

Intervenções de Enfermagem à Mulher Submetida a Tratamento Cirúrgico da Incontinência Urinária: Níveis de Evidência

Nursing interventions for women subjected to surgical treatment of urinary incontinence: Levels of evidence

Intervenciones de enfermería en mujeres sometida a tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria: Niveles de evidencia

Anabela Figueiredo¹; Maria Augusta Lopes²; Maria José Santos³

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é um problema de saúde pública com grande impacto pessoal, familiar, social e económico, situando-se a sua prevalência na mulher entre os 30% e os 50%. Dos diferentes tipos de IU, a incontinência urinária de esforço (IUE) é a forma mais prevalente na mulher e a que mais beneficiou com as novas opções cirúrgicas de tratamento. Quando fallham as estratégias conservadoras, como mudanças no estilo de vida, treino muscular do pavimento pélvico e terapias comportamentais, o tratamento cirúrgico desempenha um papel importante, sendo identificada como a cirurgia mais frequentemente realizada em mulheres. O objetivo desta revisão é obter uma sistematização das intervenções de enfermagem indicadas no cuidado às mulheres submetidas a cirurgia para o tratamento da IUE, baseada na pesquisa de artigos científicos e nos níveis de evidência recomendados pelos organismos internacionais de referência na área (European Association of Urology, 2015; National Institute for Healthy and Care Excellence, 2013; European Association of Urology Nurses, 2010; International Continence Society, 2009).

As novas técnicas cirúrgicas têm revelado elevados índices de cura e apresentam como vantagens a facilidade de execução, possibilidade de anestesia local, menor tempo de internamento hospitalar e um regresso mais rápido às atividades de vida diária. O reconhecimento dos ganhos em saúde que daqui advém, devem estar presentes no planeamento de intervenções de enfermagem e as orientações específicas devem ser divulgadas como um contributo para uma prática de enfermagem suportada na evidência.

Palavras-chave- Incontinência urinária de esforço; tratamento cirúrgico; intervenção de enfermagem, evidência.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is a public health problem with major personal, family, social and economic impact, reaching its prevalence in women between 30% and 50%. Of the different types of UI, stress urinary incontinence (SUI) is the most prevalent form in women and that most benefited from the new surgical treatment options. When they fail conservative strategies, such as changes in lifestyle, pelvic floor muscle training and behavioral therapies, surgery plays an important role, being identified as the most commonly performed surgery in women. The objective of this review is to get a systematization of nursing interventions in the care given to women undergoing surgery for the treatment of SUI, based on scientific research articles and levels of evidence recommended by international reference bodies in the area (European Association of Urology, 2015; National Institute for Healthy and Care Excellence, 2013; European Association of Urology Nurses, 2010; International Continence Society, 2009).

New surgical techniques have shown high cure rates and have the advantage of ease of implementation, the possibility of local anesthesia, less hospital stay and a faster return to activities of daily living. Recognition of the health gains that comes here must be present in the planning of nursing interventions and specific guidelines should be disclosed as a contribution to nursing practice supported on the evidence.

Key-words: Urinary incontinence effort; surgery; nursing intervention, evidence.

RESUMEN

La incontinencia urinaria (IU) es un problema de salud pública con, impacto personal, familiar, social y económico, alcanzando su prevalencia en las mujeres los 30% y 50%. De los diferentes tipos de IU, la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la forma más frecuente en las mujeres y que la mayoría se beneficiaron de las nuevas opciones de tratamiento quirúrgico. Cuando fallan las estrategias conservadoras, como los cambios en el estilo de vida, entrenamiento de los músculos del suelo pélvico y terapias de comportamiento, la cirugía juega un papel importante, que se identifica como la cirugía realizada con mayor frecuencia en las mujeres. El objetivo de esta revisión es conseguir una sistematización de las intervenciones de enfermería

¹ Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; e-mail: anadefigueiredo@gmail.com

² Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica; Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE; e-mail: augusta.lopes@sapo.pt

³ Professora Adjunta; Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; e-mail: mjsantos@utad.pt

en la atención a mujeres sometidas a cirugía para el tratamiento de la IUE, sobre la base de los artículos de investigación científica y niveles de evidencia recomendados por los organismos internacionales de referencia (European Association of Urology, 2015; National Institute for Healthy and Care Excellence, 2013; European Association of Urology Nurses, 2010; International Continence Society, 2009).

