



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

LEA DOLORES REGANHAN DE OLIVEIRA

**RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA  
RETENÇÃO URINÁRIA PÓS-PARTO**

CAMPINAS

2017

LEA DOLORES REGANHAN DE OLIVEIRA

**RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA  
RETENÇÃO URINÁRIA PÓS-PARTO**

Tese apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde, na área de Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA LÉA DOLORES REGANHAN DE OLIVEIRA, ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES.

CAMPINAS

2017

**Agência(s) de fomento e n°(s) de processo(s):** Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

OL4r Oliveira, Lea Dolores Reganhan de, 1966-  
Recomendações clínicas para prevenção e tratamento da retenção urinária  
pós-parto / Lea Dolores Reganhan de Oliveira. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Maria Helena Baena de Moraes Lopes.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Enfermagem.

1. Retenção urinária. 2. Período pós-parto. 3. Transtornos urinários. I.  
Lopes, Maria Helena Baena de Moraes, 1959-. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Clinical recommendations for preventing and treating postpartum  
urinary retention

**Palavras-chave em inglês:**

Urinary retention

Postpartum period

Urination disorders

**Área de concentração:** Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

**Titulação:** Doutora em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Maria Helena Baena de Moraes Lopes [Orientador]

Maria Luiza Gonzales Riesco

Adriana de Souza Caroci da Costa

Elenice Valentim Carmona

Marair Gracio Ferreira Satori

**Data de defesa:** 06-07-2017

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES
2. PROFA. DRA. MARIA LUIZA GONZALEZ RIESCO
3. PROFA. DRA. ADRIANA DE SOUZA CAROCI DA COSTA
4. PROFA. DRA. ELENICE VALENTIM CARMONA
5. PROFA. DRA. MARAIR GRACIO FERREIRA SARTORI

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DATA DA DEFESA

06/07/2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a duas grandes mulheres: minha mãe, Odete e minha  
segunda mãe, Perge.

Mulheres fortes, nobres, sábias e generosas, que fazem a grande diferença no  
meu existir.

A elas o meu eterno amor, respeito e gratidão!

## **AGRADECIMENTOS**

A construção deste trabalho só foi possível porque diversas pessoas estiveram, direta ou indiretamente, presentes no processo. Sendo assim, gostaria de registrar nesta página o meu respeito e gratidão a essas pessoas especiais:

Ao Ruy, meu eterno companheiro, pela demonstração verdadeira e contínua de amor, e por sempre ter acreditado tão intensamente no meu potencial.

Aos meus queridos Daniel e André, por me darem aquilo que o dinheiro não compra e o tempo não apaga: a divina oportunidade de ser mãe.

À Maria Helena Baena de Moraes Lopes pelos ensinamentos, pela amizade sincera de tantos anos e principalmente, pela oportunidade de me orientar mais uma vez.

Ao Aderval de Oliveira por me proporcionar ajuda em todas as fases do meu trabalho e da minha vida.

Aos médicos e enfermeiros que participaram do painel Delphi e me possibilitaram contribuições valiosas e indispensáveis para a obtenção da meta principal deste trabalho.

Ao Henrique Ceretta Oliveira pelas análises estatísticas e por sua abordagem sempre tão atenciosa e assertiva.

À Ana Paula Morais e Oliveira, bibliotecária competente, pela sua prestatividade em todos os encontros.

Aos queridos Saulo e Letícia pela eficiência e solicitude constantes.

Aos meus alunos por serem fonte inesgotável de inspiração na minha jornada de aprimoramento profissional.

## RESUMO

**Introdução:** a retenção urinária pós-parto é considerada uma disfunção miccional comum, que embora não esteja associada à mortalidade, apresenta morbidade significativa. A prevenção e o tratamento oportunos dessa condição continuam sendo um desafio, pois existem poucas evidências para subsidiar a prática clínica, e as propostas terapêuticas vigentes possuem direcionamentos diversificados. **Objetivo:** elaborar recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto. **Métodos:** a pesquisa foi composta por três etapas: (1) Revisão sistemática da literatura para a identificação dos fatores de risco e das recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto; (2) Revisão da literatura cinzenta, que se caracteriza como documentação impressa e eletrônica produzida por sociedades científicas e outros, para a identificação de diretrizes sobre a retenção urinária pós-parto. Elaboração das recomendações clínicas baseadas nas evidências selecionadas e analisadas oriundas das duas revisões da literatura; (3) Estudo descritivo-exploratório, de natureza quantitativa, desenvolvido por meio da técnica de Delphi para a formação de consenso acerca das recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto. **Resultados:** na revisão sistemática foram identificados diversos fatores de risco relacionados à retenção urinária pós-parto. Dentre os mais frequentes estavam analgesia regional, episiotomia, primiparidade e parto instrumental. Nas propostas de prevenção constavam o monitoramento dos fatores de risco e débito urinário, e avaliação dos sinais e sintomas da disfunção miccional. Dentre as indicações de tratamento, havia pontos comuns como a aplicação de medidas de auxílio para promover a micção espontânea e a drenagem da bexiga, em casos de retenção urinária evidente ou oculta. Entretanto, constatou-se a ocorrência de abordagens diversificadas quanto à padronização do volume residual e do tipo de cateter para tratar a retenção urinária persistente. Por meio da revisão da literatura cinzenta foram identificadas sete diretrizes internacionais, publicadas em língua inglesa. Dessas, quatro eram elegíveis. Desse modo, para fundamentar a elaboração da proposta, composta por 48 recomendações, foram utilizados 23 artigos da primeira revisão e quatro diretrizes da segunda revisão. As 48 recomendações clínicas foram distribuídas entre três domínios: 18 (37,5%) relacionadas à prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta; 14 (29,2%) relacionadas ao tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta; e 16 (33,3%) para a reeducação da bexiga em caso de retenção urinária pós-parto persistente. Para a formação de consenso foram realizadas três rodadas do painel Delphi. Na última rodada, composta por sete enfermeiros e seis médicos, obteve-se consenso de inclusão para 39 (81,3%) e de exclusão para nove (18,7%) recomendações. **Conclusão:** foram obtidas 39 recomendações clínicas baseadas em evidência e no consenso de especialistas. O desafio de elaboração de tais recomendações mostrou-se muito complexo. Mesmo havendo consenso quanto à inclusão para a maioria das recomendações, pontua-se que algumas situações clínicas podem não ter sido contempladas, além da possibilidade constante de surgimento de novas evidências sobre o tema. As recomendações deste estudo emergem no sentido de respaldar a prática clínica, com vistas a promover segurança e bem-estar da puérpera.

**Descritores:** Retenção urinária; Período pós-parto; Transtornos urinários.

**Linha de pesquisa:** Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

## ABSTRACT

**Introduction:** postpartum urinary retention is considered a common voiding dysfunction, although not associated with mortality, it presents significant morbidity. The timely prevention and treatment of this condition remain a challenge, since there is little evidence to support clinical practice, and the current therapeutic proposals have diversified directions. **Objective:** to develop clinical recommendations for preventing and treating postpartum urinary retention. **Methods:** the research consisted of three steps: (1) Systematic review of the literature to identify risk factors and clinical recommendations for preventing and treating postpartum urinary retention; (2) Review of the gray literature, characterized as printed and electronic documentation produced by scientific societies and others, for the identification of guidelines on postpartum urinary retention. Elaboration of the clinical recommendations based on the selected and analyzed evidences coming from the two reviews of the literature; (3) Descriptive-exploratory study, quantitative in nature, developed through the Delphi technique to form consensus on clinical recommendations to prevent and treat postpartum urinary retention. **Results:** in the systematic review, several risk factors related to postpartum urinary retention were identified. Among the most frequent were regional analgesia, episiotomy, primiparity and instrumental delivery. The prevention proposals included the monitoring of risk factors and urinary output, and evaluation of signs and symptoms of voiding dysfunction. Among the indications for treatment, there were common points such as the application of relief measures to promote spontaneous urination and bladder drainage in cases of obvious or hidden urinary retention. However, it has been observed the occurrence of diversified approaches regarding the standardization of residual volume and catheter type to treat persistent urinary retention. Through the review of the gray literature, seven international guidelines were identified, published in English, of which four were eligible. Thus, 23 articles of the first revision and four guidelines of the second revision were used to substantiate the preparation of the proposal, consisting of 48 recommendations. The 48 clinical recommendations were distributed among three domains: 18 (37.5%) related to the prevention of overt and covert postpartum urinary retention, 14 (29.2%) related to the treatment of overt and covert postpartum urinary retention, and 16 (33.3%) related to the re-education of the bladder in case of persistent postpartum urinary retention. For consensus building, three rounds of the Delphi panel were performed. In the last round, composed of seven nurses and six physicians, consensus was reached for inclusion in 39 (81.3%) and exclusion for nine (18.7%) recommendations. **Conclusion:** based on evidence and the consensus of specialists, 39 clinical recommendations were obtained. The challenge of developing such recommendations proved to be very complex. Although there is consensus regarding inclusion for most of the recommendations, it is pointed out that some clinical situations may not have been contemplated, besides the constant possibility of the discovery of new evidence on the subject. The recommendations of this study emerge aiming to support clinical practice in order to promote the safety and wellbeing of the puerperal woman.

**Descriptors:** Urinary retention; Postpartum period; Urinary disorders.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Manuscrito 1

**Figura 1** – Fluxograma de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

**Figura 2** – Descrição dos estudos sobre os fatores de risco da retenção urinária pós-parto e os níveis de evidência/grau de recomendação.

**Figura 3** – Descrição dos estudos incluídos sobre as intervenções para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto, e os níveis de evidência/grau de recomendação.

**Quadro 1** – Níveis de Evidência e Graus de Recomendação.

**Quadro 2** – Itens do *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II).

### Manuscrito 2

**Quadro 1** – Consenso do grupo de especialistas por recomendação. Campinas, 2017.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Amostra do estudo de acordo com a rodada do painel Delphi. Campinas, 2017.

**Tabela 2** – Distribuição das recomendações com consenso de inclusão por rodada. Campinas, 2017.

**Tabela 3** – Distribuição do tipo de pós-graduação por especialista. Campinas, 2017.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>TUI</b>	Trato Urinário Inferior
<b>CPM</b>	Centro Pontino da Micção
<b>PBE</b>	Prática Baseada em Evidências
<b>CEBM</b>	Centre for Evidence-Based Medicine
<b>CIL</b>	Cateterismo Intermitente Limpo
<b>AMB</b>	Associação Médica Brasileira
<b>Febrasgo</b>	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
<b>ICS</b>	International Continence Society
<b>IUGA</b>	International Urogynecological Association
<b>SUFU</b>	Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction
<b>AUA</b>	American Urological Association
<b>AGREE II</b>	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II
<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	14
1.1	Bexiga urinária.....	14
1.2	Alterações na função da bexiga durante o ciclo gravídico-puerperal... 18	
1.3	Retenção urinária pós-parto .....	19
2	JUSTIFICATIVA .....	22
3	OBJETIVOS .....	24
3.1	Geral.....	24
3.2	Específicos.....	24
4	MÉTODOS .....	25
4.1	Delineamento do estudo .....	25
4.2	Primeira etapa.....	25
4.2.1	Indagação do estudo .....	25
4.2.2	Busca das respostas .....	26
4.2.3	Critérios de elegibilidade.....	27
4.2.3.1	Critérios de inclusão .....	27
4.2.3.2	Critérios de exclusão .....	28
4.2.4	Identificação dos estudos .....	28
4.2.5	Seleção e análise de dados.....	29
4.2.5.1	Seleção dos estudos.....	29
4.2.5.2	Processo de extração de dados dos estudos incluídos .....	29
4.3	Segunda Etapa .....	29
4.3.1	Estratégia de busca para identificação das diretrizes.....	30
4.3.2	Elegibilidade das diretrizes internacionais .....	31
4.3.3	Elaboração da proposta de recomendações clínicas .....	33

4.4	Terceira Etapa .....	33
4.4.1	Captação dos sujeitos .....	34
4.4.2	Critérios de inclusão .....	35
4.4.3	População do estudo .....	35
4.4.4	Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados .....	35
4.4.4.1	Instrumento para caracterização da amostra.....	36
4.4.4.2	Instrumento – Pré-intervenção.....	36
4.4.4.3	Instrumento – Intervenção 1 .....	36
4.4.4.4	Instrumento – Intervenção 2 .....	37
4.4.4.5	Primeira rodada .....	37
4.4.4.6	Segunda rodada .....	37
4.4.4.7	Terceira rodada.....	38
4.4.5	Análise dos dados .....	38
4.4.6	Considerações éticas .....	39
5	RESULTADOS .....	40
5.1	Manuscrito 1 – Retenção urinária pós-parto: revisão sistemática.....	42
5.2	Manuscrito 2 – Prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto: recomendações baseadas em evidências e no consenso de especialistas .....	65
6	DISCUSSÃO GERAL .....	84
7	CONCLUSÃO.....	86
8	REFERÊNCIAS.....	87
9	APÊNDICES.....	93
10	ANEXOS.....	137

# 1 INTRODUÇÃO

Para fundamentação das bases conceituais deste estudo, a introdução foi estruturada a partir dos seguintes tópicos: 1.1 Bexiga urinária; 1.2 Alterações na função da bexiga durante o ciclo gravídico-puerperal e; 1.3 Retenção urinária pós-parto.

## 1.1 Bexiga urinária

A bexiga é um órgão muscular oco com a função de armazenar e eliminar periodicamente a urina. As propriedades viscoelásticas e miogênicas possibilitam o relaxamento da musculatura lisa vesical e o aumento coordenado do tônus esfinteriano uretral, durante a fase de enchimento e o oposto, durante a micção. A coordenação das funções da bexiga demanda complexa interação entre os sistemas nervosos central e periférico e os fatores regulatórios locais, e é intermediada pelos neurotransmissores<sup>(1)</sup>.

A bexiga vazia de uma mulher adulta apresenta o formato de uma pirâmide invertida de quatro lados e encontra-se envolvida pela fáscia vesical. A superfície superior está voltada para cima e é recoberta pelo peritônio parietal pélvico. A superfície posterior, também conhecida como a base da bexiga, está voltada para a face posterior e para a inferior. É separada do reto pelo colo uterino e porção proximal da vagina<sup>(2)</sup>.

O leito da bexiga, estrutura na qual repousa o colo da bexiga, é formado posteriormente pela parede vaginal, e, anteriormente e lateralmente, pelos músculos interno do obturador e do levantador do ânus, e pelos ossos púbicos. O ponto mais anterossuperior da bexiga é conhecido como o ápice e está localizado no ponto de contato das superfícies superiores, e das duas superfícies ínfero-laterais. O ápice marca o ponto de inserção do ligamento mediano umbilical<sup>(2)</sup>. Os ureteres, por sua vez, permeiam latero-inferiormente a face posterior da bexiga e atravessam obliquamente a parede vesical, formando um trajeto submucoso com ação anti-refluxo<sup>(3)</sup>.

O trígono, cuja forma é triangular, é uma estrutura anátomo-funcional importante na fisiologia da micção e apresenta uma concentração abundante de terminações nervosas aferentes suburoteliais. O trígono está localizado na face póstero-inferior da bexiga, sua base é composta pela barra interureteral e em seu ápice, ou seja, na parte mais distal da bexiga se encontra o colo vesical. O colo vesical é constituído a partir da convergência das paredes posterior e ínfero-lateral e se abre na uretra<sup>(3)</sup>.

A parede da bexiga urinária possui quatro camadas: epitelial (urotélío), lâmina própria, muscular própria (músculo detrusor) e adventícia (ou serosa)<sup>(1-2,4)</sup>.

A camada mais interna da bexiga é o urotélío, sua espessura é variável, bem como o formato de suas células epiteliais em função do grau de distensão da bexiga. O revestimento epitelial pode ter até sete células de espessura quando a bexiga está vazia. As células basais apresentam um formato cúbico e acima delas há diversas camadas de células irregularmente poliédricas. A camada mais superficial ou luminal consiste em células eosinofílicas grandes, às vezes binucleadas, com citoplasma abundante e uma superfície livre arredondada, denominadas células superficiais ou guarda-chuva<sup>(2)</sup>.

Na bexiga distendida, o revestimento epitelial pode ter apenas duas células de espessura, com uma camada basal de células cúbicas e uma camada superficial de células alongadas e achatadas, e com presença discreta de células guarda-chuva. Além disso, uma fina membrana basal separa o urotélío da lâmina própria subjacente. Essa membrana é formada por tecido conjuntivo abundante contendo uma rede vascular rica, canais linfáticos, terminações nervosas sensoriais e algumas fibras elásticas<sup>(2)</sup>.

A lâmina própria é uma camada formada basicamente por tecido conjuntivo, ricamente vascularizada e com abundância de fibras elásticas<sup>(1)</sup>. Entretanto, pode ser subdividida em duas camadas, uma mais superficial de tecido conjuntivo com a presença de fibras colágenas e elásticas, e uma camada mais superficial, composta por tecido conjuntivo denso não modelado<sup>(5)</sup>. A lâmina própria também é uma camada que varia de espessura, de acordo com o enchimento da bexiga, e geralmente é mais fina nas áreas do trígono e colo vesical. Podem ser encontrados vestígios ou pequenos fascículos de músculo liso dentro da lâmina própria<sup>(2)</sup>.

A camada muscular própria (detrusor) possui camadas longitudinais internas e externas pouco definidas, e uma camada circular média mais proeminente<sup>(2)</sup>. O detrusor é composto, com base nas diferenças regionais de sua inervação, pela porção localizada acima dos orifícios ureterais, denominada corpo vesical e pela base, porção onde se encontram o trígono e colo vesical<sup>(1)</sup>.

As fibras musculares lisas que constituem o detrusor se organizam em feixes sem orientação definida, que se ramificam e se reúnem aleatoriamente, mudando de orientação e de profundidade na parede da bexiga. Trata-se de um arranjo sob a forma de malha complexa, sem formar camadas distintas e que possibilitam ao detrusor a contratilidade necessária para conduzir a urina em direção à uretra proximal durante a micção<sup>(1)</sup>.

Os feixes detrusores são revestidos por fibras elásticas e colágenas, vasos sanguíneos e terminações nervosas, sendo que cada célula muscular lisa é separada umas das outras por fibras colágenas. A presença das fibras elásticas e colágenas que revestem os feixes musculares são responsáveis pela manutenção da estrutura da parede vesical e por suas propriedades viscoelásticas, permitindo seu enchimento sem elevação da pressão vesical<sup>(1)</sup>.

A camada adventícia da bexiga é formada por tecido conjuntivo frouxo<sup>(2,5)</sup>, mais ou menos fibroso, e por uma quantidade profusa de fibras elásticas<sup>(5)</sup>. Algumas regiões da adventícia estão cobertas por mesotélio, constituindo uma serosa, enquanto outras podem estar envolvidas por tecido adiposo<sup>(5)</sup>.

A inervação periférica do trato urinário inferior (TUI) composto pela bexiga, esfíncteres e uretra ocorre por meio de três tipos de fibras: simpáticas, parassimpáticas e somáticas. A inervação eferente simpática se origina de núcleos da substância cinzenta da T10 a L2 (segmento tóraco-lombar da medula) e se direciona através da cadeia simpática ao plexo hipogástrico superior (pré-aórtico). A inervação vesical parassimpática se origina de neurônios localizados nos segmentos S2 a S4 e chegam à bexiga pelo nervo pélvico e plexo hipogástrico inferior. Fibras somatomotoras originadas no núcleo de Onuf, localizado no corno anterior de um ou mais segmentos de S2 a S4 inervam o esfíncter uretral através dos nervos pudendos, sem conexão com gânglios periféricos<sup>(1)</sup>.

Os nervos aferentes são encontrados na musculatura detrusora e na lâmina própria e abaixo do urotélio, os aferentes formam um plexo mais denso no trígono e menos denso na cúpula vesical. A atividade dos centros medulares é controlada por centros superiores através de tratos descendentes cefaloespinais<sup>(1)</sup>.

A micção é coordenada pelo tronco encefálico, especificamente pelo centro pontino da micção (CPM), que é a via final comum para motoneurônios da bexiga, localizados na medula espinhal. Sendo assim, em circunstâncias normais, a micção depende de um complexo arco reflexo espino-bulbo-espinhal liberado pelo CPM, que recebe influências, na maior parte inibitórias, do córtex cerebral, do cerebelo, dos gânglios da base, do tálamo e do hipotálamo<sup>(1,3)</sup>. O mecanismo fisiológico da micção inclui a fase de enchimento e de a esvaziamento vesical. Para tanto, é preciso uma integração complexa das vias neurais aferentes e eferentes do TUI<sup>(3)</sup>.

Na fase de enchimento vesical há acúmulo progressivo de urina com manutenção de baixos níveis pressóricos no interior do órgão. Nesta fase, há predomínio da ação do sistema nervoso simpático, mediado pela noradrenalina. Os efeitos constatados da atividade simpática são a inibição da atividade parassimpática e a contração da musculatura lisa ureteral e da base da bexiga. Respectivamente, a musculatura estriada uretral e a do assoalho pélvico se contraem ao serem estimuladas pelos nervos pudendos. Além disso, as contrações da musculatura do esfíncter externo e interno mantêm a pressão uretral maior que a vesical, sucedendo, dessa maneira, a base do mecanismo da continência<sup>(3)</sup>.

Em contrapartida, a fase de esvaziamento vesical está baseada na contração detrusora, neurologicamente mediada. Ocorre não apenas por um ato reflexo, mas envolve a coordenação de vias supraespinhais e controle voluntário. Nesta fase cessa a atividade simpática e tem início a parassimpática, que desencadeia a contração detrusora. Ao mesmo tempo, é interrompida a estimulação dos nervos pudendos sobre a musculatura estriada uretral e assoalho pélvico, evento que determina o relaxamento de ambos e possibilita a expulsão da urina com mínima resistência<sup>(3)</sup>.

Sendo assim, a micção ocorre a partir do relaxamento voluntário dos músculos perineais e dos estriados do esfíncter externo localizado na uretra posterior. Essa sequência desencadeia a diminuição da resistência uretral e a contração da

musculatura lisa do trígono, bem como do restante da bexiga<sup>(3)</sup>. Em condições normais a bexiga é capaz de suportar de 400 a 600 ml de urina e após o esvaziamento apresentar volume residual inferior a 50 ml. Sendo que o primeiro desejo miccional ocorre com 150 a 250 ml, o forte desejo miccional com 400 ml e a pressão do detrusor no enchimento, de até 500 ml, é inferior a 15 cmH<sub>2</sub>O<sup>(6)</sup>.

## **1.2 Alterações na função da bexiga durante o ciclo gravídico-puerperal**

Durante a gestação e puerpério, as alterações hormonais exercem influência sobre a função da bexiga<sup>(7)</sup>. Diversos estudos foram desenvolvidos e publicados ao longo do tempo, demonstrando a ocorrência das adaptações fisiológicas e anatômicas do ciclo gravídico-puerperal. Dentre esses, vale destacar as mudanças fisiológicas da bexiga na gestação e puerpério, evidenciadas e descritas por Muellner<sup>(8)</sup>, em 1938. Por meio da análise de 86 cistometrias de gestantes e puérperas constatou que a função da bexiga sofre alterações progressivas durante a gravidez, retornando à normalidade após o parto<sup>(8)</sup>.

A partir do primeiro trimestre de gestação há diminuição no tônus da bexiga e aumento lento e gradativo da capacidade vesical, sendo possível suportar no final do terceiro trimestre até 1.300 ml<sup>(8)</sup>. Embora a capacidade esteja aumentada e o tônus diminuído, provavelmente pelas alterações hormonais, o fator mecânico, como o peso do útero, exerce compressão e eleva a pressão da bexiga. Este evento causa o aumento do número de micções e parece facilitar a eliminação completa da urina<sup>(8)</sup>. Desse modo, apesar das alterações anatômicas e hormonais, a função de esvaziamento da bexiga, sem a presença de volume residual, mantém-se preservada durante a gestação<sup>(8)</sup>.

Logo após o parto, devido à hipotonia do detrusor, capacidade vesical aumentada e ausência da compressão do útero gravídico sobre a bexiga é possível constatar, frequentemente, resíduos de urina de 30 a 120 ml que regridem de seis a oito semanas após o parto<sup>(8)</sup>. As causas das alterações no funcionamento da bexiga não são suficientemente claras e a fisiopatologia da retenção urinária pós-parto é considerada multifatorial<sup>(9-11)</sup>. Entretanto, pontua-se que essas alterações secundárias ao aumento dos níveis de progesterona, durante a gravidez e puerpério precoce, sejam fatores determinantes das disfunções miccionais<sup>(9,12)</sup>.

Mulheres não grávidas em uso de tecnologia de reprodução assistida e com níveis séricos altos de progesterona, ao serem avaliadas urodinamicamente, não apresentaram relaxamento uretral e contração do detrusor durante as tentativas de urinar<sup>(13)</sup>. Além disso, ratas após o parto, submetidas a altas doses de progesterona, apresentaram intervalos mais curtos entre a contração das células musculares da bexiga, menor média de volume urinado e aumento do volume residual<sup>(9)</sup>. Sendo assim, acredita-se que a progesterona promova um efeito inibitório sobre o músculo liso, causando redução significativa na resposta contráctil do detrusor<sup>(14)</sup>.

Em paralelo, constata-se que o peso do útero gravídico coloca uma carga adicional sobre a bexiga e causa a elevação de sua pressão de 9 cmH<sub>2</sub>O (12<sup>a</sup> semana) para 20 cmH<sub>2</sub>O (38<sup>a</sup> semana)<sup>(15)</sup>. Este fato desencadeia a redução de sua capacidade e conseqüentemente, aumenta a demanda do fechamento uretral<sup>(15)</sup>. Com isto, sucede o aumento gradativo dos comprimentos absoluto e funcional da uretra, da pressão uretral intraluminal máxima e de fechamento<sup>(15)</sup>. Essas alterações observadas nos parâmetros uretrais devem ser consideradas positivas, pois atuam diretamente na manutenção da continência urinária durante a gestação<sup>(15)</sup>.

Ainda existe a alteração relacionada à biomecânica do tecido conjuntivo, visto a constatação do aumento da mobilidade da bexiga e uretra a partir da sexta semana gestacional<sup>(15)</sup>. Este evento tende a acentuar-se com a evolução da gestação e possivelmente, está associado às alterações hormonais da gestação<sup>(16)</sup>. Como em alguns mamíferos foram evidenciados os efeitos hormonais na alteração da biomecânica do tecido conjuntivo pélvico<sup>(17)</sup>. É provável que isso também possa ocorrer à mulher durante a gestação, em função da secreção hormonal aumentada desse período<sup>(16)</sup>. Desse modo, é possível associar a incapacidade total ou parcial de algumas mulheres de urinar após o parto às alterações da função vesical, que podem ocorrer durante a gestação e perdurar por algum tempo no período puerperal.

### **1.3 Retenção urinária pós-parto**

A retenção urinária pós-parto é considerada uma disfunção miccional, cuja fisiopatologia é multifatorial<sup>(9-11,18)</sup>. Sua prevalência varia de 1,5% a 45% e não existem evidências comprobatórias de que se trata de um evento isento de danos à saúde da mulher<sup>(7)</sup>. Embora não esteja associada à mortalidade, a morbidade é significativa<sup>(7,18)</sup>.

A retenção urinária pós-parto foi classificada pela primeira vez, em 1986, como a ausência de micção espontânea seis horas depois do parto vaginal ou da remoção do cateter vesical, em caso de cesariana<sup>(20)</sup>. Também têm sido utilizadas as seguintes subclassificações para diferenciá-la: evidente, quando há o desejo miccional, mas não ocorre a micção; oculta, quando após a micção é constatado um volume residual igual ou superior a 150 ml<sup>(21)</sup>; e persistente, quando a incapacidade de urinar se prolonga por mais de três dias após o parto<sup>(22)</sup>.

Os fatores mecânicos, funcionais e neurológicos do ciclo gravídico-puerperal, eventualmente, dificultam ou até mesmo impossibilitam a micção espontânea após o nascimento<sup>(18)</sup>. As alterações hormonais somadas às mecânicas da gestação modificam parcialmente a estrutura e função do TUI. No puerpério imediato, o fator mecânico, como a carga adicional do útero gravídico sobre a bexiga, passa a não mais influenciar a pressão vesical<sup>(8,14)</sup>. Nesse momento, os níveis hormonais ainda estão aumentados e atribuem, provavelmente, efeito relaxante sobre o músculo liso do sistema urinário<sup>(12,14-15,22)</sup>, assim como acontece com outros mamíferos após a parturição<sup>(9,17)</sup>. Dessa forma, a bexiga que ainda se mantém por um período com a capacidade aumentada e o tônus diminuído<sup>(8)</sup>, e sem o peso do útero para elevar sua pressão interna poderá reter urina após o parto<sup>(15)</sup>.

A exposição a eventos traumáticos e/ou farmacológicos no ante parto e parto pode comprometer a inervação periférica do TUI e conseqüentemente, causar danos à capacidade de urinar da puérpera<sup>(11)</sup>. Dentre os fatores de risco mais frequentemente relacionados à retenção urinária pós-parto estão a analgesia regional, episiotomia, primiparidade e parto instrumental<sup>(11)</sup>. Embora menos frequentes, há outros fatores que também apresentam risco, como o trabalho de parto prolongado<sup>(18,24-29)</sup>, laceração perineal<sup>(25,28,30)</sup>, parto vaginal<sup>(30)</sup>, peso do recém-nascido ( $\geq 4000$  gr)<sup>(25,31)</sup>, cesariana de emergência<sup>(32,33)</sup>, tempo prolongado da cesariana ( $>60$  min)<sup>(25)</sup> e falha na progressão do trabalho de parto seguida de cesariana<sup>(33)</sup>.

A hiperdistensão vesical, em função da retenção urinária não identificada e não tratada em tempo hábil, pode originar danos ao músculo detrusor, infecções recorrentes do trato urinário e dificuldade urinária permanente<sup>(35-36)</sup>. Além dessas complicações, há também as mais graves, porém raras, como a ruptura da bexiga<sup>(36)</sup>, a dilatação de vias urinárias altas e a insuficiência renal<sup>(18,37-38)</sup>.

Apresentar dificuldade ou incapacidade de urinar após o parto pode ser uma experiência angustiante para a mulher. Também pode resultar em custos adicionais, caso seja necessário o prolongamento do período de internação e/ou acompanhamento ambulatorial<sup>(10)</sup>. Acredita-se que a morbidade relacionada à retenção urinária pós-parto não esteja bem documentada e possivelmente não seja relatada<sup>(7)</sup>. No entanto, o dano potencial da disfunção miccional e a incerteza sobre a real incidência não isenta os profissionais de saúde de estarem vigilantes quanto à sua ocorrência<sup>(7)</sup>.

Embora a retenção urinária seja reconhecida como uma intercorrência de importância clínica que pode afetar a puérpera, sua incidência e fatores de risco são pouco conhecidos, em razão, provavelmente, da carência de relatos publicados<sup>(39)</sup>. Porém, diante do risco inerente da puérpera desenvolver a disfunção miccional, tornam-se indispensáveis o diagnóstico e o tratamento precoces, a fim de prevenir as possíveis sequelas<sup>(11,17,40)</sup>. Pois um único episódio de hiperdistensão vesical pode causar danos irreversíveis ao trato urinário feminino<sup>(34)</sup>. Torna-se, dessa maneira, imprescindível a vigilância do funcionamento da bexiga no pós-parto imediato<sup>(39-40)</sup>, pois acredita-se que nesse período a maioria dos casos de retenção poderia ser evitada, se as mulheres fossem encorajadas a urinar precocemente<sup>(39)</sup>.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hiperdistensão da bexiga em função da retenção urinária pós-parto pode causar danos irreversíveis e de graus variáveis ao trato urinário da mulher. No entanto, observamos que na prática assistencial não há uma abordagem padronizada, com vistas ao monitoramento da capacidade de urinar das puérperas, e isto implica em maior risco de desenvolver a hiperdistensão vesical. Além disso, quando são diagnosticados casos de retenção urinária pós-parto, deparamo-nos, às vezes dentro de uma mesma equipe, com a indicação de intervenções diversificadas para sanar o problema. Frente a tais constatações, realizou-se uma ampla busca, porém sem sucesso, por publicações científicas acerca de diretrizes clínicas para prevenir e/ou tratar a retenção urinária pós-parto, que pudessem respaldar a tomada de decisão. Essa busca sem retorno positivo foi realizada nas bases de dados das principais associações nacionais e internacionais de continência, urologia, uroginecologia, ginecologia e obstetrícia e, inclusive, na *International Guideline Library*.

