impacto dos sintomas urinários na vida diária da paciente. Para essa finalidade, foi selecionado o International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF), instrumento padronizado internacionalmente, disponível na plataforma oficial ICIQ.net, classificado com Grau A de recomendação segundo o International Continence Society, com validade, confiabilidade e responsividade amplamente estabelecidas. O ICIQ-UI SF é um questionário breve, composto por quatro itens, que avalia a frequência e a quantidade da perda urinária, o impacto global na qualidade de vida e a percepção do tipo de incontinência, sendo aplicável à prática clínica e à pesquisa. Embora o ICIQ.net disponibilize diversos módulos e versões traduzidas para outros idiomas, nestas diretrizes optou-se pelo uso do ICIQ-UI SF por sua simplicidade, validação para o português do Brasil e ampla aplicabilidade na avaliação de enfermagem (ICIQ, 2025).

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



QR Code para acesso à plataforma oficial do International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ.net), que disponibiliza instrumentos validados para avaliação da incontinência urinária e qualidade de vida

ICIQ-SF – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form

Nome do paciente: _____

Data de hoje: ____ / ____ / _____

A perda urinária é uma situação comum. Este questionário tem como objetivo compreender com que frequência isso ocorre e o quanto esses sintomas interferem no seu dia a dia. Pedimos que responda às perguntas a seguir considerando, em média, como você tem se sentido nas últimas quatro semanas.

1. Data de nascimento:

____ / ____ / _____ (Dia / Mês / Ano)

2. Sexo:

() Feminino () Masculino

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- ☐ Nunca — 0
- ☐ Uma vez por semana ou menos — 1
- ☐ Duas ou três vezes por semana — 2
- ☐ Uma vez ao dia —
- ☐ Diversas vezes ao dia — 4
- ☐ O tempo todo — 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- ☐ Nenhuma — 0
- ☐ Uma pequena quantidade — 2
- ☐ Uma moderada quantidade — 4
- ☐ Uma grande quantidade — 6

5. Em geral, quanto perder urina interfere em sua vida diária?

Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interfere

Interfere muito

ICIQ Score:

Soma dos resultados da 3 + 4 + 5 = _____

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

6. Quando você perde urina?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- ☐ Nunca
- ☐ Perco antes de chegar ao banheiro
- ☐ Perco quando tusso ou espirro
- ☐ Perco quando estou dormindo
- ☐ Perco quando estou fazendo atividades físicas
- ☐ Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
- ☐ Perco sem razão óbvia
- ☐ Perco o tempo todo

“Obrigado por você ter respondido às questões.”

Interpretação do ICIQ-SF

Classificação do escore ICIQ-SF - (soma dos itens 3 + 4 + 5 | variação: 0–21)

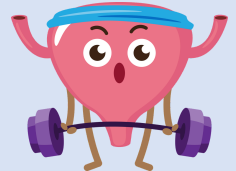
Escore	Impacto da IU	Interpretação clínica
0	Nenhum	Sem impacto na qualidade de vida
1–5	Leve	IU com baixo impacto funcional
6–12	Moderado	IU com impacto significativo
13–18	Grave	IU com impacto importante
19–21	Muito grave	IU com impacto severo

Fonte: Adaptado de Abrams et al. (2004), Tamanini et al. (2004) e International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ, 2025).

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

RECOMENDAÇÃO FORTE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO ESPECÍFICO

A avaliação física de uma mulher com incontinência urinária deve ser abrangente e sistemática, contemplando os seguintes passos:



ROTEIRO PARA EXAME FÍSICO EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IUE, IUU, IUM)

Avaliação Antropométrica

IMC ($\text{peso} \div \text{altura}^2$) → IMC elevado está associado a maior risco de IU.

Exame Clínico Geral

Mobilidade geral → limitações podem comprometer a função do MAP.

Estado cognitivo → avaliar compreensão/adesão ao tratamento.

Edema periférico → pode influenciar na frequência urinária.

Exame Abdominal

Inspeção / palpação → massas pélvicas, bexiga distendida, impactação fecal.

Percussão suprapúbica → avaliar distensão vesical.

Exame Pélvico

4.1 Inspeção estática - Objetivo: Avaliar aspectos estruturais da região perineal

Observar sinais de dermatite associada à incontinência.

Avaliar elasticidade/umidade da mucosa vaginal.

Identificar cicatrizes e lesões.

Examinar meato uretral.

Testar reflexo anocutâneo.



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

4.2 Exame dígito-vaginal

Objetivo: Avaliar a estrutura e função do assoalho pélvico.

Procedimento: Introduzir um dedo lubrificado na vagina para avaliar integridade estrutural, presença de cicatrizes, prolapsos e tônus muscular.

Inspeção dinâmica:

- Valsalva (testar força e observar prolapsos).

- Estabilidade do introito vaginal.

- Propriocepção, tensão, força, relaxamento, sustentação, uso da musculatura acessória.

Durante a avaliação do assoalho pélvico, a análise da capacidade de relaxamento muscular é etapa fundamental, uma vez que a presença de tensão ou espasticidade da musculatura perineal pode comprometer a eficácia das intervenções terapêuticas subsequentes. A espasticidade caracteriza-se por aumento do tônus muscular e por um relaxamento lento, incompleto ou descoordenado, o que prejudica a amplitude e a qualidade das contrações do assoalho pélvico, interferindo diretamente nos resultados do treinamento muscular (Assis, Silva, Martins, 2021).

Nessas situações, a prescrição precoce de exercícios voltados exclusivamente ao fortalecimento pode ser inadequada, uma vez que a musculatura espástica necessita, prioritariamente, de intervenções focadas no relaxamento e na redução da tensão, antes do início de estratégias de ganho de força, sustentação ou coordenação. Conforme descrito no protocolo proposto por Assis et al. (2021), a identificação da espasticidade orienta a tomada de decisão terapêutica, direcionando o cuidado para medidas que favoreçam o relaxamento muscular efetivo (Assis, Silva, Martins, 2021).

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Além disso, em mulheres com incontinência urinária de urgência (IUU), a presença de tensão do assoalho pélvico pode atuar como fator contribuinte ou agravante dos sintomas urinários. A espasticidade dessa musculatura está associada a um relaxamento lento, incompleto ou ineficaz, o que pode comprometer o esvaziamento vesical adequado. Situações frequentes, como sentar-se de forma inadequada no vaso sanitário ou realizar a micção de maneira apressada, podem intensificar esse padrão disfuncional, favorecendo a permanência de resíduo urinário pós-miccional, ainda que em pequenos volumes. A presença repetida de resíduo urinário pode levar à irritação do músculo detrusor, contribuindo para o desenvolvimento ou manutenção da hiperatividade detrusora e, conseqüentemente, para o agravamento dos episódios de urgência miccional.

Diante desse contexto, o diagnóstico de enfermagem relacionado à hiperatividade pélvica presente deve ser considerado prioritário no planejamento do cuidado quando identificado em mulheres com IUU. O manejo adequado da tensão muscular, com intervenções voltadas ao relaxamento e à melhora da função muscular, mostra-se fundamental para restaurar o padrão miccional, reduzir estímulos irritativos vesicais e aumentar a efetividade das demais intervenções propostas no plano terapêutico.



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Força MAP

Figura 22 - Escala Oxford Modificada para Força do Assoalho Pélvico

Grau	Descrição
0	Nenhuma contração
1	Pequena contração, sem movimento perceptível
2	Contração fraca, com leve movimento
3	Contração moderada, com elevação perceptível
4	Contração forte
5	Contração muito forte

- Sensibilidade perineal → avaliar comprometimento neurológico (toque suave em áreas perineais e peça que a paciente relate sensações).
- Mobilidade uretral → Identificar hipermobilidade da uretra, comum na IUE.
- Observar a mobilidade da uretra durante a manobra de Valsalva ou tosse.
- Prolapso de órgãos pélvicos (POP) → esforço expulsivo, observar descida da parede vaginal.
- Atrofia vaginal → coloração, ressecamento, afinamento da mucosa (Assis et al., 2021).

A avaliação de enfermagem deve auxiliar na identificação de mulheres que necessitam de encaminhamento para um especialista, especialmente em casos que envolvem dor associada, hematúria, infecções urinárias recorrentes, vazamento urinário contínuo sugestivo de fístula, enurese, suspeita de doença neurológica ou histórico de radioterapia.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

QUANDO ENCAMINHAR A PACIENTE?

O ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA É INDICADO EM CASOS COMPLEXOS E REFRATÁRIOS, INCLUINDO SITUAÇÕES COMO:

- IUE GRAVE, QUE NÃO RESPONDE AOS TRATAMENTOS CONSERVADORES
- AUSÊNCIA DE PROPRIOCEPÇÃO PÉLVICA, DIFICULTANDO A REALIZAÇÃO DOS EXERCÍCIOS



SE A PACIENTE NÃO APRESENTA MELHORA COM AS ABORDAGENS INICIAIS OU TEM DIFICULDADE EM IDENTIFICAR E ATIVAR A MAP A AVALIAÇÃO DO ESPECIALISTA VAI SER ESSENCIAL PARA O SUCESSO DO TRATAMENTO.

A indicação para realização do estudo urodinâmico surge quando a avaliação clínica inicial não é suficiente para esclarecer o diagnóstico funcional, ou quando a apresentação clínica é complexa, mista ou de causa incerta. Também se justifica diante de falha do tratamento conservador, histórico de cirurgias prévias sem resposta adequada, sintomas potencialmente relacionados à disfunção neurogênica (como retenção urinária, jato fraco, urgência intensa) ou quando há suspeita de obstrução. Além disso, a ICS recomenda considerar a urodinâmica antes de intervenções invasivas, especialmente quando os sintomas não são típicos, quando há risco de resultado subótimo ou quando o exame pode modificar a condução terapêutica (Rosier et al., 2017; International Continence Society, 2024).



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O Diagnóstico de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro de acordo com a resolução 736/2024 do COREN e “compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais” (Conselho Federal De Enfermagem, 2024).

Apesar de no Brasil ainda não ser obrigatório, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem podem ser apoiadas nos Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem, em protocolos institucionais, e com os melhores níveis de evidências científicas (Conselho Federal De Enfermagem, 2024).

Nesse sentido, no que tange à Sistemas de linguagem padronizados, a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®) contribui para a uniformidade dos registros e favorece a articulação entre os fenômenos de enfermagem, as intervenções e os resultados esperados (Conselho Federal De Enfermagem, 2024; Garcia, 2010). Ademais, a adoção da CIPÉ® fundamenta-se em seu alinhamento às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à padronização da linguagem da enfermagem, promovendo a qualificação da comunicação profissional, da documentação clínica e a comparabilidade das práticas assistenciais. Haja vista que a CIPÉ® está incluída na família de classificações internacionais da OMS (World Health Organization, 2007).

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Ressalta-se que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) dispõe de um recurso digital oficial, acessível por meio da plataforma on-line ICNP Browser (<https://www.icn.ch/icnp-browser>), com possibilidade de utilização tanto em dispositivos móveis quanto em computadores. Esse recurso configura-se como uma ferramenta de apoio ao raciocínio clínico do enfermeiro para a construção de diagnósticos/resultados esperados e intervenções de enfermagem, favorecendo a realização do Processo de Enfermagem mesmo em serviços de saúde que não dispõem de uma taxonomia institucionalmente padronizada. Destaca-se que o objetivo destas diretrizes não é o desenvolvimento de um subconjunto terminológico da CIPE® para mulheres com IU, tampouco o esgotamento das possibilidades diagnósticas nesse contexto. Os diagnósticos apresentados correspondem àqueles mais frequentemente observados na prática clínica, sendo propostos com a finalidade de subsidiar o enfermeiro no raciocínio diagnóstico e na tomada de decisão clínica no cuidado à pessoa com incontinência urinária.

QR Code - Escaneie o código para acessar a plataforma digital oficial da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que pode ser utilizada para a construção de diagnósticos de enfermagem no contexto da incontinência urinária. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>.

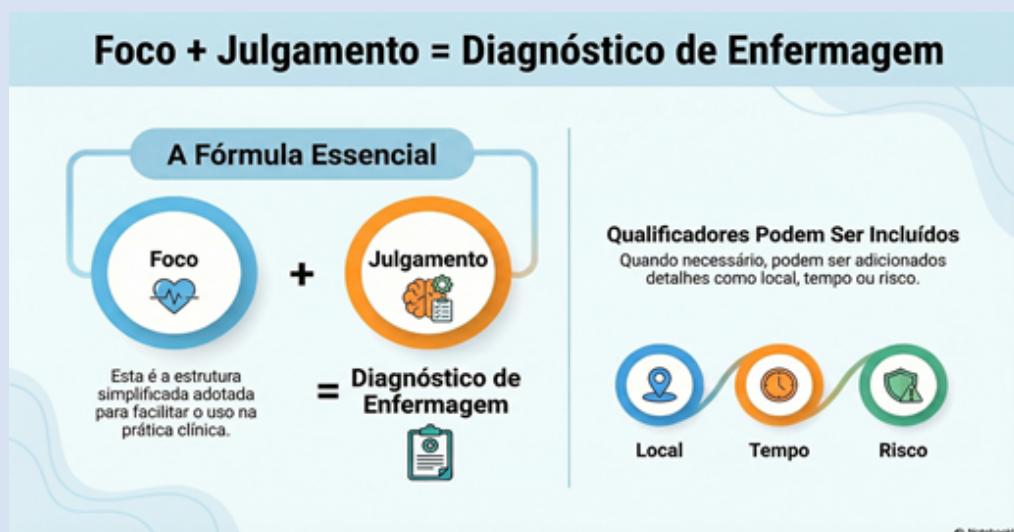


ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Estrutura de construção dos diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE®

Um diagnóstico de enfermagem, conforme a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), pode ser utilizado com Diagnósticos de Enfermagem de conceitos pré-coordenados (já prontos) ou pode ser construído a partir da combinação do eixo Foco + Julgamento, podendo, quando necessário, incluir qualificadores como local, tempo ou risco. Nas presentes diretrizes, optou-se pela utilização de Diagnósticos de Enfermagem de conceitos pré-coordenados (já prontos) e utilização da junção de conceitos primitivos na estrutura simplificada Foco + Julgamento, por favorecer a aplicabilidade clínica. Cabe ressaltar que foram obedecidas as diretrizes de estrutura categorial para diagnóstico de enfermagem de acordo com a International Organization for Standardization (ISO) 18104:2014 (International Organization For Standardization, 2014)

Figura. 23 - Estruturação dos Diagnósticos de Enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), incluindo o uso de conceitos pré-coordenados e a combinação dos eixos Foco + Julgamento, conforme a norma ISO 18104:2014.



