



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



**LIANA PRISCILLA LIMA DE MELO**

**AVALIAÇÃO DA PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA EM MULHERES A PARTIR  
DAS TAXONOMIAS NANDA-I E NOC**

**SÃO LUÍS, MA**

**2022**

**LIANA PRISCILLA LIMA DE MELO**

**AVALIAÇÃO DA PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA EM MULHERES A PARTIR  
DAS TAXONOMIAS NANDA-I E NOC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para o exame de qualificação.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lívia Maia Pascoal

**SÃO LUÍS, MA**

**2022**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde de que citada a fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Melo, Liana Priscilla Lima de.

AVALIAÇÃO DA PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA EM MULHERES A PARTIR DAS TAXONOMIAS NANDA-I E NOC / Liana Priscilla Lima de Melo. - 2022.

97 f.

Coorientador(a): LIANA DE MELO.

Orientador(a): Lívia Maia Pascoal.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. Avaliação de resultados em cuidados. 2. Incontinência urinária. 3. Mulheres. 4. Terminologia padronizada em enfermagem. I. DE MELO, LIANA. II. Pascoal, Lívia Maia. III. Título.

**LIANA PRISCILLA LIMA DE MELO**

**AVALIAÇÃO DA PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA E MULHERES A PARTIR  
DAS TAXONOMIAS NANDA-I E NOC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para qualificação.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Livia Maia Pascoal

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Livia Maia Pascoal  
Orientadora  
Universidade Federal do Maranhão -UFMA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim- 1º Membro  
Examinadora Interna  
Universidade Federal do Maranhão -UFMA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Aline Arrais Sampaio- 2º Membro  
Examinadora Externa  
Universidade Federal do Maranhão -UFMA

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, **à Deus** por ter me permitido a realização deste sonho e pela condução espiritual durante toda esta jornada acadêmica. Ocorreram pequenos e grandes milagres que, somente Ele, poderia operar para que eu pudesse alcançar o tão desejado título de mestre.

Agradeço à **CAPES** pelo financiamento dos meus estudos de forma a permitir a realização desta pesquisa.

À **Universidade Federal do Maranhão**, local que foi o berço de toda a minha formação profissional, passando pela graduação, residência e agora o mestrado acadêmico. Essa instituição sempre foi motivo de orgulho, pois me proporcionou conhecimentos com os quais levarei para o resto da vida.

Ao **Programa de Pós Graduação em Enfermagem**, pelos conhecimentos adquiridos e necessários para a formação do meu alicerce profissional. À minha orientadora, **Lívia Maia Pascoal**, a qual considero a melhor orientadora que já tive, sempre presente, mesmo morando em outra cidade, proporcionou oportunidades incríveis de aprendizado e incentivos de evolução profissional.

Aos meus pais, **Marcelino Melo** e **Maria dos Remédios Melo**, com os quais aprendi a não desistir e que, com todo amor e carinho, sempre me incentivaram a seguir confiante nos caminhos dos estudos.

Ao meu marido, **Argemiro Guará Neto**, por me apoiar na realização deste sonho e me fazer enxergar a jornada acadêmica de forma paciente e tranquila nos momentos em que achei que eu não iria conseguir.

Ao casal de amigos queridos, **Samira Raquel Cruz** e **Thiago Gonçalves Cruz**, pelo carinho, compreensão e auxílio, da forma que jamais pensei, para que eu pudesse ter condições de concluir as etapas finais do programa de mestrado.

Às amigas **Evelyn Ferreira**, **Josilma Nogueira** e **Jaiza Penha**, com as quais compartilhei as alegrias e os momentos de dificuldade enfrentados durante esses 2 anos de vida acadêmica e que sempre me fortaleceram com palavras positivas.

