

São Paulo, 07 de setembro de 2019

A SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinência diante da proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para incontinência urinária (IU) não neurogênica, atualmente aberta para consulta pública e da necessidade de manifestação dos ENFERMEIROS quanto ao conteúdo da diretriz referenda o documento: **MANIFESTAÇÃO REFERENTE À CONSULTA PÚBLICA - PROPOSTA DE PCDT INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO NEUROGÊNICA.**

Atenciosamente,



Prof^a Enf^a ET TiSOBEST Maria Angela Boccara de Paula
Presidente SOBEST – Gestão 2018 - 2020

São Paulo, 07 de setembro 2019.

MANIFESTAÇÃO REFERENTE À CONSULTA PÚBLICA - PROPOSTA DE PCDT INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO NEUROGÊNICA

Tendo em vista a proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para incontinência urinária (IU) não neurogênica, atualmente aberta para consulta pública, vários enfermeiros do Brasil, assistenciais e docentes com as mais diversas formações, enquanto categoria profissional atuante na temática, mobilizaram-se pela necessidade de se manifestar quanto ao conteúdo da Diretriz.

Os seguintes pressupostos fundamentaram as considerações do presente documento:

1. A elevada prevalência da Incontinência Urinária, mencionada na Diretriz e demonstrada por diversos autores⁽¹⁻⁶⁾;
2. O impacto na saúde física e na qualidade de vida que essa condição crônica de saúde pode gerar, se não for tratada e controlada o quanto antes⁽⁷⁻¹⁰⁾;
3. A efetividade de medidas conservadoras no tratamento da Incontinência Urinária não neurogênica⁽⁹⁻¹⁴⁾;
4. A elevada demanda de pacientes com queixas de IU não neurogênica recebida por especialistas de centros secundários e terciários em todo o país^(9,13,14);
5. A reconhecida capacidade para educação em saúde do profissional enfermeiro e o respaldo legal de seu órgão de classe (Conselho Federal de Enfermagem) para tratamento conservador da IU^(15,16);

6. A presença de enfermeiros em todas as Unidades Básicas do país, com possibilidade de iniciar a intervenção na atenção primária, permitindo encaminhamento de casos refratários para a assistência especializada, com maior agilidade no atendimento;
7. A existência já instalada e bem estruturada da consulta de enfermagem, na atenção primária, para gestantes (pré-natal), puérperas (visita domiciliar ou consulta para revisão do parto ou consultas de puericultura), mulheres em geral (consulta para prevenção do câncer do colo uterino e mama), para pessoas com diabetes e doenças crônicas, acolhimento (consulta em que podem ser detectados quadros agudos relacionados ao trato urinário, como infecção do trato urinário, por exemplo, e que podem ocasionar IU temporária), entre outras. Vale ressaltar que essas consultas, que já acontecem na rotina da atenção primária em saúde, oportunizam a identificação das disfunções miccionais⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.
8. Respaldo e autonomia do enfermeiro para prescrever cuidados, tratamentos, medicamentos específicos, realizar acompanhamento de casos e encaminhamentos, nos programas de atenção primária ⁽¹⁷⁻²⁰⁾.
9. Habilitação do enfermeiro para avaliação do assoalho pélvico feminino e reconhecimento de disfunções desse assoalho, que podem acontecer concomitantemente à IU, agravando-a, ou que podem até ocasionar IU oculta, como o prolapso de órgãos pélvicos.
10. Habilitação do enfermeiro para realização de cateterismo vesical de alívio para avaliação de esvaziamento incompleto da bexiga, realização do “pad-test” ou teste do absorvente, que pode ser utilizado como exame complementar para mensuração objetiva das perdas urinárias e avaliação da IU, bem como para detecção de resíduo pós-miccional.
11. Habilitação do enfermeiro para realização do pré-natal e parto de risco habitual, cuja assistência contempla a avaliação do assoalho pélvico durante a gestação, parto e pós-parto (presença de lacerações, avaliação do hiato genital, corpo perineal, edema vulvar, integridade do meato uretral etc.).