Fonte: Classificação Internacional para Prática de Enfermagem, 2017.
Imagem feita através do Software NotebookLM.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Lista de Diagnósticos de Enfermagem de conceitos pré-coordenados no contexto da Incontinência Urinária padronizados segundo a CIPE® (diagnósticos prontos):

Código	Sigla	Termo CIPE®	Definição / Observação
10025686	DC	Incontinência urinária	Diagnóstico amplo para perda involuntária de urina.
10026797	DC	Incontinência urinária de esforço	Diagnóstico formal vinculado ao foco "incontinência de esforço".
10026811	DC	Incontinência urinária de urgência	Diagnóstico formal vinculado ao foco "incontinência de urgência".
10026914	DC	Incontinência urinária por transbordamento	Diagnóstico formal vinculado ao foco "transbordamento".
10026784	DC	Incontinência urinária reflexa	Diagnóstico formal vinculado ao foco "incontinência reflexa".
10026807	DC	Incontinência urinária total	Diagnóstico formal para perda contínua e completa.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

10026778	DC	Incontinência urinária funcional	Diagnóstico formal vinculado ao foco "funcional".
10026848	DC	Risco de incontinência urinária de urgência	Diagnóstico de risco, vinculado ao fenômeno "IU de urgência".
10030205	DC	Adesão ao Regime Terapêutico	Adesão ao Regime
10015053	DC	Risco de Constipação	Constipação
10000567	DC	Constipação	Constipação

Diagnósticos de Enfermagem a partir de conceitos primitivos no contexto da Incontinência Urinária padronizados segundo a CIPE®

1.Diagnósticos relacionados à função urinária:

Incontinência urinária de esforço

Foco: Incontinência urinária

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Julgamentos possíveis:

Leve

Moderada

Severa

Persistente

Melhorada

Complexa

Ressalta-se que esses julgamentos podem ser utilizados tanto para a incontinência urinária de esforço quanto para a incontinência urinária de urgência, uma vez que o julgamento qualifica a intensidade ou a evolução do quadro, e não o mecanismo fisiopatológico.

Controle urinário prejudicado

Foco: Controle urinário (10005135/10020478)

Julgamento: Prejudicado

Diagnóstico elaborado (pós-coordenado): Controle urinário prejudicado

Variações possíveis conforme evolução clínica:

Controle urinário prejudicado

Controle urinário ausente

Controle urinário comprometido

Controle urinário melhorado

Controle urinário eficaz (em reavaliação ou alta)

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

2. Diagnósticos relacionados ao comportamento terapêutico:

Adesão ao regime de exercício físico

Foco: Adesão ao regime de exercício físico

Julgamento: Prejudicada

Diagnóstico elaborado (pós-coordenado):

Adesão ao regime de exercício físico prejudicada

Julgamentos possíveis para acompanhamento clínico:

Prejudicada

Parcial

Insuficiente

Adequada

Melhorada

3. Diagnósticos relacionados à função intestinal:

Constipação presente

Foco: Constipação

Julgamentos possíveis:

Presente

Leve

Moderada

Severa

Persistente

Melhorada

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Resolvida

Risco de constipação

Variações possíveis conforme evolução clínica:

Constipação presente

Constipação moderada

Constipação severa

Constipação melhorada

4. Diagnósticos relacionados ao contexto psicossocial:

Socialização

Foco: Socialização

Julgamentos possíveis:

Prejudicada

Diminuída

Comprometida

Melhorada

Adequada

Variações possíveis conforme evolução clínica:

Socialização prejudicada

Socialização diminuída

Socialização melhorada

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

5. Diagnósticos relacionados ao autocuidado:

Autocuidado

Foco: Autocuidado

Julgamentos possíveis:

Prejudicado

Diminuído

Comprometido

Parcial

Adequado

Melhorado

Variações possíveis conforme evolução clínica:

Autocuidado prejudicado

Autocuidado parcial

Autocuidado melhorado

Lista de Diagnósticos de Enfermagem a partir de conceitos primitivos no contexto da Incontinência Urinária padronizados segundo a CIPE®

Foco CIPE®	Julgamento CIPE®	Diagnóstico de Enfermagem
Incontinência urinária	Leve	Incontinência urinária leve
Incontinência urinária	Moderada	Incontinência urinária moderada

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Incontinência urinária	Persistente	Incontinência urinária persistente
Hiperatividade pélvica	Presente	Hiperatividade pélvica presente
Hiperatividade pélvica	Presente	Hiperatividade pélvica melhorada
Controle urinário	Prejudicado	Controle urinário prejudicado
Controle urinário	Ausente	Controle urinário ausente
Controle urinário	Comprometido	Controle urinário comprometido
Controle urinário	Melhorado	Controle urinário melhorado
Controle urinário	Eficaz	Controle urinário eficaz
Adesão ao regime de exercício físico	Prejudicada	Adesão ao regime de exercício físico prejudicada
Adesão ao regime de exercício físico	Parcial	Adesão ao regime de exercício físico parcial

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Adesão ao regime de exercício físico	Insuficiente	Adesão ao regime de exercício físico insuficiente
Adesão ao regime de exercício físico	Adequada	Adesão ao regime de exercício físico adequada
Adesão ao regime de exercício físico	Melhorada	Adesão ao regime de exercício físico melhorada
Constipação	Presente	Constipação presente
Constipação	Leve	Constipação leve
Constipação	Moderada	Constipação moderada
Constipação	Severa	Constipação severa
Constipação	Persistente	Constipação persistente
Constipação	Melhorada	Constipação melhorada
Constipação	Resolvida	Constipação resolvida
Constipação	Risco de	Risco de constipação

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Socialização	Prejudicada	Socialização prejudicada
Socialização	Diminuída	Socialização diminuída
Socialização	Melhorada	Socialização melhorada
Qualidade de vida	Prejudicada	Qualidade de vida prejudicada
Qualidade de vida	Melhorada	Qualidade de vida melhorada
Autocuidado	Prejudicado	Autocuidado prejudicado
Autocuidado	Parcial	Autocuidado parcial
Autocuidado	Melhorado	Autocuidado melhorado



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

O planejamento de enfermagem é a terceira etapa do Processo de Enfermagem e corresponde ao momento em que o enfermeiro define os resultados esperados, tanto quantitativos quanto qualitativos, e prescreve as intervenções necessárias para alcançá-los. Essa etapa é privativa do enfermeiro e deve ser individualizada, considerando as necessidades da pessoa sob cuidados, a família, a equipe de saúde e os recursos disponíveis no contexto assistencial. Trata-se de uma fase que envolve a priorização dos diagnósticos de enfermagem, a definição de metas mensuráveis, atingíveis e relevantes, e a elaboração da prescrição de enfermagem baseada em evidências científicas (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

O planejamento de enfermagem foi estruturado a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados no contexto da incontinência urinária, considerando a priorização dos problemas, a definição de resultados esperados mensuráveis e a viabilidade das intervenções propostas. Para cada diagnóstico, foram estabelecidas metas clínicas e funcionais, pactuadas com a paciente, respeitando sua condição, capacidade de adesão e contexto de vida.

I - Priorização dos Diagnósticos de Enfermagem

A priorização dos diagnósticos de enfermagem constitui um componente essencial do planejamento do cuidado, uma vez que nem todos os problemas identificados podem ou devem ser abordados simultaneamente. Cabe ao enfermeiro exercer julgamento clínico para definir quais diagnósticos demandam intervenção imediata, considerando a gravidade do problema, seu impacto funcional, a relação causal entre os diagnósticos e o potencial de resolutividade das ações propostas.



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Em muitas situações, a priorização baseia-se na identificação de diagnósticos que atuam como fatores desencadeantes ou agravantes de outros problemas. Nesses casos, a intervenção sobre o diagnóstico prioritário pode resultar em melhora indireta de outros diagnósticos associados. Por exemplo, em uma paciente com incontinência urinária de urgência associada à constipação intestinal, o diagnóstico prioritário pode ser a constipação, uma vez que o manejo adequado do hábito intestinal pode reduzir a pressão abdominal e a irritabilidade vesical, contribuindo para a melhora do quadro urinário.

De forma semelhante, em situações em que coexistem incontinência urinária de esforço e socialização diminuída, a prioridade pode ser atribuída à incontinência urinária. A redução das perdas urinárias tende a diminuir sentimentos de vergonha e insegurança, favorecendo a retomada do convívio social e impactando positivamente o diagnóstico psicossocial.

Assim, a priorização dos diagnósticos de enfermagem deve considerar não apenas a presença do problema, mas também suas inter-relações, seu impacto na qualidade de vida e a possibilidade de que a intervenção em um diagnóstico central promova benefícios clínicos e funcionais mais amplos. Esse processo reforça o papel do enfermeiro como profissional que integra conhecimento técnico, raciocínio clínico e cuidado centrado na pessoa.

II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde:

Diagnóstico: Incontinência urinária moderado

- Resultado esperado: Incontinência urinária melhorada ou continência urinária
- Redução da frequência e da quantidade de episódios de perda urinária em até seis semanas ou melhora da incontinência em sua totalidade em dezesseis semanas.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: Hiperatividade pélvica presente

- Resultado esperado: hiperatividade pélvica melhorada
- Redução da hiperatividade pélvica, evidenciada pela diminuição da ativação muscular involuntária do assoalho pélvico, melhora da capacidade de relaxamento muscular e redução de sintomas associados, como dor pélvica e alterações do padrão miccional, ao longo do acompanhamento.

Diagnóstico: Controle urinário prejudicado

- Resultado esperado: Controle urinário eficaz
- Melhora do controle urinário, evidenciada pela diminuição das perdas involuntárias e maior intervalo entre micções, em até seis semanas.

Diagnóstico: Adesão ao regime de exercício físico prejudicada

- Resultado esperado: Adesão ao regime de exercício físico
- Aumento da adesão ao regime de exercícios propostos, com execução regular e correta dos exercícios do assoalho pélvico, em até quatro semanas.

Diagnóstico: Constipação presente

- Resultado esperado: Constipação melhorada
- Regularização do hábito intestinal, com evacuações espontâneas, fezes tipo 3–4 na Escala de Bristol e ausência de esforço evacuatório, em até quatro semanas.

Diagnóstico: Socialização diminuída

- Resultado esperado: Socialização melhorada
- Retomada gradual das atividades sociais em até seis semanas.

Diagnóstico: Qualidade de vida prejudicada

- Resultado esperado: Qualidade de vida melhorada
- Melhora percebida da qualidade de vida, com maior segurança para realizar atividades cotidianas e sociais, em até oito semanas.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: Autocuidado prejudicado

- Resultado esperado: Autocuidado melhorado
- Melhora da capacidade de autocuidado relacionada ao manejo da incontinência urinária, demonstrada pela adoção das orientações e estratégias propostas, em até seis semanas.

Diagnóstico de Enfermagem	Indicador para avaliação do Resultado Esperado
Incontinência urinária moderada	Redução da frequência e intensidade das perdas urinárias em até 6 semanas
Hiperatividade pélvica presente	Melhora do relaxamento do assoalho pélvico e redução de sintomas associados.
Controle urinário prejudicado	Melhora do controle urinário com diminuição das perdas involuntárias
Adesão ao regime de exercício físico prejudicada	Aumento da adesão e execução correta dos exercícios propostos
Constipação presente	Regularização do hábito intestinal (Bristol 3–4)
Qualidade de vida prejudicada	Qualidade de vida melhorada e melhora percebida da qualidade de vida
Autocuidado prejudicado	Melhora da autonomia no manejo da IU

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais:

No contexto da incontinência urinária, o planejamento do cuidado de enfermagem é orientado pelos diagnósticos identificados e pela definição dos resultados esperados, constituindo a base para a tomada de decisão terapêutica. Nessa etapa, o enfermeiro estabelece, de forma sistematizada, quais intervenções serão prescritas, quais ações e atividades deverão ser desenvolvidas e quais protocolos assistenciais serão adotados, sem que haja, ainda, a execução das ações planejadas.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®), a tomada de decisão terapêutica é declarada por meio da prescrição de enfermagem, na qual são selecionadas as intervenções mais adequadas ao manejo da incontinência urinária, considerando a condição clínica, a capacidade funcional, a adesão da pessoa e o contexto assistencial. Nesse sentido, o planejamento contempla a definição do conteúdo educativo, do regime de exercícios a ser prescrito, da necessidade de acompanhamento e da indicação de protocolos estruturados, os quais serão operacionalizados na etapa de implementação.