Dessa maneira, surgiram as seguintes indagações:

- Que tipos de retenção urinária uma mulher poderá desenvolver após dar à luz?
- Quais são os fatores de risco relacionados à retenção urinária pós-parto?
- A retenção urinária pós-parto poderá causar consequências ao trato urinário feminino? Quais?
- Que medidas são indicadas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto?
- Quais são as evidências disponíveis na literatura que poderiam embasar a elaboração de recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto?

Sendo assim, torna-se necessário identificar e analisar as evidências científicas, disponíveis na literatura, sobre a retenção urinária pós-parto para conseguir ampliar a compreensão acerca desta problemática. Em decorrência deste processo, esperamos elaborar recomendações clínicas centradas em objetivos claros, válidos e relevantes para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto, baseadas,

obviamente, nas melhores evidências disponíveis, bem como no consenso de especialistas.

Portanto, acreditamos que por meio de recomendações clínicas elaboradas com este rigor metodológico seja possível proporcionar subsídios à tomada de decisão dos profissionais de saúde que prestam assistência às puérperas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto.

#### **3.2 Específicos**

- Identificar as evidências científicas disponíveis na literatura acerca dos fatores de risco, formas de prevenção e de tratamento da retenção urinária pós-parto;
- Desenvolver uma proposta com recomendações clínicas para prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto fundamentada por evidências;
- Avaliar o nível de consenso de especialistas das áreas de enfermagem e medicina acerca das recomendações clínicas.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Para cumprir os objetivos propostos, o delineamento do estudo foi desenvolvido a partir de três etapas consecutivas:

Primeira etapa: revisão sistemática para a identificação de evidências científicas sobre fatores de risco e recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto.

Segunda etapa: revisão da literatura cinzenta para o levantamento de diretrizes nacionais e internacionais sobre a retenção urinária pós-parto; e, elaboração de uma proposta composta por recomendações clínicas, baseada em evidências, para prevenir e tratar a disfunção miccional.

Terceira etapa: estudo descritivo-exploratório, de natureza quantitativa, desenvolvido por meio da técnica de Delphi para a formação de consenso acerca das recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto.

### **4.2 Primeira etapa**

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura pautada pelas recomendações do *Cochrane Handbook*<sup>(41)</sup>. Esse tipo de estudo é considerado um processo de seleção minuciosa e criteriosa de estudos provenientes da literatura científica. Visa responder uma indagação claramente estabelecida, por meio de métodos sistemáticos de identificação, seleção e avaliação crítica de estudos que sejam relevantes<sup>(41)</sup>. Sendo assim, nessa etapa buscou-se determinar as possíveis causas da retenção urinária pós-parto, bem como as medidas utilizadas, na prática clínica, para prevenir e tratar a disfunção miccional.

#### **4.2.1 Indagação do estudo**

O questionamento da revisão sistemática é uma fase decisiva do estudo. O processo de resolução do problema apresenta maior probabilidade de ser bem-sucedido, se a questão for apropriadamente definida<sup>(42)</sup>. A estratégia PICO respalda a elaboração da pergunta norteadora da pesquisa, de modo acurado, mediante um questionamento e subsidia a identificação das evidências científicas disponíveis na

literatura. Os componentes da estratégia **PICO**, respectivamente, são: **P** (*population* – população); **I** (*intervention* – intervenção); **C** (*comparison/control* – comparação/controle); **O** (*outcome* – desfecho)<sup>(43)</sup>.

Os aspectos de interesse para a seleção das publicações, com base na estratégia **PICO**, do presente estudo foram: **P** (população): mulheres pós-parto vaginal ou cesariana; **I** (Intervenção): foram considerados os estudos que analisaram as condições das puérperas que desenvolveram a disfunção miccional e os que apresentaram propostas de prática clínica para identificar, prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto evidente, oculta e persistente; **C** (comparação ou controle): puérperas com e sem retenção urinária que foram expostas a algum fator, considerado de risco, para o desenvolvimento da disfunção. Controle do tempo de resposta das puérperas submetidas a algum tipo de intervenção clínica para recuperar a função vesical; **O** (desfecho): danos causados à bexiga, em função da retenção urinária pós-parto e sua relação com a exposição aos fatores hormonais, mecânicos, farmacológicos e traumáticos da gestação e parto. Resultados obtidos com a aplicação de práticas clínicas relativas à preservação e ao restabelecimento da função urinária após o parto.

Dessa maneira, a pergunta norteadora do estudo foi: *Quais são os fatores de risco e as medidas utilizadas para a prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto?*

#### **4.2.2 Busca das respostas**

A Prática Baseada em Evidências (PBE) tem por premissa a utilização da melhor evidência científica disponível, na tomada de decisões em saúde, respaldando o profissional na prática clínica. No entanto, é preciso avaliar a força e a fragilidade da evidência antes de utilizá-la. À mesma maneira, ao buscar respostas ao questionamento de um determinado estudo, a análise crítica da hierarquia das evidências e do seu grau de recomendação é procedimento indispensável<sup>(44)</sup>.

O *Centre for Evidence-Based Medicine* (CEBM) desenvolveu, em 1999, os níveis de evidência e em 2009, acrescentou subníveis nos três primeiros níveis, além dos respectivos graus de recomendação<sup>(45)</sup> (Quadro 1).

## Quadro 1 – Níveis de Evidência e Graus de Recomendação<sup>(45)</sup>

<b>Níveis de Evidência</b>
<b>Nível 1a</b> – Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados (ECCR).
<b>Nível 1b</b> – ECCR com intervalo de confiança (IC) estreito.
<b>Nível 1c</b> – Estudos do tipo “Tudo ou Nada”.
<b>Nível 2a</b> – Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte.
<b>Nível 2b</b> – Estudo de Coorte individual (incluindo ECCR de menor qualidade, por exemplo, acompanhamento abaixo de 80%).
<b>Nível 2c</b> – Resultados Terapêuticos (outcomes research); Estudos Ecológicos.
<b>Nível 3a</b> – Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-controle.
<b>Nível 3b</b> – Estudo Caso-controle.
<b>Nível 4</b> – Relato de Casos (incluindo Coorte ou Caso-controle de menor qualidade).
<b>Nível 5</b> – Opinião de especialistas sem avaliação crítica explícita, estudos de fisiologia, pesquisas de bancada e “first principles”.
<b>Graus de Recomendação</b>
<b>A</b> – Estudos consistentes do nível 1.
<b>B</b> – Estudos consistentes do nível 2 ou 3 ou extrapolações* de estudos do nível 1.
<b>C</b> – Estudos do nível 4 ou extrapolações* de estudos do nível 2 ou 3.
<b>D</b> – Estudos do nível 5 ou estudos inconsistentes ou inconclusivos de qualquer nível.
*Termo usado para expressar situações das quais os dados utilizados nos estudos apresentam diferenças clínicas, potencialmente importantes, daquelas oriundas do estudo original.

Sendo assim, em face da importância da hierarquia das evidências e respectivos graus de recomendação, foram utilizadas as orientações do CEBM (2009) para classificação das evidências referidas nas publicações incluídas neste estudo.

### 4.2.3 Critérios de elegibilidade

#### 4.2.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos os estudos que investigaram os fatores de risco relacionados à disfunção miccional puerperal, bem como aqueles que apresentaram propostas para identificar, prevenir e tratar a retenção urinária evidente, oculta e/ou persistente. Os

estudos que atenderam esses critérios foram incluídos, independente do país de origem, idioma e data de publicação. Os critérios de inclusão dos estudos foram delineados, principalmente, para proporcionar uma ampliação acerca da compreensão e domínio do objeto de estudo. De modo que fosse possível subsidiar à *posteriori* a elaboração de recomendações clínicas, com a finalidade de prevenir e tratar a disfunção miccional no puerpério, e com isso, diminuir o risco de causar danos permanentes ao trato urinário feminino.

#### **4.2.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos os estudos realizados com animais no período puerperal. Bem como os que propunham a administração de Urecholine (bethanechol), pois essa droga não é mais utilizada como forma de prevenção e/ou tratamento da disfunção miccional da puérpera. Além daqueles, cujo método era a revisão integrativa da literatura.

#### **4.2.4 Identificação dos estudos**

A estratégia de busca inicial dos estudos incluiu bases de dados de saúde que disponibilizam artigos científicos originais, teses, dissertações, resumos, entre outros. Foi realizada por duas pesquisadoras, de forma independente, em 15 de janeiro de 2016, em seis bases de dados: *Excerpta Medica dataBASE* (EMBASE), *National Library of Medicine* (PubMed), *SciVerse Scopus*, *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Revisões Sistemáticas Avaliadas* (DARE).

O registro dos resultados obtidos a cada busca foi detalhadamente documentado, de modo a garantir a reprodutibilidade, caso fosse necessário. Sendo assim, a cada busca foram registrados: base de dados acessada, endereço do servidor, data e horário da busca, descrição dos filtros/limites utilizados, e número de publicações localizadas por base de dados.

Os descritores em inglês e os operadores booleanos utilizados na primeira busca foram: “Urinary Retention OR Urine Retention OR Ischuria OR Retention, Urine” AND “Postpartum Period OR Post partum Period OR Period, Postpartum OR Puerperium OR Postpartum Women OR Women, Postpartum OR Puerperal OR

Puerperal Care OR Postpartum Care”. Os descritores em português e espanhol, respectivamente, foram: “Retenção Urinária”; “Período Pós-parto”; Retención Urinaria”; Periodo Posparto”. Os descritores selecionados para busca constavam no título, resumo e ou assunto da publicação.

Ao final desta fase foi utilizado o *EndNote*, programa de gerenciamento de referências, para o processamento dos dados das publicações identificadas e conseqüentemente, para a remoção das duplicatas.

#### **4.2.5 Seleção e análise de dados**

##### **4.2.5.1 Seleção dos estudos**

Após a identificação dos estudos e remoção dos duplicados, os resumos foram lidos e analisados, de modo independente por duas avaliadoras, e selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade estipulados anteriormente (seção 3.2.3). Os dados coletados, contemplando as características essenciais de interesse, foram descritos em um instrumento (Apêndice A). Nos casos em que os resumos não estavam disponíveis ou não eram suficientemente claros, recorreu-se ao texto na íntegra. As divergências surgidas acerca da elegibilidade dos estudos foram discutidas e solucionadas por meio de consenso entre as avaliadoras e, quando necessário, foi solicitado o parecer de uma terceira avaliadora para inclusão ou exclusão do estudo.

##### **4.2.5.2 Processo de extração de dados dos estudos incluídos**

A extração de dados dos estudos incluídos (Apêndice B) foi realizada pela primeira avaliadora e conferida posteriormente, pela segunda avaliadora. Foram extraídos os dados relativos aos desfechos de interesse, assim como o país de origem do estudo, idioma, formação profissional do primeiro autor, tipo de estudo, tamanho amostral e critérios de inclusão e exclusão. Após a extração dos dados foi realizada a análise do nível de evidência e grau de recomendação dos estudos.

#### **4.3 Segunda Etapa**

Na segunda etapa foi realizada uma busca bibliográfica secundária para complementar a revisão sistemática da literatura da primeira etapa. Também foi realizada a elaboração das recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção

urinária, baseadas nas evidências levantadas e selecionadas na primeira e segunda etapas.

Como estratégia foi realizada uma busca de materiais bibliográficos na literatura cinzenta. Esta literatura é caracterizada, fundamentalmente, pelo fato de não ser controlada pelos editores comerciais e embora seja de fácil localização, não atende às regras padronizadas nas publicações de livros e artigos. Inclui, desse modo, a documentação impressa e eletrônica produzida em todos os níveis de governo, e nas áreas da academia, comércio e indústria<sup>(46)</sup>.

A busca realizada por meio da literatura cinzenta para identificar diretrizes sobre a retenção urinária pós-parto foi necessária, pois somente com a revisão sistemática da primeira etapa não foi possível tal feito. Além disso, a quantidade de evidências da revisão sistemática foi considerada insuficiente para subsidiar a construção das recomendações clínicas.

#### **4.3.1 Estratégia de busca para identificação das diretrizes**

A estratégia de busca para a identificação de diretrizes nacionais e internacionais sobre a retenção urinária pós-parto ocorreu em janeiro de 2016, e foi estruturada e realizada em dois momentos distintos.

Na primeira busca, foram acessados os bancos de dados das seguintes instituições: Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), *International Continence Society* (ICS), *International Urogynecological Association* (IUGA), *Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction* (SUFU), *American Urological Association* (AUA) e *International Guideline Library*. Foi verificado se os bancos de dados das instituições dispunham de diretrizes clínicas e nos casos afirmativos, foram analisados todos os títulos das diretrizes indexadas.

A segunda busca foi feita por meio do buscador *Google Scholar*. Foram utilizadas as palavras-chave em inglês ("*postpartum urinary retention*" *guidelines*) e em português (diretrizes "retenção urinária pós-parto").

Na primeira estratégia de busca não foi identificado qualquer tipo de diretriz sobre a retenção urinária pós-parto e na segunda, foram identificadas sete diretrizes

internacionais e nenhuma nacional. Todas as diretrizes estavam disponíveis em língua inglesa, sendo três da Austrália, duas da Inglaterra e duas da Nova Zelândia.

#### 4.3.2 Elegibilidade das diretrizes internacionais

As diretrizes identificadas foram analisadas por duas pesquisadoras com experiência no tema, independentemente, utilizando a versão em Português do instrumento genérico denominado *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)*<sup>(47)</sup>. O AGREE II proporciona apoio à avaliação da qualidade metodológica dos elementos, no desenvolvimento de novas diretrizes e na utilização das disponíveis<sup>(48)</sup>. Enquanto instrumento genérico, sua principal finalidade é fornecer um conjunto referencial para avaliar a qualidade, o rigor metodológico e a transparência com que uma diretriz clínica foi desenvolvida<sup>(48)</sup>.

Os domínios AGREE II são composto por: Escopo e finalidade (itens de 1 a 3), com pontuação mínima de 3 e máxima de 21; Envolvimento das partes interessadas (itens de 4 a 6), com pontuação mínima de 3 e máxima de 21; Rigor do desenvolvimento (itens de 7 a 14), com pontuação mínima de 8 e máxima de 56; Clareza e apresentação (itens de 15 a 17), com pontuação mínima de 3 e máxima de 21; Aplicabilidade (itens de 18 a 21), com pontuação mínima de 4 e máxima de 28; Independência editorial (itens de 22 a 23), com pontuação mínima de 2 e máxima de 14<sup>(48)</sup> (Quadro 2).

**Quadro 2 – Itens do AGREE II**

<b>Domínios</b>	<b>Itens</b>
1. Escopo e finalidade	1. O(s) objetivo(s) da(s) diretriz(es) está(ão) especificamente descrito(s). 2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz está(ão) especificamente descrita(s). 3. A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina está especificamente descrita.
2. Envolvimento das partes interessadas	4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes. 5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.). 6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos
3. Rigor do desenvolvimento	7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências. 8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos.

	<p>9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.</p> <p>10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.</p> <p>11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.</p> <p>12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.</p> <p>13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes de sua publicação.</p> <p>14. Um procedimento para a atualização da diretriz está disponível.</p>
4. Clareza da apresentação	<p>15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.</p> <p>16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.</p> <p>17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.</p>
5. Aplicabilidade	<p>18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para a sua aplicação.</p> <p>19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.</p> <p>20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.</p> <p>21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.</p>
6. Independência editorial	<p>22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.</p> <p>23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.</p>

Fonte: Khan e Stein, 2014<sup>(47)</sup>.

À medida que mais critérios são atendidos e mais considerações tratadas, a pontuação dos itens aumenta. Entretanto, não existem pontos de corte para indicar a qualidade geral de uma diretriz, pois o instrumento poder ser usado para diferentes propósitos e em diferentes contextos. Dessa maneira, a importância relativa dos seis domínios deve variar, dependendo das necessidades do usuário<sup>(48)</sup>. Desse modo, das sete diretrizes analisadas, quatro foram incluídas, no entanto, nenhuma apresentou pontuação máxima em todos domínios do AGREE II. As outras três diretrizes foram excluídas devido à baixa pontuação na maioria dos seis domínios do AGREE II. Dentre as selecionadas, constavam duas diretrizes da Austrália, uma da Inglaterra e uma da Nova Zelândia.

### **4.3.3 Elaboração da proposta de recomendações clínicas**

Referente às recomendações clínicas é necessário que a estratégia de busca, o nível e o grau de recomendação de cada uma das evidências estejam explicitamente descritos no texto da diretriz clínica. À mesma maneira, é preciso destacar na diretriz o percentual de recomendações baseadas na “opinião de especialistas”<sup>(49)</sup>.

A validade de uma diretriz está na dependência do rigor metodológico aplicado na seleção e avaliação crítica das evidências que subsidiam as recomendações clínicas<sup>(49)</sup>. Desse modo, é indispensável que as recomendações estejam devidamente respaldadas por evidências científicas de relevância e sejam redigidas com linguagem clara, de modo que sejam reproduzidas na prática clínica com a segurança necessária<sup>(50)</sup>.

A composição das recomendações foi fundamentada pelas evidências selecionadas sobre os fatores de risco associados à retenção urinária, medidas para prevenir o desenvolvimento da disfunção miccional e hiperdistensão vesical, condutas utilizadas para diagnosticar a retenção urinária evidente, oculta e persistente. Também foram descritas medidas para tratar a mulher incapaz de urinar total ou parcialmente durante o período puerperal recente e tardio. A redação das recomendações foi realizada por duas pesquisadoras e os pontos conflitantes, solucionados por meio do parecer de uma terceira pesquisadora. Ao final, a proposta a ser enviada aos especialistas para a obtenção do consenso constava de 48 recomendações clínicas distribuídas entre três domínios.

## **4.4 Terceira Etapa**

Na terceira etapa foi realizada uma análise da proposta de recomendações clínicas, por meio do consenso entre especialistas das áreas de enfermagem e medicina. Assim sendo, foi utilizada a técnica de Delphi para que pudessem ser respondidos os seguintes questionamentos da pesquisadora:

- Qual é a opinião do especialista acerca de cada uma das recomendações?
- O especialista muda de opinião ao tomar conhecimento das evidências que subsidiam as recomendações?

– O especialista muda de opinião ao tomar conhecimento da opinião de seus pares?

A técnica de Delphi busca a convergência de opinião de um grupo de especialistas sobre um determinado tema, por meio de respostas a questionários estruturados, que circulam em uma ou mais rodadas, preservando o anonimato dos participantes<sup>(51)</sup>. A formação do consenso é considerada a essência do método<sup>(52)</sup> e tem por premissa que a "inteligência combinada" melhora o julgamento individual, e captura a opinião coletiva dos especialistas<sup>(52-53)</sup>. Para formar um consenso, geralmente, são realizadas três rodadas para a coleta de opiniões dos participantes, por meio de um questionário interativo que é circulado após uma sequência de intervenções propostas nas rodadas anteriores<sup>(54)</sup>. Dessa maneira, os questionários subsequentes ao da primeira rodada refinam e definem os fatos ou propostas, avaliando sua precisão ou apoio dos participantes<sup>(54)</sup>.

O tamanho do grupo de especialistas para a formação do consenso varia de acordo com a finalidade e complexidade do estudo<sup>(52)</sup>. Caso os especialistas sejam da mesma profissão, considera-se confiável que o grupo seja composto por 10 a 30 participantes<sup>(55)</sup>. Em caso de disciplinas distintas, aconselha-se que o grupo de especialistas deve conter de cinco a 10 participantes de cada uma das classes profissionais<sup>(56-57)</sup>.

#### **4.4.1 Captação dos sujeitos**

A captação e seleção dos participantes foi conduzida de acordo com os critérios da técnica Delphi, que consiste na valorização da experiência e conhecimento acerca do assunto estudado<sup>(51)</sup>. Sendo assim, em função da especificidade do tema investigado, a captação dos especialistas iniciou-se junto aos profissionais da área de ensino e pesquisa, que atuavam no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, também conhecido como Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Os dois primeiros especialistas contatados do CAISM, que se comprometeram em participar, foram esclarecidos sobre a finalidade do estudo, método de formação de consenso e critérios de inclusão dos participantes. E desse modo, auxiliaram no processo de indicação de outros potenciais participantes das áreas de urologia,

uroginecologia e obstetrícia da própria UNICAMP, e de outras instituições de saúde e de ensino das cidades de Ribeirão Preto e São Paulo.

Os possíveis participantes indicados foram contatados e convidados de diferentes modos, ou seja, pessoalmente, por telefone ou via correio eletrônico. Nesse contato, foram orientados quanto aos objetivos do estudo e às especificidades das três rodadas que seriam necessárias à formação de consenso entre os especialistas sobre as recomendações clínicas. Dentre os 35 profissionais contatados, somente 29 concordaram em participar do estudo e se comprometeram a responder os questionários das três rodadas da técnica de Delphi, para a formação de consenso acerca das recomendações clínicas para prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto.

#### **4.4.2 Critérios de inclusão**

Para fazerem parte do Painel Delphy, os profissionais deveriam:

- Ter titulação mínima de especialista em pelo menos uma das seguintes áreas: obstetrícia, urologia ou uroginecologia;
- Atuar na área assistencial e/ou do ensino/pesquisa de pelo menos uma das seguintes áreas: obstetrícia, urologia ou uroginecologia; e
- Ter disponibilidade para participar das três rodadas que integram a formação de consenso.

#### **4.4.3 População do estudo**

O estudo foi iniciado com uma amostra de conveniência composta por 29 participantes – 15 enfermeiros e 14 médicos – das áreas de ginecologia, obstetrícia, urologia e uroginecologia. Desses, 19 participantes (12 enfermeiros e sete médicos) concluíram a primeira rodada; 16 participantes (nove enfermeiros e sete médicos) concluíram a segunda rodada; e 13 participantes (sete enfermeiros e seis médicos) concluíram a terceira rodada.

#### **4.4.4 Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados**

Após aceitar o convite e antes de iniciar a coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) foi apresentado aos participantes para sua leitura, anuência e assinatura.

Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta dos dados. Desses, um para a caracterização da amostra de especialistas do painel Delphi e três eram destinados à averiguação do consenso dos especialistas relacionado às 48 recomendações clínicas. Os últimos três instrumentos apresentaram alguns conteúdos diferentes entre si para atingir os objetivos do estudo, de forma a avaliar e auxiliar o processo de consenso. Os instrumentos foram disponibilizados *online*, de forma sequencial, por meio da plataforma *Google Drive*<sup>®</sup>. Cada documento é descrito a seguir.

#### **4.4.4.1 Instrumento para caracterização da amostra**

Instrumento constituído por 21 itens referentes aos dados pessoais, formação acadêmica, titulação e área de atuação profissional dos participantes (Apêndice D). Esse instrumento foi disponibilizado *online* na primeira rodada, junto com o instrumento – pré-intervenção.

#### **4.4.4.2 Instrumento – Pré-intervenção**

O instrumento – pré-intervenção foi composto pelas 48 recomendações clínicas, distribuídas entre três domínios e sem as respectivas evidências que as fundamentaram. Logo após a descrição da recomendação havia uma escala de cinco pontos (*Likert*) que variava de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente), com três pontos intermediários: 2 (Discordo parcialmente); 3 (Não concordo e nem discordo) e 4 (Concordo parcialmente). Após a escala de cinco pontos, foi inserido um espaço para o especialista justificar a resposta e emitir opiniões sobre a recomendação (Apêndice E).

O instrumento – pré-intervenção foi elaborado com a finalidade de obter a avaliação quali-quantitativa dos especialistas sobre as recomendações clínicas, sem o acesso às evidências e as opiniões de seus pares.

#### **4.4.4.3 Instrumento – Intervenção 1**

O instrumento – intervenção 1 (Apêndice F) foi elaborado com a finalidade de obter a avaliação quali-quantitativa do especialista sobre as recomendações clínicas, após o conhecimento das evidências. Foi composto pelas 48 recomendações clínicas e respectivas evidências que as fundamentaram. Logo após cada recomendação foi inserido um ou mais *hiperlinks* que davam acesso ao artigo e/ou diretriz utilizados. Assim como no instrumento – pré-intervenção, constavam a escala *Likert* para

assinalar o nível de consenso e um espaço para o especialista redigir comentários sobre cada recomendação.

#### **4.4.4.4 Instrumento – Intervenção 2**

O instrumento – intervenção 2 (Apêndice G) foi elaborado com a finalidade de obter a avaliação quali-quantitativa do especialista sobre as recomendações clínicas, após o conhecimento do nível de consenso e opinião de seus pares. Foi composto por 48 recomendações clínicas e *hiperlinks* que davam acesso ao nível de consenso, bem como às opiniões dos demais participantes do painel Delphi. Assim como nos dois outros instrumentos, constavam a escala *Likert* para assinalar o nível de consenso e um espaço para o especialista redigir comentários sobre cada recomendação.

#### **4.4.4.5 Primeira rodada**

Na primeira rodada, os *hiperlinks* de acesso aos instrumentos de pré-intervenção e de caracterização da amostra foram enviados por e-mail aos 29 participantes, que tinham aceitado o convite para participar do estudo e assinado o TCLE. Nessa ocasião, o especialista foi novamente orientado sobre os objetivos do estudo e das particularidades das três rodadas da técnica de Delphi para a formação de consenso, referente às 48 recomendações clínicas. O acesso aos instrumentos ficou liberado aguardando respostas de 14 a 25 de novembro de 2016. Próximo ao prazo final, devido à baixa participação, foi enviado um segundo e-mail informando que o prazo para analisar as recomendações havia sido prorrogado para o dia 29 do mesmo mês. Findado o prazo da primeira rodada, 19 especialistas responderam o instrumento – pré-intervenção.

#### **4.4.4.6 Segunda rodada**

Na segunda rodada, o *hiperlink* de acesso ao instrumento intervenção – 1 foi enviado por e-mail aos 19 participantes, que finalizaram a primeira etapa. Nessa ocasião, o especialista foi orientado sobre a presença de *hiperlinks* inseridos no instrumento – intervenção 1, que davam acesso às evidências dos artigos e/ou das diretrizes, utilizadas na elaboração das recomendações. O acesso ao instrumento *online* ficou liberado, aguardando respostas, de 30 de novembro a 12 de dezembro de 2016. Próximo ao prazo final, devido à baixa participação, foi enviado um segundo

e-mail informando que o prazo para analisar as recomendações havia sido prorrogado para o dia 22 de dezembro. Findado o prazo da segunda rodada, 16 especialistas responderam o instrumento – intervenção 1.

#### **4.4.4.7 Terceira rodada**

Na terceira rodada, o *hiperlink* de acesso ao instrumento – intervenção 2 foi enviado por e-mail aos 16 participantes, que finalizaram a primeira etapa. Nessa ocasião, o especialista foi orientado sobre a presença de *hiperlinks* inseridos no instrumento – intervenção 2, que davam acesso às suas próprias opiniões e de seus pares, bem como ao nível de consenso obtido na aplicação do instrumento – intervenção 1. Foi solicitado ao especialista que analisasse o material disponibilizado, reavaliasse sua decisão final diante de cada recomendação e emitisse opiniões, caso considerasse pertinente. O acesso ao instrumento *online* ficou liberado, aguardando respostas, de 26 de dezembro de 2016 a 15 de janeiro de 2017. Próximo ao prazo final, devido à baixa participação, foi enviado um segundo e-mail informando que o prazo para analisar as recomendações havia sido prorrogado para o dia 22 de janeiro. Findado o prazo da terceira rodada, 13 especialistas responderam o instrumento – intervenção 2.

#### **4.4.5 Análise dos dados**

O tratamento estatístico consistiu na análise descritiva dos dados, a partir da obtenção das respostas dos instrumentos estruturados, das três rodadas do painel de Delphi. As pontuações das questões foram transportadas para uma planilha do programa Microsoft Excel® e sequencialmente submetidas à análise da distribuição das frequências das variáveis, com a finalidade de verificar a pontuação obtida, ou seja, o nível de consenso dos respondentes por questão. Desse modo, foram calculadas a média, mediana e desvio-padrão das questões a cada rodada. Devido à participação de categorias distintas de especialistas na composição do painel Delphi, médico e enfermeiro, considerou-se como consenso de inclusão uma porcentagem igual ou superior a 80%, na soma das indicações de pontuação 4 e 5 da escala de *Liker*<sup>(58)</sup>. As repostas das questões abertas foram avaliadas e agrupadas de acordo com a similaridade, relevância e pertinência. Esses dados qualitativos foram compilados após a primeira rodada e acrescentados nos instrumentos das rodadas

seguintes, com objetivo de analisar se as informações alteravam ou não a opinião dos especialistas.

#### **4.4.6 Considerações éticas**

De acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos contidas na Resolução 466/12 (RES CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi inscrito no sistema Plataforma Brasil (CAAE 44876315.0.0000.5404) para ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP, obtendo parecer favorável n. 1.126.675 em 2 de julho de 2015 (Anexo A).

## 5 RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo foram apresentados por meio de dois manuscritos. O primeiro foi submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem e o segundo será submetido *Journal Nursing Care Quality*. Ambos foram elaborados de acordo com as normas específicas de cada periódico.

### **Manuscrito 1** – Retenção urinária pós-parto: revisão sistemática

Elaborado com os dados coletados na primeira etapa visando responder ao primeiro objetivo específico proposto nesta pesquisa:

- Identificar as evidências científicas disponíveis na literatura acerca dos fatores de risco, formas de prevenção e de tratamento da retenção urinária pós-parto.

**Manuscrito 2** – Prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto: recomendações baseadas em evidências e no consenso de especialistas

Elaborado com os dados coletados na segunda e terceira etapas, visando responder ao segundo e terceiro objetivos específicos propostos nesta pesquisa:

- Desenvolver uma proposta com recomendações clínicas para prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto fundamentada por evidências.
- Avaliar o nível de consenso de especialistas das áreas de enfermagem e medicina acerca das recomendações clínicas.

Para a elaboração deste manuscrito foram utilizados:

- Apêndice H – Versão das recomendações com consenso de inclusão na primeira rodada;
- Apêndice I – Versão das recomendações com consenso de exclusão na primeira rodada;
- Apêndice J – Versão das recomendações com consenso de inclusão na segunda rodada;
- Apêndice K – Versão das recomendações com consenso de exclusão na segunda rodada;

- Apêndice L – Versão das recomendações com consenso de inclusão na terceira rodada;
- Apêndice M – Versão das recomendações com consenso de exclusão na terceira rodada.

## 5.1 Manuscrito 1 – Retenção urinária pós-parto: revisão sistemática

### Resumo

**Objetivo:** identificar as melhores evidências acerca dos fatores de risco e medidas de prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto. **Método:** revisão sistemática da literatura com consulta nas bases de dados Embase, PubMed, Cinahl, Lilacs, SciELO e DARE. **Resultados:** foram incluídos 24 estudos. Destes, 17 exploravam os fatores de risco e sete os cuidados relacionados à retenção urinária pós-parto. Dentre os fatores de risco mais frequentes estavam a analgesia regional, episiotomia, primiparidade e parto instrumental. Medidas como a vigilância dos fatores de risco, avaliação dos sinais e sintomas da disfunção miccional, e controle do débito urinário pós-parto foram propostas para prevenir a retenção urinária. Dentre as indicações de tratamento, haviam pontos comuns como a aplicação de medidas de auxílio para promover a micção espontânea e a drenagem da bexiga, em casos de retenção urinária evidente ou oculta. Entretanto, foram constatadas abordagens diversificadas quanto à padronização do valor do volume residual e do tipo de cateter para tratar a retenção urinária persistente. **Conclusão:** diante do risco aumentado da puérpera em desenvolver retenção urinária, acredita-se que medidas padronizadas para a prevenção e tratamento da disfunção miccional precisam ser implementadas, a fim de resguardar a estrutura e o funcionamento da bexiga pós-parto.

**Descritores:** Retenção urinária; Período pós-parto; Transtornos urinários.

**Descriptors:** Urinary Retention; Postpartum Period; Urinary Disorders.

**Descriptores:** Retención Urinaria; Periodo Posparto; Transtornos Urinarios.

### Introdução

Retenção urinária pós-parto é a ausência de micção espontânea seis horas após o parto vaginal ou após a remoção do cateter vesical, em caso de cesariana<sup>(1)</sup>. Classifica-se como – evidente – quando a puérpera refere o desejo miccional, mas não é capaz de urinar e – oculta – quando após a micção espontânea é constatado um volume residual igual ou superior a 150 ml<sup>(2)</sup>. A retenção também pode se apresentar na forma persistente, quando a incapacidade de urinar se prolonga por mais de três dias após o parto<sup>(3)</sup>. É considerada um fenômeno comum do puerpério<sup>(4)</sup>,

com prevalência que varia entre 1,5% e 45% e não existem evidências comprobatórias de que se trata de um evento inofensivo à saúde da mulher<sup>(5)</sup>.