Las nuevas técnicas quirúrgicas han mostrado altas tasas de curación y tienen la ventaja de la facilidad de implementación, la posibilidad de anestesia local, menor duración de la estancia hospitalaria y un retorno más rápido a las actividades de la vida diaria. El reconocimiento de los beneficios para la salud tiene que estar presente en la planificación de las intervenciones de enfermería y directrices específicas debe revelarse como una contribución a la práctica de enfermería apoyada en la evidencia.

Palabras Clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo; cirugía; intervención de enfermería, evidencia.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é um problema de saúde pública, causando profundas alterações a nível físico e psicossocial na vida das mulheres, família e sociedade. Este problema é significativo não só pela elevada prevalência, mas essencialmente pela morbilidade associada, incluindo as infeções urinárias, dermatites de contato, isolamento social e depressão, com custos elevados a nível pessoal e social.

Dada a importância epidemiológica da IU, os estudos efetuados revelam uma grande variação na sua prevalência, decorrente das diferenças nas definições, metodologia epidemiológica e características demográficas. Dados de uma meta-análise com estudos epidemiológicos, apontam para uma prevalência de 30% de algum grau de IU na mulher (Masca-renhas, 2011), mais recentemente outros autores apontam para valores próximos de 50% (Knarr, Musil, Warner, Kless, & Long, 2014). Em Portugal, em 2008, estimava-se uma prevalência na população não institucionalizada de 21,4% nas mulheres e 7,1% nos homens (FMUP, 2008).

Dos diferentes tipos de IU, a incontinência urinária de esforço (IUE) é a forma mais prevalente na mulher e a que mais beneficiou com a evolução no tratamento cirúrgico. Quando falham as estratégias conservadoras, como mudança no estilo de vida, exercícios do pavimento pélvico e terapias comportamentais, o tratamento cirúrgico desempenha um papel importante sendo atualmente a cirurgia mais frequentemente realizada em mulheres (Novara et al., 2010).

Nos últimos anos, tem-se verificado uma mudança na forma de encarar a perda involuntária de urina por parte das mulheres, que não se conformando com as alterações que vivenciam na sua qualidade de vida, procuram cada vez mais os serviços de saúde. A divulgação por parte de associações profissionais, a desmistificação e a evolução dos tratamentos têm contribuído para uma maior adesão das mulheres ao tratamento, nomeadamente às técnicas cirúrgicas designadas por minimamente invasivas, tais como os *slings* suburetrais sintéticos (Smith et al., 2009). As novas técnicas cirúrgicas têm elevados índices de cura e apresentam como vantagens a necessidade de incisões menores, a facilidade de execução, a possibilidade de anestesia local, um menor tempo de internamento hospitalar e um regresso mais rápido das mulheres

às suas atividades de vida diárias (Tanuri et al., 2010).

A atualização permanente dos profissionais de enfermagem com valorização de uma prática baseada na evidência, permitem dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das mulheres submetidas a cirurgia para o tratamento da IUE e assegurar os resultados esperados, isto é, que a mulher apresente continência urinária e verbalize satisfação com a gestão do problema. Decorrente da contextualização, o objetivo deste trabalho é obter uma sistematização das intervenções de enfermagem indicadas nos cuidados pré e pós-operatórios às mulheres submetidas a cirurgia para o tratamento da IUE, baseada na pesquisa de artigos científicos e nos níveis de evidência e grau de recomendação (tabela 1 e 2) dos organismos internacionais de referência na área da IU, nomeadamente a European Association of Urology, 2015, National Institute for Healthy and Care Excellence, 2013, European Association of Urology Nurses, 2010 e International Continence Society, 2009.

Tabela 1 – Nível de Evidência
(European Association of Urology Nurses, 2010)

Nível	Tipo de Evidência
1 a	Evidência obtida a partir de meta-análise de estudos randomizados
1 b	Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio randomizado
2a	Evidência obtida a partir de uma investigação bem concebida, estudo controlado sem randomização
2b	Evidência obtida a partir de pelo menos um estudo <i>quasi-experimental</i> , bem concebido
3	Evidência obtida a partir de estudos não experimentais bem desenhados, como estudos comparativos, estudos de correlação e relatos de casos
4	Evidência obtida a partir de relatórios das comissões de peritos ou opiniões ou experiência clínica de autoridades respeitadas

Tabela 2 – Grau de Recomendação
(European Association of Urology Nurses, 2010)