Reconhece-se que as taxonomias de enfermagem ainda apresentam limitações quanto à descrição de ações específicas para determinadas áreas, incluindo a incontinência urinária. Entretanto, a estrutura conceitual da CIPÉ® permite a combinação e adaptação de termos, possibilitando ao enfermeiro explicitar, no planejamento, decisões terapêuticas coerentes com a prática clínica e alinhadas às necessidades do cuidado, sem prejuízo do rigor terminológico. Nesse sentido, nestas diretrizes a intervenção de enfermagem será conforme a CIPÉ®, contudo as atividades e o detalhamento de “como fazer” será detalhado por meio de protocolos assistenciais e guidelines.



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Um exemplo é o protocolo assistencial de reabilitação pélvica baseado no modelo desenvolvido por Gisela Assis (2021), adaptado para a realidade da Atenção Primária no SUS. Ele consiste em exercícios progressivos de contração da musculatura do assoalho pélvico, com foco em força e sustentação, aplicáveis aos diferentes tipos de incontinência urinária — esforço, urgência e mista. O diferencial do protocolo é a progressão gradativa, que respeita a capacidade individual e a adesão da mulher, além de permitir um maior espaçamento entre sessões presenciais, sem comprometer os resultados.

Para ensinar a paciente a realizar a contração adequada, o enfermeiro deve instruí-la a relaxar a musculatura acessória, como coxas, glúteos e abdome, de forma a garantir a eficiência da contração pélvica. A paciente deve ser orientada a imaginar o movimento de “trazer a vagina para dentro e para cima”, realizando uma contração controlada e sustentada. Para facilitar a compreensão, o uso de analogias pode ser útil, como a ideia de “segurar uma flatulência”, já que o mesmo grupo muscular é ativado. Essa explicação favorece a percepção corporal e a execução correta do exercício, aumentando a adesão e a eficácia da intervenção (Assis, 2021).

O protocolo de exercícios do assoalho pélvico foi estruturado em etapas progressivas, as quais podem ser distribuídas ao longo das consultas de enfermagem, respeitando a evolução clínica, a capacidade de execução e a resposta individual de cada mulher. Para fins de organização do cuidado, cada etapa pode corresponder a uma consulta, na qual o enfermeiro avalia o desempenho da paciente, reforça orientações, corrige possíveis compensações musculares e decide pela progressão, manutenção ou adaptação do exercício.



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A progressão entre as etapas não deve ser automática nem obrigatória, sendo condicionada à execução correta da técnica, à ausência de dor ou desconforto e à percepção de melhora funcional. Caso a paciente apresente dificuldade em determinada etapa, o enfermeiro pode optar por mantê-la na mesma fase por mais de uma consulta ou realizar ajustes individualizados na prescrição.

Dessa forma, a consulta de enfermagem assume papel central no acompanhamento do protocolo, funcionando como espaço de avaliação, tomada de decisão terapêutica e pactuação do plano de cuidado, garantindo a segurança, a eficácia e a adesão ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico.

Incontinência Urinária



Bexiga Normal



Bexiga Hiperativa

- Urgência
- Vazamento de Urina
- Idas Frequentes ao Banheiro





ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: IU moderada

O programa de treinamento da musculatura do assoalho pélvico será estruturado em cinco etapas progressivas, conforme adaptação do protocolo proposto por Assis et al. , com o objetivo de promover o desenvolvimento gradual das funções musculares, incluindo força, resistência e coordenação.

INTERVENÇÃO	ATIVIDADE
Orientar sobre Manejo (Controle) da Incontinência Urinária 10045261	Realize os exercícios do assoalho pélvico diariamente, compostos por contrações e relaxamentos, organizados em 6 fases progressivas, conforme orientado durante a consulta de enfermagem: • fase 1: contração forte e relaxamento completo • fase 2: contração com sustentação progressiva • fase 3: coordenação de força (contração moderada para máxima) • fase 4: coordenação associada à sustentação • fase 5: coordenação avançada da força e sustentação • fase 6: manutenção com alternância entre força e sustentação

FASE 1 – Contração forte e relaxamento completo

Objetivo: promover ativação da musculatura do assoalho pélvico e recrutamento de fibras de contração rápida

Movimento: Realizar contrações rápidas e na força máxima da musculatura do assoalho pélvico, seguidas de relaxamento completo, buscando a elevação do períneo

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: IU moderada

Instruções: O exercício deve ser realizado de forma controlada, sem contração de músculos acessórios (abdômen, glúteos e coxas) e sem interrupção da respiração. Preferencialmente, iniciar na posição sentada ou em decúbito, conforme maior conforto da paciente.

Séries: Realizar 5 séries de 10 contrações, com intervalo de aproximadamente 30 segundos entre as séries.



Atenção - Progressão entre as etapas do protocolo de exercícios do assoalho pélvico

A progressão entre as etapas do protocolo deve ser individualizada, considerando a capacidade funcional, a compreensão da técnica e a resposta clínica da mulher. A evolução não é obrigatória, podendo a mesma etapa ser mantida até adequada execução e eficácia da contração.

Mulheres com melhor percepção corporal podem progredir mais rapidamente, conforme julgamento clínico do enfermeiro. Ressalta-se que não é necessário completar todas as etapas, devendo a condução do treinamento basear-se na resposta ao tratamento e na satisfação quanto à redução das perdas urinárias, podendo ocorrer alta antes da conclusão do protocolo.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: IU moderada

FASE 2 – Contração com sustentação progressiva

Objetivo: desenvolver a resistência da musculatura do assoalho pélvico por meio da sustentação da contração

Movimento: Realizar contração da musculatura do assoalho pélvico em intensidade submáxima, mantendo a contração de forma sustentada pelo tempo que for possível, seguido de relaxamento completo.

Instruções: A sustentação da contração deve iniciar em aproximadamente 2 segundos, sendo acrescida progressivamente (1 a 2 segundos) a cada duas semanas, até atingir o tempo máximo de 10 segundos.

O exercício deve ser realizado sem contração de músculos acessórios (abdômen, glúteos e coxas) e sem interrupção da respiração.

Séries: Realizar 5 séries de 10 contrações, com intervalo de aproximadamente 30 segundos entre as séries.

FASE 3 – Coordenação de força (contração moderada para máxima)

Objetivo: desenvolver a coordenação e o controle da força de contração da musculatura do assoalho pélvico

Movimento: Realizar contração da musculatura do assoalho pélvico inicialmente em intensidade moderada (aproximadamente metade da força máxima), progredindo para a contração máxima e, em seguida, promovendo relaxamento completo.

Instruções: O movimento deve ser realizado de forma sequencial e controlada, respeitando a progressão da intensidade da contração.

Séries: Realizar 5 séries de 10 contrações ao dia, com intervalo de aproximadamente 30 segundos entre as séries.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: IU moderada

FASE 4 – Coordenação associada à sustentação

Objetivo: desenvolver a coordenação entre diferentes níveis de força associados à sustentação da contração

Movimento: Realizar contração da musculatura do assoalho pélvico inicialmente em intensidade moderada (aproximadamente metade da força máxima), sustentando pelo tempo correspondente à metade do tempo adquirido na fase 2. Em seguida, progredir para contração máxima, mantendo a sustentação pelo mesmo tempo, e finalizar com relaxamento completo.

Instruções: O movimento deve ser realizado de forma sequencial e controlada, respeitando a progressão da intensidade e o tempo de sustentação.

Séries: Realizar 5 séries de 10 contrações ao dia, com intervalo de aproximadamente 30 segundos entre as séries.

FASE 5 – Coordenação avançada da força e sustentação

Objetivo: aprimorar o controle da contração muscular e a coordenação entre diferentes níveis de força

Movimento: Realizar contração da musculatura do assoalho pélvico na força máxima, sustentando pelo tempo correspondente à metade do tempo adquirido na fase 2. Em seguida, reduzir para contração de intensidade moderada, mantendo a sustentação por tempo equivalente ao da contração máxima, e finalizar com relaxamento completo.

Séries:

Realizar 5 séries de 10 contrações ao dia, com intervalo de aproximadamente 30 segundos entre as séries.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: IU moderada

Importância da Contração Correta

A contração do ânus ativa o complexo levantador do ânus, responsável pelo fechamento da uretra, vagina e ânus, além da sustentação dos órgãos pélvicos.

Se for necessário usar a orientação de "interromper o fluxo urinário", é essencial esclarecer que essa ação nunca deve ser feita como exercício, pois pode causar resíduo urinário pós-miccional.

Dica Importante para o paciente:

Orientação para a Contração do Assoalho Pélvico

- Antes de qualquer esforço abdominal (como tossir ou espirrar), é essencial que a paciente realize a contração do assoalho pélvico para evitar perdas urinárias.
- Em casos de vontade extrema de urinar, a contração do assoalho pélvico em força máxima por 10 segundos pode inibir a contração do detrusor, proporcionando tempo maior para a paciente chegar ao banheiro.

Fase 6: Manutenção da Função da MAP (Após Alta)

Alternar entre treinos de força e sustentação no tempo máximo alcançado.

Realize os exercícios três vezes ao dia.

Objetivo: Manter o trabalho das fibras musculares Tipo 1 (contração lenta) e Tipo 2 (contração rápida) para preservar a função pélvica ao longo da vida.

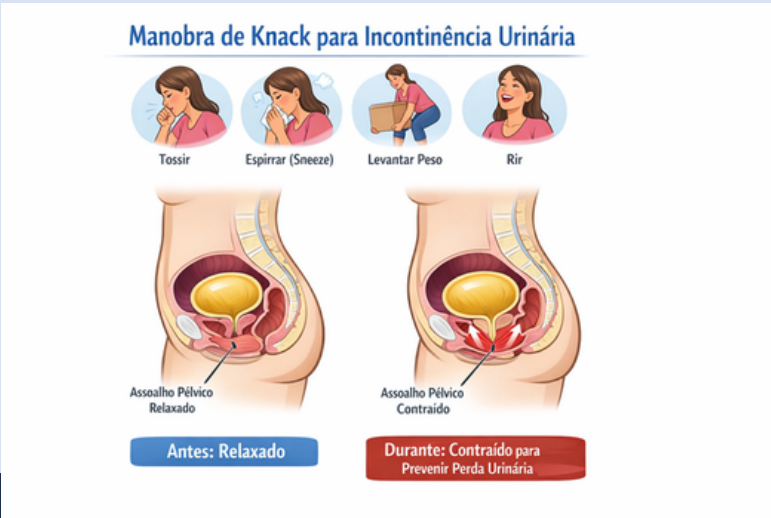
ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Você conhece a Manobra de Knack?

A manobra de Knack consiste na contração voluntária e antecipada dos músculos do assoalho pélvico antes e durante esforços que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir ou levantar peso (International Continence Society, 2023). Essa estratégia aumenta a pressão uretral e o suporte do colo vesical, prevenindo a perda urinária, especialmente na incontinência urinária de esforço (Fitz et al., 2021; Yeşilyurt et al., 2022). Evidências indicam que seu treinamento sistematizado melhora o controle urinário, principalmente quando associado ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico (Jagadeeswari, Kalabarathi, Bhuvaneswari, 2024; Gerlegiz et al., 2025).

Como orientar	Orientar a pessoa a contrair os músculos do assoalho pélvico imediatamente antes do esforço, manter a contração durante a atividade e relaxar após o término (ICS, 2023). Deve ser ensinada durante a consulta de enfermagem, após avaliação da capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).
Integração ao cuidado	Recomenda-se associar a manobra de Knack ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico e às orientações comportamentais (Bo et al., 2023; Gerlegiz et al., 2025).

Figura. 23 - Manobra de Knack para Incontinência Urinária



Fonte: Adaptado de Bo et al., (2023) e Gerlegiz et al., (2025). Figura feita através do ChatGPT.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: Hiperatividade pélvica presente

INTERVENÇÃO	ATIVIDADE
Orientar Técnica de Relaxamento (10038699)	• Utilize calor morno na região pélvica/perineal (bolsa térmica ou compressa morna) por cerca de 15 minutos, de uma a três vezes ao dia, para ajudar no relaxamento da musculatura. • Realize massagem suave na região perineal externa, quando se sentir confortável, com o objetivo de diminuir a tensão e a ativação involuntária dos músculos do assoalho pélvico. • Pratique respiração lenta e profunda, procurando relaxar todo o corpo, especialmente em momentos de maior tensão, ansiedade ou urgência para urinar. • Evite contrair os músculos do assoalho pélvico sem necessidade durante as atividades do dia a dia; procure manter essa região relaxada sempre que possível. • Observe e relate durante as consultas a presença de dor pélvica, dificuldade para relaxar a musculatura ou mudanças no padrão urinário. • Compreenda que ansiedade e estresse podem aumentar a tensão muscular e os sintomas urinários; por isso, as estratégias de relaxamento fazem parte do seu tratamento. • Pratique atenção plena (mindfulness), focando na respiração ou nas sensações do corpo, como forma de reduzir a tensão muscular geral. • Utilize aromaterapia, se gostar e se tiver acesso, para auxiliar no relaxamento e na redução da ansiedade. • Identifique, junto com a enfermeira, atividades que ajudem você a relaxar, como ouvir música, caminhar, alongar-se ou outras práticas que tragam bem-estar.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: Controle urinário prejudicado

INTERVENÇÃO	ATIVIDADE
Aumentar/encorajar ingestão de líquidos (água) (10009961/10006823/10006276)	• Aumente a ingestão de líquidos ao longo do dia, distribuindo a água em pequenas quantidades, desde o momento em que acorda até o final da tarde, para manter a urina menos concentrada e reduzir a irritação da bexiga. • Evite ingerir líquidos em grande volume de uma só vez; prefira quantidades menores e frequentes. • Reduza a ingestão de líquidos duas horas antes de dormir, para diminuir episódios de perda urinária noturna e noctúria. • Urine antes de se deitar, mesmo que não sinta vontade intensa, para esvaziar a bexiga antes do período de repouso. • Evite bebidas que possam irritar a bexiga, como café, chás cafeinados, refrigerantes, bebidas alcoólicas, cítricos e adoçantes artificiais. Caso consuma, tente reduzir gradualmente.
Orientar técnica de Treinamento Vesical Promover Rotina Vesical 10019502/10003286 // 10037691	• Siga as orientações de treinamento vesical, aumentando gradualmente o intervalo entre as micções conforme combinado durante a consulta. • Sente-se no vaso sanitário de forma relaxada, apoiando bem os pés no chão, evitando fazer força para urinar. • Mantenha acompanhamento regular para avaliar a redução das perdas urinárias e o aumento do intervalo entre micções, ajustando as orientações conforme sua evolução. • Estabeleça uma rotina de ida ao banheiro, evitando urinar “por precaução” sem vontade, mas também não retardando a micção quando surgir o desejo.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: Adesão ao regime de exercício físico prejudicada

INTERVENÇÃO	ATIVIDADE
Promover Adesão ao Regime de Exercício Físico (10041628)	• Para identificar a musculatura do assoalho pélvico, faça uma contração pélvica simulando a interrupção do jato de urina, apenas como forma de perceber quais músculos devem ser contraídos. Essa simulação deve ser feita somente para reconhecimento da musculatura, e não deve ser realizada durante a micção de forma repetida, para evitar prejuízos ao esvaziamento da bexiga. • Procure realizar os exercícios do assoalho pélvico diariamente, como prescrito, incorporando essa prática à sua rotina, pois a regularidade ajuda a melhorar o controle urinário e o funcionamento da musculatura pélvica.