12. Existência de especialistas de enfermagem na área do cuidados de pessoas com incontinências, como a Estomaterapia, consolidada no país e no mundo, e Enfermagem em Urtologia, ambas avalizadas pela Resolução Confen 581 de 11 de julho de 2018 (<http://www.cofen.gov.br>)

Elencando os pressupostos e reconhecendo a importância da iniciativa de construção do PCDT, mediado pelo árduo trabalho de busca das melhores evidências, atestamos que vem suprir lacuna inegável na saúde pública do país.

No entanto, como enfermeiros, atuantes e ativistas na área de Disfunções Miccionais, acostumados ao trabalho em equipe interdisciplinar, atendemos à consulta pública e desenvolvemos o presente documento com sugestões e recomendações que visam a colaborar com o Ministério da Saúde no aperfeiçoamento da assistência a essa parcela da população, negligenciada há décadas.

Seguem as nossas considerações:

À apreciação geral do documento, seu conteúdo apresenta informações importantes e atualizadas, porém de maneira pouco didática e incompleta.

Como citado no documento em consulta, “o objetivo de um PCDT é garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no SUS, de forma a garantir sua sustentabilidade”. Diante desse objetivo, **faz-se necessário que a abordagem inicial da pessoa com IU seja feita ainda na atenção primária, possibilitando a sustentabilidade e a acessibilidade da assistência**⁽²⁰⁾. Além disso, uma das formas de garantir a sustentabilidade é contar com os profissionais que já compõem a equipe da atenção primária, **como o enfermeiro**, que possuem capacitação para identificar, avaliar e tratar de forma conservadora, quando pertinente, ou encaminhar os casos específicos para a atenção secundária.

Ainda no PCDT, encontramos: “*A nova legislação reforçou a utilização da análise baseada em evidências científicas para a elaboração dos PCDT, explicitando os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para a formulação das recomendações sobre intervenções em saúde*”. As sugestões elaboradas e aqui elencadas possuem esse cunho, ou seja, são baseadas em evidências científicas atuais, eficazes, seguras e custo-efetivas acerca da identificação dos casos, tratamento, seguimento e orientações.

A primeira linha de tratamento para IU não neurogênica é a aplicação de medidas comportamentais, que contemplam ações simples e efetivas como: ajuste na ingestão hídrica e na alimentação, controle do intervalo miccional, controle de infecção urinária, controle de constipação, posicionamento para eliminações, técnicas de relaxamento e treinamento muscular do assoalho pélvico^(9,16,20), ações factíveis pelo enfermeiro desde a atenção primária.

Da forma como acontece a assistência no sistema público de saúde, atualmente, todas as pessoas com queixa de IU são encaminhadas para serviços secundários e/ou terciários, gerando uma demanda reprimida para a assistência especializada e retardando o acesso de casos graves ou refratários. Essa situação acaba por onerar o Sistema Único de Saúde, diminuindo as chances de sucesso com tratamentos conservadores, além de trazer sérios agravos à saúde e à qualidade de vida das pessoas afetadas, plenamente evitáveis.

Da maneira como elaborada, a Diretriz proposta não contempla ações mais robustas catalizadoras de mudança.

Sugerimos que a investigação da queixa de IU seja incluída na consulta habitual de enfermagem da atenção básica (pré-natal, coleta de exame citopatológico, consulta ao diabético, à pessoa com hanseníase, etc.) e que o enfermeiro seja capacitado para aplicar as medidas comportamentais, como primeira linha de tratamento, encaminhando os casos complexos ou refratários.

Salientamos o relevante papel do enfermeiro, como agente de educação em saúde, e o respaldo para sua atuação no tratamento conservador da Incontinência Urinária (Parecer nº 04/2016/CTAS/COFEN). Essa atividade também consta das competências do estomaterapeuta⁽²¹⁾.

Compreendemos que a atuação do enfermeiro na assistência à pessoa com IU na atenção primária requer consolidação. Apesar de possuir habilitação, acaba por não atuar efetivamente nessa área, principalmente, devido à falta de uma política que implemente esse espaço de atuação específico e necessário.