Grau	Natureza da Recomendação
A	Com base em estudos clínicos de boa qualidade e consistência abordando as recomendações específicas e incluindo pelo menos um ensaio clínico randomizado
B	Com base em estudos clínicos bem conduzidos, mas sem ensaios clínicos randomizados
C	Realizado apesar da ausência de estudos clínicos diretamente aplicáveis e de boa qualidade

QUADRO TEÓRICO

A IU é atualmente definida pela *Sociedade Internacional de Continência* (ICS) como toda a perda involuntária de urina (Abrams et al., 2003), deixando de estar obrigatoriamente associada a um desconforto social e higiénico. Dos vários tipos de IU, a IUE é uma situação caracterizada pela perda involuntária de urina, em pequenas quantidades, quando aumenta a pressão intra-abdominal na ausência de contração do detru-

sor, em atividades como tossir, rir, levantar objetos ou fazer esforço físico. Nestes casos, a pressão intravesical ultrapassa a pressão uretral, originando perda de urina (Oliveira et al., 2010).

A elevada prevalência da IUE está diretamente relacionada com alguns fatores de risco, nomeadamente: a) fatores predisponentes ou intrínsecos (raça, predisposição familiar, anormalidades anatómicas e neurológicas); b) fatores obstétricos e ginecológicos (gravidez, parto, paridade, efeitos colaterais da cirurgia pélvica e radioterapia, prolapso genital); c) fatores promotores (idade, comorbilidades, obesidade, obstipação, tabaco, atividades ocupacionais, infeções urinárias, menopausa, medicamentos (sedativos, betabloqueadores). O sucesso do tratamento da IU depende do correto diagnóstico, sendo fundamental na sua avaliação a história clínica, o exame físico completo e a sua correta caracterização pela realização de exames complementares específicos, tais como as análises de urina, a classificação pavimento pélvico, o teste de esforço, o *Padtest*, a ecografia pélvica e os testes urodinâmicos (Falcão & Carvalho, 2011).

A IUE pode ser tratada de modo conservador ou cirúrgico, sendo que as abordagens conservadoras devem constituir a primeira linha de tratamento. Contudo, em mulheres que mantêm sintomas permanentes de IUE, os procedimentos cirúrgicos estão recomendados e cerca de 30% das mulheres opta efetivamente por este tipo de tratamento (Lucas et al., 2015).

Atualmente a *European Association of Urology* (Lucas et al., 2015) recomenda a utilização das seguintes técnicas cirúrgicas: Colposuspensão *Burch* via aberta ou laparoscópica, *Slings* Tradicionais, *Slings* Transvaginais Suburetrais (TVT, TVT-O, TOT e Mini-Slings (TVT-Secur® e Miniarc®) e os agentes expansores de volume da uretra. De acordo com Bezerra e colaboradores (2011), os *slings* sintéticos devem ser a primeira opção de tratamento cirúrgico da IUE não complicada e os procedimentos minimamente invasivos como TVT ou TOT devem ser a primeira escolha no tratamento cirúrgico da IUE (Ross et al., 2011). A nível mundial, a colocação destas fitas sintéticas em posição retropúbica ou transobturadora é atualmente o procedimento cirúrgico mais utilizado (Falcão & Carvalho, 2011), substituindo em grande medida a Colposuspensão de *Burch* e a colocação dos *slings* tradicionais. Porém, a presença de hiperatividade pura do detrusor, a atonia vesical e uma bexiga neurogénica, existindo grandes reservas na proposta de cirurgia a mulheres com risco elevado de retenção urinária no pós-operatório, constituem contra indicações para este tipo de cirurgias (Falcão & Carvalho, 2011).

A incidência de complicações associadas às correções da IUE é baixa (NICE, 2015) e estão essencialmente relacionadas com a técnica cirúrgica utilizada. As complicações imediatas incluem os hematomas (4,1%, implica habitualmente uma atitude expectante), a retenção urinária (1 a 5%, implica a necessidade de secção da prótese), a perfuração vesical e a cistite. As complicações tardias incluem, as disfunções miccionais (4 a 17%, resolvidas ao fim de seis semanas em 80% dos

casos), as infeções urinárias de repetição e a erosão ou extrusão da prótese (inferior a 1%), (Bezerra et al., 2011; Falcão & Carvalho, 2011). Nos tratamentos com *sling* por via transobturatória, existe maior risco de dor e dispareunia a longo prazo (Mascarenhas, 2010; Lucas et al., 2015).