Acredita-se que as alterações fisiológicas da gestação e os eventos traumáticos associados ao parto possam influenciar negativamente a capacidade de urinar da puérpera<sup>(5-6)</sup>. Embora a fisiopatologia ainda não tenha sido totalmente esclarecida, várias hipóteses têm sido testadas ao longo do tempo e relacionadas ao desenvolvimento da retenção urinária pós-parto<sup>(5)</sup>.

O funcionamento da bexiga no período puerperal, precisa ser monitorado constantemente e frente às alterações é necessário intervir precocemente, de modo a prevenir a ocorrência de lesões crônicas<sup>(7)</sup>. Se não for diagnóstica e tratada em tempo, a hiperdistensão prolongada da bexiga pode causar danos irreversíveis ao músculo detrusor, infecções do trato urinário e dificuldade urinária permanente<sup>(8-9)</sup>. É indispensável ressaltar que dentre as complicações mais graves e raras da retenção urinária pós-parto estão a ruptura da bexiga<sup>(10)</sup>, a dilatação de vias urinárias altas e a insuficiência renal<sup>(6)</sup>. Ainda que a retenção urinária pós-parto não esteja associada à mortalidade, a morbidade é significativa<sup>(6)</sup>

Existem poucos estudos acerca dos cuidados com a retenção urinária evidente e das consequências, a longo prazo, da oculta<sup>(5)</sup>. Diante da ausência de mais e melhores evidências sobre o assunto, é preciso estar ciente das potenciais consequências da hiperdistensão da bexiga e investir na identificação das puérperas com risco aumentado para desenvolver a retenção urinária pós-parto, e daquelas em condição real<sup>(5)</sup>. A prevenção e o tratamento precoce da disfunção miccional são de suma importância, assim, é necessário desenvolver e testar estratégias para evitar sua ocorrência<sup>(8)</sup>. Devido à falha em reconhecer casos de retenção urinária oculta e a subutilização dos métodos não farmacológicos para evitar a hiperdistensão da bexiga, é indispensável à prática clínica a implementação de protocolos de rastreamento regulares<sup>(9)</sup>. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi buscar as melhores evidências disponíveis na literatura sobre os fatores de risco e as medidas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto, a fim de embasar cientificamente os cuidados com a bexiga da puérpera.

## Método

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura pautada pelas recomendações do *Cochrane Handbook*<sup>(11)</sup>. Os aspectos de interesse para a seleção das publicações, com base na estratégia PICO<sup>(12)</sup>, do presente estudo foram: **P** (população): mulheres pós-parto vaginal ou cesariana; **I** (Intervenção): foram considerados os estudos que analisaram as condições das puérperas que desenvolveram a disfunção miccional e os que apresentaram propostas de prática clínica para identificar, prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto evidente, oculta e persistente; **C** (comparação ou controle): puérperas com e sem retenção urinária que foram expostas a algum fator, considerado de risco, para o desenvolvimento da disfunção. Controle do tempo de resposta das puérperas submetidas a algum tipo de intervenção clínica para recuperar a função vesical; **O** (desfecho): danos causados à bexiga, em função da retenção urinária pós-parto e sua relação com a exposição aos fatores hormonais, mecânicos, farmacológicos e traumáticos da gestação e parto. Resultados obtidos com a aplicação de práticas clínicas relativas à preservação e ao restabelecimento da função urinária após o parto.

Dessa maneira, a pergunta norteadora do estudo foi: *Quais são os fatores de risco e as medidas utilizadas para a prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto?*

Relativo à elegibilidade, foram incluídos os estudos, cujo objetivo era a investigação dos fatores de risco relacionados à disfunção miccional puerperal; bem como aqueles que apresentaram e/ou testaram propostas para prevenir e/ou tratar os três tipos de retenção urinária pós-parto: evidente, oculta e persistente. Os estudos que atenderam a esses critérios foram incluídos, independente do país de origem, idioma e data da publicação. Foram excluídos os estudos realizados com animais, revisões integrativas da literatura e os que propunham o uso de Urecholine (bethanechol) como forma de prevenção e/ou tratamento da disfunção miccional, visto que sua eficácia não é comprovada e portanto, não é mais utilizado com essa indicação.

A estratégia de busca inicial foi realizada por duas avaliadoras, de forma independente, em 15 de janeiro de 2016, em seis bases de dados: *Excerpta Medica*

*dataBASE* (EMBASE), *National Library of Medicine* (PubMed), *SciVerse Scopus*, *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Revisões Sistemáticas Avaliadas* (DARE). Os descritores em inglês e os operadores booleanos utilizados foram: “Urinary Retention OR Urine Retention OR Ischuria OR Retention, Urine” AND “Postpartum Period OR Post partum Period OR Period, Postpartum OR Puerperium OR Postpartum Women OR Women, Postpartum OR Puerperal OR Puerperal Care OR Postpartum Care”. Os descritores em português e espanhol, respectivamente, foram: “Retenção Urinária”; “Período Pós-parto”; “Retención Urinaria”; “Periodo Posparto”. Os descritores selecionados para busca constavam no título, resumo e ou assunto da publicação.

O registro dos resultados obtidos a cada busca foi detalhadamente documentado, de modo a garantir a reprodutibilidade, caso fosse necessário. Sendo assim, a cada busca foram registrados: base de dados acessada, endereço do servidor, data e horário da busca, período de cobertura, descrição dos filtros/limites utilizados e número de publicações localizadas por base de dados. Ao final da busca foi utilizado o *EndNote*, programa de gerenciamento de referências, para o processamento dos dados das publicações identificadas e conseqüentemente, para a remoção das duplicadas.

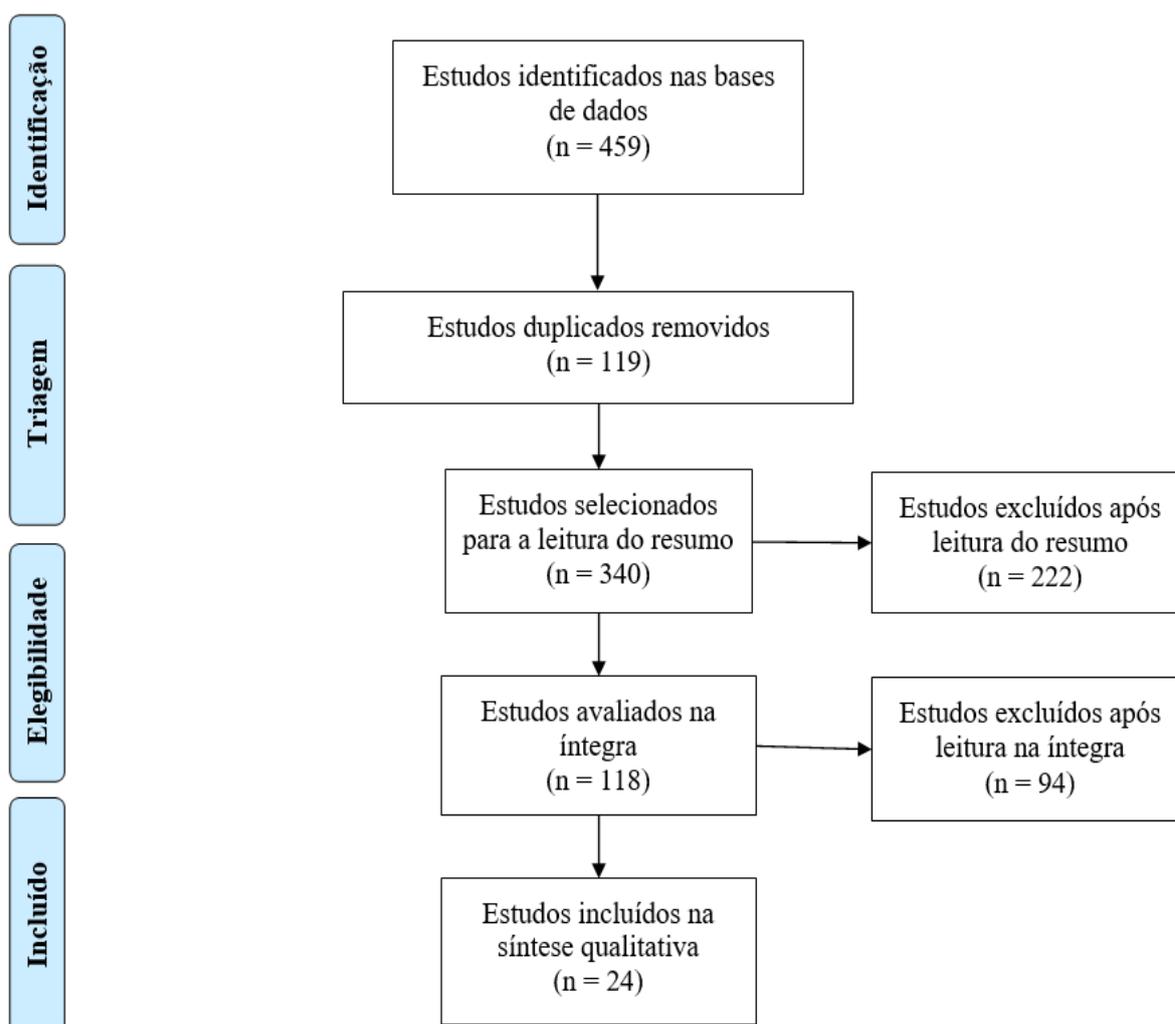
A seleção e análise de dados ocorreu após a identificação dos estudos e remoção dos duplicados. Os resumos foram lidos e analisados, de modo independente pelas duas avaliadoras, e selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade estipulados. Os dados coletados, contemplando as características essenciais de interesse, foram descritos em um instrumento. Os estudos, cujos resumos não estavam disponíveis ou suficientemente claros, recorreu-se ao texto integral. As divergências surgidas acerca da elegibilidade dos estudos foram discutidas e solucionadas por meio de consenso entre as partes, e quando necessário, foi solicitado o parecer da terceira pesquisadora para a inclusão ou exclusão do estudo.

Após essa etapa, foi realizado o processo de extração de dados dos estudos incluídos, o que foi realizado pela primeira avaliadora e conferida posteriormente, pela segunda avaliadora. Foram extraídos dados relativos aos desfechos de interesse,

assim como o país de origem do estudo, idioma, formação profissional do primeiro autor, tipo de estudo, tamanho amostral e critérios de inclusão e exclusão. Após a extração dos dados foi realizada a análise do nível de evidência e grau de recomendação<sup>(13)</sup> dos estudos.

## Resultados

Foram identificados 459 estudos: 186 na EMBASE; 156 na Scopus; 89 no PubMed; 26 na Cinahl; um na LILACS; e um na SciELO. Após a remoção das referências repetidas, em duas ou mais bases, foram triados e avaliados os resumos de 340 estudos, e desses, pré-selecionados 118 estudos que foram analisados na íntegra quanto à elegibilidade. Dos 24 estudos incluídos na amostra desta revisão, 22 eram primários e dois secundários, provenientes de periódicos internacionais, publicados entre 1994 e 2015, em língua inglesa (Figura 1).



**Figura 1** – Fluxograma de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

Em 17 (70,8%) estudos foram identificados 13 fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da retenção urinária pós-parto (Figura 2).

<b>Autor/ País/Ano</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Fator de Risco</b>	<b>Evidência/ Recomendação</b>
Mulder <i>et al.</i> <sup>(14)</sup> Holanda/2016	Coorte	Analgesia regional. Episiotomia. Peso do recém-nascido.	2B
Oh <i>et al.</i> <sup>(15)</sup> Coreia do Sul/2015	Caso- Controle	Analgesia regional. Episiotomia. 2ª fase do trabalho de parto prolongada.	3B
Liang <i>et al.</i> <sup>(16)</sup> Taiwan/2015	Coorte	Analgesia regional. Cesariana de emergência. Tempo prolongado da cesariana (>60 min).	2B
Al-Mandeel <i>et al.</i> <sup>(17)</sup> Arábia Saudita/2014	Coorte	Analgesia regional. Episiotomia. Laceração traumática do períneo. Parto vaginal.	2B
Cavkaytar <i>et al.</i> <sup>(18)</sup> Turquia/2014	Caso- Controle	2ª fase do trabalho de parto prolongada. Laceração traumática do períneo. Peso do recém- nascido.	3B
Pifarotti <i>et al.</i> <sup>(19)</sup> Itália/2014	Caso- Controle	2ª fase do trabalho de parto prolongada. Parto instrumental. Primiparidade. Manobra de Kristeller.	3B
Ajenifuja <i>et al.</i> <sup>(20)</sup> Nigéria/2013	Caso- Controle	Episiotomia. Primiparidade. Desejo reduzido de urinar no pós- parto	3B
Mulder <i>et al.</i> <sup>(21)</sup> Holanda/2012	RS com Meta- análise	Analgesia regional. Parto instrumental. Episiotomia. Primiparidade.	2B
Kekre <i>et al.</i> <sup>(22)</sup> Índia/2011	Coorte	1ª e 2ª fases do trabalho de parto prolongadas. Parto instrumental.	2B
Groutz <i>et al.</i> <sup>(23)</sup> Israel/2011	Caso- Controle	2ª fase do trabalho de parto prolongada. Parto instrumental.	3B
Chai <i>et al.</i> <sup>(24)</sup> Hong Kong/2008	Caso- Controle	Cesariana de emergência. Falha na progressão do trabalho de parto.	3B
Liang <i>et al.</i> <sup>(25)</sup> Taiwan/2007	Coorte	Analgesia regional.	2B
Musselwhite <i>et al.</i> <sup>(26)</sup> Canadá/2007	Coorte	Analgesia regional.	2B
Liang <i>et al.</i> <sup>(27)</sup> Taiwan/2002	Caso- Controle	Analgesia regional. 1ª e 2ª fases do trabalho de parto prolongadas. Parto instrumental. Episiotomia. Laceração traumática do períneo.	3B

Carley <i>et al.</i> <sup>(28)</sup> EUA/2002	Caso- Controle	Analgesia regional. Parto instrumental. Episiotomia. Primiparidade.	3B
Yip <i>et al.</i> <sup>(29)</sup> Hong Kong/1998	Caso- Controle	1ª e 2ª fases do trabalho de parto prolongadas.	3B
Andolf <i>et al.</i> <sup>(30)</sup> Suécia/1994	Coorte	Analgesia regional. Parto instrumental. Primiparidade	2B

**Figura 2** – Descrição dos estudos sobre os fatores de risco da retenção urinária pós-parto e os níveis de evidência/grau de recomendação

Dentre os sete (29,2%) estudos sobre a retenção urinária pós-parto, quatro apresentaram as medidas preventivas e curativas, e três, somente medidas preventivas (Figura 3).

Autor/ País/Ano	Tipo do Estudo	Intervenção	Evidência/ Recomendação
Stanley e Conner <sup>(31)</sup> EUA/2015	Coorte	<p><b>Medidas de Prevenção</b></p> <p>Encorajar a puérpera a urinar após o parto vaginal ou remoção do cateter, em caso de cesariana.</p> <p>Controlar o volume das duas primeiras micções, se o volume de cada uma das micções for maior que 250 ml, dar seguimento aos cuidados de rotina.</p> <p>Monitorar durante a internação os sinais e sintomas de retenção urinária.</p> <p><b>Medidas de Tratamento</b></p> <p>Estimar o volume residual com o <i>BladderScan®</i>, se a puérpera não consegue urinar ou apresenta baixo débito.</p> <p>Volume residual &lt;250 ml – controlar o débito urinário e reavaliar em 2 h a 3 h.</p> <p>Volume residual &gt;250 ml e &lt;500 ml – realizar cateterismo vesical intermitente e reavaliar em 6h.</p> <p>Volume residual &gt;500 ml – manter cateter vesical de demora por 24 h e reavaliar 6 h após sua remoção.</p> <p>Reinsserir o cateter vesical de demora em caso de retenção urinária persistente e reavaliar em sete dias pós-alta hospitalar.</p>	2B
Demaria <i>et al.</i> <sup>(32)</sup>	Coorte	<b>Medidas de Prevenção</b>	2B

França/ 2008		Monitorar com o <i>BladderScan®</i> , até pelo menos o 3º dia pós-parto, o volume residual de todas as puérperas.	
Teo <i>et al.</i> <sup>(33)</sup> Reino Unido/2007	Caso- Controle	<b>Medidas de Prevenção</b> Manter cateter vesical de demora por 12 h a 24 h em puérperas pós-parto vaginal sob analgesia regional.	3B
Humburg <i>et al.</i> <sup>(34)</sup> Suíça/2007	Estudo de Caso	<b>Medidas de Prevenção</b> Identificar os fatores que implicam em risco de desenvolvimento da retenção urinária pós-parto. Investigar sinais e sintomas de retenção urinária. <b>Medidas de Tratamento</b> Aplicar medidas de auxílio – administração de analgésicos, mobilização, imersão das mãos em água fria e privacidade para urinar – se a puérpera não é capaz de urinar após 6 h do parto vaginal ou da remoção do cateter. Realizar cateterismo vesical intermitente, se após a aplicação das medidas de auxílio a puérpera ainda não consegue urinar. Realizar ultrassonografia para confirmar o volume residual, em caso de baixo débito ou incapacidade de urinar após o cateterismo vesical intermitente. Inserir cateter transvesical suprapúbico, se após o cateterismo vesical intermitente a puérpera continua incapaz de urinar ou com baixo débito urinário. Orientar sobre os cuidados com o catéter transvesical suprapúbico e o treinamento vesical. Prescrever tratamento profilático com antimicrobiano oral. Remover o cateter em ambiente hospitalar, caso a capacidade de urinar esteja restabelecida e o volume residual <150 ml.	4C
Rizvi e Rizvi <sup>(35)</sup> Paquistão/ 2006	Revisão Sistemática	<b>Medidas de Prevenção</b> Controlar o débito urinário da parturiente a cada 2 h durante o trabalho de parto.	2B

		<p>Identificar os fatores de risco da retenção urinária pós-parto. Manter vigilância da função da bexiga pós-parto, de modo a detectar precocemente a retenção urinária.</p> <p><b>Medidas de Tratamento</b> Aplicar medidas de auxílio – mobilização, privacidade para urinar, banho quente, imersão das mãos em água fria e analgesia oral – se a puérpera não é capaz de urinar após 6h do parto ou da remoção do cateter. Realizar cateterismo vesical intermitente a cada 4 h a 6 h, se após as medidas de auxílio a puérpera continua incapaz de urinar. Descontinuar o cateterismo, se a puérpera é capaz de urinar e volume residual &lt;150 ml. Manter cateter vesical de demora por 24 h, se volume residual &gt;150 ml e &lt;400 ml. Manter cateter vesical de demora por 48h, se volume residual &gt;400 ml. Remover o cateter vesical de demora após 48 h e aguardar a micção espontânea: Volume residual &lt;100 ml – orientar a puérpera a urinar a cada 3 h a 4 h ao dia, durante uma semana. Volume residual entre 100 ml e 300 ml –aguardar e reavaliar em 4 h. Segundo volume residual &gt;300 ml – reinserir o cateter vesical de demora e encaminhar a puérpera à equipe de uroginecologia.</p>	
Glavind e Bjørk <sup>(36)</sup> Dinamarca/ 2003	Coorte	<p><b>Medidas de Prevenção</b> Verificar, rotineiramente, 6 h após o parto vaginal ou remoção do cateter, se a puérpera já urinou.</p> <p><b>Medidas de Tratamento</b> Aplicar medidas de auxílio – analgesia oral e banho quente – se a puérpera não é capaz de urinar após 6 h do parto ou da remoção do cateter. Realizar ultrassonografia para estimar o volume da bexiga, se após as medidas de auxílio a puérpera continua incapaz de urinar:</p>	2B

		<p>Volume residual &lt;400 ml – aguardar micção espontânea e reavaliar após 1 h.</p> <p>Volume residual &gt;400 ml – realizar cateterismo vesical intermitente a cada 4h a 5h ao dia, enquanto a puérpera se mantém incapaz de urinar ou com volume residual &gt;100 ml.</p> <p>Volume residual &gt;100 ml ou incapacidade de urinar após 48 h – dar alta e orientar o cateterismo intermitente limpo (CIL).</p>	
Yip <i>et al.</i> <sup>(37)</sup> Hong Kong/ 1998	Coorte	<p><b>Medidas de Prevenção</b></p> <p>Realizar a ultrassonografia transabdominal em puérperas pós-parto vaginal e a transvaginal em puérperas pós-cesariana, em seguida da primeira micção pós-parto.</p>	2B

**Figura 3** – Descrição dos estudos incluídos sobre as intervenções para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto, e os níveis de evidência/grau de recomendação.

## Discussão

### Fatores de Risco

As causas da retenção urinária pós-parto ainda não estão claramente determinadas, entretanto, quando observada após a analgesia regional (epidural ou espinhal) pode-se inferir que seja devido à deficiência neurológica da micção, em função da interrupção temporária da entrada dos aferentes<sup>(28)</sup>. Provavelmente, a capacidade de urinar da puérpera torne-se prejudicada em razão dos diversos medicamentos utilizados na analgesia, ou pode ser ainda que haja respostas individuais distintas, pois há aquelas que recebem a analgesia e não desenvolvem a retenção urinária pós-parto<sup>(17)</sup>.

Foi observado que puérperas submetidas a uma dose inicial mais elevada de analgesia (>15 ml de ropivacaína 0,1%) estão mais propensas a desenvolver a retenção urinária, quando comparadas a puérperas submetidas a uma dose inicial mais baixa (<14 ml de ropivacaína 0,1%)<sup>(19)</sup>. Entretanto, não há diferença significativa entre a analgesia epidural e espinhal quanto ao risco de desenvolver a retenção urinária pós-parto<sup>(19)</sup>. Especificamente, acerca da retenção urinária oculta, a analgesia epidural com opióide está relacionada com o volume residual pós-micção que chega,

em alguns casos, a exceder 500 ml<sup>(14,25)</sup>. Contudo, o mecanismo implícito na elevada incidência de distúrbios urinários que ocorrem com o uso da morfina é obscuro<sup>(15)</sup>. Ainda que exista relação entre a retenção urinária pós-parto e a analgesia regional, é preciso considerar que seu efeito também pode estar mediado por outras variáveis obstétricas<sup>(26-27)</sup>.

Durante o trabalho de parto observa-se que a segunda fase, quando prolongada, pode ser um fator que interfere negativamente na capacidade de urinar da puérpera<sup>(15,18-19,23)</sup>. Possivelmente representa um fator de interferência negativa e é provável que ocorra, principalmente durante esta fase, uma força mecânica que comprime a musculatura do assoalho pélvico e que pode danificar o nervo podendo, resultando na falência neurológica da micção e conseqüentemente, na retenção urinária pós-parto<sup>(18-19)</sup>. Além do efeito prejudicial causado pelo prolongamento da segunda fase do trabalho de parto, observa-se que a soma do tempo das duas fases, primeira e segunda, também mantém relação com a retenção urinária puerperal<sup>(22,27,29)</sup>. O tempo das duas fases igual ou superior a 13 horas tem relação com o aumento da incidência da retenção urinária pós-parto evidente e oculta<sup>(29)</sup>. A duração superior a 11 h deve ser considerada um sinal de alerta quanto ao desenvolvimento da disfunção miccional e portanto, deve ser valorizada<sup>(22)</sup>. Adicionalmente, parece existir uma relação maior da retenção urinária pós-parto oculta com o trabalho de parto prolongado, do que com a analgesia regional<sup>(27)</sup>.

Após o parto instrumental (vácuo-extração ou fórceps), as puérperas apresentam risco maior para desenvolver a retenção urinária<sup>(19,21-23,27-30)</sup>. É provável que o uso do vácuo-extrator ou do fórceps possa causar danos aos nervos periféricos, à musculatura pélvica e ao esfíncter uretral, comprometendo assim, o reflexo da micção<sup>(22,28)</sup>. Além disso, sabe-se que o volume residual excedente a 500 ml apresenta relação direta com o parto instrumental<sup>(27)</sup>. No seguimento de três pacientes com volume residual de 550, 690 e 900 ml respectivamente, foram confirmados, a médio prazo, sintomas urinários persistentes como urgência e esvaziamento lento da bexiga<sup>(27)</sup>. A função do detrusor pode se tornar prejudicada em razão da hiperdistensão da bexiga e isso poderia explicar alguns casos de sintomas urinários persistentes<sup>(3)</sup>. Desse modo, o diagnóstico precoce e a intervenção antecipada são necessários para evitar conseqüências mais graves, sendo indispensável para tanto,

ter ciência que o parto instrumental é um importante fator para o desenvolvimento da retenção urinária<sup>(21, 23)</sup>.

No parto vaginal, a episiotomia é utilizada para prevenir lacerações graves do períneo e do esfíncter anal, e para reduzir o risco de parto traumático para o feto<sup>(15)</sup>, no entanto, é considerada um fator de risco significativo para a retenção urinária pós-parto<sup>(14-15,17,20-21,27-28)</sup>. A episiotomia influencia de forma independente e negativa a função da bexiga no pós-parto<sup>(14)</sup> e a dor na região perineal, em função da sutura, pode promover alteração na sensibilidade da bexiga e, conseqüentemente, desencadear um processo de inibição central de sua função<sup>(14,18,28)</sup>. Quando comparada com a episiotomia mediana, a episiotomia mediolateral apresenta maior relação com a retenção urinária pós-parto<sup>(15,28)</sup>. A episiotomia mediolateral, pela sua localização, pode ocasionar maior nível de edema perineal e de danos à inervação pélvica, comprometendo o relaxamento da musculatura uretral e favorecendo a dificuldade de urinar da puérpera<sup>(15)</sup>. É necessário um alto índice de suspeita quanto ao desenvolvimento de retenção urinária, especialmente, se tratando de primípara submetida à episiotomia e que relata o desejo reduzido de urinar após o parto vaginal<sup>(20)</sup>.

Nos casos de laceração perineal, assim como nos de episiotomia, é provável que a puérpera sinta dor em função da reparação dos tecidos, levando ao espasmo do reflexo uretral e conseqüentemente, retenção urinária pós-parto<sup>(17-18, 26)</sup>. Aliado a esse processo, sabe-se que, quanto maior o grau de extensão da laceração, maior será sua relação com a retenção urinária pós-parto<sup>(27)</sup>.

No que diz respeito à paridade, a retenção urinária pós-parto tem sido constatada mais frequentemente entre as primíparas<sup>(19-21,28,30)</sup>. Além disso, a frequência do trabalho de parto prolongado e utilização da episiotomia é maior entre as primíparas e este dado, mesmo isolado, as tornam mais vulneráveis, em relação às múltiparas, à retenção urinária pós-parto<sup>(19, 30)</sup>.

Outro fator de risco que pode desencadear a retenção urinária da puérpera é o peso do bebê ao nascer ( $\geq 4000$  gr)<sup>(14,18)</sup>, o qual apresenta relação com o volume residual  $\geq 150$  ml, em casos de retenção urinária oculta<sup>(14)</sup>. Embora seja uma manobra proscrita pela obstetrícia contemporânea, a manobra de Kristeller (compressão

manual aplicada no fundo do útero) pode ocasionar danos mecânicos e neurológicos, prejudicando a capacidade da puérpera de esvaziar completa ou parcialmente a bexiga<sup>(19)</sup>.

A cesariana de emergência também se apresenta como um fator de risco para a retenção urinária pós-parto<sup>(16, 24)</sup>, assim como a falha de progressão do trabalho de parto seguida de cesariana também pode estar relacionada à disfunção urinária<sup>(23)</sup>. Em um estudo com 489 puérperas, constata-se a relação entre o tempo cirúrgico da cesariana (>60 min) e a retenção urinária pós-parto<sup>(16)</sup>, porém, discute-se a ausência de pesquisas com amostras maiores, que avaliem os possíveis fatores de risco associados à retenção urinária após a cesariana<sup>(24)</sup>. Todavia, há dados indicando maior proporção de retenção urinária pós-parto vaginal do que pós-cesariana, sendo possível inferir que há associação entre o parto vaginal e a disfunção<sup>(17)</sup>. É provável que a cesariana proteja a puérpera quanto ao desenvolvimento da retenção urinária, mas este também é um tipo de estudo escassamente encontrado na literatura que se tem acesso<sup>(17)</sup>.

### **Medidas de Prevenção**

Apesar de as causas da retenção urinária puerperal ainda não estarem suficientemente esclarecidas<sup>(28)</sup>, é importante ter ciência de que existem fatores relacionados à disfunção miccional. É preciso manter vigilância constante acerca do funcionamento da bexiga da paciente tanto durante o trabalho de parto quanto após o parto<sup>(34-35)</sup>. O período máximo de seis horas é estimado para a puérpera urinar espontaneamente após o parto vaginal ou após a remoção do cateter, em caso de cesariana<sup>(1)</sup>. Sendo assim, monitorar e encorajar a micção espontânea da puérpera sem exceder esse período<sup>(31,36)</sup> previne a hiperdistensão da bexiga, a qual pode acarretar disfunção miccional pós-parto, além de outros sintomas urinários persistentes<sup>(3)</sup>. Mesmo quando preservada a capacidade de urinar da puérpera, um guia prático sobre os cuidados com a puérpera com retenção urinária<sup>(31)</sup> recomenda mensurar e anotar o volume das duas primeiras micções pós-parto ou após a remoção do cateter, e somente liberar a puérpera para seguimento de rotina, caso tenha conseguido urinar mais de 250 ml em duas ocasiões distintas.

Com a finalidade de preservar a função da bexiga e evitar a negligência de casos de retenção urinária oculta, é prudente a adoção sistemática da verificação do volume residual pós-micção espontânea de puérperas submetidas à analgesia de trabalho de parto, até pelo menos o terceiro dia pós-parto, por meio do *BladderScan®*, que é um método confiável para estimar o volume<sup>(32)</sup>. Além disso, com essa medida é possível evitar a retenção excessiva de urina e limitar o número de cateterizações que podem causar traumas e infecções do trato urinário<sup>(32)</sup>. Após a primeira micção espontânea, é indicada a realização da ultrassonografia transabdominal para estimar o volume residual em puérperas de parto vaginal e da transvaginal nas puérperas de cesariana, de modo a confirmar ou descartar a retenção urinária oculta<sup>(37)</sup>. Devido às particularidades dos dois tipos de parto, a transabdominal proporciona menor incomodo à puérpera de parto vaginal, assim como é o caso da transvaginal à puérpera de cesárea<sup>(37)</sup>. A ultrassonografia é considerada um método diagnóstico valioso porque evita a cateterização, que pode estar associada a complicações como dor, infecção ascendente e hematúria traumática<sup>(37)</sup>.

Embora reconheça-se a importância da ultrassonografia para a mensuração do volume residual, é indispensável nos cuidados prestados à puérpera, a vigilância dos sintomas indicativos de disfunção miccional, tais como jato fraco, jato intermitente, hesitação, esforço para urinar e sensação de esvaziamento incompleto<sup>(34)</sup>. Bem como dor na bexiga, disúria, frequência com micção de pequenas quantidades de urina, incapacidade ou hesitação de urinar e bexiga distendida palpável, sinais e sintomas clássicos da retenção urinária<sup>(31)</sup>. Também são interpretados como parte dos sinais sugestivos de retenção urinária e, conseqüentemente, implicam na necessidade de avaliação do volume da bexiga, o útero alto e desviado, e os lóquios em grande quantidade<sup>(35)</sup>.

Iniciar o controle do débito urinário durante o trabalho de parto, manter vigilância constante e detectar precocemente a retenção urinária pós-parto são as três ações mais relevantes para preservar a estrutura, e o funcionamento da bexiga<sup>(35)</sup>. Recomenda-se que puérperas submetidas à analgesia no trabalho de parto sejam mantidas com o cateter vesical de demora de 12 h a 24 h após o parto, com a finalidade de prevenir a retenção urinária. No entanto, a conduta pode ser psicologicamente angustiante para a mulher, além de predispor a infecções do trato

urinário<sup>(33)</sup>. Dessa maneira, é importante ressaltar que o reconhecimento dos fatores de risco favorece o diagnóstico precoce e o adequado planejamento da assistência, de modo que seja restabelecida, o mais cedo possível, a função normal da bexiga<sup>(20)</sup>.