MELO, L.P.L. **Avaliação da perda involuntária de urina em mulheres a partir das taxonomias NANDA-I e NOC.** 2022. 97f – Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

## RESUMO

Este estudo objetivou identificar o nível do comprometimento da continência urinária, por meio da NOC, em mulheres diagnosticadas com incontinência urinária de esforço, urgência ou mista, segundo a NANDA-I. Trata-se de uma pesquisa transversal analítica realizada no período de outubro de 2021 a maio de 2022, com mulheres que apresentavam incontinência urinária e estavam em acompanhamento no ambulatório de ginecologia e urologia de um hospital universitário, em uma capital do nordeste brasileiro. Participaram da pesquisa 97 mulheres com mais de 18 anos de idade. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com auxílio de um formulário que continha variáveis sociodemográficas, gineco-obstétricas, Diagnósticos de Enfermagem de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço, de Urgência e Mista, escala de gravidade da incontinência urinária e os indicadores do resultado de enfermagem Continência Urinária mensurados por meio da Escala Likert de 5 pontos. As definições conceituais e operacionais dos 19 indicadores foram elaboradas pela própria pesquisadora. Para a análise descritiva foram apresentadas frequências relativas e absolutas. A média dos indicadores foram comparadas com a presença ou não dos diagnósticos de enfermagem por meio do teste de Mann-Whitney. Foi adotado o nível de significância de 5%. Os resultados obtidos demonstraram que a média de idade das mulheres foi de 50,7 anos, a maioria realizou o parto vaginal (67%) e estava no período de menopausa/climátério (57,7%). O Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista foi o mais prevalente (43,3%) e os indicadores mais comprometidos foram: identifica medicamento que interfere no controle urinário (média 1,21), esvazia a bexiga completamente (média 2,07), perda de urina com aumento da pressão abdominal (média 2,23). Na presença do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista, os indicadores que apresentaram maior comprometimento foram: chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina ( $p=0,022$ ), urina em recipiente apropriado ( $p=0,025$ ) e esvazia a bexiga completamente ( $p=0,037$ ). Esta pesquisa evidenciou a importância da taxonomia NOC na avaliação de mulheres com incontinência urinária e os dados obtidos podem contribuir para a implementação de intervenções de enfermagem mais adequadas.

**Descritores:** incontinência urinária; terminologia padronizada em enfermagem; avaliação de resultados em cuidados de saúde; mulheres

MELO, L.P.L. **Evaluation of involuntary loss of urine in women based on the NANDA-I and NOC taxonomies.** 2022. 97f – Dissertation (Master's) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, 2022.

### **ABSTRACT**

This study aimed to identify the level of impairment of urinary continence, through NOC, in women diagnosed with stress, urge or mixed urinary incontinence, according to NANDA-I. This is an analytical cross-sectional study carried out from October 2021 to May 2022, with women who had urinary incontinence and were being followed up at the gynecology and urology outpatient clinic of a university hospital, in a capital in northeastern Brazil. 97 women over 18 years of age participated in the survey. Data collection took place through an interview with the aid of a form that contained sociodemographic, gynecological and obstetrical variables, Nursing Diagnoses of Stress, Urgency and Mixed Urinary Incontinence, the severity scale of chronic incontinence and the indicators of the result of nursing Urinary Continence measured using the 5-point Likert Scale. The conceptual and operational definitions of the 19 indicators were elaborated by the researcher herself. For the descriptive analysis, relative and absolute frequencies were achieved. The average of the indicators were detected with the presence or absence of nursing diagnoses using the Mann-Whitney test. A significance level of 5% was adopted. The results accepted that the average age of the women was 50.7 years, most had a vaginal delivery (67%) and were in the menopause/climacteric period (57.7%). The Nursing Diagnosis Mixed Urinary Incontinence was the most prevalent (43.3%) and the most compromised indicators were: identifying medication that interferes with urinary control (mean 1.21), emptying the bladder completely (mean 2.07), loss of of urine with increased abdominal pressure (mean 2.23). In the presence of the Nursing Diagnosis Mixed Urinary Incontinence, the indicators that showed the greatest impairment were: reaching the bathroom between the desire and passing urine ( $p=0.022$ ), urinating in an appropriate container ( $p=0.025$ ) and emptying the bladder completely ( $p=0.037$ ). This research showed the importance of the NOC taxonomy in the evaluation of women with urinary incontinence and the data received can contribute to the implementation of a more adapted nursing intervention.