Diagnóstico: Constipação presente

INTERVENÇÃO	ATIVIDADE
Aumentar ingestão de líquidos 10009961/ 10006276	• Beba água ao longo do dia, em pequenas quantidades, desde a manhã até o final da tarde. A água ajuda a amaciar as fezes, facilitando a evacuação e prevenindo o ressecamento intestinal. • Evite passar longos períodos sem ingerir líquidos.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Aumentar ingestão de alimentos (ricos em fibras)
10009961/ 10008101

- Inclua diariamente alimentos ricos em fibras, como frutas (especialmente com bagaço e casca), verduras, legumes e alimentos integrais.
- As fibras ajudam o intestino a funcionar melhor, aumentando o volume e a maciez das fezes.
- Sempre que aumentar o consumo de fibras, aumente também a ingestão de água, para evitar gases ou desconforto.

Massagear Abdômen (10011768 / 10000023)

- Prepare-se para a massagem.
- Escolha um local tranquilo.
- Fique deitada ou sentada, em posição confortável, com a barriga relaxada.
- Se desejar, use um pouco de óleo ou creme hidratante para facilitar o deslizamento das mãos.
- Coloque as mãos sobre a barriga e comece a massagem no lado direito do abdome, logo abaixo das costelas.
- Faça os movimentos corretamente
- Pressione suavemente a barriga com as mãos, fazendo movimentos lentos, como se as mãos estivessem “caminhando”.
- Siga este trajeto: do lado direito da barriga para o centro; depois, vá para o lado esquerdo; e, por fim, desça até a parte inferior esquerda do abdome.

Usar Posicionamento de Apoio (10035467)



- Utilize um banquinho de apoio para os pés sempre que for evacuar.
- O banquinho deve ter altura suficiente para elevar os pés, deixando os joelhos mais altos que o quadril.
- Posicione-se corretamente no vaso sanitário
- Sente-se confortavelmente no vaso e apoie bem os pés no banquinho.
- Incline levemente o tronco para frente e apoie os cotovelos nos joelhos, mantendo o corpo relaxado.
- Durante a evacuação: Respire de forma calma e natural.
- Evite fazer força para evacuar; permita que o intestino funcione de forma espontânea.
- Mantenha a posição por até 10 minutos, sem esforço excessivo.
- Frequência de uso: Utilize o banquinho todas as vezes que for evacuar, como parte da rotina intestinal, pois essa posição facilita a saída das fezes, reduz o esforço abdominal e contribui para o melhor funcionamento do intestino e para a proteção do assoalho pélvico.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: Socialização diminuída

INTERVENÇÃO	ATIVIDADE
Encorajar Socialização (10006823/10018391)	• Tente participar de atividades sociais que lhe tragam prazer, como encontros familiares, visitas a amigos, atividades religiosas, comunitárias ou de lazer, respeitando seu ritmo. • Antes de sair de casa, planeje-se: esvazie a bexiga, utilize o banheiro sempre que necessário e leve, se desejar, produtos de proteção para maior tranquilidade. • Escolha nesse início de tratamento, sempre que possível, locais onde haja fácil acesso a banheiros, para aumentar sua segurança e conforto. • Comece com atividades sociais mais curtas e vá aumentando o tempo conforme ganhar confiança. • Lembre-se de que manter a vida social contribui para a autoestima, o bem-estar emocional e o sucesso do tratamento da incontinência.

Diagnóstico: Qualidade de vida prejudicada

INTERVENÇÃO	ATIVIDADE
Aplicar Questionário (10002464/10016229)	• Utilizar o diagnóstico relacionado à qualidade de vida como ferramenta de avaliação ao longo do acompanhamento da paciente, sendo especialmente importante na avaliação de alta.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Aplicar Questionário (10002464/10016229)

- À medida que os sintomas urinários da paciente melhoram, espera-se uma melhora significativa na sua qualidade de vida.
- A paciente, com a redução das perdas urinárias e controle dos sintomas, recuperará gradualmente sua capacidade de realizar atividades diárias que anteriormente estavam comprometidas. Com o alívio dos sintomas, será possível retomar atividades como sair de casa, socializar, trabalhar e se envolver em atividades recreativas, promovendo sua autonomia e bem-estar emocional.
- O questionário de qualidade de vida aplicado na primeira avaliação funcionará como base para a nossa evolução de enfermagem. Ao longo do tratamento, a comparação entre as respostas iniciais e finais fornecerá uma visão clara do impacto das intervenções realizadas na vida da paciente. Com a aplicação do questionário na avaliação de alta, conseguimos ter uma análise da progressão e a eficácia das estratégias de tratamento implementadas.

Diagnóstico: Autocuidado prejudicado

INTERVENÇÃO	ATIVIDADE
Sentar-se no vaso sanitário (10018195/ 10004693)	• Sempre que for urinar, sente-se completamente no vaso sanitário, evitando permanecer em posição semi-sentada ou suspensa. • Relaxe a musculatura do assoalho pélvico, respirando de forma calma e natural, sem fazer força para urinar.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Sentar-se no vaso sanitário (10018195/ 10004693)

- Permaneça sentada até o término da micção, permitindo o esvaziamento adequado da bexiga.
- Na hora do banho, se optar por sabonete, use sabonete neutro, apenas na região externa, evitando produtos perfumados ou irritantes.
- Seque a região íntima com toque suave, evitando umidade prolongada, que pode causar desconforto ou irritações.
- Troque a roupa íntima sempre que estiver úmida, mantendo a região limpa e seca.
- Evite duchas vaginais ou produtos internos, pois podem alterar a proteção natural da região íntima.

Diagnóstico: Incontinência Urinária Complexa

INTERVENÇÃO	DETALHAMENTO
Encaminhar para Enfermeira(o) Estomaterapeuta – 10040419	Quando temos uma paciente com tratamento refratário a condutas conservadoras realizadas pelo enfermeiro generalista, com necessidade de biofeedback e eletroestimulação Encaminhar ao Serviço Médico - Detalhamento da atividade: Quando há necessidade de estudo urodinâmico ou quando temos a casos que envolvem dor associada, hematúria, infecções urinárias recorrentes, vazamento urinário contínuo sugestivo de fístula, enurese, suspeita de doença neurológica ou histórico de radioterapia. Em suma, a intervenção de enfermagem corresponde à fase de Implementação do Processo de Enfermagem. Nessa etapa, o enfermeiro prescreve as ações necessárias para a execução do plano de cuidados, podendo realizá-las diretamente ou direcioná-las a outros executores da equipe de enfermagem, conforme a natureza da intervenção, a complexidade da atividade e a legislação profissional vigente.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Como executar as intervenções de enfermagem na prática

As intervenções podem ser executadas pelo próprio enfermeiro, por outro enfermeiro, pelo técnico de enfermagem ou pela própria pessoa sob cuidados e/ou seus familiares, especialmente quando envolvem ações educativas, de autocuidado ou manejo domiciliar.

Quando a prescrição de enfermagem é direcionada a terceiros, é imprescindível que a atividade seja descrita de forma clara, detalhada e operacional, especificando o modo de execução, a finalidade da intervenção e os recursos necessários, a fim de garantir a segurança, a compreensão e a efetividade do cuidado.

Exemplo:

Intervenção → Massagear Abdômen

Atividade: Realizar massagem abdominal para estímulo do reflexo gastrocólico, conforme orientações fornecidas em vídeo instrucional gravado durante a consulta de enfermagem, no qual demonstro o passo a passo da técnica, incluindo posicionamento, sentido dos movimentos, tempo de execução e frequência recomendada.





ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A evolução de enfermagem constitui a quinta etapa do Processo de Enfermagem, conforme estabelecido pela Resolução COFEN nº 736/2024, e corresponde à avaliação dos resultados alcançados a partir dos diagnósticos e intervenções previamente definidos. Nessa etapa, o enfermeiro realiza análise crítica e julgamento clínico para verificar a manutenção ou modificação das condições de saúde, possibilitando a continuidade, adequação ou redirecionamento do plano terapêutico (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

A evolução baseia-se na comparação entre a avaliação anterior e a avaliação atual, permitindo analisar a efetividade das intervenções implementadas. O uso de instrumentos padronizados e escalas validadas, aplicados desde a avaliação inicial até o acompanhamento, favorece a mensuração objetiva da resposta ao tratamento, a construção de uma linha evolutiva do quadro clínico e o registro de evidências da qualidade da assistência prestada (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

Destaca-se que a evolução de enfermagem não se limita ao registro descritivo de sinais e sintomas, mas exige interpretação clínica e atribuição de juízo de valor às ações realizadas. No contexto da consulta de enfermagem à mulher com incontinência urinária, o julgamento clínico pode ser fundamentado em instrumentos objetivos, como a Escala de Oxford, e em dados subjetivos, como o relato de redução das perdas urinárias e a melhora percebida na qualidade de vida



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

DICA IMPORTANTE PARA A PRÁTICA: NÃO ALINHAR EXPECTATIVA DE TEMPO

A primeira consulta de enfermagem tem papel estratégico no acolhimento, pois a avaliação de enfermagem inicial é primordial para identificação dos diagnósticos de enfermagem por prioridade e estruturação do plano de cuidado.



Para garantir uma abordagem completa, recomenda-se seguir um roteiro organizado, alinhado às etapas do Processo de Enfermagem: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. A evolução, enquanto etapa de PE, permitirá ao enfermeiro monitorar a resposta da mulher às intervenções propostas, comparar resultados ao longo do tempo e ajustar o planejamento sempre que necessário no contexto da incontinência urinária.

A duração da consulta não deve ser prometida ou delimitada previamente. Estas diretrizes orientam o caminho clínico, não o tempo. Cada mulher terá necessidades diferentes, que podem demandar mais ou menos aprofundamento.

CAPTAÇÃO DE MULHERES NA PRÁTICA: OPORTUNIDADE DURANTE O EXAME PAPANICOLAU

A consulta de enfermagem para incontinência urinária pode ser integrada a momentos já estabelecidos no cuidado feminino. Após a realização do exame citopatológico (Papanicolau), o enfermeiro pode aproveitar a oportunidade para perguntar diretamente:

- “Como estão suas perdas urinárias? Você percebe escapes quando tosse, ri ou sente urgência para urinar?”

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Esse momento apresenta vantagens importantes:

- a mulher já está em ambiente de cuidado íntimo e acolhimento;
- facilita a identificação precoce de sintomas;
- aumenta a adesão à consulta específica para IU;
- otimiza a agenda e amplia o acesso.

Caso sejam identificadas queixas, o enfermeiro pode agendar a consulta de enfermagem para IU, conforme a organização do serviço e disponibilidade da mulher.

CASO SEJAM IDENTIFICADAS QUEIXAS, O ENFERMEIRO PODE AGENDAR A CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA IU, CONFORME A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E DISPONIBILIDADE DA MULHER.



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

REGISTROS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

O registro do Processo de Enfermagem deve ser realizado de forma clara, fidedigna e contínua no prontuário do paciente, seja em meio físico ou eletrônico, conforme estabelecido pela Resolução COFEN nº 429/2012. É privativo do enfermeiro o registro de todas as etapas do Processo de Enfermagem, enquanto aos demais membros da equipe de enfermagem compete a Anotação de Enfermagem, a checagem das prescrições e a documentação das ações realizadas, assegurando a continuidade, a segurança e a qualidade da assistência. Nestas diretrizes, que abordam o tratamento conservador da incontinência urinária, as ações propostas estão diretamente relacionadas às atribuições do enfermeiro, em consonância com a normatização profissional vigente (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).





ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nesse contexto, o Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 514/2016, reforça que os registros de enfermagem constituem um documento legal, fundamental para a comunicação entre os profissionais de saúde, para a avaliação da qualidade da assistência, para o respaldo ético-legal e para a continuidade do cuidado. Os registros devem ser realizados de forma objetiva, cronológica, legível, sem rasuras, refletindo fielmente as ações executadas e as respostas da pessoa assistida. Além disso, o prontuário configura-se como um relatório permanente, que reúne, em ordem cronológica, a evolução da condição de saúde do paciente e os cuidados prestados desde o início do acompanhamento até a alta (Conselho Federal de Enfermagem, 2016).