### **Medidas de Tratamento**

As medidas de auxílio devem anteceder o cateterismo intermitente e a ultrassonografia, se até seis horas após o parto vaginal ou remoção do cateter, a puérpera ainda não tenha sido capaz de urinar<sup>(34-36)</sup>. A analgesia oral é descrita como uma das medidas que promove o relaxamento da musculatura pélvica e alivia a tensão dessa região<sup>(34-36)</sup>, e os anti-inflamatórios não hormonais, além de proporcionarem a analgesia, também auxiliam na redução do edema perineal e peri-uretral<sup>(35)</sup>. As demais medidas de auxílio para facilitar a micção espontânea são a mobilização da puérpera, promoção de um ambiente privado para urinar, imersão das mãos em água fria<sup>(34-35)</sup> e banho quente<sup>(33-34)</sup>. Alguns autores<sup>(31)</sup> referem que “encorajar a puérpera a urinar” é um conjunto de medidas simples em prol da micção espontânea, mas não elencam essas medidas. Percebe-se que as medidas de auxílio descritas<sup>(34-36)</sup> são simples e fáceis de serem aplicadas à maioria das puérperas, mas isto implica, *a priori*, em ter consciência da necessidade de monitorar o funcionamento da bexiga e conseqüentemente, identificar a disfunção miccional. Isto posto, vale lembrar que a hiperdistensão prolongada da bexiga pode causar retenção urinária persistente e danos irreversíveis ao músculo detrusor<sup>(9-10)</sup> e em casos mais raros a ruptura da bexiga<sup>(10)</sup>, a dilatação de vias urinárias altas e a insuficiência renal<sup>(28)</sup>.

Diretrizes pré-estabelecidas, acrescidas de achados oriundos do exame clínico embasam a assistência e proporcionam segurança à puérpera. Reconhecer antecipadamente os sinais e sintomas clínicos é fundamental para a gestão de complicações urinárias e/ou dificuldades urinárias permanentes<sup>(31)</sup>.

Os dois métodos sugeridos para a estimativa do volume da bexiga e controle do volume residual pós-micção são o cateterismo vesical intermitente e a ultrassonografia<sup>(31,34-36)</sup>. Porém, com a finalidade de reduzir o número de cateterizações desnecessárias e o risco das possíveis complicações oriundas deste procedimento, a ultrassonografia tem sido considerada como o método de primeira escolha<sup>(32,36)</sup>. A indicação do cateterismo vesical intermitente logo após a aplicação,

sem sucesso, das medidas de auxílio é a opção de duas das propostas de tratamento encontradas na literatura<sup>(34-35)</sup>. Nas outras duas propostas de tratamento, a drenagem da bexiga é indicada se volume residual >250 ml e <500 ml<sup>(31)</sup>, ou se volume residual >400 ml<sup>(36)</sup>. Embora existam diferenças na delimitação dos valores do volume de urina entre ambas as propostas<sup>(32,36)</sup>, há estudos que demonstram que durante a gestação a bexiga apresenta tônus diminuído e capacidade aumentada<sup>(38)</sup>. E em razão dessas alterações fisiológicas, que retornam ao normal de forma lenta e gradativa após o parto, e sem o peso do útero gravídico, a puérpera poderá armazenar um volume maior de urina e apresentar o desejo de urinar mais tardiamente<sup>(39)</sup>.

Durante a hospitalização, se a puérpera continua sem urinar ou apresenta baixo débito urinário, é indicado respectivamente, de acordo com o volume residual, o cateterismo vesical intermitente e/ou o de demora com a finalidade de sanar a retenção urinária evidente ou oculta<sup>(31)</sup>. Se até a alta, a função da bexiga ainda não se normalizou, o cateter vesical de demora é novamente inserido e o caso é acompanhado pela equipe de ginecologia<sup>(31)</sup>. A implementação de um guia prático de cuidados com a bexiga da puérpera<sup>(31)</sup> levou à diminuição na taxa de incidência da retenção urinária pós-parto e no número de cateterizações realizadas, portanto, pode ser uma estratégia a ser utilizada.

A cateterização vesical de demora pode ser usada como forma de tratamento durante a hospitalização e na alta da puérpera, caso ela se mantenha incapaz de urinar ou com baixo débito urinário, devendo haver retorno com a equipe de obstetrícia/uroginecologia para seguimento do caso<sup>(35)</sup>. A retenção urinária, geralmente, é uma condição temporária, mas a assistência assertiva é indispensável para evitar futuras complicações. Nesse sentido, tem-se acrescentado ao algoritmo de cuidados com a bexiga pós-parto que quando a puérpera recupera a capacidade de urinar e apresenta volume residual <100 ml deve receber, na alta, a orientação de urinar a cada três a quatro horas ao dia, durante a semana seguinte<sup>(35)</sup>. Há autores<sup>(34)</sup> que optam pela cateterização transvesical supra púbica para tratar a puérpera que após as medidas de auxílio e a drenagem da bexiga ainda não normalizou a função da bexiga. Acreditam que o manejo do cateter supra púbico seja mais simples para a puérpera e desaconselham o CIL devido ao edema da região vulvar, hematomas, dor e lóquios<sup>(34)</sup>. Indicam o uso profilático do antimicrobiano, mas afirmam que não

existem estudos comparando o efeito desta conduta entre as puérperas com retenção urinária tratadas com o CIL e as tratadas com o cateter supra púbico<sup>(34)</sup>.

Quando a puérpera é incapaz de urinar ou apresenta um volume residual >400 ml durante a hospitalização, e no momento da alta, mantém um volume residual pós-micção >100 ml, alguns autores recomendam o CIL no período diurno e retorno periódico para seguimento do caso<sup>(36)</sup>. A puérpera que está realizando o CIL é avaliada quanto aos sinais e sintomas de infecção do trato urinário a cada retorno, e é tratada com antimicrobiano caso seja necessário<sup>(36)</sup>. É relevante ressaltar que as propostas de para a abordagem profilática e terapêutica da retenção urinária pós-parto apresentadas<sup>(31,34-36)</sup> não dispõem de uma programação para o controle a médio e longo prazo dos possíveis casos de lesões crônicas. Entretanto, os autores são unânimes ao afirmarem que há necessidade de padronização e treinamento da equipe multiprofissional referente aos cuidados com a bexiga da puérpera<sup>(31,34-36)</sup>.

## **Conclusão**

Existem diversos fatores de risco descritos na literatura relacionados ao desenvolvimento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta. Os quatro fatores mais frequentes identificados nesta revisão, foram a analgesia regional, episiotomia, primiparidade e parto instrumental. No único estudo de metanálise publicado sobre essa questão, foi identificada associação significativa entre esses mesmos fatores e o aumento da incidência da retenção urinária pós-parto evidente. Também estavam relacionados à retenção urinária oculta, mas sem significância estatística. Contudo, acredita-se que seja indispensável a atenção constante sobre o funcionamento da bexiga na presença destes e dos demais fatores, que apresentam relação com a retenção de urina da puérpera.

A vigilância dos fatores de risco relacionados à retenção urinária pós-parto foi indicada como forma de detectar precocemente a disfunção miccional e planejar a assistência, de modo a minimizar os prováveis danos que esta afecção pode causar à puérpera. Além desse cuidado primordial, outras medidas preventivas gerais foram indicadas, como o monitoramento da primeira micção da puérpera até seis horas após o parto vaginal ou após a remoção do cateter, em caso de cesariana, a avaliação rotineira dos sinais e sintomas indicativos de disfunção miccional e o controle do débito

urinário. Como medidas preventivas específicas, foi apontado o controle do volume residual pós-micção, por imagem, para detectar precocemente os casos de retenção urinária oculta, e o uso rotineiro do cateter vesical de demora de 12 a 24h em puérperas submetidas à analgesia de trabalho de parto, devido a relação entre o procedimento e o aumento da incidência da retenção urinária oculta.

Foram identificados alguns pontos comuns entre as propostas de tratamento, como a aplicação das medidas de auxílio após constatação da disfunção miccional e a drenagem da bexiga na impossibilidade de urinar, ou na confirmação de volume residual pós-micção. Porém, não houve consenso entre os autores ao definirem o valor do volume residual da bexiga, levando à recomendação de diferentes sequências de ações e tipos de cateter no tratamento da retenção urinária pós-parto.

### **Implicações para a prática clínica e limitações do estudo**

As evidências obtidas neste estudo indicam que existem fatores de risco relacionados ao aumento da incidência da retenção urinária pós-parto. Assim, na presença desses fatores, acredita-se que seja prudente o monitoramento do funcionamento da bexiga não somente após o parto, mas também durante o trabalho de parto, especialmente, em situações onde é utilizada a analgesia regional. Além disso, em razão da heterogeneidade de condutas e escassez de ensaios clínicos randomizados de qualidade, justifica-se a condução de novos estudos com a finalidade de estabelecer medidas eficazes para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto.

### **Referências**

1. Kermans G, Wyndaele JJ, Thiery M, De Sy, W. Puerperal urinary retention. *Acta Urol Belg.* [Internet] 1986 [Access June 14 2015];54(4):376–85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3825799>.
2. Yip SK, Brieger G, Hin LY, Chung T. Urinary retention in the post-partum period. The relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume. *Acta Obstet Gynecol Scand.* [Internet] 1997 [Access June 14 2015];76(7):667–72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9292642> .
3. Groutz A, Gordon D, Wolman I, Jaffa A, Kupferminc MJ , Lessing JB. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. Definition,

- prevalence and clinical implications. *J Reprod Med.* [Internet] 2001 [Access June 14 2015]; 46(1):44–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11209631>.
4. Lim JL. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* [Internet] 2010 [Access June 14 2015];50(6):502–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21133858>.
  5. Mulder FEM, Hakvoort RA, Schoffelmeer MA, Limpens J, Van der Post JAM, Roovers JPWR. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. *Int Urogynecol J.* [Internet] 2014 [Access June 14 2015];25(12):1605–12. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00192-014-2418-6>.
  6. Yip SK, Sahota D, Pang MW, Chang A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand.* [Internet] 2004 [Access June 14 2015];83(10):881–91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15453880>.
  7. Rogers RG, Leeman LL. Postpartum Genitourinary Changes. *Urol Clin N Am.* [Internet] 2007 [Access June 14 2015];34(1):13–21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17145356>.
  8. Madersbacher H, Cardozo L, Chapple C, Abrams P, Toozs-Hobson P, Young JS, et al. What are the causes and consequences of bladder overdistension? *Neurourol Urodyn.* [Internet] 2012 [Access June 14 2015];31(3):317–21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419355>.
  9. Rizvi RM, Khan ZS, Khan Z. Diagnosis and management of postpartum urinary retention. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* [Internet] 2005 [Access June 14 2015];91(1):71–2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16099462>.
  10. Dueñas-García OF, Rico H, Gorbea-Sanchez V, Herrerias-Canedo H. Bladder rupture caused by postpartum urinary retention. *Obstet Gynecol.* [Internet] 2008 [Access June 10 2015];112(8):481–2. Available from: [http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2008/08001/Bladder\\_Rupture\\_Caused\\_by\\_Postpartum\\_Urinary.26.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2008/08001/Bladder_Rupture_Caused_by_Postpartum_Urinary.26.aspx).
  11. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. [Internet]. *The Cochrane Collaboration* [Internet]

- 2011 [Access 10 June 2015]. Available from: <http://www.cochrane-handbook.org>.
12. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2007 [Access June 10 2015];15(3):508–11. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000300023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023).
  13. Howick J. Centre for Evidence-Based Medicine - Levels of Evidence (CEBM). [Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M. 1998 – Update in 2009 by Jeremy Howick]. *University of Oxford*; [Internet] 2009 [Access 10 June 2015]. Available from: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>.
  14. Mulder FEM, Rengerink KO, Van der Post JAM, Hakvoort RA, Roovers JPWR. Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. [Internet] 2016 [Access Jan. 4 2016];27(1):55–60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26224379>.
  15. Oh JJ, Kim SH, Shin JS, Shin SJ. Risk factors for acute postpartum urinary retention after vaginal delivery: focus on episiotomy direction. *J Matern Fetal Neonatal Med*. [Internet] 2016 [Access Jan. 4 2016];29(3):408–11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25731655>.
  16. Liang, CC, Wu MP, Chang YL, Chueh HY, Chao AS, Chang SD. Voiding dysfunction in women following cesarean delivery. *Taiwan J Obstet Gynecol*. [Internet] 2015 [Access Jan. 4 2016];54(6):678–81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26700984>.
  17. Al-Mandeel H, Al-Badr A, Al-Shaikh G. Incidence of Early Postpartum Voiding Dysfunction in Primiparae: Comparison Between Vaginal Delivery and Cesarean Section. *Low Urin Tract Symptoms* [Internet] 2014 [Access Jan. 4 2016];6(2):103–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26663549>.
  18. Cavkaytar S, Kokanal MK, Baylas A, Topçu HO, Laleli B, Tasc Y. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. [Internet] 2014 [Access Jan. 4

- 2016];15(3):140–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195322/>.
19. Pifarotti P, Gargasole C, Folcini C, Gattei U, Nieddu E, Sofi G, et al. Acute postpartum urinary retention: analysis of risk factors, a case–control study. *Arch Gynecol Obstet*. [Internet] 2014 [Access Jan. 4 2016];289(6):1249–53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24442605>.
20. Ajenifuja KO, Oyetunji IO, Orji EO, Adepiti CA, Loto OM, Tijani MA. Post-partum urinary retention in a teaching hospital in southwestern Nigeria. *J Obstet Gynaecol Res*. [Internet] 2013 [Access Jan. 4 2016];39(8):1308–13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23815569>.
21. Mulder FEM, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, Limpens J, Mol V, Van der Post JAM, et al. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. [Internet] 2012 [Access Jan. 4 2016];119(12):1440–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22900796>.
22. Kekre AN, Vijayanand S, Dasgupta R, Kekre N. Postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet] 2011 [Access Jan. 4 2016];112(2):112–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21130452>
23. Groutz A, Levin I, Gold R, Pazner D, Lessing JB, Gordon D. Protracted Postpartum Urinary Retention: The Importance of Early Diagnosis and Timely Intervention. *Neurourol. Urodynam*. 2011; 30(9): 83-6.
24. Chai AHL, Wong T, Mak HLJ, Cheon C, Yip SK, Wong ASM. Prevalence and associated risk factors of retention of urine after caesarean section. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. [Internet] 2008 [Access Jan. 4 2016];19(4):537–42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17932614>.
25. Liang CC, Chang SD, Chang YL, Chen SH, Chueh HY, Cheng PJ. Postpartum urinary retention after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet] 2007 [Access Jan. 4 2016];99(3):229–32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17640646>
26. Musselwhite KL, Faris P, Moore K, Berci D, King KM. Use of epidural anesthesia and the risk of acute postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol*.

- [Internet] 2007 [Access Jan. 4 2016];196(5):472.e1-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17466708>.
27. Liang CC, Wong SY, Tsay PT, Chang SD, Tseng LH, Wang MF, et al. The effect of epidural analgesia on postpartum urinary retention in women who deliver vaginally. *Int J Obstet Anesth*. [Internet] 2002 [Access Jan. 4 2016];11(3):164–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15321542>.
  28. Carley ME, Carley JM, Early JM, Vasdev G, Lesnick TG, Ramin KD, et al. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187(2): 430-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12193938>
  29. Yip SK, Hin LY, Chung TKH. Effect of the duration of labor on postpartum postvoid residual bladder volume. *Gynecol Obstet Invest*. [Internet] 1998 [Access Jan. 4 2016];45(3):177–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9565142>.
  30. Andolf E, Iosif CS, Jorgensen C, Rydhstrom H. Insidious urinary retention after vaginal delivery: prevalence and symptoms at follow-up in a population-based study. *Gynecol Obstet Invest*. [Internet] 1994 [Access Jan. 4 2016];38(1):51–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7959328>.
  31. Stanley AY, Conner BT. Implementing a clinical practice guideline to manage postpartum urinary retention. *J Nurs Care Qual*. [Internet] 2015 [Access Jan. 4 2016];30(2):175–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25166910>
  32. Demaria F, Boquet B, Porcher R, Rosenblatt J, Pedretti P, Raibaut P, et al. Post-voiding residual volume in 154 primiparae 3 days after vaginal delivery under epidural anesthesia. *Eur J Obstet Gyn Reprod Biol*. [Internet] 2008 [Access Jan. 4 2016];138(1):110–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18242817>.
  33. Teo R, Punter J, Abrams K, Mayne C, Tincello D. Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective case-control study. *Int Urogynecol J*. [Internet] 2007 [Access Jan. 4 2016];18(5):521–4. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00192-006-0183-x>.
  34. Humburg J, Holzgreve W, Hoesli I. Prolonged postpartum urinary retention: the importance of asking the right questions at the right time. *Gynecol Obstet Invest*

- [Internet] 2007 [Access Jan. 4 2016];64(2):69–71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17284920>.
35. Rizvi RM, Rizvi J. Management of postpartum urinary retention. *Rev in Gynaecol and Perinatal Prac.* [Internet] 2006 [Access Jan. 4 2016];6(4):140–4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871232006000046>.
36. Glavind K; Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J.* [Internet] 2003 [Access Jan. 4 2016];14(2):119–21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12851755>.
37. Yip SK, Fung TY, Chung TKH. Ultrasonographic estimation of postpartum postvoid residual bladder volume: a comparison between transabdominal and transvaginal Ultrasonography. *Int Urogynecol J.* [Internet] 1998 [Access Jan. 4 2016];9(1):9–12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9657172>.
38. Muellner S R. Physiological bladder changes during pregnancy and the puerperium. *J Urol.* 1938;41:691–5.
39. Iosif S, Ingemarsson I, Ulmsten U. Urodynamic studies in normal pregnancy and in puerperium. *Am J Obstet Gynecol.* [Internet] 1980 [Access Jan. 4 2016];137(6):696–0. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7190358>.

## **5.2 Manuscrito 2 – Prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto: recomendações baseadas em evidências e no consenso de especialistas**

### **Resumo**

A retenção urinária pós-parto é frequente e pode causar danos ao músculo detrusor, infecções urinárias recorrentes e eliminação urinária prejudicada permanente. A prevenção e o tratamento continuam sendo um desafio, pois existem poucas evidências para subsidiar a prática clínica e as propostas existentes até o momento, possuem direcionamentos diversificados. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi estabelecer consenso entre especialistas acerca de recomendações clínicas, baseadas em evidências, para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto.

**Descritores:** Retenção urinária; Período pós-parto; Transtornos urinários.

### **Introdução**

A retenção urinária pós-parto é definida como a ausência de micção espontânea seis horas depois do parto vaginal ou da remoção do cateter vesical, em caso de cesariana.<sup>1</sup> Pode ser classificada em evidente, quando há o desejo miccional, mas não ocorre a micção; oculta, quando após a micção é constatado um volume residual igual ou superior a 150 ml<sup>2</sup>; e persistente, quando a incapacidade de urinar se prolonga por mais de três dias após o parto<sup>3</sup>. Trata-se de uma disfunção miccional, cuja fisiopatologia é multifatorial<sup>4-7</sup>, com prevalência que varia de 1,5% a 45%.<sup>6</sup> Embora não esteja associada à mortalidade, sua morbidade é significativa<sup>8-9</sup> e não existem evidências comprobatórias de que se trata de um evento isento de danos à saúde da mulher.<sup>6</sup>

Durante o ciclo gravídico-puerperal podem existir fatores que, associados ou isolados, dificultam e até mesmo impossibilitam a mulher de urinar espontaneamente.<sup>7</sup> No período gestacional, ocorrem alterações hormonais e mecânicas que modificam parcialmente a estrutura, e a função do Trato Urinário Inferior (TUI), e que demandam tempo para retornar à normalidade após o parto. Além dessas alterações, que regridem gradativamente, a parturiente, às vezes, é exposta a eventos traumáticos e/ou farmacológicos que podem danificar a inervação periférica do TUI, e causar a retenção urinária pós-parto.<sup>6</sup>

Dentre os fatores de risco mais frequentes estão a analgesia regional, episiotomia, primiparidade e parto instrumental.<sup>6</sup> Embora menos frequentes, há também outros fatores associados à disfunção miccional, como o trabalho de parto prolongado, laceração perineal, parto vaginal, peso do recém-nascido ( $\geq 4000$  gr), cesariana de emergência, tempo prolongado da cesariana ( $>60$ min) e falha na progressão do trabalho de parto seguida de cesariana.<sup>7, 10-24</sup>

O reconhecimento dos fatores de risco favorece o diagnóstico e o tratamento precoce da disfunção miccional pós-parto<sup>16</sup>, e conseqüentemente, previne a hiperdistensão do detrusor. A hiperdistensão, em função da retenção excessiva de urina, pode causar danos ao músculo detrusor, infecções recorrentes do trato urinário e dificuldade urinária permanente.<sup>25-26</sup> Além desses danos, existem outros mais severos, porém raros, como a ruptura da bexiga<sup>27</sup>, a dilatação de vias urinárias altas e a insuficiência renal.<sup>9, 28-29</sup>

Embora a retenção urinária pós-parto seja reconhecida como uma intercorrência de importância clínica, sua incidência e fatores de risco ainda não estão suficientemente esclarecidos.<sup>16</sup> É provável que isto ocorra em razão da escassez de relatos publicados e pela falta de diagnóstico, e registro dos casos.<sup>16</sup> Porém, essas incertezas não isentam os profissionais de saúde de estarem vigilantes quanto à sua ocorrência.<sup>8</sup>

A padronização de cuidados com a bexiga, visando a prevenção de futuras sequelas do trato urinário da puérpera, é necessária.<sup>30-33</sup> Logo, o monitoramento assertivo dos sinais e sintomas clínicos da retenção urinária pós-parto é fundamental para a gestão das possíveis complicações urinárias.<sup>30</sup> Nesse sentido, acredita-se que diretrizes pré-estabelecidas, acrescidas de achados oriundos do exame clínico, embasam a assistência e proporcionam segurança à puérpera.<sup>30</sup> Entretanto, a prevenção e o tratamento oportunos dessa condição continuam sendo um desafio para os profissionais, pois existem poucas evidências para subsidiar a prática clínica e as propostas existentes até o momento, possuem direcionamentos diversificados.

Diante do exposto, torna-se relevante analisar as medidas existentes, com o intuito de padronizar os cuidados essenciais à preservação da estrutura e funcionamento do trato urinário da puérpera. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi

estabelecer consenso entre especialistas acerca de recomendações clínicas, baseadas em evidências, para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto.

## **Métodos**

Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Parecer de nº 1.126.675/2015). Foi desenvolvido por meio da Técnica de Delphi, cuja finalidade é a formação de consenso de um grupo de especialistas acerca de determinado tema.<sup>34-36</sup>

Inicialmente, foram selecionadas e analisadas publicações acerca da retenção urinária pós-parto provenientes de duas estratégias de busca, uma revisão sistemática e uma revisão da literatura cinzenta. Ambas as revisões foram realizadas por duas pesquisadoras independentes, em janeiro de 2016. A primeira busca ocorreu em seis bases de dados: EMBASE, MEDLINE (PubMed), *Scopus*, Cinahl, LILACS, SciELO e DARE. Os descritores em inglês e os operadores booleanos utilizados foram: “Urinary Retention OR Urine Retention OR Ischuria OR Retention, Urine” AND “Postpartum Period OR Post partum Period OR Period, Postpartum OR Puerperium OR Postpartum Women OR Women, Postpartum OR Puerperal OR Puerperal Care OR Postpartum Care”. Os descritores em Português e Espanhol, respectivamente, foram: “Retenção Urinária”; “Período Pós-parto”; “Retención Urinaria”; “Periodo Posparto”. A segunda busca foi feita no *Google Scholar*, por meio do buscador *Google*. Foram utilizadas as palavras-chave em inglês (“*postpartum urinary retention*” *guidelines*) e em português (diretrizes “retenção urinária pós-parto”). Após a análise do material levantado, foram selecionados 23 artigos da primeira busca e quatro diretrizes internacionais da segunda busca, que subsidiaram a elaboração de 48 recomendações clínicas para prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto.

A coleta de dados junto aos especialistas para a formação de consenso acerca das 48 recomendações clínicas ocorreu de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foram necessárias três rodadas do painel Delphi para a formação de consenso e para tanto, foram utilizados três instrumentos de coleta de dados. Cada qual continha 48 questões estruturadas e distribuídas por meio de três domínios: Domínio 1 – Prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta; Domínio 2 – Tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta; Domínio 3 – Reeducação da bexiga

na retenção urinária pós-parto. O instrumento – pré-intervenção continha a primeira versão das 48 recomendações clínicas, porém sem as evidências que as fundamentaram. O instrumento de intervenção – 1 continha a segunda versão das 48 recomendações clínicas, bem como as evidências utilizadas na elaboração de cada uma delas. O instrumento – intervenção 2 continha a última versão das recomendações clínicas, a representação estatística da distribuição dos resultados e o *feedback* de respostas do grupo de especialistas. Para averiguar o nível de consenso dos especialistas com cada uma das questões estruturadas, utilizou-se uma escala *Likert* com escores de 1 a 5: 1-Discordo plenamente; 2-Discordo parcialmente; 3-Nem concordo, nem discordo; 4-Concordo parcialmente; 5-Concordo plenamente. Além das questões estruturadas, os instrumentos possuíam uma questão aberta para cada recomendação, de modo que o especialista poderia sugerir alterações a serem acrescentadas nas recomendações do instrumento da rodada seguinte. Para a caracterização dos especialistas que compuseram o painel Delphi foi elaborado e enviado um instrumento na primeira rodada, juntamente com o instrumento – pré-intervenção. Os instrumentos utilizados neste estudo foram disponibilizados *on-line* por meio da plataforma Google Drive<sup>®</sup>.

Foi realizado um pré-teste dos instrumentos com duas enfermeiras com experiência em ensino e pesquisa, com a finalidade de avaliar o acesso e utilização da plataforma Google Drive<sup>®</sup>, bem como o preenchimento do instrumento.

A seleção dos participantes foi conduzida de acordo com os critérios da técnica de Delphi, que consistem na valorização do conhecimento e vivência prática, do especialista, referente ao objeto de estudo.<sup>34</sup> Foram incluídos na amostra médicos e enfermeiros com experiência na assistência e/ou na pesquisa e titulação mínima de especialista (*lato sensu*) em uma ou mais das seguintes áreas: obstetrícia, urologia ou uroginecologia. Foi garantido aos participantes o anonimato, a representação estatística da distribuição dos resultados e o *feedback* da opinião de seus pares.

Na primeira rodada, foram disponibilizados os *links* de acesso aos instrumentos de pré-intervenção e caracterização da amostra para os participantes, previamente selecionados e contatados, que leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na segunda rodada, foi enviado o *link* de acesso ao instrumento – intervenção 1 aos especialistas respondentes, que finalizaram a primeira rodada. Na

terceira rodada, foi enviado o *link* de acesso ao instrumento – intervenção 2 aos especialistas respondentes, que finalizaram a segunda rodada.

O tratamento estatístico consistiu da análise descritiva dos dados, a partir da obtenção das respostas dos instrumentos estruturados, das três rodadas do painel Delphi. As pontuações das questões foram inseridas em uma planilha do programa Microsoft Excel® e foi calculado o índice de consenso dos respondentes por questão, bem como a média, mediana e desvio-padrão das três rodadas consecutivas do painel Delphi. Devido à participação de categorias distintas de especialistas na composição do painel Delphi, médico e enfermeiro, considerou-se como consenso de inclusão uma porcentagem igual ou superior a 80%, na soma das indicações de pontuação 4 e 5 da escala de *Likert*.<sup>37</sup> As respostas das questões abertas foram avaliadas e agrupadas de acordo com a similaridade, relevância e pertinência. Esses dados qualitativos foram compilados após a primeira rodada e acrescentados nos instrumentos das rodadas seguintes, com objetivo de analisar se as informações alteravam ou não a opinião dos especialistas.

## **Resultados**

Para a elaboração das 48 recomendações clínicas foram consideradas as evidências que retratavam os riscos relacionados ao desenvolvimento da retenção urinária pós-parto, bem como as medidas para evitar sua ocorrência e possíveis complicações. Também foram utilizadas as evidências que sugeriam formas de tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta, e de reeducação da bexiga em casos de retenção urinária pós-parto persistente. Dentre as evidências selecionadas, para subsidiar a elaboração das recomendações, observou-se a ocorrência de medidas com finalidades similares, porém realizadas de maneiras diferentes. Sendo assim, algumas das recomendações construídas neste estudo e submetidas ao consenso dos especialistas, embora tivessem a mesma finalidade, apresentavam propostas diferentes relacionadas às formas de prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto.

As 48 recomendações clínicas estavam distribuídas, respectivamente, em três domínios: 18 (37,5%) recomendações para a prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta, 14 (29,2%) recomendações para o tratamento da retenção

urinária pós-parto evidente e oculta, e 16 (33,3%) recomendações para a reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente.

Na primeira rodada do painel Delphi foram enviados o instrumento de caracterização da amostra e o instrumento – pré-intervenção para 29 especialistas, que concordaram participar das três rodadas do painel Delphi. Desses, somente 19 responderam. Na segunda rodada, o instrumento – intervenção 1 que continha as recomendações acompanhadas das evidências que as fundamentaram foi enviado aos 19 especialistas que finalizaram a rodada anterior. Desses, somente 16 concretizaram a segunda rodada. Na última rodada, o instrumento – intervenção 2 foi enviado aos 16 especialistas. Desses, somente 13 responderam. Na Tabela – 1 consta a frequência de participação dos especialistas por rodada.

**Tabela 1** – Amostra do estudo de acordo com a rodada do painel Delphi. Campinas, 2017.

<b>Rodada</b>	<b>Amostra</b>	<b>Respondida por</b>	<b>Participação</b>
1 <sup>a</sup>	29	19	65,5%
2 <sup>a</sup>	19	16	84,2%
3 <sup>a</sup>	16	13	81,3%

A primeira rodada foi concretizada em 15 dias e das 48 recomendações analisadas pelos 19 respondentes desta rodada, 14 (29,2%) obtiveram consenso superior a 80%. Constatou-se que dentre essas, sete (Recomendações 1,2,3,4,5,7,9) eram do Domínio – 1, e sete (Recomendações 34,35,37,42,45,47,48) do Domínio – 3. Embora nenhuma recomendação do Domínio – 2 tenha obtido o consenso estipulado, observou-se que quatro (28,6%) das 14 recomendações obtiveram consenso entre 75% e 79%.

Após análise da similaridade, relevância e pertinência das sugestões feitas pelos respondentes desta rodada, foram realizadas alterações no texto de dez (20,8%) recomendações clínicas e apresentadas na segunda rodada, por meio do instrumento – intervenção 1.

A segunda rodada durou 22 dias e as 48 recomendações clínicas foram avaliadas por 16 respondentes, que tiveram acesso ao instrumento – intervenção 1. Dentre as 26 (54,2%) recomendações com consenso superior a 80%, haviam 10 (38,5%) do Domínio – 1 (Recomendações 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15), seis (23,0%) do Domínio – 2 (Recomendações 19, 20, 21, 28, 29, 32) e 10 (38,5%) do Domínio – 3 (Recomendações 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 47, 48).

O consenso da segunda rodada do painel Delphi aumentou em relação à rodada anterior, passando de 14 (29,2%) para 26 (54,2%) recomendações com nível de consenso superior a 80%. Após a análise da similaridade, relevância e pertinência das sugestões feitas pelos especialistas, duas (4,2%) recomendações foram alteradas e apresentadas no instrumento – intervenção 2 da terceira rodada.

A terceira rodada foi finalizada após 27 dias e as 48 recomendações clínicas desta etapa passaram pelo crivo de 13 especialistas respondentes, que tiveram acesso ao instrumento – intervenção 2, à representação estatística da distribuição dos resultados e ao *feedback* da opinião de seus pares. Foi obtido consenso superior a 80% para 39 (81,3%) recomendações. Dessas, 12 (30,8%) eram do Domínio – 1 (Recomendações 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15, 17,18), 12 (30,8%) do Domínio – 2 (Recomendações 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32) e 15 (38,4%) do Domínio – 3 (Recomendações 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48).

Os 13 especialistas que concluíram as três rodadas do painel Delphi tinham idade entre 31 e 58 anos. Todos eram da área da saúde da mulher, sendo que desses, três atuavam na prática clínica e dez, além de atuarem na assistência, possuíam experiência em ensino e/ou pesquisa. A formação acadêmica dos especialistas consta na Tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição do tipo de pós-graduação por especialista. Campinas, 2017.