**Keywords:** urinary incontinence; standardized nursing terminology; outcome assessment in health; women

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica, dados gerais de saúde, hábitos sociais das pacientes com incontinência urinária. São Luís, Maranhão, 2022.....	28
Tabela 2 - História obstétrica, ginecológica e gravidade da incontinência urinária avaliada nas pacientes por meio da Incontinence Severity Index (ISI). São Luís, Maranhão, 2022.....	30
Tabela 3- Distribuição das características definidoras e fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista. São Luís, Maranhão, 2022.....	31
Tabela 4 – Distribuição das características definidoras e fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço. São Luís, Maranhão, 2022.....	32
Tabela 5 – Distribuição das características definidoras e fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência. São Luís, Maranhão, 2022.....	33
Tabela 6 - Caracterização das pacientes com incontinência urinária quanto ao nível de comprometimento dos indicadores do resultado NOC (0502) Continência Urinária. São Luís, Maranhão, 2022.....	36
Tabela 7 - Comparação entre os valores dos indicadores do resultado de enfermagem Continência Urinária e o Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista. São Luís, Maranhão, 2022.....	38
Tabela 8 - Comparação entre os valores dos indicadores do resultado de enfermagem Continência Urinária e o Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço. São Luís, Maranhão, 2022	39
Tabela 9 - Comparação entre os valores dos indicadores do resultado de enfermagem Continência Urinária e o Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência. São Luís, Maranhão, 2022.....	40

## **LISTA DE SIGLAS**

IU - Incontinência Urinária

IUE - Incontinência Urinária de Esforço

IUU - Incontinência Urinária de Urgência

IUM - Incontinência Urinária Mista

ISI - Incontinence Severity Index

NANDA-I - NANDA International, Inc

NOC - Nursing Outcomes Classification

NIC - Nursing Interventions Classification

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

POP - Prolapso de Órgãos Pélvicos

MAP - Músculos do Assoalho Pélvico

MC - Método Contraceptivo

HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

SPSS - Statistical Package for the Social

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	14
2.1 Geral.....	14
2.2 Específicos.....	14
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
3.1 Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I) e a Incontinência Urinária.....	15
3.2 Resultados de Enfermagem (NOC) e a Incontinência Urinária.....	17
3.3 Incontinência Urinária.....	18
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	24
4.1 Desenho do estudo.....	24
4.2 Período e Local da pesquisa.....	24
4.3 População e Amostra.....	24
4.4.Procedimento de coleta de dados.....	25
4.5 Instrumento de coleta de dados.....	25
4.5 Organização e Análise de dados.....	26
4.6 Aspectos Éticos.....	27
<b>5 RESULTADOS</b> .....	28
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	41
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	56
<b>REFERÊNCIA</b> .....	58
<b>APÊNDICE A</b> .....	74
<b>APÊNDICE B</b> .....	78
<b>APÊNDICE C</b> .....	83
<b>APÊNDICE D</b> .....	88

## 1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) consiste em um grave problema social e de saúde, sendo definida como toda perda involuntária de urina, que pode ser classificada, segundo a NANDA-Internacional, Inc. (NANDA-I), em incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência, incontinência urinária mista e incontinência urinária associada à incapacidade (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Esse distúrbio miccional pode acometer indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos e de todos os níveis sociais e econômicos (BRASIL, 2019a). Entretanto, é diagnosticado com maior frequência em mulheres do que em homens (BARDSLEY, 2016). Em média, a IU afeta 10 a 25% das mulheres com mais de 30 anos e estes valores aumentam para o intervalo de 30% a 50% aos 50 anos (DEREWIECKI *et al.*, 2015).