Afirmamos que a instrumentalização do profissional enfermeiro é uma alternativa bastante factível para a descentralização dessa assistência^(16,20), incrementando-se o conteúdo específico do tema nos Cursos de Graduação em Enfermagem e contando-se com o apoio das Sociedades que gerenciam as especializações de Enfermagem em Estomaterapia (Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências - SOBEST), Obstetrícia e Saúde da Mulher (Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras - ABENFO), registradas pelo COFEN e reconhecidas pela comunidade, tanto na formação dos especialistas como na capacitação dos generalistas

A Estomaterapia, em especial, é uma especialidade (pós-graduação *latu sensu*) de enfermagem voltada para a assistência às pessoas com estomias, fístulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas e crônicas e incontinências anal e urinária, nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida da clientela (Estatuto SOBEST - www.sobest.org.br). A Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências - SOBEST é o órgão de representação da estomaterapia brasileira. Em seu estatuto é garantido ao enfermeiro estomaterapeuta a autonomia para avaliar, prescrever e acompanhar: educação em saúde para mudanças comportamentais, Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP), diário vesical/miccional, biofeedback, eletroestimulação, pessários para Prolapsos de Órgãos Pélvicos (POP) e cateterismo vesical.

Outra importante consideração refere-se à menção do **Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP), como sinônimo de fisioterapia**, em toda a extensão do documento. Deve-se ressaltar que a Fisioterapia é uma profissão na área da saúde que atua sim na reabilitação pélvica da pessoa com IU e outras disfunções do assoalho pélvico, principalmente, quando o profissional é especializado em saúde da mulher ou fisioterapia pélvica. No entanto, e partindo-se do pressuposto acerca da interdisciplinaridade, consiste em uma das profissões habilitadas para aplicação do TMAP, ou seja, essa atividade terapêutica é uma das inúmeras que compõem a interface entre Medicina, Fisioterapia e Enfermagem^(9, 15-16, 21). **Recomendamos, portanto, o emprego da expressão “medidas comportamentais” e “treinamento muscular do assoalho pélvico”.**

Aspectos importantes a serem inseridos no documento são o Cateterismo Intermitente Limpo e os Pessários Uroginecológicos.

Tanto a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) quanto a Incontinência Urinária de Urgência (IUU), ambas abordadas na proposta, podem se manifestar de forma secundária à retenção urinária franca ou ao esvaziamento vesical incompleto, também por causas não neurogênicas, como a hiperplasia prostática ou a hipertonicidade puboretal⁽⁹⁾. Assim sendo, a abordagem inicial, juntamente às medidas comportamentais, é o treinamento para esvaziamento vesical por meio da técnica de Cateterismo Intermitente Limpo, que também pode ser aplicada por enfermeiros da atenção básica, profissionais reconhecidamente melhor habilitados para a execução de tal procedimento^(9,15, 16,20).

Quanto aos Prolapsos de Órgão Pélvicos (POP), podem ocorrer pelas mesmas causas da IUE (fragilidade e flacidez da musculatura do assoalho pélvico) e resultar em sintomas de IU^(9, 22-26), o que está amplamente justificado pela Teoria Integral da Continência⁽²⁷⁾. Esta defende que as estruturas que compõem a pelve estão correlacionadas e, por isso, dificilmente uma disfunção

acontece isoladamente, requerendo do profissional habilidade para identificar e conduzir não apenas a IU mas também o POP.

Deve-se ressaltar o impacto devastador causado por essa condição, podendo inclusive ocasionar hidronefrose e insuficiência renal^(26, 28-30), erosões, sangramentos e úlceras por pressão na fúrcula vaginal, quando em estadios mais avançados que podem, por sua vez, ocorrer em função da morosidade no acesso a serviços especializados e da resolução cirúrgica, único tratamento disponibilizado pelo SUS e de custo elevado, com demanda sempre superior à oferta de vagas^(14, 20, 26).

Embora o POP seja citado pela Diretriz, não há qualquer orientação quanto à conduta para sua resolução.