Conforme orientações normativas, os registros devem contemplar: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade; os diagnósticos de enfermagem relacionados às respostas humanas no processo saúde-doença; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas; e os resultados alcançados a partir dessas intervenções. Nesse sentido os registros de enfermagem devem ser compreendidos e assumidos como parte integrante do Processo de Enfermagem, constituindo uma forma de tornar visível o trabalho realizado e de contribuir para o desenvolvimento da profissão. Como documentos legais, os registros somente têm validade quando datados, assinados, legíveis e isentos de rasuras, reforçando sua importância para a prática profissional e para a segurança da assistência (Conselho Federal de Enfermagem, 2016; Conselho Federal de Enfermagem, 2024).



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Modelo de registro de Avaliação Inicial formulado pela autora

CONSULTA DE ENFERMAGEM – INCONTINÊNCIA

NOME:

DATA DA CONSULTA: // ____

☐ 1ª Avaliação ☐ Encaminhamento

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Gênero:

☐ Mulher ☐ Homem ☐ Não-binário

Pronome de tratamento:

Com quem habita:

Profissão/Ocupação:

Raça:

☐ Preto ☐ Pardo ☐ Indígena ☐ Branco ☐ Amarelo

Encaminhamento (motivo):

HISTÓRIA INDIVIDUAL DE SAÚDE

Peso: kg Altura: cm IMC: kg/m²

Comorbidades:

Medicações em uso:

Cirurgias prévias:

Partos:

Número de partos: _____ Tipo: ☐ Vaginal ☐ Cesárea

Trauma perineal: ☐ Sim ☐ Não Qual tipo:

Tabagista: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ex-fumante Cigarros/dia:

Etilista: ☐ Sim ☐ Não ☐ Socialmente Doses/dia:

Prática de atividade física regular: ☐ Sim ☐ Não

Tipo de atividade física:

Frequência:

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Refeições diárias:

☐ Café da manhã ☐ Lanche (manhã) ☐ Almoço ☐ Lanche (tarde)

☐ Janta ☐ Lanche (noite)

Se frequência irregular, descrever:

Consumo de fibras: ☐ Sim ☐ Não

Consumo de cafeína: ☐ Sim ☐ Não

Ingesta hídrica (L/dia): L por peso corporal:

Cor da urina:

HISTÓRIA FAMILIAR DE SAÚDE

Mãe com incontinência urinária: ☐ Sim ☐ Não

Avós com incontinência urinária: ☐ Sim ☐ Não

Irmãs com incontinência urinária: ☐ Sim ☐ Não

QUEIXAS PRINCIPAIS

Queixas miccionais:

☐ Urgência miccional

☐ Incontinência aos esforços

☐ Disúria

☐ Noctúria

☐ Dor suprapúbica

☐ Exitância miccional

Tempo da micção: _____ segundos

☐ Gotejamento terminal

☐ Fluxo urinário interrompido

☐ Sensação de esvaziamento vesical incompleto

☐ Outros:

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Queixas evacuatórias:

- ☐ Urgência evacuatória
- ☐ Incontinência Fecal
- ☐ Dor anal ☐ Prurido anal ☐ Nodulação anal
- ☐ Sensação de esvaziamento retal incompleto
- ☐ Outros:

PADRÕES MICCIONAIS

Frequência miccional:

Diurna: _____ x/dia Noturna: _____ x/noite ☐ Não sabe informar

Frequência de perdas:

- ☐ Diária ☐ Quase diária (2 a 5 dias/semana)
- ☐ Semanal ☐ Ocasional ☐ Não se aplica

“Além da roupa íntima, você costuma utilizar algum recurso, como protetor, toalha, absorvente ou fralda?”

Escala de resposta:

- () Nunca
- () Raramente
- () Às vezes
- () Frequentemente
- () Sempre

Qual?

Trocas diárias

“Em média, quantas vezes por dia você troca a calcinha, o absorvente, o protetor ou a fralda por causa da perda de urina?”

_____ vezes/dia

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

SITUAÇÕES DE PERDAS URINÁRIAS

- ☐ Urgência miccional
 - ☐ Mínimos esforços
 - ☐ Médios esforços
 - ☐ Grandes esforços
 - ☐ Outros:
-
- ☐ Assoar o nariz ☐ Virar-se na cama ☐ Tossir ou espirrar
 - ☐ Exercício físico ☐ Relação sexual ☐ Risada ☐ Manipulação com água
 - ☐ Outros:

PADRÕES INTESTINAIS

Evacuação diária: ☐ Sim ☐ Não

Número de evacuações/dia: _____

Escala de Bristol:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

EXAME FÍSICO:

Avaliação Antropométrica

Peso: ____ kg | Altura: ____ m | IMC: ____ kg/m²

Classificação do IMC: ☐ Adequado ☐ Sobrepeso ☐ Obesidade

Observação: IMC elevado associado a maior risco para incontinência urinária.

Exame Clínico Geral

Mobilidade geral: ☐ Preservada ☐ Parcialmente comprometida ☐ Comprometida

Observações: _____

Estado cognitivo: ☐ Preservado ☐ Alterado

Capacidade de compreensão/adesão ao tratamento: ☐ Adequada ☐ Parcial ☐

Prejudicada

Edema periférico: ☐ Ausente ☐ Presente

Localização/intensidade: _____

Exame Abdominal

Inspeção/palpação:

☐ Abdome indolor

☐ Massa palpável

☐ Bexiga distendida

☐ Sinais de impactação fecal

Observações: _____

Percussão suprapúbica:

☐ Sem sinais de distensão vesical

☐ Sugestiva de distensão vesical

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Exame Pélvico

4.1 Inspeção estática da região perineal

Dermatite associada à incontinência: ☐ Não ☐ Sim

Mucosa vaginal:

Elasticidade ☐ Preservada ☐ Reduzida

Umidade ☐ Adequada ☐ Ressecada

Cicatrizes/lesões: ☐ Não ☐ Sim → Descrição: _____

Meato uretral: ☐ Sem alterações ☐ Alterações visíveis

Reflexo anocutâneo: ☐ Presente ☐ Ausente

4.2 Exame dígito-vaginal

Integridade estrutural do assoalho pélvico: ☐ Preservada ☐ Alterada

Presença de prolapsos: ☐ Não ☐ Sim → Tipo: _____

Tônus muscular: ☐ Adequado ☐ Reduzido ☐ Aumentado

Inspeção dinâmica:

Manobra de Valsalva:

☐ Sem prolapso

☐ Prolapso observado → Grau: _____

Estabilidade do introito vaginal: ☐ Preservada ☐ Comprometida

Avaliação funcional do MAP:

Propriocepção ☐ Adequada ☐ Prejudicada

Tensão ☐ Ausente ☐ Presente

Força ☐ Adequada ☐ Reduzida

Relaxamento ☐ Adequado ☐ Prejudicado

Sustentação ☐ Adequada ☐ Prejudicada

Uso de musculatura acessória ☐ Não ☐ Sim

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Fundamentação dos domínios avaliativos da consulta de enfermagem:

Gênero: Embora este questionário se destine à pessoas do sexo feminino, a identidade de gênero apresentada pode ser diversa. Utilizar os pronomes de tratamento adequados e se referir à pessoa atendida pela forma que ela prefere ser chamada não somente serve como uma estratégia de acolhimento, como também é um direito garantido pela Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, entre eles o direito ao uso do nome social (Brasil, 2009).

Com quem habita e Profissão/ocupação: Tanto as redes sociais e comunitárias como a condição de trabalho são determinantes sociais em saúde e podem ser fatores de vulnerabilidade ou proteção do indivíduo durante o enfrentamento do processo saúde-doença. Relações estáveis de confiança e cooperação entre famílias e comunidade estabelecem uma rede de apoio, ofertando suporte psicossocial e até financeiro ao cidadão. As ocupações profissionais, por outro lado, podem limitar a qualidade da assistência em saúde recebida, uma vez que determinadas ocupações trazem riscos à saúde por se só e outras não são capazes de prover renda compatível com as necessidades de saúde do indivíduo e sua família (World Health Organization, 2011).

AO REALIZAR UMA CONSULTA, É INDISPENSÁVEL AVALIAR O IMPACTO DA DOENÇA NA VIDA DA PESSOA E OBSERVAR COMO AS SUAS CONDIÇÕES FINANCEIRAS E PSICOSSOCIAIS PODEM AFETAR SUA ADEÇÃO





ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Raça: O grupo de maior risco para desenvolvimento de incontinência urinária (IU) são pessoas brancas. A incontinência urinária de esforço é mais presentes em mulheres brancas, já a incontinência urinária de urgência atinge predominantemente mulheres negras (pretas e pardas). Mulheres amarelas e indígenas possuem perdas urinárias menores, porém as últimas tendem a possuir menor grau de instrução e baixo nível de conhecimento em saúde. É importante também considerar o impacto socioeconômico que atinge raças mais vulneráveis, como negros e indígenas (Higa et al., 2005; Scharp et al., 2025).

HISTÓRIA INDIVIDUAL DE SAÚDE

Antropometria, comorbidades, medicações em uso, cirurgias prévias, número e tipo de parto, relato de trauma perineal: São considerados fatores de risco para o desenvolvimento ou piora dos sintomas de incontinência: Idade, obesidade, partos vaginais (especialmente quando há maior número de filhos e presença de trauma perineal por uso de fórceps ou episiotomia), cirurgias pélvicas (especialmente histerectomias), prolapsos genitais e história de diabetes melito mal controlado ou diabetes insípido. Além disso, o uso de alguns medicamentos também pode piorar os sintomas urinários, como os diuréticos que aumentam os sintomas de urgência e a frequência miccional pelo aumento do volume urinário e os antagonistas alfa-adrenérgicos e inibidores da enzima conversora de angiotensina que diminuem o tônus do esfíncter uretral, favorecendo os sintomas de incontinência urinária de esforço. O uso de medicamentos indutores do sono, sedativos ou hipnóticos também podem impedir que pessoas com incontinência urinária se levantem à noite para urinar, levando à micções durante o sono (Hu, Pierre, 2019; Brasil, 2020; Harding, 2024; Ihara, 2023).



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

USO DE ANTICOLINÉRGICOS, PSICOTRÓPICOS E OPIOIDES PODE INDUZIR QUADROS DE CONSTIPAÇÃO, QUE DISTENDE PARTE DISTAL DO CÓLON SIGMOIDE E DO RETO, PREJUDICANDO A TRANSMISSÃO PARASSIMPÁTICA SACRAL E AFETANDO A ATIVIDADE DETRUSORA, PIORANDO OS SINTOMAS DE INCONTINÊNCIA



Prática de atividade física regular: Apesar de geralmente ser um fator protetor, o exercício físico extenuante aumenta o risco de incontinência urinária de esforço durante os períodos de atividade física. Por outro lado, a presença de incontinência urinária pode impedir que as mulheres façam exercícios e se tornem sedentárias, facilitando o ganho de peso e levando à obesidade - outro fator de risco para incontinência urinária (Brasil, 2020).

Refeições diárias: A constipação é mais comum em mulheres, idosos, pessoas sedentárias e que passaram por cirurgias abdomino-pélvicas. Para regularizar o padrão e otimizar a consistência das evacuações, é necessário manter bons hábitos alimentares que favoreçam a formação de um bolo fecal saudável. Entre as estratégias disponíveis estão: realizar refeições ao longo do dia (evitando permanecer longas horas sem comer), consumir na dieta fibras solúveis (absorvem água e tornam o bolo fecal mais viscoso e hidratado, auxiliando o fluxo intestinal) e insolúveis (ajudam a formar um bolo fecal mais volumoso que estimula o peristaltismo e facilita a evacuação) e ingerir água nas proporções adequadas para evitar desidratação das fezes (Brasil, 2020; Harding, 2024; Ihara, 2024).

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Tabagista, etilista e consumo de cafeína: O café e o álcool são substâncias diuréticas, irritantes da mucosa da bexiga e que agem sobre o músculo detrusor causando contrações involuntárias. Já o cigarro, por outro lado, além de também irritar a mucosa da bexiga e promover contração do músculo detrusor devido à ação da nicotina (aumentando sintomas de incontinência urinária de urgência), também possui efeitos deletérios por outros mecanismos. A tosse crônica, comum em tabagistas de longo prazo, leva ao aumento da pressão intra-abdominal, distendendo e enfraquecendo a musculatura pélvica em consequência, aumentando os sintomas de incontinência urinária de esforço. O consumo de tabaco também está ligado à quadros de constipação, associada à incontinência por transbordamento (Brasil, 2020; Harding, 2024; Kawahara, Ito, Uemura, 2020).

Ingesta hídrica: O consumo de água está diretamente ligado aos sintomas de incontinência. É importante avaliar a quantidade consumida diariamente, que pode exceder à capacidade da bexiga ou está abaixo do padrão recomendado. A redução da ingesta hídrica é uma estratégia com bons resultados no controle dos sintomas, mas precisa ser utilizada com cautela em pessoas que tendem a desidratação, como idosos, ou que já consomem água pouca quantidade. Por isso, perguntar sobre a coloração da urina também pode ser uma ferramenta para medir o nível de hidratação dessa pessoa. A urina deve ser transparente, clara ou amarelada. Urinas alaranjadas ou amarronzadas indicam desidratação em diferentes níveis de gravidade com concentração dos componentes sólidos que dão essa cor à urina, urinas muito escurecidas (quase enegrecidas) indicam presença de bilirrubina ou sangue (comuns em doenças hepáticas ou renais, bloqueios por cálculos, infecções e rabdomiólise). (Hu, Pierre, 2019; Brasil, 2020; Harding, 2024; Ihara, 2023).