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

A permanente atualização das técnicas cirúrgicas e as novas evidências científicas, exigem uma prática de enfermagem e um acompanhamento contínuo ao nível da qualidade, contribuindo deste modo para a eficácia da resolução dos problemas. Essa qualidade deve ter por base um planeamento dos cuidados de enfermagem orientado para os períodos pré e pós cirurgia, fundamental na identificação dos potenciais problemas, na preparação da mulher para a cirurgia e na implementação de intervenções para prevenir ou minimizar possíveis complicações. Um planeamento completo e individualizado, incluirá uma atenção direcionada para as necessidades comuns a qualquer procedimento cirúrgico, nomeadamente sobre as morbilidades pré-existentes e os riscos associados à técnica anestésica, no entanto esta revisão incide essencialmente nos níveis de evidência e grau de recomendação especificamente associadas às práticas adequadas no contexto das mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para a IUE. Ainda assim, não pode deixar de se destacar a importância da transmissão de informação individual, oral e sempre com suporte escrito no momento da admissão e o mais cedo possível após a cirurgia - Nível de evidência 4, Grau de recomendação C - (Geng et al., 2010; Norfolk & Norwich University Hospitals, 2014), na medida em que contribui de uma forma particular para o sucesso da intervenção de enfermagem durante e após o internamento hospitalar. O ensino individual além de melhorar o nível de conhecimentos da pessoa submetida a intervenção cirúrgica diminui os níveis de ansiedade nos períodos pré e pós cirúrgico, como evidencia o estudo de Carrascosa López, Martínez e Carrascosa López (2011). A inclusão da família/cuidadores neste ensino, parece contribuir igualmente para a redução do stress - Nível de evidência 4, Grau de recomendação C - (Geng et al., 2010). Todas as questões levantadas pela mulher, família ou cuidadores devem ser respondidas e oferecida a oportunidade da mulher verbalizar medos e preocupações relacionadas com o diagnóstico, cirurgia, anestesia, funcionamento corporal e modificações no estilo de vida (Geng et al., 2010).

INTERVENÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA

Depois de um adequado acolhimento da mulher no serviço, o enfermeiro deve confirmar se os dados do processo clínico estão completos, incluindo os documentos relativos ao diagnóstico de IUE e à avaliação inicial, tendo em conta que o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado resulta em grande parte da utilização dos dados obtidos pela história clínica e o exame físico, em colaboração com os outros elementos da equipa de saúde (Geng et al., 2010; Klopp, 2012). Na avaliação inicial devem constar informações

referentes à história menstrual e obstétrica; procedimentos cirúrgicos, patologia médica (com destaque para a trombose venosa profunda, embolia pulmonar ou outras situações que constituam risco cirúrgico), regime medicamentoso (consumo nos últimos 2 dias de ácido acetilsalicílico, ibuprofeno ou varfine) (Klopp, 2012; Knarr et al., 2014); hábitos tabágicos, estando recomendada a cessação tabágica 30 dias antes da cirurgia - *Nível de evidência 1, Grau de recomendação A* - (Geng et al., 2010); fatores associados à perda involuntária de urina (tosse, riso, espirro, levantamento de pesos) e o resultado bacteriológico de urina (Klopp, 2012; Knarr et al., 2014).

A confirmação documental deve incidir ainda sobre o consentimento informado, com verificação da informação obtida pela mulher acerca os riscos e benefícios do procedimento cirúrgico que lhe foi proposto (NICE, 2015), incluindo: taxa de sucesso e benefícios, outras possibilidades de tratamento conservador ou consequências da não adesão ao tratamento, fatores que interferem negativamente no sucesso da cirurgia (ex. obesidade), complicações pós-operatórias e os efeitos a longo prazo como o possível impacto na função sexual ou mesmo a possibilidade de falha do resultado cirúrgico (Lucas et al., 2015).

A informação sobre as complicações imediatas ou tardias deve ser resumida às que ocorrem mais frequentemente, como a retenção urinária, a dor e as disfunções miccionais, evidenciando-se a capacidade para as resolver e as instruções que facilitem o sucesso dos resultados. Deve ainda ser transmitida informação referente às intervenções a que vai ser submetida no pré e pós-operatório - *Nível de evidência 4, Grau de recomendação C* - (Geng et al., 2010), como a importância da avaliação pela equipa de anestesia, do banho geral antes da cirurgia, a necessidade de tricotomia, de remover adornos, de usar vestuário fornecido pelo hospital, de colocação de cateter vesical e venoso periférico (que habitualmente são removidos seis horas após cirurgia no caso dos slings suburetrais), importância da preparação intestinal (Norfolk & Norwich University Hospitals, 2014) e a possível presença de compressa vaginal (habitualmente removida 24 horas após a cirurgia).