	Tipo de Pós-Graduação							
	Especialização/ Residência		Mestrado		Doutorado		Pós-Doutorado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermeiro	7	100	6	85,7	4	57,2	0	0
Médico	6	100	5	83,4	2	33,4	2	33,4

O consenso de inclusão, superior a 80%, da terceira rodada do painel Delphi aumentou em relação à rodada anterior, passando de 26 (54,2%) para 39 (81,3%) recomendações. Entretanto, nove (18,7%) recomendações permaneceram sem consenso para inclusão: seis (66,7%) eram do Domínio – 1 (Recomendações 10, 11, 12, 13, 14, 16); duas (22,2%) do Domínio – 2 (Recomendações 25, 26) e uma (11,1%)

do Domínio – 3 (Recomendação 46). O consenso de exclusão final das recomendações ficou entre 23,1% e 76,9%.

Os consensos quanto à inclusão das recomendações nas três rodadas do painel Delphi estão distribuídos na Tabela 3.

**Tabela 3** – Distribuição das recomendações com consenso de inclusão por rodada. Campinas, 2017.

Domínio	1ª Rodada	2ª Rodada	3ª Rodada	Consenso Final (%)
	Recomendações com consenso ≥80%	Recomendações com consenso ≥80%	Recomendações com consenso ≥80%	
1	7	10	12	30,8%
2	0	6	12	30,8%
3	7	10	15	38,4%

A última versão do conteúdo das 48 recomendações clínicas, bem como a porcentagem de consenso de inclusão encontram-se descritas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Consenso do grupo de especialistas por recomendação. Campinas, 2017.

Recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto		%
<b>Domínio 1 – Prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>	1. Verificar 6h depois do parto vaginal ou da remoção do cateter, em caso de cesariana, se a puérpera foi capaz de urinar. <sup>30-33</sup>	100
	2. Identificar os fatores de risco da retenção urinária pós-parto auxilia no diagnóstico precoce da disfunção miccional. <sup>31-32</sup>	100
	3. Reconhecer antecipadamente os sinais e sintomas clínicos da retenção urinária é fundamental para a prevenção do desenvolvimento de complicações urinárias e/ou dificuldades urinárias permanentes. <sup>30-33</sup>	100
	4. Os fatores de risco mais frequentes e que apresentam relação significativa com o aumento da incidência da retenção urinária são: analgesia regional, episiotomia, parto instrumental e primiparidade. Caso a puérpera tenha sido exposta a algum desses fatores, deve ser monitorada rigorosamente quanto aos sinais e sintomas de retenção urinária. <sup>6</sup>	84,6
	5. Os fatores de risco menos frequentes e que apresentam relação com a retenção urinária são: trabalho de parto prolongado, laceração traumática do períneo, parto vaginal, peso do recém-nascido (≥4000 gr), desejo reduzido de urinar após o parto, cesariana de emergência, tempo prolongado da cesariana (>60 min) e falha na progressão do trabalho de parto seguida de cesariana. Caso a puérpera tenha sido exposta a algum desses fatores, deve ser monitorada mais atentamente quanto aos sinais e sintomas de retenção urinária. <sup>7,10-24</sup>	84,6

6.Perguntar à puérpera e documentar em prontuário se sua sensação vesical ao urinar está normal, ou se existe dificuldade em iniciar a micção, alteração no jato urinário e ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga. <sup>38</sup>	100
7.Perguntar à puérpera e documentar em prontuário a frequência, e estimativa do volume (pequena, média ou grande quantidade) das micções. <sup>38</sup>	100
8.Monitorar os sinais e sintomas clínicos de retenção urinária: dor na bexiga, disúria, frequência aumentada e passagem de pequenas quantidades de urina, incapacidade ou hesitação de urinar, bexiga palpável, útero alto e destro desviado com loquiação em grande quantidade. <sup>30-32</sup>	100
9. Na presença de um ou mais fatores de risco e de sintomas sugestivos de retenção urinária: orientar a puérpera sobre a importância de urinar a cada 2 h ou 3 h e realizar um balanço hídrico por pelos menos 24 h. <sup>38</sup>	100
10.Mensurar e anotar o volume das duas primeiras micções pós-parto, se o volume de cada uma das micções for igual ou maior a 250 ml, dar seguimento aos cuidados puerperais de rotina. <sup>30</sup>	76,9
11.Monitorar até pelo menos o 3º dia pós-parto, por meio do BladderScan®, o volume residual das puérperas pós-parto vaginal sob analgesia regional, em função do risco explícito de desenvolver a retenção urinária. <sup>39</sup>	46,2
12.Utilizar regularmente o BladderScan® na verificação do volume residual, de modo a reduzir o número de cateterismos desnecessários e, conseqüentemente, os traumas e infecções do trato urinário. <sup>39</sup>	76,9
13.Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transvaginal nas puérperas pós-cesariana, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após a cesariana e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta. <sup>23</sup>	23,1
14.Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transabdominal nas puérperas pós-parto vaginal, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após o parto vaginal e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta. <sup>23</sup>	23,1
15.Em caso de cesariana eletiva, o cateter vesical de demora deve ser mantido de 6 a 8h e ao ser removido, o horário e o volume da diurese devem ser documentados no prontuário da puérpera. <sup>40</sup>	100
16.Em caso de cesariana de urgência, o cateter vesical de demora deve ser mantido por 12 h e ao ser removido, o horário deve ser documentado no prontuário da puérpera. <sup>40</sup>	76,9
17.A puérpera submetida à sutura devido à laceração de terceiro ou quarto grau e analgesia regional, deve manter cateter vesical de demora por pelo menos 12 h. <sup>40</sup>	100

	18.Em caso de lacerações perineais de grande extensão, deve-se manter um cateter permanente por 24 h após o parto, devido ao risco que isto implica no desenvolvimento da retenção urinária. <sup>40</sup>	100
<b>Domínio 2 – Tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>	19.Se até 6h depois do parto vaginal ou da retirada do cateter, a puérpera ainda não foi capaz de urinar, deve-se aplicar medidas de auxílio não invasivas compostas por: administração de analgésicos (em caso de dor), mobilização (levantar a puérpera para que possa caminhar), imersão das mãos em água fria e privacidade para urinar com posicionamento postural adequado (sentada e relaxada). <sup>31-33</sup>	100
	20.É preferível o uso de anti-inflamatórios não hormonais a analgésicos simples, pois além promoverem a analgesia, auxiliam na redução da tensão e edema da região perineal e periuretral. <sup>31-33</sup>	100
	21.Se após as medidas de auxílio não invasivas a puérpera continua incapaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário, deve-se avaliar o volume residual por meio do BladderScan® (se disponível), ou do cateterismo intermitente. <sup>30-31,33</sup>	92,3
	22.A puérpera com sintoma de esvaziamento incompleto demanda de avaliação da urina residual, de preferência por meio da ultrassonografia convencional ou do BladderScan®. Caso não seja possível, deve-se realizar um cateterismo intermitente para avaliar o volume residual. <sup>30-31,38</sup>	100
	23.A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan® ou cateterismo intermitente. Caso apresente volume residual inferior a 250 ml, deve-se controlar o volume urinário e reavaliar em 2 h a 3 h. <sup>30</sup>	92,3
	24.A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >250 ml e <500 ml, deve-se realizar um cateterismo intermitente para drenar a urina, controlar o volume urinário e reavaliar em 6 h. <sup>30</sup>	84,6
	25.A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >500 ml, deve-se instalar um cateter vesical de demora com drenagem contínua por 24 h. Após a retirada do cateter, deve-se controlar o débito urinário e avaliar em 6h. Reinstalar o cateter de demora, caso a puérpera continue incapaz de urinar e agendar retorno para sete dias pós-alta. <sup>30</sup>	61,6
	26.A puérpera que apresenta volume residual >150 ml em duas ocasiões, acompanhado de laceração e/ou edema perineal, deve ser mantida com cateter vesical de demora por 48 h. <sup>41</sup>	69,2
	27.Em caso de volume residual que excede 700 ml, deve-se manter o cateter vesical de demora com drenagem contínua por 48 h. <sup>42</sup>	92,3
	28.Se a puérpera que manteve cateterismo de demora por 48h (devido ao volume residual >700 ml) não foi capaz de urinar após a remoção do cateter, deve-se solicitar a avaliação do	100

	uroginecologista e fisioterapeuta, de modo a programar a condução do caso pós-alta. <sup>42</sup>	
	29. Se a puérpera apresenta volume residual >1.500 ml, deve-se solicitar uma avaliação e conduta do médico uroginecologista. <sup>42</sup>	100
	30. A puérpera capaz de urinar após a remoção do cateter, que apresenta volume residual pós-micção <100 ml, deve ser orientada a urinar a cada 3 h ou 4 h ao dia, durante a semana seguinte. <sup>32</sup>	92,3
	31. A puérpera capaz de urinar espontaneamente, mas que ainda não recuperou a sensação normal de urinar, deve ser encaminhada para consulta com o fisioterapeuta em uma semana pós-alta hospitalar. <sup>41</sup>	92,3
	32. A remoção do cateter vesical deve ser programada para o início do dia, para que haja tempo suficiente de avaliar o funcionamento da bexiga ao longo do dia. <sup>42</sup>	100
<b>Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente</b>	33. A puérpera com retenção urinária persistente deve ser orientada por um profissional de saúde qualificado quanto ao processo reeducação da bexiga. O profissional deve orientar que é possível utilizar o cateterismo intermitente limpo (CIL) ou o cateter vesical de demora com drenagem contínua e sistema fechado. O profissional deve esclarecer sobre as vantagens e desvantagens de cada um dos procedimentos. <sup>38</sup>	84,6
	34. Após a escolha do procedimento para drenar a bexiga e antes da alta hospitalar, a puérpera deve ser orientada por um profissional de saúde habilitado e capacitado sobre os cuidados com o sistema de drenagem urinária. <sup>38</sup>	100
	35. A puérpera que optou pelo cateter vesical de demora com drenagem contínua deve ser orientada a retornar após 7 dias para ser reavaliada pela equipe de ginecologia. <sup>30</sup>	100
	36. Realizar a drenagem da urina durante o processo de reeducação da bexiga, por meio do cateterismo vesical, evita a hiperdistensão da bexiga e facilita o restabelecimento da contratilidade do detrusor. <sup>42</sup>	100
	37. O esvaziamento completo da bexiga deve ocorrer em intervalos regulares e a hiperdistensão da bexiga (volume >600 ml) deve ser evitada. <sup>38</sup>	100
	38. A puérpera com retenção urinária persistente e com grandes resíduos urinários deve ser acompanhada após a alta pela equipe obstétrica, em conjunto com a uroginecológica. <sup>42</sup>	100
	39. A reeducação da bexiga, da puérpera que optou pelo CIL, começa com intervalos de 4 h. Nesse caso, a puérpera é orientada que deve tentar urinar antes de realizar o procedimento. <sup>38</sup>	92,3
	40. Caso a puérpera em processo de reeducação da bexiga consiga urinar, o CIL deve ser realizado imediatamente após a micção para verificar o volume residual de urina (com um atraso de 10min mede-se a perfusão renal e não a urina residual). <sup>38</sup>	92,3
	41. No início da reeducação da bexiga é aconselhável verificar o volume residual pelo menos uma vez à noite, para certificar-se que não há hiperdistensão da bexiga. <sup>38</sup>	92,3

42. Orientar a puérpera a ingerir de 2 a 3 litros de líquidos ao dia. A ingestão excessiva de líquidos pode aumentar o volume da diurese e a frequência de cateterizações, e a ingestão insuficiente pode aumentar o risco de infecção do trato urinário. <sup>38</sup>	92,3
43. Orientar a puérpera a preencher um diário miccional com o volume da urina eliminada por micção espontânea e pelo CIL, de modo a controlar o volume residual, que não deve exceder 600 ml. Caso o volume da bexiga seja superior a 600 ml: aumentar a frequência do CIL de 4/4 h para 3/3 h. <sup>38</sup>	92,3
44. Se durante dois dias consecutivos, o volume residual verificado após a micção espontânea for <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 4/4 h para 6/6 h. <sup>38</sup>	100
45. Depois de dois dias consecutivos de CIL de 6/6 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 6/6 h para 8/8 h. <sup>38</sup>	92,3
46. Depois de dois dias consecutivos de CIL de 8/8 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 8/8 h para 12/12 h. <sup>38</sup>	76,9
47. A puérpera com retenção urinária persistente deve ser acompanhada periodicamente, em nível ambulatorial, pela equipe ginecologia/uroginecologia até completa resolução do caso. <sup>30-32</sup>	92,3
48. Solicitar um exame de urina caso haja suspeita de infecção do trato urinário. <sup>38</sup>	100

## Discussão

As evidências forneceram subsídios para a elaboração das recomendações clínicas de prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto. Em específico, as evidências acerca dos fatores de risco possibilitaram a compreensão do quão necessário é a vigilância da função da bexiga, no período puerperal. Além disso, o painel Delphi composto por especialistas com experiência sobre o assunto pesquisado, como recomenda a literatura<sup>(34-36)</sup>, foi imprescindível no processo de validação e aprimoramento das recomendações, dada a capacidade crítica e o envolvimento de cada um dos integrantes.

Os especialistas fizeram diversas sugestões às recomendações apresentadas na primeira rodada. Algumas dessas estavam direcionadas ao contexto da adequação gramatical; outras à segurança da paciente, relacionadas à tomada de decisão proposta pela recomendação. Na segunda rodada, a porcentagem de consenso dos especialistas com as recomendações apresentadas aumentou. Provavelmente, isto aconteceu por terem acesso às evidências científicas utilizadas na construção das recomendações, bem como às alterações gramaticas realizadas no texto, como o

acréscimo de verbos e substituição de alguns termos técnicos. No *feedback* desta rodada decresceu a quantidade de sugestões, desse modo, foram feitas somente mais duas alterações, que foram apresentadas na terceira rodada. O processo termina quando se atinge um grau aceitável de consenso e geralmente, três rodadas são suficientes para obter o consenso, sendo que a maioria dos ajustes ocorre entre a primeira e segunda rodadas.<sup>43</sup>

Mesmo após as três rodadas do painel Delphi, nove recomendações não obtiveram consenso de inclusão. No que concerne à recomendação 10, os especialistas consideraram a medida simplista e de risco para a puérpera, pois somente a constatação de dois volumes urinados  $\geq 250$  ml não exclui a possibilidade de haver urina residual pós-micção. Alegaram que o mais indicado seria a constatação da micção espontânea seguida do monitoramento das alterações no jato, hesitação miccional e sensação de esvaziamento vesical incompleto. Ainda ressaltaram que o volume urinado está na dependência do volume vesical e este, está relacionado às condições de hidratação da puérpera e temperatura do ambiente.

Os especialistas julgaram a recomendação 11 como sendo uma medida pouco prática, inviável em algumas instituições e até mesmo desnecessária, em função do longo tempo proposto para o seguimento do volume residual com o BladderScan®. Consideraram que em unidade de puerpério, onde há disponível o equipamento, seria útil realizar o controle pós-miccional nas primeiras 24h pós-parto e interromper o seguimento, na ausência de volume residual. Entretanto, enfatizaram que após esse período torna-se indispensável manter vigilância acerca da função da bexiga, por meio da avaliação clínica.

O consenso da recomendação 12 ficou muito próximo do estipulado no estudo. Os especialistas reconheceram e reafirmaram a utilidade, e praticidade do BladderScan® na aferição do resíduo pós-miccional, assim como a segurança que proporciona à puérpera, por se tratar de um método não invasivo. Contudo, ressaltaram que adquirir o equipamento para efetuar a recomendação, implica em custo para o serviço de saúde e isto nem sempre é possível. Desse modo, advertiram que o essencial é a capacitação técnica científica do profissional, com a finalidade de preservar a função e integridade vesical da puérpera.

A utilização sistemática da ultrassonografia transvaginal pós cesariana e a transabdominal pós-parto vaginal, descritas nas recomendações 12 e 13, obtiveram a

menor porcentagem de consenso dentre as recomendações. Os especialistas consideraram oneroso e pouco prático o uso sistemático da ultrassonografia para investigar e prevenir a retenção urinária oculta. Em função do custo e praticidade, aconselharam a utilização do BladderScan®, quando disponível na instituição. No entanto, ressaltaram que a verificação do volume residual pós micção deve ocorrer somente se houver suspeita da disfunção miccional.

Quanto à recomendação 16, os especialistas argumentaram que a urgência da cesariana, isoladamente, não justifica a indicação de permanência do cateter vesical por mais de seis horas. Destacaram que o possível comprometimento da estrutura e função da bexiga não está vinculado somente à urgência do procedimento, mas também à habilidade do cirurgião. Também advertiram que quanto menor o tempo de permanência do cateter vesical, menor o risco de complicações, como infecções urinárias e traumas uretrais.

A indicação do cateter vesical de demora a partir do volume residual >500 ml, que consta na recomendação 25, foi contestada pelos especialistas. Contra argumentaram que deve ser realizado mais um cateterismo intermitente, seguido de reavaliação em 4h. Após esse período, se a puérpera continuar incapaz de urinar, defenderam a utilização do cateterismo intermitente limpo, por apresentar menor risco de infecção, e propuseram o seguimento do caso em nível ambulatorial.

Os especialistas não aprovaram a recomendação 26 por acreditarem que deve ser considerado o uso de anti-inflamatórios e bolsa de gelo para a regressão do edema da região perineal. Além disso, contraindicaram o cateterismo de demora e recomendaram o intermitente, mas somente se a puérpera não for capaz de urinar.

Em relação à recomendação 46, os especialistas consideraram que o volume residual inferior a 100 ml é aceitável, desde que a puérpera tenha recuperado a capacidade de urinar. Sendo assim, consideraram desnecessário manter o CIL por mais tempo quando, na opinião deles, o caso foi resolvido.

As opiniões emitidas pelos especialistas acerca das recomendações com consenso de inclusão e de exclusão proporcionaram subsídios respeitáveis, que podem ser considerados na tomada de decisão. Pode-se afirmar que os pareceres foram contextualizados a partir do conhecimento prévio e vivência prática de cada especialista, a julgar, principalmente, pelo seu comprometimento com a segurança e bem-estar da puérpera.

Apesar de ter tido como referência as publicações vigentes sobre os cuidados com a retenção urinária pós-parto, algumas situações clínicas podem não ter sido contempladas neste consenso, e novas evidências poderão surgir a partir de agora. Desse modo, as recomendações não devem ser vistas como algo a ser seguido de forma absoluta e inflexível, uma vez que cada mulher se comporta de forma singular e diversas variáveis podem influenciar os resultados clínicos. Nesse sentido, ressalta-se que estabelecer diretrizes para a abordagem terapêutica da disfunção miccional não significa tolher a autonomia do profissional. Ao contrário, implica em disponibilizar opção de escolha diante das alternativas terapêuticas disponíveis, que foram submetidas ao consenso dos especialistas.

A padronização dos cuidados tem valor incontestável numa instituição, entretanto, acredita-se que o senso crítico do profissional, baseado na história e no exame clínico também sejam imprescindíveis e em algumas situações, a individualização do cuidado é mandatória. Embora as recomendações que obtiveram consenso de inclusão sejam simples, ressalta-se a importância de treinamento e envolvimento de todos profissionais da equipe para coloca-las em prática.

### **Conclusão**

A elaboração de recomendações para prevenir e tratar a retenção urinária mostrou-se um processo desafiador, complexo e moroso. Foi possível constatar, por meio das evidências disponíveis na literatura, que ainda não há consenso relacionado à abordagem terapêutica desta disfunção miccional. Contudo, a análise e organização das evidências possibilitaram subsídios para elaborar a proposta de recomendações clínicas. Além disso, acredita-se que a experiência profissional, formação acadêmica, comprometimento e capacidade crítica dos especialistas do painel Delphi tenham proporcionado respaldo técnico-científico às recomendações clínicas. Sendo assim, o consenso de opiniões permitiu que emergissem discussões relevantes, no sentido de promover um cuidado isento ou com o menor risco possível de malefícios à integridade e funcionamento da bexiga pós-parto.

Conquanto à relevância desse consenso, acredita-se que possam ser apropriados consensos mais amplos para aprimorar as recomendações atuais. Além, obviamente, de ser mandatória a revisão e atualização periódicas dessas recomendações, em função da rápida evolução do conhecimento na área de ciências da saúde.

## Referências

1. Kermans G, Wyndaele JJ, Thiery M, *et al.* Puerperal urinary retention. *Acta Urol Belg.* 1986; 54(4):376-85.
2. Yip SK, Brieger G, Hin LY, *et al.* Urinary retention in the post-partum period: the relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76(7):667-72.
3. Groutz A, Gordon D, Wolman I, *et al.* Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. Definition, prevalence and clinical implications. *J Reprod Med.* 2001; 46(1):44-8.
4. Liang CC, LinYH, Chen TC, *et al.* How antepartum and postpartum acute urinary retention affects the function and structure of the rat bladder. *Int Urogynecol J.* 2014;25(8):1105-13
5. Kandadai P, Kandadai V, Saini J, *et al.* Acute Urinary Retention After Cesarean Delivery: A Case-Control Study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2014; 20(5):276-280.
6. Mulder FEM, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, *et al.* Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2012; 119(12):1440-6.
7. Groutz A, Levin I, Gold R, *et al.* Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention. *Neurourol Urodyn.* 2011; 30(1):83-6.
8. Mulder FEM, Hakvoort RA, Schoffemeer MA, *et al.* Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. *Int Urogynecol J.* 2014; 25(12):1605–12.
9. Yip SK, Sahota D, Pang MW, *et al.* Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83(10):881-91.
10. Mulder FEM, Rengerink KO, Van der Post JAM, *et al.* Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(1):55-60.
11. Oh JJ, Kim SH, Shin JS, Shin SJ. Risk factors for acute postpartum urinary retention after vaginal delivery: focus on episiotomy direction. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29(3):408-11.

12. Liang CC, Wu MP, Chang YL, *et al.* Voiding dysfunction in women following cesarean delivery. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015; 54(6):678-81.
13. Al-Mandeel H, Al-Badr A, Al-Shaikh G. Incidence of Early Postpartum Voiding Dysfunction in Primiparae: Comparison Between Vaginal Delivery and Cesarean Section. *Low Urin Tract Symptoms.* 2014; 6(2):103–6.
14. Cavkaytar S, Kokanal MK, Baylas A, *et al.* Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2014; 15(3):140–3.
15. Pifarotti P, Gargasole C, Folcini C, *et al.* Acute post-partum urinary retention: analysis of risk factors, a case–control study. *Arch Gynecol Obstet.* 2014; 289(6):1249-53.
16. Ajenifuja KO, Oyetunji IO, Orji EO, *et al.* Post-partum urinary retention in a teaching hospital in southwestern Nigeria. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013; 39(8):1308-13.
17. Kekre AN, Vijayanand S, Dasgupta R, *et al.* Postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 112(2):112-5.
18. Chai AHL, Wong T, Mak HLJ, Cheon C, *et al.* Prevalence and associated risk factors of retention of urine after caesarean section. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19(4):537-42.
19. Liang CC, Chang SD, Chang YL, *et al.* Postpartum urinary retention after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007; 99(3):229–32.
20. Musselwhite KL, Faris P, Moore K, *et al.* Use of epidural anesthesia and the risk of acute postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196(5):472.e1-5.
21. Liang CC, Wong SY, Tsay PT, *et al.* The effect of epidural analgesia on postpartum urinary retention in women who deliver vaginally. *Int J Obstet Anesth.* 2002; 11(3):164-9.
22. Carley ME, Carley JM, Early JM, *et al.* Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187(2):430-3.
23. Yip SK, Hin LY, Chung TKH. Effect of the duration of labor on postpartum postvoid residual bladder volume. *Gynecol Obstet Invest.* 1998;45(3):177-80.

24. Andolf E, Iosif CS, Jorgensen C, *et al.* Insidious urinary retention after vaginal delivery: prevalence and symptoms at follow-up in a population-based study. *Gynecol Obstet Invest.* 1994; 38(1):51-3.
25. Madersbacher H, Cardozo L, Chapple C, *et al.* What are the causes and consequences of bladder overdistension? *Neurourol Urodyn.* 2012; 31(3):317-21.
26. Rizvi RM, Khan ZS, Khan Z. Diagnosis and management of postpartum urinary retention. *Int J Gynecol Obstet.* 2005; 91(1):71-2.
27. Dueñas-García OF, Rico H, Gorbea-Sanchez V, *et al.* Bladder rupture caused by postpartum urinary retention. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(8):481-2.
28. Lewis JM, Yalla SV, Stanitski KE, *et al.* Spectrum of urodynamic abnormalities and renal function changes in adult men with non-neurogenic urinary retention. *Neurourol Urodyn.* 2012; 31:544-8).
29. Mustonen S, Ala-Houhala IO, Tammela TL. Long-term renal dysfunction in patients with acute urinary retention. *Scand J Urol Nephrol.* 2001; 35:44-8.
30. Stanley AY, Conner BT. Implementing a Clinical Practice Guideline to Manage Postpartum Urinary Retention. *J Nurs Care Qual.* 2015; 30(2):175-80.
31. Humburg J, Holzgreve W, Hoesli I. Prolonged Postpartum Urinary Retention: The Importance of Asking the Right Questions at the Right Time. *Gynecol Obstet Invest.* 2007; 64(2): 69-71.
32. Rizvi RM, Rizvi J. Management of postpartum urinary retention. *Rev in Gynaecol and Perinatal Prac.* 2006; 6(4):140-46.
33. Glavind K; Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J.* 2003; 14(2): 119-21.
34. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation.* 2007; 12(10):1-8.
35. Murry JW Jr, Hammons JO. Delphi: A Versatile Methodology for Conducting Qualitative Research. *Review of Higher Education.* 1995; 18(4): 423-36.
36. Jones JA, Brown EJ, Volicer L. Target outcomes for long-term oral health care in dementia: a Delphi approach. *J Public Health Dent.* 2000; 60(4): 330-4.
37. Green, PJ. The content of a college-level outdoor leadership course for land-based outdoor pursuits in the Pacific Northwest: A Delphi consensus.

- Unpublished doctoral dissertation. Eugene, OR: University of Oregon. 1981. 125 pp.
38. Department of Health, Government of South Australia. Perinatal Practice Guidelines. Postpartum bladder dysfunction. Australia, 2012. [Access Jan. 4 2016]. Available from: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/a013c0804ee55f67a91cadd150ce4f37/Postpartum-bladder-dysfunction-WCHN-PPG-18092012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a013c0804ee55f67a91cadd150ce4f37>.
  39. Demaria F, Boquet B, Porcher R, *et al*. Post-voiding residual volume in 154 primiparae 3 days after vaginal delivery under epidural anesthesia. *Eur J Obstet Gyn Reprod Biol*. 2008;138(1):110–3.
  40. Royal Cornwall Hospitals NHS Trust Policy on Document Production. Bladder care for the obstetric patient – clinical guideline. Inglaterra. [Internet] 2016. [Access Jan. 4 2016]. Available from: <http://www.rcht.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/MidwiferyAndObstetrics/BladderCareClinicalGuidelineForIntrapartumAndPostpartum.pdf>
  41. Royal Women's Hospital. Clinical Guidelines Policy. Bladder Management – Intrapartum and Postpartum. Austrália. [Internet] 2013. [Access Jan. 4 2016]. Available from: <https://thewomens.r.worldssl.net/images/uploads/downloadable-records/clinical-guidelines/bladder-management-intrapartum-and-postpartum.pdf>.
  42. Auckland. District Health Board. Bladder Care Postpartum and Management of Urinary Retention. Nova Zelândia – Te Toka Tunai. [Internet] 2014. [Access Jan. 4 2016]. Available from: <http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/Portals/0/Documents/Policies/Bladder%20Care%20Postpartum.pdf>.
  43. Bellamy N, Anastassiades TP, Buchanan WW, *et al*. Rheumatoid arthritis antirheumatic drug trials, III. Setting the Delta for clinical trials of antirheumatic drugs-results of a consensus development (Delphi) exercise. *J Rheumatol*. 1991; 18(12): 1908-15.

## 6 DISCUSSÃO GERAL

A retenção urinária é uma disfunção miccional que pode acometer as puérperas e acarretar uma série de complicações permanentes ao trato urinário. Embora suas causas ainda não estejam suficientemente esclarecidas<sup>(59)</sup>, foi possível observar, com as evidências analisadas, uma estreita ligação entre o aumento de sua incidência e a presença de alguns fatores de risco. Acredita-se que o reconhecimento dos fatores de risco instigue o diagnóstico precoce, de modo que se torne viável sanar o problema e prevenir possíveis sequelas<sup>(39)</sup>.

No que concerne às evidências disponíveis acerca dos cuidados com a disfunção miccional no período puerperal, constatou-se a existência de condutas diversificadas e isoladas. Entretanto, foi recorrente a preocupação entre os autores acerca da necessidade de padronizar as condutas e habilitar a equipe multiprofissional para os cuidados com a bexiga da puérpera<sup>(60-63)</sup>. Entende-se que uma assistência segura, com vistas à preservação da estrutura e função vesical, deve ser priorizada nos serviços de atenção à saúde da mulher.

Por meio das evidências, levantadas e analisadas criticamente neste estudo, ampliou-se a compreensão acerca da retenção urinária pós-parto. Assim sendo, foi possível obter respaldo para a elaboração das recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto, com o propósito de subsidiar a tomada de decisão do profissional da área da saúde da mulher. As pesquisas clínicas relevantes dão origem às novas evidências científicas, cujo objetivo é aperfeiçoar as medidas de diagnóstico, prognóstico, intervenções e prevenção existentes<sup>(44)</sup>.

A busca e utilização das melhores evidências em saúde tem sido uma estratégia cada vez mais recorrente. A PBE tem por premissa que a tomada de decisão em saúde necessita dispor da melhor evidência, integrada à habilidade clínica do profissional e preferência do paciente<sup>(44)</sup>. Também é tida como relevante a fundamentação das decisões a partir do conhecimento tácito, experiências e valores do profissional de saúde, adquiridos com a observação e prática<sup>(64)</sup>. Nesse sentido, vale ressaltar que as opiniões emitidas pelos especialistas acerca das recomendações proporcionaram subsídios respeitáveis, e merecem ser consideradas na tomada de decisão.

As opiniões para a formação de consenso foram contextualizadas a partir do conhecimento prévio e vivência prática de cada especialista, a julgar, principalmente, pelo comprometimento de cada um com a segurança e bem-estar da puérpera. Um painel Delphi deve ser composto por especialistas com experiência relacionada ao assunto pesquisado, pois isto acrescenta qualidade ao processo<sup>(51-53)</sup>.

Desse modo, o uso de evidências para respaldar a tomada de decisão deve estar aliado à habilidade clínica do profissional, representada por sua capacidade de julgar os riscos individuais e os possíveis benefícios das intervenções propostas<sup>(44)</sup>. Além disso, a preferência do paciente, seus valores, expectativas e preocupações, devem ser considerados no cuidado e cabe ao profissional integrá-los às decisões clínicas quando forem pertinentes<sup>(44)</sup>.

No painel Delphi deste estudo observou-se o aumento gradativo do consenso de inclusão das recomendações, com o transcorrer das rodadas. Sendo possível ao final da terceira rodada compreender que os especialistas modificaram seu nível de consenso conforme as intervenções apresentadas a cada rodada. Ou seja, ter conhecimento da fundamentação teórica e respectivos níveis de evidência, e graus de recomendação, bem como da opinião dos pares influenciou o parecer individual do especialista acerca das recomendações clínicas.

O processo para formação de consenso finaliza quando se atinge um grau aceitável de consenso entre os participantes<sup>(65)</sup>. Geralmente, três rodadas são suficientes para obter o consenso, sendo que a maioria dos ajustes ocorre entre a primeira e segunda rodadas<sup>(65)</sup>. Mesmo obtendo-se um consenso de inclusão para a maioria das recomendações, pontua-se que algumas situações clínicas podem não ter sido contempladas. Além disso, novas evidências sobre o tema pesquisado podem surgir a qualquer momento. Desse modo, as recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto deste estudo, emergem no sentido de promover a segurança e bem-estar da puérpera.

## 7 CONCLUSÃO

Mesmo tendo avaliado sistematicamente as evidências científicas disponíveis na literatura, conclui-se que não há consenso entre os autores acerca das recomendações para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto. Entretanto, vale ressaltar que há evidências indicando o aumento de sua incidência, na ocorrência de fatores relacionados ao período gravídico puerperal. Ainda que não tenha sido possível obter evidências de alto nível e grau de recomendação, pode-se afirmar que o material levantado e analisado neste estudo, ampliou e solidificou a compreensão acerca dessa disfunção miccional. Desse modo, as evidências subsidiaram e possibilitaram a elaboração de uma proposta composta por 48 recomendações clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto.