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

TAMBÉM É IMPORTANTE AVALIAR PERDA DE SANGUE NA URINA, QUE PODE SER UM INDICADOR DE GRAVIDADE PARA OUTRAS CONDIÇÕES, COMO LESÕES OU CÂNCERES



HISTÓRIA FAMILIAR DE SAÚDE

Mãe/Avós/Irmãs com incontinência urinária: Embora essa relação precise de novos estudos para aprofundamento teórico, já foi observada a influência genética entre mulheres de mesma família no desenvolvimento de incontinência de esforço (Hannestad, 2004; Rortveit et al., 2001).

QUEIXAS PRINCIPAIS

Queixas miccionais: A descrição das queixas miccionais serve para diferenciar os tipos de incontinência urinária entre si e estabelecer uma relação de causalidade entre sintoma e diagnóstico. É importante observar sinais que podem alertar para outras condições associadas, como disúria e dor suprapúbica (presentes em quadros de infecção de trato urinário baixo) ou sintomas comuns em obstruções e retenção vesical como hesitação miccional, gotejamento terminal, fluxo urinário interrompido e sensação de esvaziamento vesical incompleto (Brasil, 2020; Harding, 2024).

Queixas evacuatórias: A descrição das queixas evacuatórias pode ser útil para estabelecer uma relação com o quadro de incontinência urinária ou para diferenciar de outras condições. A urgência ou urgíincontinência evacuatória pode estar associada à quadros neurológicos que apontem para uma incontinência urinária neurogênica causada por danos a vias neurológicas comuns à ambas eliminações vesicais e intestinais.



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

O soiling (ato involuntário de manchar roupas com fezes devido escapes fecais) e a sensação de esvaziamento retal incompleto podem ocorrer em obstruções intestinais. Dor e nodulação anal são comuns em obstruções, quadros de constipação e infecções sexualmente transmissíveis ou podem estar ligadas a cânceres. Já o prurido anal pode estar associado à irritação da pele por contato com urina ou fezes, comuns em quadros de incontinência urinária ou fecal, mas também pode estar associada à infecções por fungos ou parasitas (Harding, 2024)

PADRÕES MICCIONAIS

Frequência miccional e frequência de perdas: O registro do padrão miccional serve para diferenciar a incontinência urinária de outras condições, bem como ajudar a diferenciar os tipos de incontinência urinária entre si. Em indivíduos com incontinência urinária de urgência, são registrados pequenos volumes de urina em intervalos de tempo reduzidos, já naquelas com incontinência urinária de esforço, é notável a associação da perda urinária com a realização de atividades que exigem esforço físico, mesmo que breve ou mínimo (Harding, 2024, Brasil, 2020)

SITUAÇÕES QUE ACIONAM A PERDA URINÁRIA

Estímulos e esforços: O registro do grau e tipo de atividade que se traduz em perda urinária é um importante preditor de impacto na qualidade de vida do paciente com incontinência urinária. É através dessa mensuração que o diagnóstico de incontinência urinária de esforço pode ser concluído (Brasil, 2020; Harding, 2024).



ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

PADRÕES INTESTINAIS

Evacuação diária e Escala de Bristol: A classificação de Bristol tem a função de avaliar a velocidade do trânsito intestinal, baseando-se nos 7 tipos de fezes: tipo 1 - pedaços separados e duros (constipação severa); tipo 2 - forma de salsicha, mas com grumos (constipação suave); tipo 3 - forma de salsicha, mas com fendas na superfície (evacuação normal); tipo 4 - forma de salsicha ou sobra, lisa e mole (evacuação normal); tipo 5 - pedaços moles, mas de contornos nítidos (falta de fibra); tipo 6 - pedaços aerados e moles com contornos irregulares (diarreia suave); tipo 7 - aquoso, sem pedaços sólidos (diarreia severa).

Nas mulheres, essa escala é importante pois há impacto da constipação intestinal na incontinência urinária, uma vez que ela distende a parte distal do cólon sigmoide e do reto, podendo prejudicar a transmissão parassimpática sacral e afetando a atividade detrusora, levando à incontinência (Brasil, 2020).

A inclusão dos textos explicativos ao final do questionário tem como objetivo oferecer embasamento clínico e científico para cada item abordado durante a consulta de enfermagem voltada ao atendimento de mulheres com incontinência urinária. Esses textos funcionam como um guia técnico para o profissional, auxiliando na compreensão da relevância de cada pergunta, na identificação de fatores de risco, sintomas associados e determinantes sociais da saúde. Além disso, fundamentam a construção do raciocínio clínico e apoiam a tomada de decisão baseada em evidências, promovendo um cuidado mais qualificado, sistematizado e individualizado. Com o intuito de facilitar o uso prático no cotidiano profissional, o questionário será disponibilizado em formato digital por meio de um código QR, permitindo que o enfermeiro possa acessá-lo facilmente pelo celular para preenchimento eletrônico, ou realizar a impressão conforme a necessidade do serviço.

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Estrutura física mínima para atender uma mulher com Incontinência Urinária (IU)

Para um atendimento adequado, é essencial dispor de um consultório, que inclua:

- Banheiro para facilitar a avaliação e orientação.
- Maca para a realização do exame físico.
- Espaço apropriado para registro do processo de enfermagem.
- Público-alvo com demanda específica para atendimento de incontinência urinária.

Figura 24 - Imagem de consultório para atendimento à pessoa com incontinência urinária



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que o manejo conservador da incontinência urinária, quando conduzido pelo enfermeiro de forma estruturada e individualizada, apresenta potencial significativo para a redução dos sintomas, melhora da funcionalidade, promoção da autonomia e impacto positivo na qualidade de vida das mulheres atendidas.

Por fim, reconhece-se que estas diretrizes não esgota as possibilidades de cuidado no contexto da incontinência urinária, mas se propõe a oferecer um referencial prático, seguro e aplicável à realidade da enfermagem, passível de atualização contínua, à medida que novas evidências científicas e normativas profissionais sejam incorporadas à prática clínica.



ESTUDOS DE CASO

Os estudos de caso apresentados neste capítulo têm como finalidade auxiliar o desenvolvimento do raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado à pessoa com incontinência urinária, favorecendo a integração entre teoria e prática a partir das diretrizes aqui descritas.

Inicialmente, será apresentado um estudo de caso orientado, com questões estruturadas, cujo objetivo é guiar o leitor na identificação dos dados relevantes, na formulação dos diagnósticos de enfermagem, no planejamento do cuidado, na tomada de decisão terapêutica e na evolução de enfermagem, servindo como apoio ao processo de aprendizagem.

Na sequência, será disponibilizado um estudo de caso sem respostas, proposto como exercício reflexivo, no qual o enfermeiro é convidado a aplicar de forma autônoma o Processo de Enfermagem, utilizando seu julgamento clínico, conhecimento técnico-científico e experiência profissional, sem a apresentação de soluções prontas.

Essa abordagem pedagógica busca estimular o pensamento crítico, respeitar a autonomia profissional e fortalecer a capacidade do enfermeiro de tomar decisões clínicas fundamentadas, em consonância com as normativas vigentes e com a prática baseada em evidências.

CASO 1 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE)

Mulher, 46 anos, professora, comparece à consulta de enfermagem com queixa de perda urinária aos esforços há aproximadamente três anos, com piora progressiva. Relata perdas ao tossir, rir, subir escadas e durante atividades físicas. Refere impacto moderado na qualidade de vida e insegurança em ambientes sociais. Nega urgência miccional, dor ou sintomas urinários irritativos.

Avaliação de Enfermagem

Componente	Achados
Dados subjetivos	Perda urinária aos esforços; uso de protetor diário (1–2
Dados objetivos	IMC 30,5 kg/m²; hipermobilidade uretral à tosse; força do MAP
Diário miccional	Solicitado (3 dias) para avaliação basal
ICIQ-UI SF	Escore 10 → impacto moderado
Exame físico	Oxford 2/5; relaxamento adequado; ausência de POP;
Momento	Avaliação inicial
Base normativa	COFEN nº 736/2024

CASO 1 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE)

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE®)

Diagnóstico	Prioridade	Justificativa
Incontinência urinária de esforço	Alta	Perdas associadas a esforços
Controle urinário prejudicado	Alta	Dificuldade de conter urina
Adesão ao exercício	Média	Capacidade de realizar os exercícios MAP
Qualidade de vida prejudicada	Média	Impacto funcional e emocional

Planejamento de Enfermagem

Diagnóstico	Resultado esperado	Meta
IUE	Incontinência urinária melhorada	Reduzir perdas em até 6 semanas
Controle urinário prejudicado	Controle urinário eficaz	Aumentar segurança funcional
Adesão ao exercício	Adesão adequada	Realizar exercícios diários em 4 semanas
Qualidade de vida prejudicada	Qualidade de vida melhorada	Reduzir ICIQ ≤ 5 em 8 semanas

CASO 1 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE)

Implementação / Prescrição de Enfermagem

Diagnóstico	Intervenção CIPE®	Atividades principais
IUE	Orientar sobre manejo da IU	Protocolo progressivo de exercícios do MAP (etapas 1–3); contração preemptiva (“knack”)
Controle urinário prejudicado	Promover rotina vesical	Evitar micção por precaução; postura adequada no vaso
Adesão ao exercício	Promover adesão ao regime de exercício físico	Rotina diária; lembretes; reforço educativo
Qualidade de vida prejudicada	Aplicar questionário	ICIQ como instrumento de monitoramento



CASO 1 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE)

Evolução de Enfermagem (6 semanas)

Indicador	Inicial	Seguimento
Perdas urinárias	2–3x/semana	Esporádicas
Oxford	02 // 05	03 // 05
ICIQ-UI SF	10	6
Uso de protetor	Diário	Ocasional

Julgamento clínico: evolução favorável.

Conduta: progressão do protocolo de exercícios e manutenção do acompanhamento.

CASO 2 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA ASSOCIADA À CONSTIPAÇÃO (IUU)

Mulher, 54 anos, recepcionista, refere urgência miccional intensa com perdas antes de chegar ao banheiro, noctúria e sensação ocasional de esvaziamento vesical incompleto. Associa constipação intestinal crônica, com evacuações a cada 3–4 dias, fezes endurecidas e esforço evacuatório. Relata ansiedade e redução da ingestão hídrica por medo das perdas.

Avaliação de Enfermagem

Componente	Achados
Dados subjetivos	Urgência miccional, perdas frequentes, constipação
Dados objetivos	Distensão abdominal leve; tônus aumentado do MAP
Diário miccional	Frequência elevada, perdas por urgência, baixa ingestão hídrica
ICIQ-UI SF	Escore 16 → impacto grave
Exame físico	Oxford 3/5; relaxamento prejudicado; MAP espástico
Escala de Bristol	Tipo 1–2
Momento	Avaliação inicial
Base normativa	COFEN nº 736/2024

CASO 2 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA ASSOCIADA À CONSTIPAÇÃO (IUU)

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE®)

Diagnóstico	Prioridade	Justificativa
Incontinência urinária de urgência	Alta	Perdas precedidas de urgência
Constipação presente	Alta	Fator agravante da IUU
Hiperatividade pélvica presente	Alta	Dificuldade de relaxamento
Controle urinário prejudicado	Média	Perdas frequentes
Qualidade de vida prejudicada	Média	Impacto funcional

Planejamento de Enfermagem

Diagnóstico	Resultado esperado	Meta
Constipação presente	Constipação melhorada	Bristol 3–4 em 4 semanas
Hiperatividade pélvica	Hiperatividade pélvica melhorada	Relaxamento eficaz
IUU	Incontinência urinária melhorada	Reduzir perdas em 6 semanas
Qualidade de vida prejudicada	Qualidade de vida melhorada	Reduzir ICIQ ≤ 12

CASO 2 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA ASSOCIADA À CONSTIPAÇÃO (IUU)

Implementação / Prescrição de Enfermagem

Diagnóstico	Intervenção CIPE®	Atividades principais
Hiperatividade pélvica	Orientar técnica de relaxamento	Calor local; respiração lenta; mindfulness
IUU	Treinamento vesical / Promover rotina vesical	Aumentar intervalos miccionais; técnica de inibição da urgência
Constipação	Aumentar ingestão hídrica e fibras; massagear abdômen; usar banquinho	Rotina intestinal estruturada
Autocuidado prejudicado	Orientar autocuidado	Postura miccional adequada; evitar micção apressada
Qualidade de vida prejudicada	Aplicar questionário	Reaplicar ICIQ no seguimento

CASO 2 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA ASSOCIADA À CONSTIPAÇÃO (IUU)

Evolução de Enfermagem (6 semanas)

Indicador	Inicial	Seguimento
Frequência de perdas	Várias/dia	1x/dia
Bristol	1–2	3–4
Urgência	Intensa	Reduzida
ICIQ-UI SF	16	10
Relaxamento MAP	Prejudicado	Melhorado

Julgamento clínico: constipação atuava como fator central.

Conduta: manter foco em relaxamento e rotina intestinal; ajustar treinamento vesical.

ATIVIDADE DE RACIOCÍNIO CLÍNICO:



Aplicação prática das diretrizes na Consulta de Enfermagem à pessoa com Incontinência Urinária

Estudo de Caso 1:

Identificação: Mulher, 49 anos, professora, casada, dois partos vaginais (RN > 3.800 g), menopausa há 2 anos.

Queixa principal: "Perco urina quando tusso, dou risada ou faço exercício."