Depois da avaliação pré cirúrgica que já deverá ter permitido através da entrevista avaliar, entre outros, o estado neurológico, emocional, a capacidade cognitiva, o nível de motivação para a cirurgia e o contexto e suporte familiar/social - *Nível de evidência 4, Grau de recomendação C*, (Geng et al., 2010; Klopp, 2012; Knarr et al., 2014), o momento da preparação física não pode desprezar a oportunidade para uma avaliação física mais pormenorizada. Esta deve incluir a avaliação do estado da pele, perfusão tecidual e estrutura músculo-esquelética, constituindo dados importantes para a prevenção do risco de lesões tecidulares relacionadas com posicionamento corporal após a cirurgia. A avaliação do estado nutricional - *Nível evidência 1, Grau de recomendação A*, (Geng et al., 2010,) e o cálculo do IMC são importantes, dado que podem aumentar risco de morbilidade e comprometer o sucesso da cirurgia. A avaliação dos sinais vitais também

constitui um dado importante, não só para o despiste de fatores de risco mas também como valor de referência na interpretação após a cirurgia. A observação do períneo deverá permitir o despiste da presença de varizes vulvares, a avaliação do grau de relaxamento pélvico e identificar situações de uretrocistocelo, rectocelo ou prolapso uterino (Klopp, 2012; Knarr et al., 2014).

A preparação física da mulher para uma cirurgia depende do procedimento cirúrgico e das normas e protocolos do serviço. De um modo geral, os procedimentos recomendados são: identificação da utente com pulseira; banho geral com uma solução antisséptica (clorohexidina), uma vez que reduz a infeção do local da cirurgia durante o período pós cirúrgico - *Nível de evidência 2b, Grau de recomendação B*- (Geng et al., 2010); confirmação do jejum de 8 horas para alimentos sólidos e de 2 horas para líquidos claros antes da cirurgia com anestesia geral - *Nível de evidência 1a, Grau de recomendação A* - (Geng et al., 2010); administração de antibioterapia profilática (30 a 120 minutos antes da cirurgia) e de heparina como profilaxia do tromboembolismo venoso, quando identificados fatores de risco; (Geng et al., 2010); A preparação intestinal está muito dependente da opinião do cirurgião e do protocolo hospitalar, pois não existe consenso na literatura para a sua utilização. As novas orientações para a preparação intestinal consistem numa dieta rica em fibra livre de resíduos nos 5 dias que antecedem a cirurgia, com uma correta hidratação e colocação de 2 microclisteres na noite anterior - *Nível de evidência 4, Grau de recomendação C* - (Geng et al., 2010); inserção de um cateter endovenoso (EV) nº 18 - *Nível de evidência 1, Grau de recomendação B* - (Geng et al., 2010), com iniciação de fluidoterapia se a mulher fez preparação intestinal, pelo risco de desidratação, uma vez que estudos randomizados demonstram que a administração cuidadosa de fluidos EV pode restaurar o balanço hidroeletrólítico- *Nível de evidência 1, Grau de recomendação B* - (Geng et al., 2010); inserção de sonda vesical nº 16 - *Nível de evidência 1, Grau de recomendação A* - (Geng et al., 2010); realização tricotomia na região perineal e abdominal (*Nível de evidência 1a, Grau de recomendação A*, Geng et al., 2010). Como importante medida de prevenção de infeções, estes dois últimos procedimentos devem ser realizados imediatamente antes da cirurgia - *Nível de evidência 1a, Grau de recomendação A* - (Geng et al., 2010), preferencialmente no bloco operatório.

INTERVENÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

A intervenção de enfermagem após a cirurgia inclui a consulta dos procedimentos e intercorrências no bloco operatório, a monitorização dos sinais vitais, estabilidade hemodinâmica e balanço hidroeletrólítico - *Nível de evidência 4, Grau de recomendação C* - (Geng et al., 2010), bem como avaliação das características da urina. A antibioterapia profilática é habitualmente mantida após a cirurgia, no entanto qualquer aumento de temperatura corporal deve ser valorizada e complementada com a avaliação de outros sinais sugestivos de infecção, como drenagem da ferida operatória, leucocitose e

aumento dor local. As guidelines para a prevenção da infeção no local da cirurgia recomendam o controlo da glicemia, pelo que a sua prática constitui uma das recomendações - Nível de evidência de recomendação 1, Grau A – (Geng et al., 2010). A avaliação da dor deve incluir todas as outras características, além da intensidade avaliada por meio de escala analógica - Nível de evidência 4, Grau de recomendação C - Geng et al., 2010) e a administração da analgesia prescrita - Nível de evidência 4, Grau de recomendação C – (Geng et al., 2010), sabendo-se que os opióides são mais efetivos no controlo da dor da incisão cirúrgica e os agentes anticolinérgicos nos espasmos do detrusor; a avaliação da perda hemática vaginal deve estar prevista e registada; a mobilização ativa deve ser incentivada o mais precocemente possível - Nível de evidência 4, Grau de recomendação C – (Geng et al., 2010) e o levantar deve ser efetuado entre 6 a 12 horas após cirurgia, dependendo da técnica anestésica. A mobilização precoce é importante para evitar a formação de coágulos nos membros inferiores, podendo estar indicado o uso de meias de elásticas durante 4 a 6 semanas (Liou, 2012).

Nos procedimentos TVT e TOT, o cateter vesical por ser retirado 6 h após a cirurgia, e deve ser sempre avaliado e registado o restabelecimento da eliminação urinária (esperado nas primeiras 4/6 horas), monitorizado o débito urinário - Nível de evidência 4, Grau de recomendação C – (Geng et al., 2010) e a presença de queixas associadas.

A verificação do volume residual antes da alta, também está indicada (mas continua muito dependente do protocolo hospitalar), medido através da introdução de um cateter vesical ou de ecografia, embora se observe uma falta de consenso entre os peritos para a definição de um padrão anormal de volume residual de urina. Neste âmbito, independentemente do que estiver protocolado, *é importante a referência das mulheres que apresentam globo vesical à palpação abdominal depois da micção* (NICE, 2015).

A dieta pode ser proporcionada passadas 6 horas, se anestesia geral, e mais precocemente se loco-regional. Os estudos indicam que mastigar chiclete regularmente acelera o restabelecimento da função intestinal, pelo que está recomendado o seu uso durante 10 minutos a cada 2 a 4 horas até ao restabelecimento intestinal – Nível de evidência 3, Grau de recomendação C – (Geng et al., 2010). As mulheres podem ser informadas que o restabelecimento da micção e da dieta são importantes critérios para a alta clínica (Norfolk & Norwich University Hospitals, 2014).

Desde o primeiro momento, está implícita uma gestão adequada das possíveis complicações que devem ser antecipadas e dependem em grande parte dos fatores de risco individuais e da técnica cirúrgica utilizada. Assim, ainda durante o internamento, instruir a mulher para os cuidados adequados à ferida cirúrgica e ensinar sobre sintomas de infeção – Nível de evidência 1b, Grau de recomendação C – (Geng et al., 2010) ou outras complicações – Nível de evidência 1b, Grau de recomendação A – (Geng et al., 2010) são exemplos de boas práticas.

PLANEAMENTO DA ALTA E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

As evidências encontradas na literatura indicam a necessidade de no momento da alta ser fundamental entregar, à mulher e familiar/cuidador, um documento com as recomendações transmitidas durante o internamento hospitalar (García, Álvarez & Guerrero, 2008).