As estimativas de prevalência de IU em mulheres apresentam variações entre os estudos e são ocasionadas pelas diferenças metodológicas e culturais existentes, dificultando assim a comparação significativa dos dados. Além disso, a IU é uma condição estigmatizante, fazendo com que a epidemiologia sofra um alto risco de viés, além de ser associada a baixas taxas de controle dos cuidados (ABRAMS *et al.*, 2016).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da IU em mulheres são múltiplos e merecem atenção especial, tais como idade da menopausa, presença de comorbidades, como diabetes mellitus, demência e doença de Parkinson, sequelas após acidente vascular encefálico, partos naturais em termos quantitativos, multiplicidade de fetos, obesidade, abuso de álcool, tabagismo e histórico de lesões no trato urinário, no sistema nervoso central e periférico (KOPANSKA *et al.*, 2020).

A IU pode provocar isolamento físico e emocional, além de impactos socioeconômicos nas mulheres afetadas e suas famílias interferindo negativamente na qualidade de vida (PATRICK *et al.*, 2013). Assim, o diagnóstico e o manejo precoce da IU são primordiais. A investigação diagnóstica da IU vai além do sintoma de perda involuntária de urina, incluindo histórico da paciente, exame físico, exame de urina, avaliação do resíduo pós-miccional e exclusão de condições que exijam atendimento especializado (AOKI *et al.*, 2018).

O tratamento da IU pode ser conservador ou cirúrgico, sendo que este último, indicado principalmente, quando há falha no tratamento conservador e para os casos mais complicados de IU (HADDAD, 2015). Entre as abordagens conservadoras, estão inclusas a terapia comportamental e o treinamento do assoalho pélvico, que devem ser utilizadas como primeira opção e apresentam baixos índices de efeitos colaterais (EAU, 2018; SCHMIDT, 2017).

Nesse sentido, o tratamento da pessoa com incontinência urinária envolve uma equipe multiprofissional e o enfermeiro tem a função de avaliar, identificar, fornecer informações e estabelecer intervenções adequadas em diversos contextos, seja para a pessoa inserida na comunidade ou em hospitais, realizando cuidados agudos ou até mesmo pós-agudos (HUTCHINGS; SUTHERLAND, 2014). Dessa forma o enfermeiro utiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), método pelo qual a organização do trabalho é possibilitada pela implantação do Processo de Enfermagem, ocorrendo assim o desenvolvimento de pensamento crítico reflexivo sobre a situação do indivíduo alvo dos cuidados (AZEVEDO *et al.*, 2019; ALFARO-LEFEVRE, 2014).

Como ferramentas facilitadoras para o desenvolvimento do pensamento crítico e para a implantação do Processo de Enfermagem, os sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem são considerados fundamentais pois conferem qualidade aos registros de enfermagem (MELO *et al.*, 2017). As taxonomias de enfermagem surgiram na década de 1970 e são utilizadas em mais de 20 países do mundo como, os diagnósticos de enfermagem da NANDA-Internacional, Inc. (NANDA-I), os resultados de enfermagem da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e as intervenções de enfermagem da *Nursing Interventions Classification* (NIC) (VILAS BOAS *et al.*, 2019). As ligações entre essas terminologias foram reconhecidas pela *American Nurses Association* (ANA), e favoreceu avanços na prática, educação e pesquisa (JOHNSON *et al.*, 2013).

Em um estudo por Aleandri, Scalorbi e Pirazinni (2021) realizado na Itália, com o objetivo de analisar os planos de cuidados eletrônicos de enfermagem que utilizavam as três taxonomias destacou a atuação do enfermeiro no manejo e doenças crônicas, nas áreas de prevenção e educação em saúde.

Assim, a implantação de taxonomias de enfermagem na prática clínica, como a NANDA-I e a NOC, é considerada um alvo de prioridades da comunidade científica, pois a utilização das mesmas permite uma melhor compreensão sobre

aspectos do paciente por meio de termos que poderão ser entendidos e compartilhados por enfermeiros do mundo todo, além de evidenciar o foco do cuidado de enfermagem (RABELO-SILVA et al., 2020).