Demonstrou-se que o nível de consenso dos especialistas sofreu alterações a partir da segunda rodada após os especialistas tomarem conhecimento da fundamentação teórica que originou as recomendações clínicas, dos respectivos níveis de evidência e dos graus de recomendação. Na terceira rodada, a opinião dos pares influenciou a decisão individual e, conseqüentemente, também aumentou o nível de consenso de inclusão das recomendações clínicas.

Ao término das rodadas do painel Delphi, o grupo de especialistas, composto por enfermeiros e médicos atuantes na área da saúde da mulher, atribuiu consenso de inclusão para 39 das 48 recomendações para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto.

## 8 REFERÊNCIAS

1. Gomes CM, Hisano M. *Anatomia e Fisiologia da Micção*. In: Nardoza Júnior A; Zerati Filho M; Reis RB. 2010. SBU. São Paulo.
2. Reuter VE. *The Urothelial Tract: Renal Pelvis, Ureter, Urinary Bladder, and Urethra*. In: Mills, SE. *Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology*. 6th ed; 2015.
3. Reuter VE. *Urinary Bladder, Ureter, and Renal Pelvis*. In: Mills SE. *Histology for Pathologists*. 2012.
4. Ovalle W K, Nahirney PC. *Netter – Bases da Histologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed Elsevier; 2014.
5. Gartner LP, Hiatt JL. *Color Atlas and Text of Histology*. 6th Ed. 2013.
6. Benness CJ. *Cystometry*. In: *Urogynaecology*. Cardozo LD, Ed. Churchill Livingstone; 1997.
7. Mulder FEM, Hakvoort RA, Schoffemeer MA, *et al*. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. *Int Urogynecol J*. 2014; 25(12):1605–12.
8. Muellner S R. Physiological bladder changes during pregnancy and the puerperium. *J Urol*. 1938; 41:691-5.
9. Liang CC, Lin YH, Chen TC, *et al*. How antepartum and postpartum acute urinary retention affects the function and structure of the rat bladder. *Int Urogynecol J*. 2014; 25(8):1105-13.
10. Kandadai P, Kandadai V, Saini J, *et al*. Acute Urinary Retention After Cesarean Delivery: A Case-Control Study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2014; 20(5):276-280.
11. Mulder FEM, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, *et al*. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2012; 119(12):1440-6.
12. Mayo ME, Lloyd-Davies RW, Shuttleworth KE, *et al*. The damaged human detrusor: Functional and electron-microscopic changes in disease. *Br J Urol*. 1973; 45:116-25.
13. Chen R, Fisch B, Ben-Haroush A, *et al*. Serum and follicular fluid leptin levels in patients undergoing controlled ovarian hyperstimulation for in vitro fertilization cycle. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004; 31:103-106.

14. Elliott RA, Castleden CM. Effect of progestogens and oestrogens on the contractile response of rat detrusor muscle to electrical field stimulation. *Clin Sci*. 1994; 87(3):337-42.
15. Iosif S, Ingemarsson I, Ulmsten U. Urodynamic studies in normal pregnancy and in puerperium. *Am J Obstet Gynecol*. 1980; 137(6):696–0.
16. Dietz HP, Eldridge A, Grace M, Clarke B. Does pregnancy affect pelvic organ mobility? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2004; 44(6):517-20.
17. MacLennan AH. The role of the hormone relaxin in human reproduction and pelvic girdle relaxation. *Scand. J. Rheumatol. Suppl*. 1991; 88: 7–15.
18. Groutz A, Levin I, Gold R, et al. Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention. *Neurourol Urodyn*. 2011; 30(1):83-6.
19. Yip SK, Sahota D, Pang MW, et al. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83(10):881-91.
20. Kermans G, Wyndaele JJ, Thiery M, et al. Puerperal urinary retention. *Acta Urol Belg*. 1986; 54(4):376-85.
21. Yip SK, Brieger G, Hin LY, et al. Urinary retention in the post-partum period: the relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76(7):667-72.
22. Groutz A, Gordon D, Wolman I, et al. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. Definition, prevalence and clinical implications. *J Reprod Med*. 2001; 46(1):44-8.
23. Swift SE, Ostergard DR. Effects of progesterone on the urinary tract. *Int Urogynecol J*. 1993; 4(4):232–6.
24. Oh JJ, Kim SH, Shin JS, et al. Risk factors for acute postpartum urinary retention after vaginal delivery: focus on episiotomy direction. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016; 29(3):408-11.
25. Cavkaytar S, Kokanal MK, Baylas A, et al. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2014; 15(3):140–3.
26. Pifarotti P, Gargasole C, Folcini C, et al. Acute post-partum urinary retention: analysis of risk factors, a case–control study. *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 289(6):1249-53.

27. Kekre AN, Vijayanand S, Dasgupta R, *et al.* Postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 112(2):112–5.
28. Liang CC, Wong SY, Tsay PT, *et al.* The effect of epidural analgesia on postpartum urinary retention in women who deliver vaginally. *Int J Obstet Anesth.* 2002; 11(3):164-9.
29. Yip SK, Hin LY, Chung TKH. Effect of the duration of labor on postpartum postvoid residual bladder volume. *Gynecol Obstet Invest.* 1998; 45(3):177-80.
30. Al-Mandeel H, Al-Badr A, Al-Shaikh G. Incidence of Early Postpartum Voiding Dysfunction in Primiparae: Comparison Between Vaginal Delivery and Cesarean Section. *Low Urin Tract Symptoms.* 2014; 6(2):103–6.
31. Mulder FEM, Rengerink KO, Van der Post JAM, *et al.* Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(1):55-60.
32. Liang CC, Wu MP, Chang YL, *et al.* Voiding dysfunction in women following cesarean delivery. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015; 54(6):678-81.
33. Chai AHL, Wong T, Mak HLJ, *et al.* Prevalence and associated risk factors of retention of urine after caesarean section. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19(4):537-42.
34. Madersbacher H, Cardozo L, Chapple C, *et al.* What are the causes and consequences of bladder overdistension? *Neurourol Urodyn.* 2012; 31(3):317-21.
35. Rizvi RM, Khan ZS, Khan Z. Diagnosis and management of postpartum urinary retention. *Int J Gynecol Obstet.* 2005; 91(1):71-2.
36. Dueñas-García OF, Rico H, Gorbea-Sanchez V, *et al.* Bladder rupture caused by postpartum urinary retention. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(8):481-2.
37. Lewis JM, Yalla SV, Stanitski KE, *et al.* Spectrum of urodynamic abnormalities and renal function changes in adult men with non-neurogenic urinary retention. *Neurourol Urodyn.* 2012; 31:544-8.
38. Mustonen S, Ala-Houhala IO, Tammela TL. Long-term renal dysfunction in patients with acute urinary retention. *Scand J Urol Nephrol.* 2001; 35:44-8.
39. Ajenifuja KO, Oyetunji IO, Orji EO, *et al.* Post-partum urinary retention in a teaching hospital in southwestern Nigeria. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013; 39(8):1308-13.
40. Rogers RG, Leeman LL. Postpartum Genitourinary Changes. *Urol Clin N Am.* 2007; 34(1):13-21.

41. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. [Internet]. *The Cochrane Collaboration* [Internet] 2011 [Access 10 June 2015].
42. Guyatt GH, Haynes RB, Jaeschke RZ, *et al.* Users' guides to the medical literature: XXV. Evidence-based medicine: principles for applying the user's guides to patient care. *JAMA*. 2000; 284(10): 1290-6.
43. Santos, CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(3): 508-11.
44. Sackett D. *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
45. Howick J. *Centre for Evidence-Based Medicine - Levels of Evidence* (CEBM). [Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M. 1998 – Update in 2009 by Jeremy Howick]. University of Oxford; [Internet] 2009.
46. Gomes SLR, Mendonça MAR, Souza CM. *Literatura Cinzenta*. In: Campello BS, Cedón BV, Kremer JM (Org.). *Fontes de informação para pesquisadores profissionais*. Belo Horizonte: Ed. UFMG. 2000. 319 pp.
47. Khan GSC, Stein AT. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(5):1111-14.
48. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP MC. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Prev Med*. 2010; 51:421-4.
49. WHO - World Health Organization. Guidelines for WHO Guidelines. Global Programme on Evidence for Health Policy. Geneva, Switzerland. 2003.
50. Cluzeau F, Burgers J, Brouwers M, *et al.* Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(1):18-23.
51. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2007; 12(10):1-8.
52. Murry JW Jr, Hammons JO. Delphi: A Versatile Methodology for Conducting Qualitative Research. *Review of Higher Education*. 1995; 18(4): 423-36.

53. Jones JA, Brown EJ, Volicer L. Target outcomes for long-term oral health care in dementia: a Delphi approach. *J Public Health Dent.* 2000; 60(4): 330-4.
54. Villiers MR, Villiers PJT, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education. *Med Teach.* 2005;27(7):639-43.
55. Nair R, Aggarwal R, Khanna D. Methods of formal consensus in classification/diagnostic criteria and guideline development. *Seminars in Arthritis & Rheumatism.* 2011; 41(2):95-105.
56. Moore, Carl M. *Group techniques for idea building. Applied social research methods series*, Vol. 9. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc Group techniques for idea building. 1987. 143 pp.
57. Linstone HA, Turoff M (Eds). *The Delphi Method: Techniques and Applications.* Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company. 1975.
58. Green PJ. *The content of a college-level outdoor leadership course for land-based outdoor pursuits in the Pacific Northwest: A Delphi consensus.* Unpublished doctoral dissertation. Eugene, OR: University of Oregon. 1981.
59. Carley ME, Carley JM, Early JM, *et al.* Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187(2):430-3.
60. Stanley AY, Conner BT. Implementing a Clinical Practice Guideline to Manage Postpartum Urinary Retention. *J Nurs Care Qual.* 2015; 30(2):175-80.
61. Humburg J, Holzgreve W, Hoesli I. Prolonged Postpartum Urinary Retention: The Importance of Asking the Right Questions at the Right Time. *Gynecol Obstet Invest.* 2007; 64(2): 69-71.
62. Rizvi RM, Rizvi J. Management of postpartum urinary retention. *Rev in Gynaecol and Perinatal Prac.* 2006; 6(4):140-46.
63. Glavind K, Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J.* 2003; 14(2): 119-21.
64. Nobre MRC, Bernardo WM, Janete RB. A prática clínica baseada em evidências. Parte I – questões clínicas bem construídas. *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(4):445-9.
65. Bellamy N, Anastassiades TP, Buchanan WW, *et al.* Rheumatoid arthritis antirheumatic drug trials, III. Setting the Delta for clinical trials of antirheumatic

drugs-results of a consensus development (Delphi) exercise. *J Rheumatol.* 1991; 18(12): 1908-15.

## 9 APÊNDICES

### Apêndice A

#### Instrumento para avaliação do resumo dos estudos identificados

Avaliadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Estudo: [primeiro autor, periódico (volume, número, página e ano)]

<b>Crítérios de Elegibilidade</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não menciona</b>
Foram avaliadas puérperas após o parto vaginal ou cesariana?			
Foi identificado a relação da retenção urinária pós-parto com a exposição aos fatores de risco?			
Foi realizado algum tipo de intervenção para identificar, prevenir ou tratar a disfunção?			
Foi controlado o tempo de respostas das puérperas submetidas à intervenção para recuperar a função vesical?			
Foram propostos direcionamentos clínicos para identificar, prevenir e/ou tratar a retenção urinária pós-parto?			

Resultado da avaliação:

Estudo selecionado na íntegra?

( ) Sim ( ) Não ( ) Necessita do parecer da terceira avaliadora

## Apêndice B

### Instrumento para extração de dados dos estudos incluídos

Avaliador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Estudo: [primeiro autor, periódico (volume, número, página e ano)]

País de origem: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Formação do primeiro autor: \_\_\_\_\_

Objetivo (s) do estudo: \_\_\_\_\_

Desenho do estudo: \_\_\_\_\_

Tamanho amostral: \_\_\_\_\_

Critérios de inclusão: \_\_\_\_\_

Critérios de exclusão: \_\_\_\_\_

Fatores de risco analisados: \_\_\_\_\_

Práticas clínicas apresentadas: \_\_\_\_\_

Limitações do estudo: \_\_\_\_\_

Implicações para a prática clínica: \_\_\_\_\_

#### **Classificação das Evidências**

Nível de evidência: \_\_\_\_\_

Grau de recomendação: \_\_\_\_\_

## Apêndice C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título da pesquisa:** RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA RETENÇÃO URINÁRIA PÓS-PARTO

**Nome do responsável:** Léa Dolores Reganha de Oliveira  
**Número do CAAE:** (1.126.675)

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) deste estudo que visa o consenso formal entre peritos acerca de recomendações baseadas em evidências, com vistas à elaboração de diretrizes clínicas para prevenir e tratar a retenção urinária pós-parto

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em duas vias, tem por finalidade assegurar seus direitos como participante. Caso haja perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se não quiser participar ou retirar sua autorização a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

**Justificativa e objetivos:** A hiperdistensão da bexiga, em função da retenção urinária, pode causar danos irreversíveis ao músculo detrusor, infecções do trato urinário e dificuldade urinária permanente. Em uma busca realizada junto às principais associações nacionais e internacionais de continência, urologia, uroginecologia, ginecologia e obstetrícia, e inclusive na *International Guideline Library*, não foram encontradas diretrizes clínicas para prevenir e ou tratar a retenção urinária pós-parto. Sendo assim, acredita-se que seja necessário o desenvolvimento de tais diretrizes clínicas, que subsidiem cientificamente os cuidados com a bexiga da puérpera.

**Procedimentos:** Com o propósito de avaliar o nível de consenso dos especialistas, referente às recomendações clínicas, será utilizada a técnica de Delphi. Para tanto, serão realizadas três rodadas. Primeira rodada: o participante terá acesso às recomendações clínicas, por meio de um questionário *online*, para emitir seu parecer. Segunda rodada: as recomendações serão novamente enviadas, porém acompanhadas das referências, nível de evidência e grau de recomendação. Nesta rodada, o participante poderá manter ou alterar seu parecer. Terceira rodada: as recomendações serão enviadas pela última vez, acompanhadas dos pareceres emitidos pelos demais participantes. Nesta rodada, o participante também poderá manter ou alterar seu parecer. Os pareceres individuais serão do conhecimento de todos, entretanto, será mantido o anonimato daquele que os emitiu.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

**Desconfortos e riscos:** Não há riscos e nem desconfortos previstos, relacionados à sua participação, nesta pesquisa. Sendo importante ressaltar que sua participação é voluntária, portanto, não possui caráter obrigatório. Mesmo que o(a) Sr.(a) concorde em participar deste estudo, poderá interrompê-la a qualquer momento, se assim desejar, sem que isto acarrete em qualquer tipo de ônus ou prejuízo para a sua pessoa.

**Benefícios:** Ao participar da pesquisa o(a) Sr.(a) não receberá nenhum benefício direto.

Entretanto, esperamos que este estudo contribua para a promoção da saúde e qualidade de vida da mulher, mediante a construção e disponibilização das recomendações clínicas para a prevenção e o tratamento da retenção urinária pós-parto.

**Sigilo e privacidade:** O (a) Sr. (a) tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas, que não façam parte da equipe de pesquisadores e na divulgação dos resultados deste estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento:** Sua participação no estudo não acarretará em despesas, bem como não será fornecido nenhum tipo de remuneração financeira pela sua participação.

**Contato:** Em caso de dúvidas sobre o estudo, o Sr. (a) poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa: Léa Dolores Reganhan de Oliveira, celular (19) 98226-0731. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP. Telefone (19) 3521-8936; Fax (19) 3521-7187. E-mail: cep@fcm.unicamp.br.

**Consentimento livre e esclarecido:** Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, aceito participar:

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do (a) participante) Data: \_\_/\_\_/\_\_

**Responsabilidade do Pesquisador:** Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_  
Léa Dolores Reganhan de Oliveira Data: \_\_/\_\_/\_\_

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

## Apêndice D

### Formulário para categorização dos especialistas

1. Sexo:  
 Feminino                       Masculino
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Graduado em:  
 Enfermagem                       Medicina
4. Ano da conclusão: \_\_\_\_\_
5. Especialização:  
 Sim                       Não
6. Área da Especialização: \_\_\_\_\_
7. Ano da conclusão: \_\_\_\_\_
8. Residência:  
 Sim                       Não
9. Área da Residência: \_\_\_\_\_
10. Ano da conclusão: \_\_\_\_\_
11. Mestrado:  
 Sim                       Não
12. Área do Mestrado: \_\_\_\_\_
13. Ano da conclusão: \_\_\_\_\_
14. Doutorado:  
 Sim                       Não
15. Área do Doutorado: \_\_\_\_\_
16. Ano da conclusão: \_\_\_\_\_
17. Pós-Doutorado:  
 Sim                       Não
18. Área do Pós-Doutorado: \_\_\_\_\_
19. Ano da conclusão: \_\_\_\_\_
20. Área (s) de atuação profissional (podem ser assinaladas mais de uma opção):  
 Obstetrícia  
 Ginecologia  
 Uroginecologia  
 Urologia  
 Docência  
 Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

## Apêndice E

### Instrumento – Pré-intervenção

#### 1ª Rodada do Painel Delphi – Recomendações para prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto

Nesta rodada, as recomendações baseadas em evidências estão sendo apresentadas para a sua avaliação sem as respectivas referências, nível de evidência e grau de recomendação.

Por favor, assinale somente uma das opções para cada uma das recomendações, de acordo com os seguintes critérios:

“**Discordo totalmente**”: caso considere a recomendação incorreta.

“**Discordo parcialmente**”: caso considere a recomendação parcialmente incorreta.

“**Não concordo e nem discordo**”: caso não tenha opinião a respeito da recomendação.

“**Concordo parcialmente**”: caso considere a recomendação parcialmente correta.

“**Concordo totalmente**”: caso considere a recomendação correta.

**Importante:** Após assinalar uma das opções, por favor, utilize o espaço disponível para justificar a sua resposta e emitir sugestões que julgar pertinente sobre a recomendação.

#### Domínio 1 – Medidas para prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta

1. Verificar 6h depois do parto vaginal ou da remoção do cateter, em caso de cesariana, se a puérpera foi capaz de urinar.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

2. Identificar os fatores de risco da retenção urinária pós-parto auxilia no diagnóstico precoce da disfunção miccional.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

3. Reconhecer antecipadamente os sinais e sintomas clínicos da retenção urinária é fundamental para a prevenção do desenvolvimento de complicações urinárias e/ou dificuldades urinárias permanentes.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

4. Fatores de risco mais frequentes da retenção urinária pós-parto e que devem ser rigorosamente controlados: analgesia regional (espinhal e epidural), episiotomia, parto instrumental (fórceps e à vácuo) e primiparidade.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

5. Fatores que apresentam relação com a retenção urinária pós-parto e devem ser controlados: trabalho de parto prolongado (principalmente a segunda fase), laceração traumática do períneo (principalmente as lacerações de 3º e 4º grau), parto vaginal, peso do recém-nascido ( $\geq 4000$  gr), manobra de Kristeller, desejo reduzido de urinar após o parto, cesariana de emergência, tempo prolongado da cesariana ( $>60$  min) e falha na progressão do trabalho de parto seguida de cesariana.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

6. Perguntar à puérpera e documentar em prontuário se sua sensação vesical ao urinar está normal, ou se existe dificuldade em iniciar a micção, alteração no jato urinário e ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

7. Deve ser perguntado rotineiramente à puérpera e documentado em prontuário, a frequência e a estimativa do volume das micções durante o período de internação no alojamento conjunto.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

8. Monitorar os sinais e sintomas clínicos de retenção urinária: dor na bexiga, disúria, frequência aumentada e passagem de pequenas quantidades de urina, incapacidade ou hesitação de urinar, bexiga palpável, útero alto e destro desviado com loquiação em grande quantidade.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

9. Na presença de um ou mais fatores de risco e de sintomas sugestivos de retenção urinária, deve-se recomendar o balanço hídrico por 24 h e a orientação para a puérpera urinar a cada 2 h ou 3 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

10. Mensurar e anotar o volume das duas primeiras micções pós-parto, se o volume de cada uma das micções for igual ou maior a 250 ml, dar seguimento aos cuidados puerperais de rotina.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

11. Monitorar até pelo menos o 3º dia pós-parto, por meio do BladderScan®, o volume residual das puérperas pós-parto vaginal sob analgesia regional, em função do risco explícito de desenvolver a retenção urinária.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

12. Utilizar regularmente o BladderScan® na verificação do volume residual, de modo a reduzir o número de cateterismos desnecessários e, conseqüentemente, os traumas e infecções do trato urinário.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

13. Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transvaginal nas puérperas pós-cesariana, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após a cesariana e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

14. Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transabdominal nas puérperas pós-parto vaginal, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após o parto vaginal e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

15. Em caso de cesariana eletiva, o cateter vesical de demora deve ser mantido de 6 h a 8 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

16. Em caso de cesariana de urgência, o cateter vesical de demora deve ser mantido por 12h e ao ser removido, o horário deve ser documentado no prontuário da puérpera.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

17. Puérpera submetida à reparação (sutura) de laceração de terceiro ou quarto grau, sob analgesia regional (espinhal ou epidural), deve manter cateter vesical de demora pelo menos por 12 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

18. Em caso de trauma genital significativo, deve-se manter um cateter permanente por 24 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

## **Domínio 2 – Medidas para tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta**

19. Se até 6h depois do parto vaginal ou da retirada do cateter, a puérpera ainda não foi capaz de urinar, deve-se aplicar medidas de auxílio não invasivas compostas por: administração de analgésicos (em caso de dor), mobilização, imersão das mãos em água fria e privacidade para urinar com posicionamento postural adequado.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

20. Administrar anti-inflamatórios não hormonais, pois promovem a analgesia, auxiliam na redução da tensão e edema da região perineal e periuretral.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

21. Se após as medidas de auxílio não invasivas a puérpera continua incapaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário, deve-se avaliar o volume residual com o BladderScan® ou com cateterismo intermitente.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

22. A puérpera com sintoma de esvaziamento incompleto demanda de avaliação da urina residual, de preferência por meio da ultrassonografia convencional ou do BladderScan®. Caso não seja possível, deve-se realizar um cateterismo intermitente para avaliar o volume residual.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

23. A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan® ou cateterismo intermitente. Caso apresente volume residual inferior a 250 ml, deve-se controlar o volume urinário e reavaliar em 2 h a 3 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

24. A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >250 ml e <500 ml, deve-se realizar um cateterismo intermitente para drenar a urina, controlar o volume urinário e reavaliar em 6 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

25. A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >500 ml, deve-se instalar um cateter vesical de demora com drenagem contínua por 24 h. Após a retirada do cateter, deve-se controlar o débito urinário e avaliar em 6 h. Reinstalar o cateter de demora, caso a puérpera continue incapaz de urinar e agendar retorno para sete dias pós-alta.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

26. A puérpera que apresenta volume residual >150 ml em duas ocasiões, acompanhado de laceração e/ou edema perineal, deve ser mantida com cateter vesical de demora por 48 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

27. Em caso de volume residual que excede 700 ml, deve-se manter o cateter vesical de demora com drenagem contínua por 48 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

28. Se a puérpera que manteve cateterismo de demora por 48 h (devido ao volume residual >700 ml) não foi capaz de urinar após a remoção do cateter, deve-se solicitar a avaliação do uroginecologista e fisioterapeuta, de modo a programar a condução do caso pós-alta.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

29. Se a puérpera apresenta volume residual >1.500 ml, deve-se solicitar uma avaliação e conduta do médico uroginecologista.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

30. A puérpera capaz de urinar após a remoção do cateter, que apresenta volume residual pós-micção <100 ml, deve ser orientada a urinar a cada 3 h ou 4 h ao dia, durante a semana seguinte.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

31. A puérpera capaz de urinar espontaneamente, mas que ainda não recuperou a sensação normal de urinar, deve ser encaminhada para consulta com o fisioterapeuta em uma semana pós-alta hospitalar.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

32. A remoção do cateter vesical deve ser programada para o início do dia, para que haja tempo suficiente de avaliar o funcionamento da bexiga ao longo do dia.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

### **Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente**

33. A puérpera que apresenta retenção urinária persistente e necessita de reeducação da bexiga deve ser orientada por um profissional de saúde com formação e competências adequadas, o qual deve informar que além do cateterismo intermitente limpo (CIL), há as opções de tratamento que incluem os seguintes procedimentos: 1. Cateter vesical de demora com drenagem contínua e sistema fechado (bolsa coletora). 2. Cateter vesical de demora com tampa (sem drenagem contínua).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

34. Após a escolha do procedimento para drenar a bexiga e antes da alta hospitalar, a puérpera deve ser orientada por um profissional de saúde habilitado e capacitado sobre os cuidados com o sistema de drenagem urinária.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

35. A puérpera que optou pelo cateter vesical de demora com drenagem contínua deve ser orientada a retornar após 7 dias para ser reavaliada pela equipe de ginecologia.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

36. O cateterismo vesical promove a drenagem e evita a hiperdistensão da bexiga, permitindo assim que a elasticidade do detrusor retorne ao seu padrão normal.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

37.O esvaziamento completo da bexiga deve ocorrer em intervalos regulares e a hiperdistensão da bexiga (volume >600 ml) deve ser evitada.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

38.A puérpera com retenção urinária persistente e com grandes resíduos urinários deve ser acompanhada após a alta pela equipe obstétrica, em conjunto com a uroginecológica.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

39.A reeducação da bexiga, da puérpera que optou pelo CIL, começa com intervalos de 4h. Nesse caso, a puérpera é orientada que deve tentar urinar antes de realizar o procedimento.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

40. Caso a puérpera em processo de reeducação da bexiga consiga urinar, o CIL deve ser realizado imediatamente após a micção para verificar o volume residual de urina (com um atraso de 10 min mede-se a perfusão renal e não a urina residual).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

41.No início da reeducação da bexiga, é aconselhável realizar o autocateterismo intermitente e medição do volume residual durante a noite, pelo menos uma vez, para verificar o volume que está sendo retido e com isso, evitar a distensão excessiva da bexiga.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

42. Orientar a puérpera a ingerir de 2 a 3 litros de líquidos durante o dia. A ingestão excessiva de líquidos pode aumentar o volume da diurese e a frequência de cateterizações, e a ingestão insuficiente pode aumentar o risco de infecção do trato urinário.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

43.Orientar a puérpera a preencher um diário miccional com o volume da urina eliminada por micção espontânea e pelo CIL, de modo a controlar o volume residual, que não deve exceder 600 ml. Caso o volume da bexiga seja superior a 600 ml: aumentar a frequência do CIL de 4/4 h para 3/3 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

44.Se durante dois dias consecutivos, o volume residual verificado após a micção espontânea for <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 4/4 h para 6/6 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

45.Depois de dois dias consecutivos de CIL de 6/6 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 6/6 h para 8/8 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

46. Depois de dois dias consecutivos de CIL de 8/8 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 8/8 h para 12/12 h.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

47. A puérpera com retenção urinária persistente deve ser acompanhada periodicamente, em nível ambulatorial, pela equipe ginecologia/uroginecologia até completa resolução do caso.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

48. Solicitar um exame de urina caso haja suspeita de infecção do trato urinário.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta**

## Apêndice F

### Instrumento – Intervenção 1

#### 2ª Rodada do Painel Delphi – Recomendações para prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto

Dando continuidade ao desenvolvimento deste estudo, iniciamos uma nova rodada para a obtenção do consenso dos especialistas acerca das recomendações, que seguem acompanhadas das referências utilizadas para respaldar sua construção. Além dessas, estão disponíveis para o seu acesso as seguintes informações: nomes dos autores, ano de publicação e os respectivos níveis de evidência, e graus de recomendação, classificados de acordo com o *Centre for Evidence-Based Medicine - Levels of Evidence (CEBM) of Oxford* [https://is.gd/CEBM\\_Oxford](https://is.gd/CEBM_Oxford).

Por favor, após acessar e analisar as informações disponibilizadas, emita o seu segundo parecer sobre as recomendações, de acordo com os seguintes critérios:

“**Discordo totalmente**”: caso considere a recomendação incorreta.

“**Discordo parcialmente**”: caso considere a recomendação parcialmente incorreta.

“**Não concordo e nem discordo**”: caso não tenha opinião a respeito da recomendação.

“**Concordo parcialmente**”: caso considere a recomendação parcialmente correta.

“**Concordo totalmente**”: caso considere a recomendação correta.

#### Importante:

1. Após assinalar uma das opções, por favor, utilize o espaço disponível para justificar a sua resposta e emitir sugestões que julgar pertinente sobre a recomendação.
2. Foram alterados os textos das recomendações 5, 7, 15, 18, 19, 20, 21, 33, 36 e 41, com base nas opiniões emitidas e enviadas na rodada anterior.

#### Domínio 1 – Medidas para prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta

1. Verificar 6 h depois do parto vaginal ou da remoção do cateter, em caso de cesariana, se a puérpera foi capaz de urinar.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015). Glavind & Bjørk, 2003 (2B) [https://is.gd/Glavind\\_e\\_Bjork\\_2003](https://is.gd/Glavind_e_Bjork_2003).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

#### Justifique sua resposta:

2. Identificar os fatores de risco da retenção urinária pós-parto auxilia no diagnóstico precoce da disfunção miccional.

Humburg et al., 2007 (4C) [https://is.gd/Humburg\\_et\\_al\\_2007](https://is.gd/Humburg_et_al_2007). Rizvi & Rizvi, 2006 (2B) [https://is.gd/Rizvi\\_e\\_Rizvi\\_2006](https://is.gd/Rizvi_e_Rizvi_2006).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

#### Justifique sua resposta:

3. Reconhecer antecipadamente os sinais e sintomas clínicos da retenção urinária é fundamental para a prevenção do desenvolvimento de complicações urinárias e/ou dificuldades urinárias permanentes.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015). Rizvi & Rizvi, 2006 (2B) [https://is.gd/Rizvi\\_e\\_Rizvi\\_2006](https://is.gd/Rizvi_e_Rizvi_2006).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

4. Fatores de risco mais frequentes da retenção urinária pós-parto e que devem ser rigorosamente controlados: analgesia regional (espinhal e epidural), episiotomia, parto instrumental (fórceps e à vácuo) e primiparidade.

Mulder et al., 2012 (2B) [https://is.gd/Mulder\\_et\\_al\\_2012](https://is.gd/Mulder_et_al_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

5. Os fatores de risco menos frequentes e que apresentam relação com a retenção urinária são: trabalho de parto prolongado, laceração traumática do períneo, parto vaginal, peso do recém-nascido ( $\geq 4000$  gr), desejo reduzido de urinar após o parto, cesariana de emergência, tempo prolongado da cesariana ( $>60$  min) e falha na progressão do trabalho de parto seguida de cesariana. Caso a puérpera tenha sido exposta a algum desses fatores, deve ser monitorada mais atentamente quanto aos sinais e sintomas de retenção urinária.