Pode ser pertinente transmitir informações sobre: a existência de um ligeiro sangramento vaginal que poderá persistir até algumas semanas (British Society of Urogynaecology, s.d.) e a possibilidade de sentir alguma dor/desconforto vaginal ou nas pernas durante alguns meses (Liou, 2012); o retorno à rotina diária deverá acontecer de forma lenta e gradual, entre a quarta e a sexta semana, neste período a mulher não deve levantar pesos (superiores a um 1l de leite) ou praticar atividades de esforço (correr, andar bicicleta, aspirar, jardinagem,...), e o regresso ao exercício profissional deve ser avaliado tendo em conta o tipo de profissão; a limitação de esforços físicos nas primeiras semanas inclui ainda a condução automóvel, que poderá acontecer logo que a mulher possa fazer uma paragem de emergência sem desconforto, o que habitualmente ocorre após as duas primeiras semanas (British Society of Urogynaecology, s.d.); a ingestão hídrica reforçada e uma dieta adequada, privilegiando as frutas e os vegetais verdes, de modo a evitar a obstipação (British Society of Urogynaecology, s.d.; Liou, 2012), pois existe uma consistente associação entre história de obstipação e o desenvolvimento de IU ou prolapso dos órgãos pélvicos – Nível evidência 3 – (Lucas et al., 2015); os benefícios da perda de peso superior a 5% peso - *Nível evidência 1b*, Grau de recomendação A, - (Lucas et al., 2014) se IMC superior a 27 (Kloop, 2012) ou superior a 30 (NICE, 2015), uma vez que a perda de peso é a modificação no estilo de vida mais amplamente evidenciada na literatura como eficaz na redução da IUE. Um aumento de 5 unidades no IMC aumenta em 20 a 70% o risco de IU (Subak, Richter & Hunskaar, 2009; Knarr et al., 2014); a preferência pelo duche que deve substituir o banho de imersão durante as primeiras 3 semanas, lavando a incisão de forma suave com sabão e secagem cuidadosa (British Society of Urogynaecology, s.d.; Liou, 2012); o adiamento das relações sexuais, uso de tampões e frequência de piscinas para depois das primeiras seis semanas (British Society of Urogynaecology, s.d.; Liou, 2012); a autoadministração de heparina de baixo peso molecular, se indicado; os fios de sutura utilizados nos procedimentos TVT e TOT são absorvíveis nas primeiras semanas; o despiste das complicações tardias com indicação dos sinais de alarme que a devem levar a contactar um profissional ou serviço de saúde e a importância da manutenção da vigilância de saúde, com encaminhamento para cuidados de saúde primários e informação sobre data da consulta pós-cirurgia - Grau de recomendação A – (British Society of Urogynaecology, s.d.).

Um adequado controlo das complicações após a alta hos-

pitalar deve estar assegurado por um circuito que facilite o acesso da mulher ou família/cuidador aos profissionais de saúde, se possível deve incluir contato telefônico do serviço hospitalar. Também a orientação para os cuidados de saúde primários é importante para manter um bom acompanhamento visando a promoção da continência urinária; a prática de exercícios do pavimento pélvico - Nível de evidência 2 – (Norfolk & Norwich University Hospitals, 2014) com supervisão profissional (Schröder et al., 2010), que se tem revelado mais eficaz, embora tem sido demonstrado que as instruções verbais breves sobre as contrações pélvicas *são adequadas em 78% das mulheres* (Knarr et al., 2014); a redução da ingestão de cafeína (NICE, 2015), para um consumo inferior a 204 mg/dia, pois acima destes valores tem sido demonstrado que potencia os vários tipos de IU (Knarr et al., 2014); a cessação tabágica (DuBeau, 2012; Knarr et al., 2014), enquanto medida de boa prática, embora não haja um efeito comprovado na IU - Grau recomendação A – (Lucas et al., 2014); a aquisição de hábitos miccionais e intestinais adequados, considerando individualmente a necessidade de aconselhamento sobre modificação para o aumento ou diminuição da ingestão de fluidos (NICE, 2015), pois as *evidências sobre se a modificação da ingestão de fluidos muda os sintomas de IU e qualidade de vida são contraditórias – Nível evidencia 2 – (Lucas et al., 2014)*; a aplicação de estrogénio tópico para tratar a falta lubrificação vaginal na peri ou pós-menopausa e o ajuste do regime medicamentoso se estes tiverem efeitos secundários no sistema urinário, também devem ser considerados (DuBeau, 2012; Knarr et al., 2014).