Entretanto por mais que o emprego das taxonomias seja uma oportunidade dar visibilidade ao cuidado de alto nível em pacientes crônicos, evidenciando assim as habilidades da enfermagem, a utilização das mesmas não ocorre de forma obrigatória e sistemática em muitos países e locais (PERES et al., 2016)

Diante disso, observa-se que os sistemas de classificação de enfermagem auxiliam a sistematização do cuidado em enfermagem, proporcionando evidências científicas que contribuem para uma enfermagem qualificada (GOMES et al., 2019).

Entre as taxonomias existentes, a NANDA-I é taxonomia mais a forte entre os sistemas de classificação, por ser bem adaptada aos registros de enfermagem, permitindo assim uma documentação adequada e o desenvolvimento de intervenções e resultados de enfermagem pertinentes às etapas de sistematização (ROMEIRO et al., 2020).

Estudos que utilizam a taxonomia NOC são menos frequentes quando comparados aos da NANDA-I, apesar de terem emergido nos últimos anos, são direcionados para métodos de validação, de forma a verificar se os indicadores presentes em um resultado de enfermagem específico são considerados adequados para avaliar intervenções direcionadas a determinado tipo de paciente (MULYANI; NURJANNAH, 2019).

Em relação a utilização dos sistemas de linguagem padronizada na temática dos distúrbios miccionais, os estudos da enfermagem abrangem mais a utilização da NANDA-I em detrimento da NOC, por meio de pesquisas que fazem a análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem e determinam a prevalência de características definidoras dos mesmos (COSTA; LOPES; LOPES, 2020).

Assim, pesquisas que objetivaram verificar confiabilidade dos indicadores do resultado NOC Eliminação Urinária para uma determinada população são escassos, mostrando assim a necessidade de estudos clínicos que possam determinar critérios e melhorias na prática da avaliação urinária dos resultados de enfermagem (BITENCOURT et al., 2015).

Tendo em vista que a IU ocasiona alterações significativas na vida das pessoas, com repercussões em várias dimensões da vida (física, psicossocial, econômica, funcional e cultural) e, em virtude da necessidade de se identificar e

coletar dados de forma sistemática, este tipo de temática desperta o interesse de pesquisadores pois, pode possibilitar o auxílio no seguimento clínico de mulheres com IU a partir da caracterização dos fatores mais acometidos. (BENÍCIO *et al.*, 2016; BEBIS *et al.*, 2019).

Diante disso, os questionamentos que motivaram o desenvolvimento desse estudo foram: Qual o comprometimento da continência urinária em mulheres com perda involuntária de urina? Qual tipo de incontinência urinária é mais frequente em mulheres atendidas em um serviço ambulatorial em uma capital do Nordeste brasileiro? Assim essa pesquisa teve como proposta avaliar o comprometimento da continência urinária em mulheres com perda involuntária de urina com auxílio das taxonomias NANDA-I e NOC.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar o nível do comprometimento da continência urinária, por meio da NOC, em mulheres diagnosticadas com incontinência urinária de esforço, urgência ou mista segundo a NANDA-I.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com diagnóstico de enfermagem relacionados à incontinência urinária.
- Determinar a frequência dos Diagnósticos de Enfermagem “Incontinência Urinária de Esforço”, “Incontinência Urinária de Urgência” e “Incontinência Urinária Mista”, de suas características definidoras, fatores relacionados, populações de risco e condições associadas.
- Determinar a frequência dos indicadores do Resultado de Enfermagem da NOC “Continência Urinária”.
- Comparar o comprometimento dos indicadores do resultado da NOC “Continência Urinária” com a presença e ausência dos Diagnósticos de Enfermagem “Incontinência Urinária de Esforço”, “Incontinência Urinária de Urgência” e “Incontinência Urinária Mista”.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é fundamental para a escrita de um texto científico seja ele um artigo científico, projeto, tese ou dissertação (DORSA, 2020). Caracterizada como um estudo que visa a elaboração de uma síntese, a revisão de literatura identifica o estado da arte sobre determinado assunto e permite conhecer quais as lacunas existentes sobre a temática a ser abordada (MOTA DE SOUSA *et al.*, 2018). Assim, a revisão de literatura pode ser considerada um fio condutor que estabelece uma linha de raciocínio que guia a leitura dos pesquisadores, levando-os das premissas às conclusões (DORSA, 2020).