1. Avaliação de Enfermagem

1.1 Dados subjetivos

- Relata perda urinária aos esforços (tosse, espirro, risada, caminhada rápida).
- Nega urgência miccional precedendo as perdas.
- Nega noctúria.
- Utiliza protetor diário.
- Evita atividades físicas e sociais por medo de perda urinária.
- Ingesta hídrica reduzida por receio de piora dos sintomas.
- Histórico obstétrico: G2P2A0.
- Nega cirurgias pélvicas.
- Eliminação intestinal regular.

1.2 Dados objetivos

- IMC: 29 kg/m².
- Abdome flácido, sem dor à palpação.
- Região perineal sem lesões aparentes.

ATIVIDADE DE RACIOCÍNIO CLÍNICO:



- Ausência de dermatite associada à incontinência.
- Avaliação funcional do assoalho pélvico:
- Contração voluntária presente.
- Dificuldade em sustentar a contração.
- Uso de musculatura acessória durante a tentativa de contração.

Quanto ao tipo de incontinência urinária, o quadro clínico é compatível com:

- ☐ Incontinência urinária de esforço
- ☐ Incontinência urinária de urgência
- ☐ Incontinência urinária mista
- ☐ Perda urinária funcional
- ☐ Poliúria noturna

Achados da avaliação que sustentam esse tipo de incontinência incluem:

- ☐ Perda urinária associada à tosse, espirro e risada
- ☐ Ausência de urgência miccional
- ☐ Contração voluntária do assoalho pélvico com baixa sustentação
- ☐ Noctúria frequente
- ☐ Sensação de esvaziamento vesical incompleto

Problemas e necessidades de enfermagem identificáveis nesse caso:

- ☐ Fraqueza do assoalho pélvico
- ☐ Risco de impacto negativo na qualidade de vida
- ☐ Restrição hídrica inadequada
- ☐ Constipação intestinal crônica
- ☐ Consumo inadequado de irritantes vesicais

ATIVIDADE DE RACIOCÍNIO CLÍNICO:



Intervenções de enfermagem que podem ser consideradas:

- () Educação sobre o funcionamento do assoalho pélvico
- () Treinamento dos músculos do assoalho pélvico
- () Evacuações com uso do banquinho
- () Reeducação vesical com controle de urgência
- () Orientar ida ao pronto atendimento

Indicadores que podem ser utilizados para avaliação da efetividade do cuidado:

- () Redução dos episódios de perda urinária
- () Aumento do uso do protetor diário
- () Redução às atividades físicas
- () Ida ao pronto atendimento com mais frequência
- () Relato de melhora da qualidade de vida

Estudo de Caso 2:

Identificação: Mulher, 62 anos, aposentada, hipertensa, em uso regular de anti-hipertensivo.

Queixa principal: "Sinto uma vontade súbita de urinar e, quando percebo, já perdi urina. Também tenho intestino preso."

1. Avaliação de Enfermagem

1.1 Dados subjetivos

- Relata urgência miccional súbita, com perdas urinárias antes de chegar ao banheiro.

ATIVIDADE DE RACIOCÍNIO CLÍNICO:



- Episódios frequentes durante o dia e à noite (noctúria 2–3 vezes).
- Refere sensação de esvaziamento vesical incompleto.
- Constipação intestinal crônica (≤ 2 evacuações/semana).
- Esforço evacuatório frequente.
- Uso ocasional de laxantes.
- Ingesta hídrica reduzida.
- Relata impacto negativo na qualidade de vida e no sono.

1.2 Dados objetivos

- IMC: 27 kg/m².
- Abdome levemente distendido, com desconforto à palpação em hipogástrio.
- Presença de fezes endurecidas ao relato clínico.
- Região perineal com DAI

Avaliação funcional do assoalho pélvico:

- Dificuldade de relaxamento muscular.
- Sensibilidade aumentada à palpação.
- Coordenação prejudicada entre contração e relaxamento.

Os dados clínicos são compatíveis com:

- () Incontinência urinária de urgência
- () Incontinência urinária de esforço
- () Incontinência urinária mista
- () Disfunção miccional funcional
- () Polaciúria sem incontinência

ATIVIDADE DE RACIOCÍNIO CLÍNICO:



Achados que contribuem para o quadro urinário apresentado:

- ☐ Urgência miccional súbita com perda urinária
- ☐ Noctúria frequente
- ☐ Constipação intestinal crônica
- ☐ Dificuldade de relaxamento do assoalho pélvico
- ☐ Contração perineal eficaz e sustentada

Relação entre constipação intestinal e sintomas urinários:

- ☐ Pode favorecer resíduo miccional
- ☐ Pode aumentar a pressão sobre a bexiga
- ☐ Pode contribuir para hiperatividade do detrusor
- ☐ Não interfere nos sintomas urinários
- ☐ Não deve ser considerada no plano de cuidados

Intervenções de enfermagem indicadas nesse contexto:

- ☐ Educação para hábitos intestinais saudáveis
- ☐ Ensinar apenas os Exercício MAP
- ☐ Orientação para postura adequada ao evacuar
- ☐ Técnicas de relaxamento do assoalho pélvico
- ☐ Restrição hídrica rigorosa

Resultados esperados a partir do plano de cuidados:

- ☐ Redução da urgência miccional
- ☐ Aumento dos episódios de perda urinária
- ☐ Melhora dos níveis pressóricos
- ☐ Redução dos episódios de evacuação semanal
- ☐ Melhora do conforto e da qualidade de vida

ESCOPO

O escopo destas diretrizes define quem deve utilizá-la, para qual população, o que está incluído, o que está excluído e para qual finalidade foi desenvolvida, conforme recomenda o Guia de Elaboração: Escopo para Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (MS, 2019).

Público-alvo das diretrizes

Enfermeiros que atuam:

- na Atenção Primária à Saúde (APS);
- em ambulatórios especializados de uroginecologia, saúde da mulher e Estomaterapia;
- em consultórios de enfermagem;
- em serviços públicos, privados ou de ensino;
- na formação acadêmica (docentes e preceptores de enfermagem).
- Inclui enfermeiros generalistas e especialistas (Estomaterapeutas, Saúde da Mulher, APS ou áreas afins) que realizam consulta de enfermagem à mulher com sintomas urinários.

População-alvo

Mulheres ≥ 18 anos com incontinência urinária não neurogênica, incluindo:

- Incontinência Urinária de Esforço (IUE)
- Incontinência Urinária de Urgência (IUU)
- ncontinência Urinária Mista (IUM)

Inclui mulheres atendidas em serviços ambulatoriais, APS, consultórios de enfermagem e unidades de média complexidade.

ESCOPO

Exclusões

Estas diretrizes não se aplicam às seguintes situações:

- Incontinência urinária de origem neurogênica
- Incontinência urinária relacionada a condições pós-operatórias complexas
- Incontinência urinária em crianças e adolescentes
- Presença de fístulas urogenitais
- Gestantes com condições obstétricas associadas que exijam acompanhamento médico especializado
- Situações que demandem exames complementares não disponíveis ao enfermeiro.

Finalidade das diretrizes

- Padronizar a consulta de enfermagem para mulheres com incontinência urinária;
- Qualificar a avaliação clínica e funcional realizada pelo enfermeiro;
- Apoiar a tomada de decisão diagnóstica com base na taxonomia da CIPE®;
- Orientar o planejamento e implementação de intervenções conservadoras com evidências atualizadas;
- Oferecer instrumento educacional para enfermeiros da prática clínica e docentes de graduação;
- Promover cuidado seguro, integral e baseado em evidências.

ESCOPO

PERGUNTAS NORTEADORAS

Seguindo a recomendação metodológica para diretrizes clínicas, estas diretrizes organizam o conteúdo a partir das seguintes questões orientadoras:

1. Como deve ser realizada a avaliação clínica, funcional e documental da mulher com incontinência urinária?
2. Quais diagnósticos de enfermagem (CIPE®) são aplicáveis às diferentes formas de IU?
3. Quais intervenções conservadoras apresentam maior evidência de efetividade no manejo da IU?
4. Como registrar, monitorar e reavaliar adequadamente a evolução clínica?
5. Quais são os critérios para encaminhamento a serviços especializados?

METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DAS DIRETRIZES

A revisão da literatura foi orientada pela pergunta norteadora: “Quais intervenções de enfermagem são eficazes no manejo da incontinência urinária não neurogênica em mulheres adultas?”, a qual direcionou a estratégia de busca, os critérios de elegibilidade e a análise dos estudos.

Realizou-se uma revisão narrativa, de natureza descritiva e qualitativa, com o objetivo de identificar e sintetizar evidências sobre o manejo conservador da incontinência urinária feminina, com ênfase na atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem. Esse tipo de revisão permite análise crítica e contextualizada das evidências disponíveis.

ESCOPO

A busca foi realizada nas bases PubMed, Cochrane Library, Embase e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores DeCS/MeSH relacionados à incontinência urinária, saúde da mulher, assoalho pélvico, tratamento conservador e enfermagem. Também foram incluídos guidelines e documentos normativos não indexados.

Foram excluídos estudos envolvendo população pediátrica e incontinência urinária de etiologia neurogênica. Além de artigos científicos, foram incluídos documentos institucionais, diretrizes clínicas nacionais e internacionais, pareceres técnicos, livros, teses e a taxonomia da CIPE®.

A extração dos dados contemplou autoria, ano, país, objetivo, tipo de incontinência, desenho metodológico, principais resultados e nível de evidência. A classificação seguiu hierarquia de sete níveis, sendo considerados fortes (I–III), moderados (IV–VI) e fracos (VII).

Os estudos incluídos, publicados entre 2020 e 2025, evidenciam que o manejo da incontinência urinária deve seguir abordagem escalonada, com prioridade para intervenções conservadoras. O treinamento da musculatura do assoalho pélvico destaca-se como intervenção de primeira linha, associado a estratégias comportamentais e reabilitação, com impacto positivo na redução dos sintomas e melhora da qualidade de vida.

ESCOPO

Diretrizes internacionais, como as da European Association of Urology, American Urological Association e International Continence Society, reforçam a necessidade de avaliação clínica estruturada e individualização do cuidado. Intervenções farmacológicas e cirúrgicas são indicadas apenas em casos refratários.

No contexto da enfermagem, a consulta de enfermagem configura-se como espaço estratégico para avaliação, diagnóstico e implementação de intervenções. Entretanto, observa-se escassez de diretrizes específicas estruturadas para a prática profissional, evidenciando a necessidade de instrumentos aplicáveis ao contexto assistencial.

Tabela - Síntese dos principais achados.

Citação	Título	Dados gerais do estudo
Assis et al., 2023	Proposta de protocolo clínico para tratamento conservador da incontinência urinária de urgência	Tipo de estudo: Relato de experiência (proposta de protocolo clínico) População: Não especificada (baseado em prática clínica e evidências) Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção estudada: Protocolo clínico com diagnósticos (NANDA) e intervenções (NIC) Tipo de IU estudada: Incontinência urinária de urgência (IUU) NE:VII

ESCOPO

Denisenko et al., 2021	Evaluation and management of female urinary incontinence	Tipo de estudo: Revisão narrativa População: Mulheres com incontinência urinária Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção estudada: Avaliação clínica, terapias comportamentais, farmacológicas e cirúrgicas Tipo de IU estudada: Incontinência urinária de esforço (IUE), urgência (IUU) e mista (IUM) NE:V
RNAO, 2020	Uma abordagem proativa para o controle da bexiga e do intestino em adultos	Tipo de estudo: Guideline População: Adultos com disfunções vesicais e intestinais Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção estudada: Recomendações baseadas em evidências para manejo da incontinência e disfunções associadas Tipo de IU estudada: Incontinência urinária (geral – inclui diferentes tipos) NE:VII
Woodley et al., 2020	Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women	Tipo de estudo: Revisão sistemática (Cochrane) População: 10.832 mulheres grávidas ou no pós-parto Tempo de acompanhamento: Variável (gestação até >10 anos pós-parto) Intervenção estudada: Treinamento da musculatura do assoalho pélvico (PFMT) Tipo de IU estudada: Incontinência urinária de esforço, urgência e mista NE:I

ESCOPO

Todhunter-Brown et al., 2022	Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews	Tipo de estudo: Overview de revisões sistemáticas (Cochrane) População: Mulheres adultas com incontinência urinária Tempo de acompanhamento: Variável entre estudos incluídos Intervenção estudada: Intervenções conservadoras (PFMT, treinamento vesical, mudanças comportamentais, dispositivos) Tipo de IU estudada: Incontinência urinária de esforço, urgência e mista NE:I
Pöhner et al., 2025	Advancing Evidence-Based Nursing: Updated German Expert Standard for Continence Promotion	Tipo de estudo: Revisão sistemática + desenvolvimento de padrão especializado (guideline de enfermagem) População: Estudos incluídos na revisão (60 estudos) Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção: Promoção da continência com base no processo de enfermagem (avaliação, educação, PFMT, dispositivos) Tipo de IU estudada: Incontinência urinária e fecal NE: I
AUA/SUFU, 2024	Guideline for Diagnosis and Treatment of Idiopathic Overactive Bladder	Tipo de estudo: Guideline baseado em evidências (com revisão sistemática da literatura) População: Adultos com bexiga hiperativa Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção: Avaliação clínica, terapias comportamentais, farmacológicas e minimamente invasivas Tipo de IU estudada: Incontinência urinária de urgência (IUU) / bexiga hiperativa NE: VII