Mulder et al., 2016 (2B) [https://is.gd/Mulder\\_et\\_al\\_2016](https://is.gd/Mulder_et_al_2016). Oh et al., 2015 (3B) [https://is.gd/Oh\\_et\\_al\\_2015](https://is.gd/Oh_et_al_2015). Liang et al., 2015 (2B) [https://is.gd/Liang\\_et\\_al\\_2015](https://is.gd/Liang_et_al_2015). Al-Mandee et al., 2014 (2B) [https://is.gd/Al\\_Mandee\\_et\\_al\\_2014](https://is.gd/Al_Mandee_et_al_2014). Cavkaytar et al., 2014 (3B) [https://is.gd/Cavkaytar\\_et\\_al\\_2014](https://is.gd/Cavkaytar_et_al_2014). Pifarotti et al., 2014 (3B) [https://is.gd/Pifarotti\\_et\\_al\\_2014](https://is.gd/Pifarotti_et_al_2014). Ajenifuja et al., 2013 (3B) [https://is.gd/Ajenifuja\\_et\\_al\\_2013](https://is.gd/Ajenifuja_et_al_2013). Kekre et al., 2011 (2B) [https://is.gd/Kekre\\_et\\_al\\_2011](https://is.gd/Kekre_et_al_2011). Groutz et al., 2011 (3B) [https://is.gd/Groutz\\_et\\_al\\_2011](https://is.gd/Groutz_et_al_2011). Chai et al., 2008 (3B) [https://is.gd/Chai\\_et\\_al\\_2008](https://is.gd/Chai_et_al_2008). Liang et al., 2007 (2B) [https://is.gd/Liang\\_et\\_al\\_2007](https://is.gd/Liang_et_al_2007). Musselwhite et al., 2007 (2B) [https://is.gd/Musselwhite\\_et\\_al\\_2007](https://is.gd/Musselwhite_et_al_2007). Liang et al., 2002 (3B) [https://is.gd/Liang\\_et\\_al\\_2002](https://is.gd/Liang_et_al_2002). Carley et al., 2002 (3B) [https://is.gd/Carley\\_et\\_al\\_2002](https://is.gd/Carley_et_al_2002). Yip et al., 1998 (3B) [https://is.gd/Yip\\_et\\_al\\_1998\\_2](https://is.gd/Yip_et_al_1998_2). Andolf et al., 1994 (2B) [https://is.gd/Andolf\\_et\\_al\\_1994](https://is.gd/Andolf_et_al_1994).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

6. Perguntar à puérpera e documentar em prontuário se sua sensação vesical ao urinar está normal, ou se existe dificuldade em iniciar a micção, alteração no jato urinário e ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

7. Perguntar à puérpera e documentar em prontuário a frequência, e estimativa do volume (pequena, média ou grande quantidade) das micções.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

8. Monitorar os sinais e sintomas clínicos de retenção urinária: dor na bexiga, disúria, frequência aumentada e passagem de pequenas quantidades de urina, incapacidade ou hesitação de urinar, bexiga palpável, útero alto e destro desviado com loquiação em grande quantidade.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015). Rizvi & Rizvi, 2006 (2B) [https://is.gd/Rizvi\\_e\\_Rizvi\\_2006](https://is.gd/Rizvi_e_Rizvi_2006). Humberg et al., 2007 (4C) [https://is.gd/Humberg\\_et\\_al\\_2007](https://is.gd/Humberg_et_al_2007).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

9. Na presença de um ou mais fatores de risco e de sintomas sugestivos de retenção urinária, deve-se recomendar o balanço hídrico por 24 h e a orientação para a puérpera urinar a cada 2 h ou 3 h.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

10. Mensurar e anotar o volume das duas primeiras micções pós-parto, se o volume de cada uma das micções for igual ou maior a 250 ml, dar seguimento aos cuidados puerperais de rotina.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

11. Monitorar até pelo menos o 3º dia pós-parto, por meio do BladderScan®, o volume residual das puérperas pós-parto vaginal sob analgesia regional, em função do risco explícito de desenvolver a retenção urinária.

Demaria et al., 2008 (2B) [https://is.gd/Demaria\\_et\\_al\\_2008](https://is.gd/Demaria_et_al_2008).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

12. Utilizar regularmente o BladderScan® na verificação do volume residual, de modo a reduzir o número de cateterismos desnecessários e, conseqüentemente, os traumas e infecções do trato urinário.

Demaria et al., 2008 (2B) [https://is.gd/Demaria\\_et\\_al\\_2008](https://is.gd/Demaria_et_al_2008).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

13. Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transvaginal nas puérperas pós-cesariana, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após a cesariana e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.

Yip et al., 1998 (2B) [https://is.gd/Yip\\_et\\_al\\_1998](https://is.gd/Yip_et_al_1998).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

14. Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transabdominal nas puérperas pós-parto vaginal, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após o parto vaginal e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.

Yip et al., 1998 (2B) [https://is.gd/Yip\\_et\\_al\\_1998](https://is.gd/Yip_et_al_1998).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

15. Em caso de cesariana eletiva, o cateter vesical de demora deve ser mantido de 6 h a 8 h e ao ser removido, o horário e o volume da diurese devem ser documentados no prontuário da puérpera.

Diretriz\_4\_2016 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_4\\_2016](https://is.gd/Diretriz_4_2016).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

16.Em caso de cesariana de urgência, o cateter vesical de demora deve ser mantido por 12 h e ao ser removido, o horário deve ser documentado no prontuário da puérpera.

Diretriz\_4\_2016 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_4\\_2016](https://is.gd/Diretriz_4_2016).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

17.A puérpera submetida à sutura devido à laceração de terceiro ou quarto grau e analgesia regional, deve manter cateter vesical de demora por pelo menos 12 h.

Diretriz\_4\_2016 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_4\\_2016](https://is.gd/Diretriz_4_2016).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

18.Em caso de lacerações perineais de grande extensão, deve-se manter um cateter permanente por 24 h após o parto, devido ao risco que isto implica no desenvolvimento da retenção urinária.

Diretriz\_4\_2016 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_4\\_2016](https://is.gd/Diretriz_4_2016).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

## **Domínio 2 – Medidas para tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta**

19.Se até 6h depois do parto vaginal ou da retirada do cateter, a puérpera ainda não foi capaz de urinar, deve-se aplicar medidas de auxílio não invasivas compostas por: administração de analgésicos (em caso de dor), mobilização (levantar a puérpera para que possa caminhar), imersão das mãos em água fria e privacidade para urinar com posicionamento postural adequado (sentada e relaxada).

Rizvi & Rizvi, 2006 (2B) [https://is.gd/Rizvi\\_e\\_Rizvi\\_2006](https://is.gd/Rizvi_e_Rizvi_2006). Glavind & Bjørk, 2003 (2B) [https://is.gd/Glavind\\_e\\_Bjork\\_2003](https://is.gd/Glavind_e_Bjork_2003). Humburg et al., 2007 (4C) [https://is.gd/Humburg\\_et\\_al\\_2007](https://is.gd/Humburg_et_al_2007).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

20.É preferível o uso de anti-inflamatórios não hormonais a analgésicos simples, pois além promoverem a analgesia, auxiliam na redução da tensão e edema da região perineal e periuretral.

Rizvi & Rizvi, 2006 (2B) [https://is.gd/Rizvi\\_e\\_Rizvi\\_2006](https://is.gd/Rizvi_e_Rizvi_2006). Glavind & Bjørk, 2003 (2B) [https://is.gd/Glavind\\_e\\_Bjork\\_2003](https://is.gd/Glavind_e_Bjork_2003). Humburg et al., 2007 (4C) [https://is.gd/Humburg\\_et\\_al\\_2007](https://is.gd/Humburg_et_al_2007).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

21.Se após as medidas de auxílio não invasivas a puérpera continua incapaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário, deve-se avaliar o volume residual por meio do BladderScan® (se disponível), ou do cateterismo intermitente.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015). Glavind & Bjørk, 2003 (2B) [https://is.gd/Glavind\\_e\\_Bjork\\_2003](https://is.gd/Glavind_e_Bjork_2003). Humburg et al., 2007 (4C) [https://is.gd/Humburg\\_et\\_al\\_2007](https://is.gd/Humburg_et_al_2007).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

22.A puérpera com sintoma de esvaziamento incompleto demanda de avaliação da urina residual, de preferência por meio da ultrassonografia convencional ou do BladderScan®. Caso não seja possível, deve-se realizar um cateterismo intermitente para avaliar o volume residual.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015). Humburg et al., 2007 (4C) [https://is.gd/Humburg\\_et\\_al\\_2007](https://is.gd/Humburg_et_al_2007). Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

23.A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan® ou cateterismo intermitente. Caso apresente volume residual inferior a 250 ml, deve-se controlar o volume urinário e reavaliar em 2 h a 3 h.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

24.A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >250 ml e <500 ml, deve-se realizar um cateterismo intermitente para drenar a urina, controlar o volume urinário e reavaliar em 6 h.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

25.A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >500 ml, deve-se instalar um cateter vesical de demora com drenagem contínua por 24 h. Após a retirada do cateter, deve-se controlar o débito urinário e avaliar em 6 h. Reinstalar o cateter de demora, caso a puérpera continue incapaz de urinar e agendar retorno para sete dias pós-alta.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

26.A puérpera que apresenta volume residual >150 ml em duas ocasiões, acompanhado de laceração e/ou edema perineal, deve ser mantida com cateter vesical de demora por 48 h.

Diretriz\_2\_2013 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_2\\_2013](https://is.gd/Diretriz_2_2013).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

27.Em caso de volume residual que excede 700 ml, deve-se manter o cateter vesical de demora com drenagem contínua por 48 h.

Diretriz\_3\_2014 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_3\\_2014](https://is.gd/Diretriz_3_2014).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

28. Se a puérpera que manteve cateterismo de demora por 48 h (devido ao volume residual >700 ml) não foi capaz de urinar após a remoção do cateter, deve-se solicitar a avaliação do uroginecologista e fisioterapeuta, de modo a programar a condução do caso pós-alta.

Diretriz\_3\_2014 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_3\\_2014](https://is.gd/Diretriz_3_2014).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

29. Se a puérpera apresenta volume residual >1.500 ml, deve-se solicitar uma avaliação e conduta do médico uroginecologista.

Diretriz\_3\_2014 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_3\\_2014](https://is.gd/Diretriz_3_2014).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

30. A puérpera capaz de urinar após a remoção do cateter, que apresenta volume residual pós-micção <100 ml, deve ser orientada a urinar a cada 3 h ou 4 h ao dia, durante a semana seguinte.

Rizvi & Rizvi, 2006 (2B) [https://is.gd/Rizvi\\_e\\_Rizvi\\_2006](https://is.gd/Rizvi_e_Rizvi_2006).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

31. A puérpera capaz de urinar espontaneamente, mas que ainda não recuperou a sensação normal de urinar, deve ser encaminhada para consulta com o fisioterapeuta em uma semana pós-alta hospitalar.

Diretriz\_2\_2013 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_2\\_2013](https://is.gd/Diretriz_2_2013).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

32. A remoção do cateter vesical deve ser programada para o início do dia, para que haja tempo suficiente de avaliar o funcionamento da bexiga ao longo do dia.

Diretriz\_3\_2014 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_3\\_2014](https://is.gd/Diretriz_3_2014).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

### **Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente**

33. A puérpera com retenção urinária persistente deve ser orientada por um profissional de saúde qualificado quanto ao processo reeducação da bexiga. O profissional deve orientar que é possível utilizar o cateterismo intermitente limpo (CIL) ou o cateter vesical de demora com drenagem contínua e sistema fechado. O profissional deve esclarecer sobre as vantagens e desvantagens de cada um dos procedimentos.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

34. Após a escolha do procedimento para drenar a bexiga e antes da alta hospitalar, a puérpera deve ser orientada por um profissional de saúde habilitado e capacitado sobre os cuidados com o sistema de drenagem urinária.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

35. A puérpera que optou pelo cateter vesical de demora com drenagem contínua deve ser orientada a retornar após 7 dias para ser reavaliada pela equipe de ginecologia.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley\\_e\\_Conner\\_2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

36. Realizar a drenagem da urina durante o processo de reeducação da bexiga, por meio do cateterismo vesical, evita a hiperdistensão da bexiga e facilita o restabelecimento da contratilidade do detrusor.

Diretriz\_3\_2014 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_3\\_2014](https://is.gd/Diretriz_3_2014).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

37. O esvaziamento completo da bexiga deve ocorrer em intervalos regulares e a hiperdistensão da bexiga (volume >600 ml) deve ser evitada.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

38. A puérpera com retenção urinária persistente e com grandes resíduos urinários deve ser acompanhada após a alta pela equipe obstétrica, em conjunto com a uroginecológica.

Diretriz\_3\_2014 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_3\\_2014](https://is.gd/Diretriz_3_2014).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

39. A reeducação da bexiga, da puérpera que optou pelo CIL, começa com intervalos de 4h. Nesse caso, a puérpera é orientada que deve tentar urinar antes de realizar o procedimento.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

40. Caso a puérpera em processo de reeducação da bexiga consiga urinar, o CIL deve ser realizado imediatamente após a micção para verificar o volume residual de urina (com um atraso de 10 min mede-se a perfusão renal e não a urina residual).

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

41.No início da reeducação da bexiga é aconselhável verificar o volume residual pelo menos uma vez à noite, para certificar-se que não há hiperdistensão da bexiga.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

42. Orientar a puérpera a ingerir de 2 a 3 litros de líquidos durante o dia. A ingestão excessiva de líquidos pode aumentar o volume da diurese e a frequência de cateterizações, e a ingestão insuficiente pode aumentar o risco de infecção do trato urinário.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

43.Orientar a puérpera a preencher um diário miccional com o volume da urina eliminada por micção espontânea e pelo CIL, de modo a controlar o volume residual, que não deve exceder 600 ml. Caso o volume da bexiga seja superior a 600 ml: aumentar a frequência do CIL de 4/4 h para 3/3 h.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

44.Se durante dois dias consecutivos, o volume residual verificado após a micção espontânea for <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 4/4 h para 6/6 h.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

45.Depois de dois dias consecutivos de CIL de 6/6 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 6/6 h para 8/8 h.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

46.Depois de dois dias consecutivos de CIL de 8/8 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 8/8 h para 12/12 h.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

47.A puérpera com retenção urinária persistente deve ser acompanhada periodicamente, em nível ambulatorial, pela equipe ginecologia/uroginecologia até completa resolução do caso.

Stanley & Conner, 2015 (2B) [https://is.gd/Stanley e Conner 2015](https://is.gd/Stanley_e_Conner_2015). Rizvi & Rizvi, 2006 (2B) [https://is.gd/Rizvi e Rizvi 2006](https://is.gd/Rizvi_e_Rizvi_2006). Humburg et al., 2007 (4C) [https://is.gd/Humburg et al 2007](https://is.gd/Humburg_et_al_2007).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

48.Solicitar um exame de urina caso haja suspeita de infecção do trato urinário.

Diretriz\_1\_2012 (5D) [https://is.gd/Diretriz\\_1\\_2012](https://is.gd/Diretriz_1_2012).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta**

## Apêndice G

### Instrumento – Intervenção 2

#### 3ª Rodada do Painel Delphi – Recomendações para prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto

Dando continuidade ao desenvolvimento deste estudo, iniciamos a última rodada para a obtenção do consenso dos especialistas acerca das recomendações, que seguem acompanhadas do nível de consenso até o momento e das opiniões emitidas pelos dos participantes. Nesta etapa, como na anterior, você poderá manter ou alterar o seu parecer sobre cada uma das recomendações.

Por favor, após acessar e analisar as informações disponibilizadas, emita o seu terceiro parecer sobre as recomendações, de acordo com os seguintes critérios:

“**Discordo totalmente**”: caso considere a recomendação incorreta.

“**Discordo parcialmente**”: caso considere a recomendação parcialmente incorreta.

“**Não concordo e nem discordo**”: caso não tenha opinião a respeito da recomendação.

“**Concordo parcialmente**”: caso considere a recomendação parcialmente correta.

“**Concordo totalmente**”: caso considere a recomendação correta.

#### **Importante:**

1. Após assinalar uma das opções, por favor, utilize o espaço disponível para emitir sugestões que julgar pertinente sobre a recomendação.
2. Foram alterados os textos das recomendações 4 e 9, com base nas opiniões emitidas e enviadas na rodada anterior.

#### **Domínio 1 – Medidas para prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta**

1. Verificar 6h depois do parto vaginal ou da remoção do cateter, em caso de cesariana, se a puérpera foi capaz de urinar.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend1>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

2. Identificar os fatores de risco da retenção urinária pós-parto auxilia no diagnóstico precoce da disfunção miccional.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend2>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

3.Reconhecer antecipadamente os sinais e sintomas clínicos da retenção urinária é fundamental para a prevenção do desenvolvimento de complicações urinárias e/ou dificuldades urinárias permanentes.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend3>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

4.Os fatores de risco mais frequentes e que apresentam relação significativa com o aumento da incidência da retenção urinária são: analgesia regional, episiotomia, parto instrumental e primiparidade. Caso a puérpera tenha sido exposta a algum desses fatores, deve ser monitorada rigorosamente quanto aos sinais e sintomas de retenção urinária.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend4>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

5.Os fatores de risco menos frequentes e que apresentam relação com a retenção urinária são: trabalho de parto prolongado, laceração traumática do períneo, parto vaginal, peso do recém-nascido ( $\geq 4000$  gr), desejo reduzido de urinar após o parto, cesariana de emergência, tempo prolongado da cesariana ( $>60$  min) e falha na progressão do trabalho de parto seguida de cesariana. Caso a puérpera tenha sido exposta a algum desses fatores, deve ser monitorada mais atentamente quanto aos sinais e sintomas de retenção urinária.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend5>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

6.Perguntar à puérpera e documentar em prontuário se sua sensação vesical ao urinar está normal, ou se existe dificuldade em iniciar a micção, alteração no jato urinário e ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend6>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

7.Perguntar à puérpera e documentar em prontuário a frequência, e estimativa do volume (pequena, média ou grande quantidade) das micções.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend7>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

8.Monitorar os sinais e sintomas clínicos de retenção urinária: dor na bexiga, disúria, frequência aumentada e passagem de pequenas quantidades de urina, incapacidade ou hesitação de urinar, bexiga palpável, útero alto e destro desviado com loquiação em grande quantidade.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend8>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

9. Na presença de um ou mais fatores de risco e de sintomas sugestivos de retenção urinária: orientar a puérpera sobre a importância de urinar a cada 2 h ou 3 h e realizar um balanço hídrico por pelos menos 24 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend9>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

10. Mensurar e anotar o volume das duas primeiras micções pós-parto, se o volume de cada uma das micções for igual ou maior a 250 ml, dar seguimento aos cuidados puerperais de rotina.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend10>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

11. Monitorar até pelo menos o 3º dia pós-parto, por meio do BladderScan®, o volume residual das puérperas pós-parto vaginal sob analgesia regional, em função do risco explícito de desenvolver a retenção urinária.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend11>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

12. Utilizar regularmente o BladderScan® na verificação do volume residual, de modo a reduzir o número de cateterismos desnecessários e conseqüentemente, os traumas e infecções do trato urinário.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend12>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

13. Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transvaginal nas puérperas pós-cesariana, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após a cesariana e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend13>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

14. Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transabdominal nas puérperas pós-parto vaginal, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após o parto vaginal e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend14>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

15. Em caso de cesariana eletiva, o cateter vesical de demora deve ser mantido de 6 a 8h e ao ser removido, o horário e o volume da diurese devem ser documentados no prontuário da puérpera.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend15>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

16. Em caso de cesariana de urgência, o cateter vesical de demora deve ser mantido por 12h e ao ser removido, o horário deve ser documentado no prontuário da puérpera.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend16>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

17. A puérpera submetida à sutura devido à laceração de terceiro ou quarto grau e analgesia regional, deve manter cateter vesical de demora por pelo menos 12 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend17>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

18. Em caso de lacerações perineais de grande extensão, deve-se manter um cateter permanente por 24 h após o parto, devido ao risco que isto implica no desenvolvimento da retenção urinária.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend18>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

## **Domínio 2 – Medidas para tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta**

19. Se até 6h depois do parto vaginal ou da retirada do cateter, a puérpera ainda não foi capaz de urinar, deve-se aplicar medidas de auxílio não invasivas compostas por: administração de analgésicos (em caso de dor), mobilização (levantar a puérpera para que possa caminhar), imersão das mãos em água fria e privacidade para urinar com posicionamento postural adequado (sentada e relaxada).

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend19>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

20. É preferível o uso de anti-inflamatórios não hormonais a analgésicos simples, pois além promoverem a analgesia, auxiliam na redução da tensão e edema da região perineal e periuretral.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend20>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

21. Se após as medidas de auxílio não invasivas a puérpera continua incapaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário, deve-se avaliar o volume residual por meio do BladderScan® (se disponível), ou do cateterismo intermitente.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend21>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

22. A puérpera com sintoma de esvaziamento incompleto demanda de avaliação da urina residual, de preferência por meio da ultrassonografia convencional ou do BladderScan®. Caso não seja possível, deve-se realizar um cateterismo intermitente para avaliar o volume residual.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend22>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

23. A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan® ou cateterismo intermitente. Caso presente volume residual inferior a 250 ml, deve-se controlar o volume urinário e reavaliar em 2 h a 3 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend23>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

24. A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >250 ml e <500 ml, deve-se realizar um cateterismo intermitente para drenar a urina, controlar o volume urinário e reavaliar em 6 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend24>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

25. A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >500 ml, deve-se instalar um cateter vesical de demora com drenagem contínua por 24 h. Após a retirada do cateter, deve-se controlar o débito urinário e avaliar em 6 h. Reinstalar o cateter de demora, caso a puérpera continue incapaz de urinar e agendar retorno para sete dias pós-alta.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend25>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

26. A puérpera que apresenta volume residual >150 ml em duas ocasiões, acompanhado de laceração e/ou edema perineal, deve ser mantida com cateter vesical de demora por 48 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend26>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

27.Em caso de volume residual que excede 700 ml, deve-se manter o cateter vesical de demora com drenagem contínua por 48 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend27>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

28.Se a puérpera que manteve cateterismo de demora por 48 h (devido ao volume residual >700 ml) não foi capaz de urinar após a remoção do cateter, deve-se solicitar a avaliação do uroginecologista e fisioterapeuta, de modo a programar a condução do caso pós-alta.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend28>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

29.Se a puérpera apresenta volume residual >1.500 ml, deve-se solicitar uma avaliação e conduta do médico uroginecologista.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend29>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

30.A puérpera capaz de urinar após a remoção do cateter, que apresenta volume residual pós-micção <100 ml, deve ser orientada a urinar a cada 3 h ou 4 h ao dia, durante a semana seguinte.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend30>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

31.A puérpera capaz de urinar espontaneamente, mas que ainda não recuperou a sensação normal de urinar, deve ser encaminhada para consulta com o fisioterapeuta em uma semana pós-alta hospitalar.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend31>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

32.A remoção do cateter vesical deve ser programada para o início do dia, para que haja tempo suficiente de avaliar o funcionamento da bexiga ao longo do dia.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend32>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

### **Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente**

33.A puérpera com retenção urinária persistente deve ser orientada por um profissional de saúde qualificado quanto ao processo reeducação da bexiga. O profissional deve orientar que é possível utilizar o cateterismo intermitente limpo (CIL) ou o cateter vesical de demora com drenagem contínua e sistema fechado. O

profissional deve esclarecer sobre as vantagens e desvantagens de cada um dos procedimentos.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend33>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

34. Após a escolha do procedimento para drenar a bexiga e antes da alta hospitalar, a puérpera deve ser orientada por um profissional de saúde habilitado e capacitado sobre os cuidados com o sistema de drenagem urinária.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend34>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

35. A puérpera que optou pelo cateter vesical de demora com drenagem contínua deve ser orientada a retornar após 7 dias para ser reavaliada pela equipe de ginecologia.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend35>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

36. Realizar a drenagem da urina durante o processo de reeducação da bexiga, por meio do cateterismo vesical, evita a hiperdistensão da bexiga e facilita o restabelecimento da contratilidade do detrusor.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend36>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

37. O esvaziamento completo da bexiga deve ocorrer em intervalos regulares e a hiperdistensão da bexiga (volume >600 ml) deve ser evitada.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend37>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

38. A puérpera com retenção urinária persistente e com grandes resíduos urinários deve ser acompanhada após a alta pela equipe obstétrica, em conjunto com a uroginecológica.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend38>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

39. A reeducação da bexiga, da puérpera que optou pelo CIL, começa com intervalos de 4h. Nesse caso, a puérpera é orientada que deve tentar urinar antes de realizar o procedimento.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend39>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

40. Caso a puérpera em processo de reeducação da bexiga consiga urinar, o CIL deve ser realizado imediatamente após a micção para verificar o volume residual de urina (com um atraso de 10 min mede-se a perfusão renal e não a urina residual).

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend40>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

41. No início da reeducação da bexiga é aconselhável verificar o volume residual pelo menos uma vez à noite, para certificar-se que não há hiperdistensão da bexiga.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend41>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

42. Orientar a puérpera a ingerir de 2 a 3 litros de líquidos durante o dia. A ingestão excessiva de líquidos pode aumentar o volume da diurese e a frequência de cateterizações, e a ingestão insuficiente pode aumentar o risco de infecção do trato urinário.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend42>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

43. Orientar a puérpera a preencher um diário miccional com o volume da urina eliminada por micção espontânea e pelo CIL, de modo a controlar o volume residual, que não deve exceder 600 ml. Caso o volume da bexiga seja superior a 600 ml: aumentar a frequência do CIL de 4/4 h para 3/3 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend43>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

44. Se durante dois dias consecutivos, o volume residual verificado após a micção espontânea for <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 4/4 h para 6/6 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend44>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

45. Depois de dois dias consecutivos de CIL de 6/6 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 6/6 h para 8/8 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend45>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

46. Depois de dois dias consecutivos de CIL de 8/8 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 8/8 h para 12/12 h.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend46>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

47.A puérpera com retenção urinária persistente deve ser acompanhada periodicamente, em nível ambulatorial, pela equipe ginecologia/uroginecologia até completa resolução do caso.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend47>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta:**

48.Solicitar um exame de urina caso haja suspeita de infecção do trato urinário.

Nível de consenso e comentários dos participantes do estudo: <https://is.gd/Recomend48>

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

**Justifique sua resposta**

## Apêndice H

### Versão das 14 recomendações clínicas com consenso de inclusão (≥80%) na primeira rodada

<b>Domínio 1 – Prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 1:</b> Verificar 6h depois do parto vaginal ou da remoção do cateter, em caso de cesariana, se a puérpera foi capaz de urinar.
<b>Rec. 2:</b> Identificar os fatores de risco da retenção urinária pós-parto auxilia no diagnóstico precoce da disfunção miccional.
<b>Rec. 3:</b> Reconhecer antecipadamente os sinais e sintomas clínicos da retenção urinária é fundamental para a prevenção do desenvolvimento de complicações urinárias e/ou dificuldades urinárias permanentes.
<b>Rec. 4:</b> Fatores de risco mais frequentes da retenção urinária pós-parto e que devem ser rigorosamente controlados: analgesia regional (espinhal e epidural), episiotomia, parto instrumental (fórceps e à vácuo) e primiparidade.
<b>Rec. 5:</b> Fatores que apresentam relação com a retenção urinária pós-parto e devem ser controlados: trabalho de parto prolongado (principalmente a segunda fase), laceração traumática do períneo (principalmente as lacerações de 3º e 4º grau), parto vaginal, peso do recém-nascido (≥4000 gr), manobra de Kristeller, desejo reduzido de urinar após o parto, cesariana de emergência, tempo prolongado da cesariana (>60 min) e falha na progressão do trabalho de parto seguida de cesariana.
<b>Rec. 7:</b> Deve ser perguntado rotineiramente à puérpera e documentado em prontuário, a frequência e a estimativa do volume das micções durante o período de internação no alojamento conjunto.
<b>Rec. 9:</b> Na presença de um ou mais fatores de risco e de sintomas sugestivos de retenção urinária, deve-se recomendar o balanço hídrico por 24 h e a orientação para a puérpera urinar a cada 2 h ou 3 h.
<b>Domínio 2 – Tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
Nenhuma recomendação obteve consenso de inclusão nesta rodada
<b>Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente</b>
<b>Rec. 34:</b> Após a escolha do procedimento para drenar a bexiga e antes da alta hospitalar, a puérpera deve ser orientada por um profissional de saúde habilitado e capacitado sobre os cuidados com o sistema de drenagem urinária.
<b>Rec. 35:</b> A puérpera que optou pelo cateter vesical de demora com drenagem contínua deve ser orientada a retornar após 7 dias para ser reavaliada pela equipe de ginecologia.
<b>Rec. 37:</b> O esvaziamento completo da bexiga deve ocorrer em intervalos regulares e a hiperdistensão da bexiga (volume >600 ml) deve ser evitada.
<b>Rec. 42:</b> Orientar a puérpera a ingerir de 2 a 3 litros de líquidos ao dia. A ingestão excessiva de líquidos pode aumentar o volume da diurese e a frequência de cateterizações, e a ingestão insuficiente pode aumentar o risco de infecção do trato urinário.
<b>Rec. 45:</b> Depois de dois dias consecutivos de CIL de 6/6 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 6/6 h para 8/8 h.

**Rec. 47:** A puérpera com retenção urinária persistente deve ser acompanhada periodicamente, em nível ambulatorial, pela equipe ginecologia/uroginecologia até completa resolução do caso.

**Rec. 48:** Solicitar um exame de urina caso haja suspeita de infecção do trato urinário.

## Apêndice I

### Versão das 34 recomendações clínicas com consenso de exclusão (<80%) na primeira rodada

<b>Domínio 1 – Prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 6:</b> Perguntar à puérpera e documentar em prontuário se sua sensação vesical ao urinar está normal, ou se existe dificuldade em iniciar a micção, alteração no jato urinário e ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.
<b>Rec. 8:</b> Monitorar os sinais e sintomas clínicos de retenção urinária: dor na bexiga, disúria, frequência aumentada e passagem de pequenas quantidades de urina, incapacidade ou hesitação de urinar, bexiga palpável, útero alto e destro desviado com loquiação em grande quantidade.
<b>Rec. 10:</b> Mensurar e anotar o volume das duas primeiras micções pós-parto, se o volume de cada uma das micções for igual ou maior a 250 ml, dar seguimento aos cuidados puerperais de rotina.
<b>Rec. 11:</b> Monitorar até pelo menos o 3º dia pós-parto, por meio do BladderScan®, o volume residual das puérperas pós-parto vaginal sob analgesia regional, em função do risco explícito de desenvolver a retenção urinária.
<b>Rec. 12:</b> Utilizar regularmente o BladderScan® na verificação do volume residual, de modo a reduzir o número de cateterismos desnecessários e, conseqüentemente, os traumas e infecções do trato urinário.
<b>Rec. 13:</b> Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transvaginal nas puérperas pós-cesariana, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após a cesariana e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.
<b>Rec. 14:</b> Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transabdominal nas puérperas pós-parto vaginal, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após o parto vaginal e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.
<b>Rec. 15:</b> Em caso de cesariana eletiva, o cateter vesical de demora deve ser mantido de 6 h a 8 h.
<b>Rec. 16:</b> Em caso de cesariana de urgência, o cateter vesical de demora deve ser mantido por 12 h e ao ser removido, o horário deve ser documentado no prontuário da puérpera.
<b>Rec. 17:</b> A puérpera submetida à sutura devido à laceração de terceiro ou quarto grau e analgesia regional, deve manter cateter vesical de demora por pelo menos 12 h.
<b>Rec. 18:</b> Em caso de trauma genital significativo, deve-se manter um cateter permanente por 24 h.
<b>Domínio 2 – Tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 19:</b> Se até 6h depois do parto vaginal ou da retirada do cateter, a puérpera ainda não foi capaz de urinar, deve-se aplicar medidas de auxílio não invasivas compostas por: administração de analgésicos (em caso de dor), mobilização, imersão das mãos em água fria e privacidade para urinar com posicionamento postural adequado.

<b>Rec. 20:</b> Administrar anti-inflamatórios não hormonais, pois promovem a analgesia, auxiliam na redução da tensão e edema da região perineal e periuretral.
<b>Rec. 21:</b> Se após as medidas de auxílio não invasivas a puérpera continua incapaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário, deve-se avaliar o volume residual com o BladderScan® ou com cateterismo intermitente.
<b>Rec. 22:</b> A puérpera com sintoma de esvaziamento incompleto demanda de avaliação da urina residual, de preferência por meio da ultrassonografia convencional ou do BladderScan®. Caso não seja possível, deve-se realizar um cateterismo intermitente para avaliar o volume residual.
<b>Rec. 23:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan® ou cateterismo intermitente. Caso apresente volume residual inferior a 250 ml, deve-se controlar o volume urinário e reavaliar em 2 h a 3 h.
<b>Rec. 24:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >250 ml e <500 ml, deve-se realizar um cateterismo intermitente para drenar a urina, controlar o volume urinário e reavaliar em 6 h.
<b>Rec. 25:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >500 ml, deve-se instalar um cateter vesical de demora com drenagem contínua por 24 h. Após a retirada do cateter, deve-se controlar o débito urinário e avaliar em 6 h. Reinstalar o cateter de demora, caso a puérpera continue incapaz de urinar e agendar retorno para sete dias pós-alta.
<b>Rec. 26:</b> A puérpera que apresenta volume residual >150 ml em duas ocasiões, acompanhado de laceração e/ou edema perineal, deve ser mantida com cateter vesical de demora por 48 h.
<b>Rec. 27:</b> Em caso de volume residual que excede 700 ml, deve-se manter o cateter vesical de demora com drenagem contínua por 48 h.
<b>Rec. 28:</b> Se a puérpera que manteve cateterismo de demora por 48h (devido ao volume residual >700 ml) não foi capaz de urinar após a remoção do cateter, deve-se solicitar a avaliação do uroginecologista e fisioterapeuta, de modo a programar a condução do caso pós-alta.
<b>Rec. 29:</b> Se a puérpera apresenta volume residual >1.500 ml, deve-se solicitar uma avaliação e conduta do médico uroginecologista.
<b>Rec. 30:</b> A puérpera capaz de urinar após a remoção do cateter, que apresenta volume residual pós-micção <100 ml, deve ser orientada a urinar a cada 3 h ou 4 h ao dia, durante a semana seguinte.
<b>Rec. 31:</b> A puérpera capaz de urinar espontaneamente, mas que ainda não recuperou a sensação normal de urinar, deve ser encaminhada para consulta com o fisioterapeuta em uma semana pós-alta hospitalar.
<b>Rec. 32:</b> A remoção do cateter vesical deve ser programada para o início do dia, para que haja tempo suficiente de avaliar o funcionamento da bexiga ao longo do dia.
<b>Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente</b>
<b>Rec. 33:</b> A puérpera que apresenta retenção urinária persistente e necessita de reeducação da bexiga deve ser orientada por um profissional de saúde com

formação e competências adequadas, o qual deve informar que além do cateterismo intermitente limpo (CIL), há as opções de tratamento que incluem os seguintes procedimentos: 1. Cateter vesical de demora com drenagem contínua e sistema fechado (bolsa coletora). 2. Cateter vesical de demora com tampa (sem drenagem contínua).