A revisão de literatura pode ser classificada em revisão integrativa, sistemática e narrativa. (BOOTH; SUTTON; PAPAIAONNOU, 2016). A revisão integrativa é conhecida como um método de pesquisa que reúne e integra os achados dos trabalhos, permitindo síntese de resultados de um fenômeno específico, com respeito à filiação epistemológica dos trabalhos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Já a revisão sistemática, consiste em um método rígido de revisão na qual é necessária a adoção de um protocolo para o seu desenvolvimento (DONATO; DONATO, 2019).

Por fim, a revisão narrativa se inclui num processo mais simplificado de revisão a literatura, abordando um determinado tema de forma livre, sem a obrigatoriedade de que os autores informem os critérios utilizados na seleção das referências, consistindo assim numa forma não sistematizada de revisão, porém possibilitando ao revisor o suporte teórico necessário em curto período de tempo (MOTA DE SOUSA *et al.*, 2018). Em virtude dessas características, foi realizada a escolha desse tipo de estudo para descrever a temática que norteou o desenvolvimento dessa pesquisa.

#### 3.1 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I e a Incontinência Urinária

O diagnóstico de enfermagem é definido por um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana, condições de saúde, processos de vida ou suscetibilidade por um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Um diagnóstico costuma ser escrito em duas partes, sendo a primeira o descritor ou modificador e a segunda, o foco do diagnóstico ou seu conceito-chave. (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Desta forma um diagnóstico de enfermagem oferece a base necessária para a escolha de intervenções de enfermagem para que os resultados de enfermagem possam ser alcançados (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

De acordo com a NANDA-I (2021-2023), os diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária fazem parte do domínio 3: eliminação e troca, da classe 1: função urinária e são divididos em Incontinência urinária associada à deficiência (00297), Incontinência urinária mista (00310), Risco para incontinência urinária de urgência (00022), Incontinência urinária de esforço (00017) e Incontinência urinária de urgência (00019), sendo que os dois primeiros mencionados, foram incluídos na edição atual, pois foram excluídos os diagnósticos de incontinência urinária funcional, por transbordamento e reflexa, devido ao feedback dos usuários para atendimento das necessidades de estudantes, profissionais e pesquisadores e para fortalecimento dos níveis de evidência (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Os estudos realizados com a temática de diagnósticos de enfermagem são geralmente estudos de prevalência dos mesmos e se propõem a identificar as características definidoras e fatores relacionados presentes, apresentando limitações como, a subjetividade envolvida durante a avaliação clínica para o levantamento do processo diagnóstico, podendo implicar em resultados e intervenções de enfermagem inadequados (SILVA *et al.*, 2019).

Outras pesquisas na área dos diagnósticos de enfermagem são voltadas para os estudos de validação, podendo ser de validação de conteúdo, validação clínica ou validação de diagnóstico diferencial, as quais recebem influências de referenciais metodológicos da década de 80 (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

A validade de conteúdo de um diagnóstico de enfermagem refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete de forma adequada o constructo que está sendo medido. Assim, a validade de conteúdo é uma forma aprofundada de verificar se os instrumentos disponíveis servem para avaliar a saúde da população (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO; 2017).

Já a validade clínica, corresponde a obtenção de evidências de um diagnóstico específico no ambiente clínico real como, por exemplo, um estudo que

buscou validar um diagnóstico de enfermagem e os resultados evidenciaram a eficiência diagnóstica dos fatores de risco presentes (CARMO, 2018; MELO, 2018).