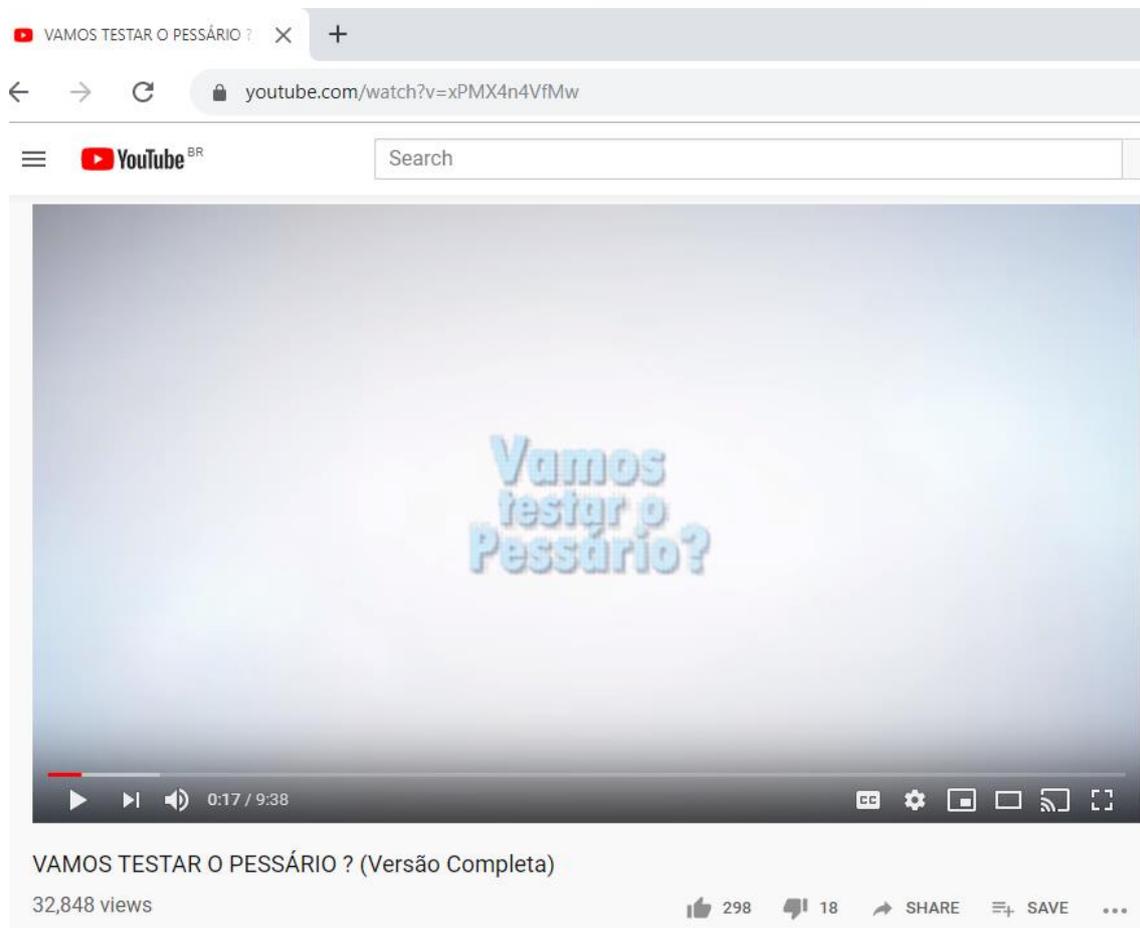
Os pessários são recomendados como uma opção de tratamento de primeira linha, de baixo custo e risco, para uma variedade de sinais e sintomas relacionados aos POP. Usuárias referiram altos índices de satisfação e controle da condição com o uso do dispositivo a longo prazo (superior a 12 meses)^(22-25, 31).

Nos últimos anos, sua utilização vem ganhando maior projeção pelos bons resultados, como a melhora imediata dos sintomas urinários e do prolapso, aumento da frequência e satisfação sexual, elevação dos escores de qualidade de vida e autoestima, reduzidos índices de efeitos colaterais, baixo risco, diminuição de custos e da fila de espera por procedimentos cirúrgicos^(22-25, 31).

Embora, em estudos nacionais, haja poucas publicações sobre o papel do enfermeiro no tratamento conservador dos POP, internacionalmente isso vem sendo relatado há tempos, sendo inclusive citada a importância da assistência desse profissional para o sucesso na utilização do pessário^(23-25, 31-32).