ESCOPO

EAU, 2025	EAU Guidelines on Non-neurogenic Female LUTS	Tipo de estudo: Guideline População: Mulheres com sintomas do trato urinário inferior Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção: Avaliação, diagnóstico e manejo (comportamental, farmacológico e invasivo) Tipo de IU estudada: IUE, IUU e IUM NE: VII
ICUD/ICS, 2023	Incontinence – 7th International Consultation on Incontinence	Tipo de estudo: Consenso internacional baseado em evidências (guideline global) População: Diversas populações (adultos, idosos, crianças) Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção: Avaliação, diagnóstico e tratamento da IU Tipo de IU estudada: Todas VII
ICS, 2024	ICS Standards 2024	Tipo de estudo: Consenso internacional / guideline / padronização População: Não aplicável Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção: Terminologia, avaliação e manejo da IU e disfunções do assoalho pélvico Tipo de IU estudada: Todas NE: VII

ESCOPO

EAU, 2025	EAU Guidelines on Non-neurogenic Female LUTS	Tipo de estudo: Guideline População: Mulheres com sintomas do trato urinário inferior Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção: Avaliação, diagnóstico e manejo (comportamental, farmacológico e invasivo) Tipo de IU estudada: IUE, IUU e IUM NE: VII
ICUD/ICS, 2023	Incontinence – 7th International Consultation on Incontinence	Tipo de estudo: Consenso internacional baseado em evidências (guideline global) População: Diversas populações (adultos, idosos, crianças) Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção: Avaliação, diagnóstico e tratamento da IU Tipo de IU estudada: Todas VII
ICS, 2024	ICS Standards 2024	Tipo de estudo: Consenso internacional / guideline / padronização População: Não aplicável Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção: Terminologia, avaliação e manejo da IU e disfunções do assoalho pélvico Tipo de IU estudada: Todas NE: VII

ESCOPO

Hoedl et al., 2022	Urinary incontinence prevalence and management in nursing homes	Tipo de estudo: Estudo transversal multicêntrico População: 23.334 idosos institucionalizados Tempo de acompanhamento: Dados secundários (2017–2018) Intervenção: Avaliação de prevalência e manejo Tipo de IU estudada: IU geral NE: IV
Assis et al., 2021	Proposta de protocolo para avaliação e treinamento do assoalho pélvico	Tipo de estudo: Relato de experiência profissional População: Mulheres com IU em ambulatório Tempo de acompanhamento: Não descrito Intervenção: Protocolo de avaliação e treinamento muscular do assoalho pélvico Tipo de IU estudada: IU feminina NE: VI
HSE/IOG, 2022	Assessment and Management of Stress Urinary Incontinence in Women	Tipo de estudo: Guideline nacional População: Mulheres com IUE Tempo de acompanhamento: Não aplicável Intervenção: Avaliação e manejo clínico e cirúrgico Tipo de IU estudada: IUE NE: VII

Fonte: Autoral (2026). Legenda: NE - Nivel de evidência. IU - Incontinência Urinária.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; WAGG, A.; WEIN, A. Incontinence. 6. ed. Tokyo: ICUD, 2017.
- ABRAMS, Paul; AVERY, Katherine; GARDENER, Nick; DONOVAN, Jenny.
- The International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF): a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, Hoboken, v. 23, n. 4, p. 322–330, 2004. DOI: 10.1002/nau.20041.
- ALENCAR-CRUZ, LIRA-LISBOA. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. *Revista de Salud Pública*, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1-6, 1 jul. 2019. Universidad Nacional de Colombia. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v21n4.50016>.
- ALMEIDA, Susana Lamara Pedras et al. Guia sobre Sistematização da Assistência e Processo de Enfermagem: tecnologia educacional para a prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, suppl 4, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0975pt>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- ARRUDA, G. T.; CAMPO, G. S.; BRAZ, M. M. Incontinência urinária e disfunções sexuais em mulheres climatéricas de um grupo de promoção à saúde. *Fisioterapia Brasil*, v. 19, n. 3, p. 324–328, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v19i3.2428>. Acesso em: [23 jun. 2025].
- ASSIS, G. M.; SILVA, C. P. C. da; MARTINS, G. Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9wmGTb4TtsgdZrGFmksc3fq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2023.
- ASSIS, Gisela Maria et al. Primary health care nurses' role in treating lower urinary tract dysfunction. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 58, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0146en>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- ASSIS, Gisela Maria; SALVADOR, Morgana Borba; OLANDOSKI, Marcia. Estudo comparativo entre diário vesical e estudo urodinâmico para identificação de sintomas do trato urinário inferior. *Revista Estima*, v. 20, e1822, 2022. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1163/551>. Acesso em: 27 mar. 2025.
- BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 440-447, abr. 2012.
- BARROS, P. F.; MENDES, R. C.; SOUZA, L. G. Sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 2, p. 123-134, 2024. Acesso em: 27 mar. 2025

REFERÊNCIAS

- BERWANGER et al. Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. Nursing (São Paulo), v. 22, n. 257, p. 3203-3207, 1 out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3203-3207>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 1986.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária Não Neurogênica. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2020. 114 p. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/pcdt_incontinencia-urinaria-no-neurognica_final_isbn_20-08-2020.pdf. Acesso em: 15 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta nº 1, de 9 de janeiro de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 19 ago. 2024.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Recomendações para registros de enfermagem no exercício da profissão. Brasília, DF: Cofen, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Registros-de-Enfermagem-no-Exercicio-da-Profissao.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer de Câmara Técnica nº 04/2016/CTAS/COFEN. Câmara Técnica de Atenção à Saúde. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-no-042016ctascofen/>. Acesso em: 2 dez. 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer Técnico nº 41/2022/CTAS/COFEN. Câmara Técnica de Atenção à Saúde. Brasília, 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, independentemente do meio de suporte. Brasília, DF: COFEN, 2012. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/06/RESOLUCAO-COFEN-429-2012.pdf>. Acesso em 16 dez 2025

REFERÊNCIAS

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 514, de 05 de maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>. Acesso em 16 de dez 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 15 maio 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 514, de 6 de junho de 2016. Aprova o Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: COFEN, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 10 jun. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 nov. 2017. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 5 maio 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 736, de 26 de março de 2024. Estabelece diretrizes para a consulta de enfermagem e o processo de enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 mar. 2024.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer Técnico nº 15/2022. Atuação do Enfermeiro na Reabilitação do Trato Urinário Inferior. São Paulo: COREN-SP, 2022.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Processo de enfermagem: guia para a prática. 3. ed. São Paulo: COREN-SP, 2025
- FITZ, Fátima Faní et al. Effects of voluntary pre-contraction of the pelvic floor muscles (the Knack) on female stress urinary incontinence—a study protocol for a RCT. *Trials*, v. 22, n. 1, 23 jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05440-0>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- GARCIA, Telma Ribeiro. Processo de enfermagem: fundamentos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- GERLEGIZ, Ege Nur Atabey et al. Lifestyle recommendations and pelvic floor muscle training with Knack maneuver for post-prostatectomy urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, v. 33, n. 2, 31 jan. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09197-z>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- GIRÃO, Manoel João Batista C. et al. Tratado de Uroginecologia e Disfunções do Assolho Pélvico. Barueri: Manole, 2015. E-book. p. 31. ISBN 9788520441206. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520441206/>. Acesso em: 07 jan. 2025.

REFERÊNCIAS

- HALL, John E.; HALL, Michael E. Guyton & Hall Fundamentos de Fisiologia. 14. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2023. E-book. p. 158. ISBN 9788595159518. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595159518/>. Acesso em: 07 jan. 2025.
- HANNESTAD, Yngvild S. et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence. Journal of Clinical Epidemiology, v. 53, n. 11, p. 1150-1157, nov. 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00232-8](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00232-8). Acesso em: 13 jan. 2026.
- HANSEN, John T. Netter Anatomia Clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2019. E-book. ISBN 9788535292084. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br>. Acesso em: 3 jan. 2025.
- HARDING, C. K. et al. Diretrizes da EAU sobre gestão de sintomas do trato urinário inferior feminino não neurogênico. Associação Europeia de Urologia, 2024. Disponível em: <https://uroweb.org/guidelines>. Acesso em: 26 jan. 2025.
- HIGA, Rosângela et al. Vivências de mulheres Brasileiras com incontinência urinária. Texto & Contexto - Enfermagem, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 627-635, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072010000400004>. Acesso em: 01 ago. 2024.
- HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 4, p. 422-428, ago. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672005000400008>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- 7. HOMMA, Yukio. Lower urinary tract symptomatology: its definition and confusion. International Journal of Urology, v. 15, n. 1, p. 35-43, 17 out. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2007.01907.x>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- IHARA, Eikichi et al. Evidence-based clinical guidelines for chronic constipation 2023. Digestion, 19 ago. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000540912>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. ICS Standards 2024: The 2024 compilation of the International Continence Society Standardisations, Consensus Statements, Educational Modules, Terminology and Fundamentals documents, with the International Consultation on Incontinence algorithms. Toronto: ICS, 2024. 1305 p. Disponível em: <arquivo fornecido pela autora>. Acesso em: 2025.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO 18104:2014 — Health informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. Geneva: ISO, 2014.
- JAGADEESWARI, J.; KALABARATHI, S.; BHUVANESWARI, G. Impact of knack manoeuvre among women with urinary incontinence: a quasi experimental study. Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences, 5 jul. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_533_24. Acesso em: 13 jan. 2026.
- KAWAHARA, Takashi; ITO, Hiroki; UEMURA, Hiroji. The impact of smoking on male lower urinary tract symptoms (LUTS). Scientific Reports, v. 10, n. 1, 19 nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-77223-7>. Acesso em: 13 jan. 2026.

REFERÊNCIAS

- LUCAS, Malcolm G. et al. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *European Urology*, v. 62, n. 6, p. 1130-1142, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.08.047>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- MADEIRA, Lélia Maria. Pesquisa participante: uma alternativa na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 37, n. 3-4, p. 188-194, dez. 1984. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71671984000400006>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- MBUAGBAW, Lawrence et al. A tutorial on methodological studies: the what, when, how and why. *BMC Medical Research Methodology*, v. 20, n. 1, 7 set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01107-7>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- MCANINCH, Jack W.; LUE, Tom F. *Urologia Geral de Smith e Tanagho*. 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. E-book. ISBN 9788580553703. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br>. Acesso em: 3 jan. 2025.
- MUNIZ, E. A. et al. Guia de enfermagem escolar para promoção da saúde do estudante: construção e validade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 1, p. e20220260, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0260>.
- 6. NAFC. How to manage the cost of incontinence: insurance, HSA and more. National Association for Continence, 2023. Disponível em: <https://nafc.org/bhealth-blog/how-to-manage-the-cost-of-incontinence-insurance-hsa-and-more/>. Acesso em: 11 ago. 2025.
- NIDDK. Urologic Diseases in America: Annual Data Report 2024. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, 2024. Disponível em: https://www.niddk.nih.gov/-/media/Files/Strategic-Plans/urologic/2024/UDA-ADR-HealthcareExpenditures-2024_508.pdf. Acesso em: 11 ago. 2025.
- NIETSCHE, Elisabeta Albertina et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 344-352, jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692005000300009>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- OLIVEIRA, Marlene et al. Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: A systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 63, n. 7, p. 642-650, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.642>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- PEDROSA, Ignacio; SUÁREZ-ÁLVAREZ, Javier; GARCÍA-CUETO, Eduardo. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación [Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods]. *Acción Psicológica*, v. 10, n. 2, p. 3, 6 jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- RORTVEIT, G. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstetrics & Gynecology*, v. 98, n. 6, p. 1004-1010, dez. 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01566-6](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01566-6). Acesso em: 13 jan. 2026.

REFERÊNCIAS

- SALBEGO, Cléton; NIETSCHE, Elisabeta Albertina. Modelo Prático para Desenvolvimento de Tecnologias: uma abordagem participativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 57, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0041pt>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- SANTOS, Nívea Cristina M. Anatomia e Fisiologia Humana. 2. ed. Rio de Janeiro: Érica, 2014. E-book. ISBN 9788536510958.
- SCHARP, Danielle et al. Adverse social determinants of health and urinary incontinence among older adult women in home health care. Journal of the American Medical Directors Association, v. 26, n. 11, p. 105819, nov. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.105819>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- SHAHZEYDI, Amir et al. Breaking the taboo of using the nursing process: lived experiences of nursing students and faculty members. BMC Nursing, v. 23, n. 1, 5 set. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02233-z>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- SILVA, Alexsandra Martins da et al. Perceptions of nurses about the implementation of the nursing process in an intensive unit. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200126>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- SILVERTHORN, Dee Unglaub. Fisiologia Humana: Uma Abordagem Integrada. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.
- SOUZA, Ana Cláudia de et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- TAMANINI, José Tadeu Nunes et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 3, p. 438-444, jun. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102004000300015>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- TIM, Sabina; MAZUR-BIALY, Agnieszka I. The Most Common Functional Disorders and Factors Affecting Female Pelvic Floor. Life, v. 11, n. 12, p. 1397, 14 dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/life11121397>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- TODHUNTER-BROWN, Alex et al. Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2022, n. 9, 2 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012337.pub2>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- VIEIRA, Ana Cláudia Garcia; GASTALDO, Denise; HARRISON, Denise. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Classification for Nursing Practice (ICNP®): version 1.0. Geneva: World Health Organization, 2007.

REFERÊNCIAS

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. A abordagem de determinantes sociais da saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564137>. Acesso em: 12 jan. 2026.
- YAKIT YEŞİLYURT, Seda; ÖZENGİN, Nuriye; TOPÇUOĞLU, M. Ata. Comparing the efficacy of the Knack maneuver on pelvic floor muscle function and urinary symptoms using different teaching methods: a prospective, nonrandomized study. International Urogynecology Journal, 2 maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05213-6>. Acesso em: 13 jan. 2026.