Por fim a validação de diagnóstico diferencial é um modelo utilizado para validar diferenças entre dois diagnósticos intimamente relacionados ou para verificar a diferença dos níveis de um determinado diagnóstico (FEHRING, 1987; GONCALVES *et al.*, 2021). Isto pode ser observado em uma pesquisa que utilizou esse modelo para diferenciar diagnósticos de enfermagem semelhantes e da mesma classe diminuindo assim, as incertezas que poderiam surgir durante o processo de inferência diagnóstica (PASCOAL, 2015).

### **3.2 Resultados de Enfermagem (NOC) e a Incontinência Urinária**

O resultado de enfermagem se caracteriza por um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, família ou comunidade, medido ao longo de um *continuum* na resposta a uma ou mais intervenções de enfermagem (MOORHEAD *et al.*, 2016).

Em sua última atualização, a NOC apresenta 540 resultados, sendo 52 novos e 55 atualizados, se constituindo numa ferramenta útil para a avaliação e identificação de práticas eficazes na assistência de enfermagem (MOORHEAD *et al.*, 2020; AZZOLIN *et al.*, 2013).

Em relação à incontinência urinária, na taxonomia existe o resultado de enfermagem Continência Urinária (0502) incluso no domínio Saúde fisiológica (II), à classe Eliminação (F), definido como controle da eliminação de urina da bexiga. Esse resultado possui 19 indicadores incluídos, como: reconhece a vontade de urinar (050201), mantém padrão previsível de micção (050202), responde a vontade em tempo hábil (050203), urina em recipiente apropriado (050204), chega ao banheiro entre o desejo e a passagem da urina (050205), mantém ambiente sem barreiras para ir ao banheiro independentemente (050218), urina > 150 mililitros a cada vez (050206), inicia e interrompe o fluxo (050208), esvazia a bexiga completamente (050209), ingere uma quantidade adequada de líquidos (050215), controla as roupas independentemente (050216), vai ao banheiro independentemente (050217), identifica o medicamento que interfere no controle urinário (050219), os quais são mensurados pela Escala *Likert* em: 1 (nunca demonstrado); 2 (raramente demonstrado); 3 (algumas vezes demonstrado); 4 (frequentemente demonstrado); 5 (consistentemente demonstrado) e os indicadores como : perda de urina entre as

micções (050207), resíduo pós- micção > 100-200 mililitros (050210), perda de urina com o aumento da pressão abdominal (por exemplo, espirrar, rir, levantar), molha a roupa durante o dia (050212), molha a roupa ou a roupa de cama durante a noite (050213), infecção do trato urinário (050214) os quais são mensurados pela Escala *Likert* em: 1 (consistentemente demonstrado); 2 (frequentemente demonstrado); 3 (algumas vezes demonstrado); 4 (raramente demonstrado); 5 (nunca demonstrado)(MOORHEAD *et al.*, 2016).

No que diz respeito às pesquisas científicas com a taxonomia NOC, destacam-se os estudos de aplicabilidade clínica, os quais verificam se os indicadores de um resultado de enfermagem são aplicáveis para avaliar a evolução clínica de determinados pacientes (MELLO *et al.*, 2016). Outras pesquisas com a taxonomia NOC envolvem a validação de conteúdo, que incluem um teste com os itens necessários para representar o conceito a ser medido, por meio de abordagem qualitativa ou quantitativa, fornecendo assim evidências para que o pesquisador possa decidir se deve ou não aplicar os resultados em sua área de pesquisa ou prática clínica (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; MONTEIRO *et al.*, 2013).

Assim, pesquisas sobre a validação de definições conceituais e operacionais dos indicadores da NOC estão presentes na produção científica com a finalidade de contribuir com a avaliação e o acompanhamento de pacientes, tornando o processo acessível e confiável, mesmo quando realizado por diferentes avaliadores, reduzindo assim os equívocos e orientando a prática clínica para melhores resultados (CAVALCANTE *et al.*, 2020). Por isso, os enfermeiros que incorporaram a NOC à sua prática clínica são capazes de monitorar o progresso de seus pacientes (MOORHEAD *et al.*, 2016).