Além disso, a Enfermagem, enquanto ciência que tem a preocupação de prestar assistência de qualidade respaldada na melhor evidência científica disponível, tem envidado esforços para desenvolver e validar tecnologias para assistência à mulher com POP.

Exemplificamos com o protocolo clínico para utilização de pessários, projeto financiado pelo CNPq (Universal 14/2014, número do processo 459445/2014-6), a fim de padronizar a atuação do enfermeiro⁽³²⁾; e tecnologias para estimular a adesão de mulheres ao uso do pessário vaginal, como o vídeo educativo chamado “Vamos testar o pessário?”, fruto de dissertação de mestrado do Curso de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, disponível gratuitamente através do youtube, no link: <https://www.youtube.com/watch?v=xPMX4n4VfMw&t=3s>. Vídeo premiado no Congresso Mundial em Uroginecologia, em 2017, já foi acessado por mais de quatro milhões de pessoas (até o momento da redação deste documento).



Apesar dos pessários vaginais serem a única estratégia não cirúrgica para a correção de POP com estadiamento maior ou igual a 2 e de serem custo-efetivos não são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, contradizendo objetivo de um PCDT: “(...) *garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no SUS, de forma a garantir sua sustentabilidade*”. Segundo a Lei nº 12.401, é atribuição do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), que “... incorporar, excluir ou alterar o uso de tecnologias em saúde, tais como medicamentos, produtos e procedimentos, bem como constituir ou alterar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)”.

Tendo em vista os argumentos aqui apresentados, recomendamos considerar a inserção e disponibilização dos pessários, como primeira linha de tratamento dos POP, após avaliação de um profissional habilitado e na impossibilidade/contraindicação da intervenção cirúrgica^(9,16,20, 31-32). Além do seguimento das mulheres atendidas e da capacitação dos profissionais da equipe da atenção primária.

Ainda em relação à IU, vale mencionar que o **diário vesical/miccional**, descrito na sessão de diagnóstico, tem a capacidade de avaliar, além dos aspectos já citados, a sensibilidade vesical (pelos menores volumes eliminados), capacidade vesical (pelos maiores volumes eliminados), frequência, urgência, noctúria, causas e volumes das perdas, característica da urina (referida) e de ingestão hídrica, podendo assim esclarecer diagnósticos e direcionar condutas, especialmente na impossibilidade de realização do Estudo Urodinâmico.

Quanto à **estimulação elétrica** para a IUE e IUU. O PCDT menciona a técnica como conduta terapêutica, porém, apenas na aplicação através do nervo tibial posterior. Sugerimos acrescentar as demais vias: intracavitária (vaginal e anal) e sacral. Especialmente a sacral, levando em consideração que ela deve ser minimamente invasiva, conforme descrito no documento⁽³³⁾.

Adicionalmente, sugerimos:

- reorganização da apresentação de diagnósticos e tratamentos, com separação didática entre IUE e IUU;
- apresentação do processo de implantação e estruturação da assistência na rede do SUS, com detalhamento da atuação dos profissionais de cada categoria, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, dentre outros;
- apresentação mais detalhada da avaliação da pessoa com IUE e com IUU, segundo o sexo, de forma padronizada em tópico ou em texto. Por exemplo: detalhamento da investigação da queixa principal, da busca por fatores de risco, instrumentos para mensuração do impacto na qualidade de vida (anamnese); detalhamento da inspeção estática, dinâmica, palpação e orientação de cateterismo de alívio para avaliação de resíduo (exame físico);
- alteração da expressão “grau de incômodo” para “avaliação da qualidade de vida, já que existem formulários validados para isso, como ICIQ-SF⁽³⁴⁾;
- maior detalhamento da conduta terapêutica e inserção de algumas condutas que não foram citadas, como: gerenciamento de constipação para IUE, gerenciamento de tensão muscular para IUU, tratamento de POP em relação a cada grau, orientação de cateterismo intermitente limpo;
- maior detalhamento do seguimento do paciente em relação ao quadro clínico e às prescrições, além dos encaminhamentos;
- detalhamento das estratégias eficazes para prevenção de IU na gestação e pós-parto⁽³⁵⁻³⁶⁾.