CONCLUSÕES

O desenvolvimento de um tratamento mais efetivo da IUE, como é o caso das cirurgias minimamente invasivas, tem permitido reduzir o impacto que este problema tem na qualidade de vida das mulheres. O reconhecimento dos ganhos em saúde que daqui advém devem estar presentes no planeamento e intervenção enfermagem, nomeadamente nos serviços de internamento hospitalar, onde a realização destas cirurgias tem vindo a aumentar significativamente. E, embora muitos dos cuidados sejam comuns a outras cirurgias, existem novos conhecimentos e orientações específicas que devem ser considerados como contributo para uma prática de enfermagem baseada na evidência, com uma melhor gestão dos cuidados prestados e claros benefícios na qualidade de cuidados prestados às mulheres submetidas a tratamento cirúrgico da IUE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths D, Rosier P, Ulmestén U, ...Wein, A. (2003) The standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37-49.
- Bezerra, C.A., Schaal, C.H., Gomes, C.M., Dambrós, M., Lorenzetti, F., Simonetti, F.,... Simões, R. (2011). *Incontinência urinária feminina: Tratamento cirúrgico*. Lisboa: Sociedade Brasileira de Urologia Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.
- British Society of Urogynaecology (s.d.). *An operation for stress incontinence transobturador tape (TOT, TVT- O)*. Retrieved: http://www.liverpoolwomens.nhs.uk/Library/our_services/gynaecology/Urogynaecology/BSUG_Leaflet_TOT_-_Transobturador_Tape.pdf
- DuBeau, C.E. (2012). Treatment of urinary incontinence. In: UpToDate. Basow DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2008). *Prevalência e tratamento de incontinência urinária na população portuguesa não Institucionalizada*. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/pdfs/estudo-epidem-incont-08.pdf>.
- Falcão, F., & Carvalho, G. (2011). Cirurgia por via vaginal. In C.F. Oliveira (Coord.), *Manual de Ginecologia* (Vol. 2, Cap. 51, pp.). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Geng, V., Eelen, P., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiesbye, B., Pearce, I., & Vahr, S. (2010). *Good practice in health care: Continent urinary diversion*. Arnhem, Netherlands: European Association of Urology Nurses.
- Gómez García, E., Herrera Álvarez, A., & López Guerrero, I. (2008). Hoja de recomendaciones de enfermería en urología ambulatoria: Un estudio de evidencias. *en Urología*, (107), 23-26.
- Klopp, A. (2012). Urinary elimination, altered patterns of: Incontinence - Stress incontinence; urge incontinence; reflex incontinence; full incontinence; total incontinence urinary retention. In *Nursing Diagnosis Care Plans*. Elsevier. Retrieved <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanick54.html>
- Knarr, J., Musil, C., Warner, C., Kless, J.R., & Long, J. (2014). Female stress urinary incontinence: An evidence-based, case study approach. *Urol Nurs.*, 34 (3), 143-151. Retrieved <http://www.medscape.com/viewarticle/828276>
- Liou, L.S. (2012). *Alta de mujeres tras cirugía para la incontinencia urinaria*. Disponível em <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000134.htm>
- Carrascosa López, M.T., Aguilar Martínez, R & Carrascosa López, M.C. (2011) Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Asociación Española de Enfermería en Urología*, 18, 13-17.
- Lucas, M.G., Bedretidnova, D., Bosch, J.L.M.R., Burkhard, F., Cruz, F., Mambiar, K.A., Pickard, R. S. (2015). Guidelines on urinary incontinence: European Association of Urology. Retrieved http://www.uroweb.org/gls/pdf/20%20Urinary%20Incontinence_LR.pdf.
- Mascarenhas, T. (2010). *Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos*. Disponível em: http://www.fs-pog.com/fotos/editor2/cap_30.pdf.
- NICE Clinical Guideline 171. National Institute for Health and Care Excellence 2013 (2015). *Urinary incontinence: The management of urinary incontinence in women*. [S.l.], pp.1-51. Retrieved: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171/resources/guidance-urinary-incontinence-pdf>
- Norfolk & Norwich University Hospitals. (2014). *Tension free vaginal tape obturador (TVTO)*. [Consult. 12 Out.2013]. Retrieved <http://www.nnuh.nhs.uk/viewdoc.asp?ID=777&t=Leaflet>.
- Novara, G., Artibani, W., Barber, M.D., Chapple, C.R., Costantini, E., Ficarra, V., Hilton, P., Nilsson, C.G., & Waltregny, D. (2010). Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Comparative Data on Colposuspensions, Pubovaginal Slings, and Midurethral Tapes in the Surgical Treatment of Female Urinary Incontinence. *European Urology*; 58, 218-238.
- Oliveira E., Zuliani, L.M., Ishicava J., Silva S.V., Albuquerque, S. R., Souza A.B., & Barbosa, C.P. (2010). Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev. Assoc Med Bras*, 56 (6), 688-690.
- Schröder, A., Abrams, P., Andersson, k., Artibani, W., Chapple, C., Drake, M., Thuroff, J. (2010). *Guidelines on Urinary Incontinence*. [S.l.]: European Association of Urology.
- Smith, A.R.B., Dmochowski, R., Hilton, P., Rovner, E., Nilsson, C.G., Reid, F.M., & Chang D. (2009). *Surgery for Urinary incontinence*. In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, & A. Wein, *Incontinence* (4th ed., Cap. 14, pp. 1191-1272).