**Rec. 36:** O cateterismo vesical promove a drenagem e evita a hiperdistensão da bexiga, permitindo assim que a elasticidade do detrusor retorne ao seu padrão normal.

**Rec. 38:** A puérpera com retenção urinária persistente e com grandes resíduos urinários deve ser acompanhada após a alta pela equipe obstétrica, em conjunto com a uroginecológica.

**Rec. 39:** A reeducação da bexiga, da puérpera que optou pelo CIL, começa com intervalos de 4 h. Nesse caso, a puérpera é orientada que deve tentar urinar antes de realizar o procedimento.

**Rec. 40:** Caso a puérpera em processo de reeducação da bexiga consiga urinar, o CIL deve ser realizado imediatamente após a micção para verificar o volume residual de urina (com um atraso de 10 min mede-se a perfusão renal e não a urina residual).

**Rec. 41:** No início da reeducação da bexiga, é aconselhável realizar o autocateterismo intermitente e medição do volume residual durante a noite, pelo menos uma vez, para verificar o volume que está sendo retido e com isso, evitar a distensão excessiva da bexiga.

**Rec. 43:** Orientar a puérpera a preencher um diário miccional com o volume da urina eliminada por micção espontânea e pelo CIL, de modo a controlar o volume residual, que não deve exceder 600 ml. Caso o volume da bexiga seja superior a 600 ml: aumentar a frequência do CIL de 4/4 h para 3/3 h.

**Rec. 44:** Se durante dois dias consecutivos, o volume residual verificado após a micção espontânea for <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 4/4 h para 6/6 h.

**Rec. 46:** Depois de dois dias consecutivos de CIL de 8/8 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 8/8 h para 12/12 h.

## Apêndice J

### Versão das 26 recomendações clínicas com consenso de inclusão (≥80%) na segunda rodada

<b>Domínio 1 – Prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 1:</b> Verificar 6h depois do parto vaginal ou da remoção do cateter, em caso de cesariana, se a puérpera foi capaz de urinar.
<b>Rec. 2:</b> Identificar os fatores de risco da retenção urinária pós-parto auxilia no diagnóstico precoce da disfunção miccional.
<b>Rec. 3:</b> Reconhecer antecipadamente os sinais e sintomas clínicos da retenção urinária é fundamental para a prevenção do desenvolvimento de complicações urinárias e/ou dificuldades urinárias permanentes.
<b>Rec. 4:</b> Fatores de risco mais frequentes da retenção urinária pós-parto e que devem ser rigorosamente controlados: analgesia regional (espinhal e epidural), episiotomia, parto instrumental (fórceps e à vácuo) e primiparidade
<b>Rec. 5:</b> Os fatores de risco menos frequentes e que apresentam relação com a retenção urinária são: trabalho de parto prolongado, laceração traumática do períneo, parto vaginal, peso do recém-nascido (≥4000 gr), desejo reduzido de urinar após o parto, cesariana de emergência, tempo prolongado da cesariana (>60 min) e falha na progressão do trabalho de parto seguida de cesariana. Caso a puérpera tenha sido exposta a algum desses fatores, deve ser monitorada mais atentamente quanto aos sinais e sintomas de retenção urinária.
<b>Rec. 6:</b> Perguntar à puérpera e documentar em prontuário se sua sensação vesical ao urinar está normal, ou se existe dificuldade em iniciar a micção, alteração no jato urinário e ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.
<b>Rec. 7:</b> Perguntar à puérpera e documentar em prontuário a frequência, e estimativa do volume (pequena, média ou grande quantidade) das micções.
<b>Rec. 8:</b> Monitorar os sinais e sintomas clínicos de retenção urinária: dor na bexiga, disúria, frequência aumentada e passagem de pequenas quantidades de urina, incapacidade ou hesitação de urinar, bexiga palpável, útero alto e destro desviado com loquiação em grande quantidade.
<b>Rec. 9:</b> Na presença de um ou mais fatores de risco e de sintomas sugestivos de retenção urinária, deve-se recomendar o balanço hídrico por 24 h e a orientação para a puérpera urinar a cada 2 h ou 3 h.
<b>Rec. 15:</b> Em caso de cesariana eletiva, o cateter vesical de demora deve ser mantido de 6 h a 8 h e ao ser removido, o horário e o volume da diurese devem ser documentados no prontuário da puérpera.
<b>Rec. 17:</b> A puérpera submetida à sutura devido à laceração de terceiro ou quarto grau e analgesia regional, deve manter cateter vesical de demora por pelo menos 12h.
<b>Rec. 18:</b> Em caso de lacerações perineais de grande extensão, deve-se manter um cateter permanente por 24 h após o parto, devido ao risco que isto implica no desenvolvimento da retenção urinária.
<b>Domínio 2 – Tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 19:</b> Se até 6 h depois do parto vaginal ou da retirada do cateter, a puérpera ainda não foi capaz de urinar, deve-se aplicar medidas de auxílio não invasivas

compostas por: administração de analgésicos (em caso de dor), mobilização (levantar a puérpera para que possa caminhar), imersão das mãos em água fria e privacidade para urinar com posicionamento postural adequado (sentada e relaxada).
<b>Rec. 20:</b> É preferível o uso de anti-inflamatórios não hormonais a analgésicos simples, pois além promoverem a analgesia, auxiliam na redução da tensão e edema da região perineal e periuretral.
<b>Rec. 21:</b> Se após as medidas de auxílio não invasivas a puérpera continua incapaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário, deve-se avaliar o volume residual por meio do BladderScan® (se disponível), ou do cateterismo intermitente.
<b>Rec. 22:</b> A puérpera com sintoma de esvaziamento incompleto demanda de avaliação da urina residual, de preferência por meio da ultrassonografia convencional ou do BladderScan®. Caso não seja possível, deve-se realizar um cateterismo intermitente para avaliar o volume residual.
<b>Rec. 23:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan® ou cateterismo intermitente. Caso apresente volume residual inferior a 250 ml, deve-se controlar o volume urinário e reavaliar em 2 h a 3 h.
<b>Rec. 24:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >250 ml e <500 ml, deve-se realizar um cateterismo intermitente para drenar a urina, controlar o volume urinário e reavaliar em 6h.
<b>Rec. 27:</b> Em caso de volume residual que excede 700 ml, deve-se manter o cateter vesical de demora com drenagem contínua por 48 h.
<b>Rec. 28:</b> Se a puérpera que manteve cateterismo de demora por 48 h (devido ao volume residual >700 ml) não foi capaz de urinar após a remoção do cateter, deve-se solicitar a avaliação do uroginecologista e fisioterapeuta, de modo a programar a condução do caso pós-alta.
<b>Rec. 29:</b> Se a puérpera apresenta volume residual >1.500 ml, deve-se solicitar uma avaliação e conduta do médico uroginecologista.
<b>Rec. 30:</b> A puérpera capaz de urinar após a remoção do cateter, que apresenta volume residual pós-micção <100 ml, deve ser orientada a urinar a cada 3 h ou 4 h ao dia, durante a semana seguinte.
<b>Rec. 31:</b> A puérpera capaz de urinar espontaneamente, mas que ainda não recuperou a sensação normal de urinar, deve ser encaminhada para consulta com o fisioterapeuta em uma semana pós-alta hospitalar.
<b>Rec. 32:</b> A remoção do cateter vesical deve ser programada para o início do dia, para que haja tempo suficiente de avaliar o funcionamento da bexiga ao longo do dia.
<b>Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente</b>
<b>Rec. 33:</b> A puérpera com retenção urinária persistente deve ser orientada por um profissional de saúde qualificado quanto ao processo reeducação da bexiga. O profissional deve orientar que é possível utilizar o cateterismo intermitente limpo (CIL) ou o cateter vesical de demora com drenagem contínua e sistema fechado. O profissional deve esclarecer sobre as vantagens e desvantagens de cada um dos procedimentos
<b>Rec. 34:</b> Após a escolha do procedimento para drenar a bexiga e antes da alta hospitalar, a puérpera deve ser orientada por um profissional de saúde habilitado e capacitado sobre os cuidados com o sistema de drenagem urinária.

<b>Rec. 35:</b> A puérpera que optou pelo cateter vesical de demora com drenagem contínua deve ser orientada a retornar após 7 dias para ser reavaliada pela equipe de ginecologia.
<b>Rec. 36:</b> Realizar a drenagem da urina durante o processo de reeducação da bexiga, por meio do cateterismo vesical, evita a hiperdistensão da bexiga e facilita o restabelecimento da contratilidade do detrusor.
<b>Rec. 37:</b> O esvaziamento completo da bexiga deve ocorrer em intervalos regulares e a hiperdistensão da bexiga (volume >600 ml) deve ser evitada.
<b>Rec. 38:</b> A puérpera com retenção urinária persistente e com grandes resíduos urinários deve ser acompanhada após a alta pela equipe obstétrica, em conjunto com a uroginecológica.
<b>Rec. 39:</b> A reeducação da bexiga, da puérpera que optou pelo CIL, começa com intervalos de 4h. Nesse caso, a puérpera é orientada que deve tentar urinar antes de realizar o procedimento.
<b>Rec. 40:</b> Caso a puérpera em processo de reeducação da bexiga consiga urinar, o CIL deve ser realizado imediatamente após a micção para verificar o volume residual de urina (com um atraso de 10 min mede-se a perfusão renal e não a urina residual).
<b>Rec. 41:</b> No início da reeducação da bexiga é aconselhável verificar o volume residual pelo menos uma vez à noite, para certificar-se que não há hiperdistensão da bexiga.
<b>Rec. 42:</b> Orientar a puérpera a ingerir de 2 a 3 litros de líquidos ao dia. A ingestão excessiva de líquidos pode aumentar o volume da diurese e a frequência de cateterizações, e a ingestão insuficiente pode aumentar o risco de infecção do trato urinário.
<b>Rec. 43:</b> Orientar a puérpera a preencher um diário miccional com o volume da urina eliminada por micção espontânea e pelo CIL, de modo a controlar o volume residual, que não deve exceder 600 ml. Caso o volume da bexiga seja superior a 600 ml: aumentar a frequência do CIL de 4/4 h para 3/3 h.
<b>Rec. 44:</b> Se durante dois dias consecutivos, o volume residual verificado após a micção espontânea for <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 4/4 h para 6/6 h.
<b>Rec. 45:</b> Depois de dois dias consecutivos de CIL de 6/6 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 6/6h para 8/8 h.
<b>Rec. 47:</b> A puérpera com retenção urinária persistente deve ser acompanhada periodicamente, em nível ambulatorial, pela equipe ginecologia/uroginecologia até completa resolução do caso.
<b>Rec. 48:</b> Solicitar um exame de urina caso haja suspeita de infecção do trato urinário.

## Apêndice K

### Versão das 22 recomendações clínicas com consenso de exclusão (<80%) na segunda rodada

<b>Domínio 1 – Prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 10:</b> Mensurar e anotar o volume das duas primeiras micções pós-parto, se o volume de cada uma das micções for igual ou maior a 250 ml, dar seguimento aos cuidados puerperais de rotina.
<b>Rec. 11:</b> Monitorar até pelo menos o 3º dia pós-parto, por meio do BladderScan®, o volume residual das puérperas pós-parto vaginal sob analgesia regional, em função do risco explícito de desenvolver a retenção urinária.
<b>Rec. 12:</b> Utilizar regularmente o BladderScan® na verificação do volume residual, de modo a reduzir o número de cateterismos desnecessários e, conseqüentemente, os traumas e infecções do trato urinário.
<b>Rec. 13:</b> Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transvaginal nas puérperas pós-cesariana, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após a cesariana e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.
<b>Rec. 14:</b> Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transabdominal nas puérperas pós-parto vaginal, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após o parto vaginal e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.
<b>Rec. 16:</b> Em caso de cesariana de urgência, o cateter vesical de demora deve ser mantido por 12 h e ao ser removido, o horário deve ser documentado no prontuário da puérpera.
<b>Rec. 17:</b> A puérpera submetida à sutura devido à laceração de terceiro ou quarto grau e analgesia regional, deve manter cateter vesical de demora por pelo menos 12h.
<b>Rec. 18:</b> Em caso de lacerações perineais de grande extensão, deve-se manter um cateter permanente por 24 h após o parto, devido ao risco que isto implica no desenvolvimento da retenção urinária.
<b>Domínio 2 – Tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 22:</b> A puérpera com sintoma de esvaziamento incompleto demanda de avaliação da urina residual, de preferência por meio da ultrassonografia convencional ou do BladderScan®. Caso não seja possível, deve-se realizar um cateterismo intermitente para avaliar o volume residual.
<b>Rec. 23:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan® ou cateterismo intermitente. Caso apresente volume residual inferior a 250 ml, deve-se controlar o volume urinário e reavaliar em 2 h a 3 h.
<b>Rec. 24:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >250 ml e <500 ml, deve-se realizar um cateterismo intermitente para drenar a urina, controlar o volume urinário e reavaliar em 6 h.

<p><b>Rec. 25:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual &gt;500 ml, deve-se instalar um cateter vesical de demora com drenagem contínua por 24 h. Após a retirada do cateter, deve-se controlar o débito urinário e avaliar em 6 h. Reinstalar o cateter de demora, caso a puérpera continue incapaz de urinar e agendar retorno para sete dias pós-alta.</p>
<p><b>Rec. 26:</b> A puérpera que apresenta volume residual &gt;150 ml em duas ocasiões, acompanhado de laceração e/ou edema perineal, deve ser mantida com cateter vesical de demora por 48 h.</p>
<p><b>Rec. 27:</b> Em caso de volume residual que excede 700 ml, deve-se manter o cateter vesical de demora com drenagem contínua por 48 h.</p>
<p><b>Rec. 30:</b> A puérpera capaz de urinar após a remoção do cateter, que apresenta volume residual pós-micção &lt;100 ml, deve ser orientada a urinar a cada 3 h ou 4 h ao dia, durante a semana seguinte.</p>
<p><b>Rec. 31:</b> A puérpera capaz de urinar espontaneamente, mas que ainda não recuperou a sensação normal de urinar, deve ser encaminhada para consulta com o fisioterapeuta em uma semana pós-alta hospitalar.</p>
<p><b>Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente</b></p>
<p><b>Rec. 39:</b> A reeducação da bexiga, da puérpera que optou pelo CIL, começa com intervalos de 4 h. Nesse caso, a puérpera é orientada que deve tentar urinar antes de realizar o procedimento.</p>
<p><b>Rec. 41:</b> No início da reeducação da bexiga é aconselhável verificar o volume residual pelo menos uma vez à noite, para certificar-se que não há hiperdistensão da bexiga.</p>
<p><b>Rec. 42:</b> Orientar a puérpera a ingerir de 2 a 3 litros de líquidos ao dia. A ingestão excessiva de líquidos pode aumentar o volume da diurese e a frequência de cateterizações, e a ingestão insuficiente pode aumentar o risco de infecção do trato urinário.</p>
<p><b>Rec. 44:</b> Se durante dois dias consecutivos, o volume residual verificado após a micção espontânea for &lt;100 ml: reduzir a frequência do CIL de 4/4 h para 6/6 h.</p>
<p><b>Rec. 45:</b> Depois de dois dias consecutivos de CIL de 6/6 h e com volume residual &lt;100 ml: reduzir a frequência do CIL de 6/6 h para 8/8 h.</p>
<p><b>Rec. 46:</b> Depois de dois dias consecutivos de CIL de 8/8 h e com volume residual &lt;100 ml: reduzir a frequência do CIL de 8/8 h para 12/12 h.</p>

## Apêndice L

### Versão das 39 recomendações clínicas com consenso de inclusão (≥80%) na terceira rodada

<b>Domínio 1 – Prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 1:</b> Verificar 6 h depois do parto vaginal ou da remoção do cateter, em caso de cesariana, se a puérpera foi capaz de urinar.
<b>Rec. 2:</b> Identificar os fatores de risco da retenção urinária pós-parto auxilia no diagnóstico precoce da disfunção miccional.
<b>Rec. 3:</b> Reconhecer antecipadamente os sinais e sintomas clínicos da retenção urinária é fundamental para a prevenção do desenvolvimento de complicações urinárias e/ou dificuldades urinárias permanentes.
<b>Rec. 4:</b> Os fatores de risco mais frequentes e que apresentam relação significativa com o aumento da incidência da retenção urinária são: analgesia regional, episiotomia, parto instrumental e primiparidade. Caso a puérpera tenha sido exposta a algum desses fatores, deve ser monitorada rigorosamente quanto aos sinais e sintomas de retenção urinária.
<b>Rec. 5:</b> Os fatores de risco menos frequentes e que apresentam relação com a retenção urinária são: trabalho de parto prolongado, laceração traumática do períneo, parto vaginal, peso do recém-nascido (≥4000 gr), desejo reduzido de urinar após o parto, cesariana de emergência, tempo prolongado da cesariana (>60 min) e falha na progressão do trabalho de parto seguida de cesariana. Caso a puérpera tenha sido exposta a algum desses fatores, deve ser monitorada mais atentamente quanto aos sinais e sintomas de retenção urinária.
<b>Rec. 6:</b> Perguntar à puérpera e documentar em prontuário se sua sensação vesical ao urinar está normal, ou se existe dificuldade em iniciar a micção, alteração no jato urinário e ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.
<b>Rec. 7:</b> Perguntar à puérpera e documentar em prontuário a frequência, e estimativa do volume (pequena, média ou grande quantidade) das micções.
<b>Rec. 8:</b> Monitorar os sinais e sintomas clínicos de retenção urinária: dor na bexiga, disúria, frequência aumentada e passagem de pequenas quantidades de urina, incapacidade ou hesitação de urinar, bexiga palpável, útero alto e destro desviado com loquiação em grande quantidade.
<b>Rec. 9:</b> Na presença de um ou mais fatores de risco e de sintomas sugestivos de retenção urinária: orientar a puérpera sobre a importância de urinar a cada 2 h ou 3 h e realizar um balanço hídrico por pelos menos 24 h.
<b>Rec. 15:</b> Em caso de cesariana eletiva, o cateter vesical de demora deve ser mantido de 6 h a 8 h e ao ser removido, o horário e o volume da diurese devem ser documentados no prontuário da puérpera.
<b>Rec. 17:</b> A puérpera submetida à sutura devido à laceração de terceiro ou quarto grau e analgesia regional, deve manter cateter vesical de demora por pelo menos 12 h.
<b>Rec. 18:</b> Em caso de lacerações perineais de grande extensão, deve-se manter um cateter permanente por 24 h após o parto, devido ao risco que isto implica no desenvolvimento da retenção urinária.
<b>Domínio 2 – Tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>

<p><b>Rec. 19:</b> Se até 6 h depois do parto vaginal ou da retirada do cateter, a puérpera ainda não foi capaz de urinar, deve-se aplicar medidas de auxílio não invasivas compostas por: administração de analgésicos (em caso de dor), mobilização (levantar a puérpera para que possa caminhar), imersão das mãos em água fria e privacidade para urinar com posicionamento postural adequado (sentada e relaxada).</p>
<p><b>Rec. 20:</b> É preferível o uso de anti-inflamatórios não hormonais a analgésicos simples, pois além promoverem a analgesia, auxiliam na redução da tensão e edema da região perineal e periuretral.</p>
<p><b>Rec. 21:</b> Se após as medidas de auxílio não invasivas a puérpera continua incapaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário, deve-se avaliar o volume residual por meio do BladderScan® (se disponível), ou do cateterismo intermitente.</p>
<p><b>Rec. 22:</b> A puérpera com sintoma de esvaziamento incompleto demanda de avaliação da urina residual, de preferência por meio da ultrassonografia convencional ou do BladderScan®. Caso não seja possível, deve-se realizar um cateterismo intermitente para avaliar o volume residual.</p>
<p><b>Rec. 23:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan® ou cateterismo intermitente. Caso apresente volume residual inferior a 250 ml, deve-se controlar o volume urinário e reavaliar em 2 h a 3 h.</p>
<p><b>Rec. 24:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual &gt;250 ml e &lt;500 ml, deve-se realizar um cateterismo intermitente para drenar a urina, controlar o volume urinário e reavaliar em 6h.</p>
<p><b>Rec. 27:</b> Em caso de volume residual que excede 700 ml, deve-se manter o cateter vesical de demora com drenagem contínua por 48 h.</p>
<p><b>Rec. 28:</b> Se a puérpera que manteve cateterismo de demora por 48 h (devido ao volume residual &gt;700 ml) não foi capaz de urinar após a remoção do cateter, deve-se solicitar a avaliação do uroginecologista e fisioterapeuta, de modo a programar a condução do caso pós-alta.</p>
<p><b>Rec. 29:</b> Se a puérpera apresenta volume residual &gt;1.500 ml, deve-se solicitar uma avaliação e conduta do médico uroginecologista.</p>
<p><b>Rec. 30:</b> A puérpera capaz de urinar após a remoção do cateter, que apresenta volume residual pós-micção &lt;100 ml, deve ser orientada a urinar a cada 3 h ou 4 h ao dia, durante a semana seguinte.</p>
<p><b>Rec. 31:</b> A puérpera capaz de urinar espontaneamente, mas que ainda não recuperou a sensação normal de urinar, deve ser encaminhada para consulta com o fisioterapeuta em uma semana pós-alta hospitalar.</p>
<p><b>Rec. 32:</b> A remoção do cateter vesical deve ser programada para o início do dia, para que haja tempo suficiente de avaliar o funcionamento da bexiga ao longo do dia.</p>
<p><b>Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente</b></p>
<p><b>Rec. 33:</b> A puérpera com retenção urinária persistente deve ser orientada por um profissional de saúde qualificado quanto ao processo reeducação da bexiga. O profissional deve orientar que é possível utilizar o cateterismo intermitente limpo (CIL) ou o cateter vesical de demora com drenagem contínua e sistema fechado. O</p>

profissional deve esclarecer sobre as vantagens e desvantagens de cada um dos procedimentos.
<b>Rec. 34:</b> Após a escolha do procedimento para drenar a bexiga e antes da alta hospitalar, a puérpera deve ser orientada por um profissional de saúde habilitado e capacitado sobre os cuidados com o sistema de drenagem urinária.
<b>Rec. 35:</b> A puérpera que optou pelo cateter vesical de demora com drenagem contínua deve ser orientada a retornar após 7 dias para ser reavaliada pela equipe de ginecologia.
<b>Rec. 36:</b> Realizar a drenagem da urina durante o processo de reeducação da bexiga, por meio do cateterismo vesical, evita a hiperdistensão da bexiga e facilita o restabelecimento da contratilidade do detrusor.
<b>Rec. 37:</b> O esvaziamento completo da bexiga deve ocorrer em intervalos regulares e a hiperdistensão da bexiga (volume >600 ml) deve ser evitada.
<b>Rec. 38:</b> A puérpera com retenção urinária persistente e com grandes resíduos urinários deve ser acompanhada após a alta pela equipe obstétrica, em conjunto com a uroginecológica.
<b>Rec. 39:</b> A reeducação da bexiga, da puérpera que optou pelo CIL, começa com intervalos de 4h. Nesse caso, a puérpera é orientada que deve tentar urinar antes de realizar o procedimento.
<b>Rec. 40:</b> Caso a puérpera em processo de reeducação da bexiga consiga urinar, o CIL deve ser realizado imediatamente após a micção para verificar o volume residual de urina (com um atraso de 10 min mede-se a perfusão renal e não a urina residual).
<b>Rec. 41:</b> No início da reeducação da bexiga é aconselhável verificar o volume residual pelo menos uma vez à noite, para certificar-se que não há hiperdistensão da bexiga.
<b>Rec. 42:</b> Orientar a puérpera a ingerir de 2 a 3 litros de líquidos ao dia. A ingestão excessiva de líquidos pode aumentar o volume da diurese e a frequência de cateterizações, e a ingestão insuficiente pode aumentar o risco de infecção do trato urinário.
<b>Rec. 43:</b> Orientar a puérpera a preencher um diário miccional com o volume da urina eliminada por micção espontânea e pelo CIL, de modo a controlar o volume residual, que não deve exceder 600 ml. Caso o volume da bexiga seja superior a 600 ml: aumentar a frequência do CIL de 4/4 h para 3/3 h.
<b>Rec. 44:</b> Se durante dois dias consecutivos, o volume residual verificado após a micção espontânea for <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 4/4 h para 6/6 h.
<b>Rec. 45:</b> Depois de dois dias consecutivos de CIL de 6/6h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 6/6 h para 8/8 h.
<b>Rec. 47:</b> A puérpera com retenção urinária persistente deve ser acompanhada periodicamente, em nível ambulatorial, pela equipe ginecologia/uroginecologia até completa resolução do caso.
<b>Rec. 48:</b> Solicitar um exame de urina caso haja suspeita de infecção do trato urinário.

## Apêndice M

### Versão das 9 recomendações clínicas com consenso de exclusão (<80%) na terceira rodada

<b>Domínio 1 – Prevenção da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 10:</b> Mensurar e anotar o volume das duas primeiras micções pós-parto, se o volume de cada uma das micções for igual ou maior a 250 ml, dar seguimento aos cuidados puerperais de rotina.
<b>Rec. 11:</b> Monitorar até pelo menos o 3º dia pós-parto, por meio do BladderScan®, o volume residual das puérperas pós-parto vaginal sob analgesia regional, em função do risco explícito de desenvolver a retenção urinária.
<b>Rec. 12:</b> Utilizar regularmente o BladderScan® na verificação do volume residual, de modo a reduzir o número de cateterismos desnecessários e, conseqüentemente, os traumas e infecções do trato urinário.
<b>Rec. 13:</b> Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transvaginal nas puérperas pós-cesariana, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após a cesariana e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.
<b>Rec. 14:</b> Realizar sistematicamente uma ultrassonografia transabdominal nas puérperas pós-parto vaginal, em seguida da primeira micção. Esse método diagnóstico causa menos desconforto após o parto vaginal e seu uso regular permite investigar, e prevenir a retenção urinária oculta.
<b>Rec. 16:</b> Em caso de cesariana de urgência, o cateter vesical de demora deve ser mantido por 12 h e ao ser removido, o horário deve ser documentado no prontuário da puérpera.
<b>Domínio 2 – Tratamento da retenção urinária pós-parto evidente e oculta</b>
<b>Rec. 25:</b> A puérpera que não é capaz de urinar ou apresenta baixo débito urinário deve ser submetida à verificação do volume residual por meio do BladderScan®, se disponível. Caso apresente volume residual >500 ml, deve-se instalar um cateter vesical de demora com drenagem contínua por 24 h. Após a retirada do cateter, deve-se controlar o débito urinário e avaliar em 6 h. Reinstalar o cateter de demora, caso a puérpera continue incapaz de urinar e agendar retorno para sete dias pós-alta.
<b>Rec. 26:</b> A puérpera que apresenta volume residual >150 ml em duas ocasiões, acompanhado de laceração e/ou edema perineal, deve ser mantida com cateter vesical de demora por 48h.
<b>Domínio 3 – Reeducação da bexiga na retenção urinária pós-parto persistente</b>
<b>Rec. 46:</b> Depois de dois dias consecutivos de CIL de 8/8 h e com volume residual <100 ml: reduzir a frequência do CIL de 8/8 h para 12/12 h.

## 10 ANEXOS

### Anexo A

#### Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DIRETRIZES CLÍNICAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA RETENÇÃO URINÁRIA PÓS-PARTO

**Pesquisador:** Léa Dolores Reganhan de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44876315.0.0000.5404

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.126.675

**Data da Relatoria:** 02/07/2015

##### Apresentação do Projeto:

**Introdução:** a retenção urinária pós-parto é definida como a incapacidade de urinar espontaneamente dentro de seis horas após o parto vaginal, ou após a remoção do cateter vesical em caso de cesariana. Dentre as complicações mais graves da retenção urinária pós-parto, inclui-se a ruptura da bexiga e em casos mais raros a dilatação de vias urinárias altas, e a insuficiência renal. **Objetivo:** apresentar uma proposta de diretrizes clínicas para a prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto, a partir de evidências da literatura e da concordância entre especialistas da enfermagem, fisioterapia e medicina. **Métodos:** trata-se de um estudo do tipo metodológico, que diz respeito à investigação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, e será composto por três etapas. Primeira etapa ocorrerá por meio de uma revisão sistemática acerca das práticas clínicas de prevenção e tratamento relacionadas à retenção urinária pós-parto.

Segunda será o desenvolvimento de uma proposta de diretrizes clínicas para a prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto, que será composta por recomendações fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Terceira etapa constará da avaliação da concordância de especialistas referente à proposta das diretrizes clínicas desenvolvidas na

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.126.675

segunda etapa. Resultados Esperados: disponibilizar recomendações clínicas para o manejo da retenção urinária pós-parto e consequentemente, prevenir ou minimizar as lesões irreversíveis de bexiga, propiciando dessa maneira, uma assistência segura com vistas a promover a saúde e a qualidade de vida da mulher.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral**

Apresentar uma proposta de diretrizes clínicas para a prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto a partir de evidências da literatura e da concordância entre especialistas da enfermagem, fisioterapia e medicina.

**Específicos**

Identificar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre as intervenções para a prevenção e tratamento da retenção urinária das puérperas em risco e em condição real.

Desenvolver uma proposta de diretrizes clínicas de prevenção e tratamento da retenção urinária pós-parto, baseadas nas melhores evidências disponíveis na literatura.

Avaliar a concordância dos especialistas quanto às recomendações contidas nas diretrizes.

Analisar a influência das evidências sobre as decisões dos especialistas quanto a concordância com as diretrizes.

Identificar a influência da opinião dos pares na decisão individual dos especialistas quanto a concordância com as diretrizes

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O estudo não implica em nenhum tipo de risco aos participantes.

**Benefícios:**

Os benefícios deste estudo consiste em disponibilizar recomendações clínicas para o manejo da retenção urinária pós-parto e consequentemente, prevenir ou minimizar as lesões irreversíveis de bexiga, propiciando dessa maneira, uma assistência segura com vistas a promover a saúde e a qualidade de vida da mulher.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem fundamentado e bem escrito. A metodologia proposta é adequada e capaz de atingir os objetivos apresentados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto está completa.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7167 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Página 02 de 05

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.125.675

O TCLE está claro e completo.

**Recomendações:**

Foram atendidas as pendências postas na primeira apresentação do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

**Pendência:**

1. Definir onde e como vai selecionar os especialistas que vão participar da terceira fase do projeto.

Atendida.

2. Incluir no TCLE a explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa (artigo IV.3 letra b). Lembramos que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas, caso não consiga dimensionar o risco da pesquisa descreva que não há riscos previsíveis.

Atendida.

3. Os pesquisadores não colocaram os benefícios, item que deve esclarecer, em linguagem clara, quais as vantagens para os sujeitos de pesquisa, sejam elas diretas aos participantes ou coletivas em termos de conhecimento, retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa. Lembramos que a única maneira de amenizar o fato do participante não ter benefícios diretos com o estudo é informar diretamente e adequadamente isto a ele e relatando os benefícios indiretos, para que possa decidir livremente se participará ou não.

Atendida.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.126/675

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, Item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Página 04 de 05

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.128.675

CAMPINAS, 26 de Junho de 2015

---

Assinado por:  
Renata Maria dos Santos Celeghini  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: São Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Página 05 de 05