Reiteramos que o documento traz inegáveis contribuições para o cenário de atenção à pessoa com Incontinência Urinária não neurogênica no país, porém, necessita de ajustes imprescindíveis para validar sua aplicabilidade, dentre os quais, a inserção de mais elementos da equipe interdisciplinar, como o enfermeiro, especialista ou não. Destacamos a relevância da consulta pública, o que demonstra a preocupação dos gestores em disponibilizar assistência de melhor qualidade para a população brasileira, nessa área.

Esta é a nossa manifestação.

Prof^a Ms. Gisela Maria Assis
Enf^a. Camilla Pinheiro Cristaldi da Silva
Prof^a Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Prof^a Dra. Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos
Prof^a Ms. Rayssa Fagundes Batista Paranhos
Enf^a. Mônica Milinkovic de la Quintana
Enf^a. Marta Lira Goulart
Prof^a.Dra. Beatriz Farias Yamada
Enf^a. Ms. Cristiane Marília Ost
Prof^a. Ms Júnia Leonne Dourado de Almeida Lima
Enf^a. Adilina Soares Romeiro Rodrigues
Enf^a Ms. Franciele de Freitas de Oliveira
Enf^a. Pollyanna Santos Carneiro da Silva

Referências

1. Mendes A, Hoga L, Goncalves B, Silva P, Pereira P. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. JBI database Syst Rev Implement reports. 2017 May;15(5):1350–408.
2. Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d'Orsi E. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianopolis, Santa Catarina, Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(3):595–606.
3. Agarwal BK, Agarwal N. Urinary incontinence: prevalence, risk factors, impact on quality of life and treatment seeking behaviour among middle aged women. International Surgery Journal, 2017; 4(6): 1953-1958.
4. Santos CRS, Santos VLCG. Prevalence of self-reported double incontinence in the urban population of a Brazilian city. Neurourology and Urodynamics (Print). 2011;30(8):1478-84.
5. Santos CRS, Santos VLCG. Prevalence of urinary incontinence in a random sample of the urban population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2010;18(5):903-910.
6. Menezes MAJ, Hashimoto SY, Santos VLCG. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing 2009;36(4):436-440.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

8. PADILHA, J. F.; SILVA, A. C. da; MAZO, G. Z.; MARQUES, C. M. de G. Investigação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 43-48, jan./abr. 2018.
9. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence: 6th Edition 2017. 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016.
10. Mendes A, Rodolpho JRC, Hoga LAK. Non-pharmacological and non-surgical treatments for female urinary incontinence: an integrative review. Appl Nurs Res. 2016 Aug;31:146–53.
11. Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro R de A, Brito LGO. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016 Feb;38(2):97–111.
12. Costa AALF da, Vasconcellos IM, Pacheco RL, Bella ZIK de J Di, Riera R. What do Cochrane systematic reviews say about non-surgical interventions for urinary incontinence in women? Sao Paulo Med J. 2018;136(1):73–83.
13. Alves FK, Adami DB V, Marques J, Pereira LC, Riccetto C, Botelho S. Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa. Fisioter Bras [Internet]. 2016 Mar;17(2):131–9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=124494300&lang=pt-br&site=ehost-live>
14. Santos RER dos, Vaz CT. Conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde sobre a abordagem terapêutica na incontinência urinária feminina TT - Knowledge of primary health care professionals about the therapeutic approach in female urinary incontinence. HU rev [Internet]. 2017;43(3):239–45. Available from: http://ojs2.ufff.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2837/pdf_1

15. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº 04_2016_CTAS_COFEN. 2016.
16. Paterson J, Ostaszkiwicz J, Suyasa IGPD, Skelly J, Bellefeuille L. Development and Validation of the Role Profile of the Nurse Continence Specialist: A Project of the International Continence Society. J wound, ostomy, Cont Nurs Off Publ Wound, Ostomy Cont Nurses Soc. 2016;43(6):641–7.
17. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de atenção básica, nº32. 1ªed. Brasília, 2013.
18. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos de atenção básica, nº132. 2ªed. Brasília, 2013.
19. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de atenção básica, nº36. Brasília, 2013.
20. Holtzer-Goor KM, Gaultney JG, van Houten P, Wagg AS, Huygens SA, Nielen MMJ, et al. Cost-Effectiveness of Including a Nurse Specialist in the Treatment of Urinary Incontinence in Primary Care in the Netherlands. PLoS ONE 10(10); 2015 e0138225.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138225>
21. Schmidt FMQ, Azevedo GR, Paula MAB, Ricarte MC, Silveira NI, Lima TGS, Jorge SA, Dantas SRPE, Thuler SR, Santos VLCG. Intervenção na área de abrangência da estomaterapia. 1 ed. 2016, 124p. ISN:978-85-99189-49-8.

22. Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(2):155-9. [[Links](#)]
23. McIntosh L. The role of the nurse in the use of vaginal pessaries to treat pelvic organ prolapse and/or urinary incontinence: a literature review. *Urol Nurs.* 2005; 25(1):41-8. [[Links](#)]
24. Nager CW, Richter HE, Nygaard I, Paraiso MF, Wu JM, Kenton K, et al. Incontinence pessaries: size, POPQ measures, and successful fitting. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 20(9):1023-28. [[Links](#)]
25. Bugge C, Hagen S, Thakar R. Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and urinary incontinence: a multiprofessional survey of practice. *Int Urogynecol J.* 2013; 24(6):1017-24. [[Links](#)]
26. O'dell K, Atnip S. Pessary care: Follow up and management of complications. *Urol Nurs.* 2012;32(3): 126-36. [[Links](#)]
27. Petros PE, Woodman PJ. The Integral Theory of continence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008 Jan;19(1):35-40. Epub 2007 Oct 30.
28. Torres, R., Lermann, R., Amaral, N., Pereira, A. P., & Martins, A. (2015). Ureterohydronephrosis and renal impairment among patients with pelvic organ prolapse Uretero-hidronefrose e insuficiência renal em doentes com prolapso de órgãos pélvicos. *Acta Obstet Ginecol Port*, 9(4), 322-325.
29. Micha, J. P., Rettenmaier, M. A., Clark, M., Hu, J. C., Chang, M., Brown, J. V., & Goldstein, B. H. (2008). Successful management of acute renal failure with a vaginal pessary: a case report. *Gynecological Surgery*, 5(1), 49.

30. Floyd, M. S. J., Casey, R. G., & Bredin, H. C. (2008). Procidencia: a reversible cause of hydronephrosis in an 80-year-old woman. *International Urogynecology Journal*, 19(8), 1179-1181.
31. Atnip, S, O'Dell K. Vaginal support pessaries: Indications for use and fitting strategies. *Urol Nurs*. 2012; May-Jun;32(3):114-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22860390>.
32. Ferreira Hellen Livia Oliveira Catunda, Bezerra Karrine de Castro, Freitas Vivien Cunha Alves de, Silva Tatiane Moura, Moura Escolástica Rejane Ferreira, Vasconcelos Camila Teixeira Moreira et al . Protocolo para tratamento de prolapso de órgãos pélvicos com pessário vaginal. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Sep 06] ; 31(6) : 585-592. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600585&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800081>.
33. Schreiner Lucas, Santos Thais Guimaraes dos, Souza Alessandra Borba Anton de, Nygaard Christiana Campani, Filho Irenio Gomes da Silva. Electrical Stimulation for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. *Int. braz j urol.* [Internet]. 2013 Aug [cited 2019 Sep 02] ; 39(4) : 454-464. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-55382013000400454&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2013.04.02>
34. Tamanini JTN et AL. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3):438-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>

35. Bezerra, Karine & Rocha, Suzy & Oriá, Mônica & Vasconcelos, Camila & Saboia, Dayana & Oliveira, Tamires. (2016). Intervenções para prevenção da incontinência urinária durante o pré-natal: revisão integrativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 15. 73. 10.17665/1676-4285.20165268.
36. Saboia, D. M., De Castro Bezerra, K., Vasconcelos Neto, J. A., Bezerra, P. S., Robson, L., Batista Oriá, M. O., & Moreira Vasconcelos, C. T. (2018). Eficácia das intervenções realizadas no pós-parto para prevenir incontinência urinária: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71.