### **3.3 Incontinência Urinária (fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento)**

#### **3.3.1 Fisiologia da Micção e fisiopatologia da IU**

A fisiopatologia relacionada ao surgimento da IU pode ser dividida em três grupos de alterações: 1- nas células intersticiais; 2- na interligação dos circuitos neurais (centro pontino da micção, centro sacral da micção, centros superiores de controle voluntário); 3- alterações de força dos músculos do assoalho pélvico (SUGAYA *et al.*, 2009). Portanto, alterações nesses elementos resultam em

consequências modificadoras na dinâmica da fisiologia da micção, sendo por isso, necessário conhecimento desses mecanismos envolvidos, uma vez que as condutas específicas de tratamento serão seguidas de acordo com as diferentes condições miccionais apresentadas pelas pacientes (NAMBIAR; LUCAS, 2014).

O trato urinário é constituído pelo trato urinário superior (rins e ureteres) e pelo trato urinário inferior (bexiga e uretra), logo, os rins produzem urina continuamente e de baixa pressão para o armazenamento na bexiga, a qual realizará a eliminação da urina em intervalos oportunos, segundo vários mecanismos de impedimento de fluxo retrógrado de urina (SETH; PANICKER; FOWLER, 2013).

A bexiga é um órgão formado por fibras lisas entrelaçadas que compõe o músculo detrusor e o corpo vesical apresentando como função principal o armazenamento de urina. No interior desse órgão existe uma camada de células endoteliais que envolve as camadas musculares e exerce uma função protetora sobre elas, denominado de urotélio, o qual consegue se distender juntamente com o músculo detrusor (FOWLER; GRIFFITHS; DE GROAT, 2008). Nas camadas mais profundas do tecido endotelial estão situadas um conjunto de células intersticiais (suburoteliais e as intradetrusoras) que são responsáveis pela atividade rítmica da bexiga, obedecendo às fase de enchimento e esvaziamento por meio de neurotransmissores como a acetilcolina e a atividade dos receptores muscarínicos (FERGUSON; KENNEDY; BURTON, 1997).

O armazenamento de urina, por exemplo, ocorre devido à informação aferente, decorrente do enchimento vesical, que, por sua vez, ativa vias de sinalização simpática pelos nervos hipogástrico e pudendo, levando à estimulação (contração) dos esfíncteres uretrais (interno e externo) e ao relaxamento do músculo detrusor (SUGAYA *et al.*, 2009). Já durante o esvaziamento vesical, informações são enviadas para o centro pontino da micção (localizado no tronco cerebral), o qual envia informações eferentes envolvendo o sistema parassimpático (nervo pélvico) e o somático (nervo pudendo), liberando acetilcolina, ativando os receptores muscarínicos para excitar a musculatura detrusora e relaxar a musculatura periuretral (ANDERSSON, 2002). Por isso, na fase de armazenamento a pressão uretral será maior do que a vesical, ocorrendo o contrário desta ação durante o esvaziamento (FOWLER; GRIFFITHS; DE GROAT, 2008).

Observa-se então, que o processo de armazenamento e esvaziamento da bexiga é fisiologicamente complexo e para que possa ocorrer de forma adequada, deve haver sincronia entre os músculos, nervos parassimpáticos, simpáticos, somáticos e sensoriais (CANDIDO *et al.*, 2017). Assim, o controle neurológico da micção pode ser associado a uma atividade semelhante à de um interruptor, pois existe uma coordenação de ações voluntárias e involuntárias, processo esse que ocorre de forma diferente em relação à maioria dos órgãos viscerais (SETH; PANICKER; FOWLER, 2013).

Sobre a etiologia da IU, a teoria mais aceita para o surgimento desse distúrbio miccional é a “Teoria Integral ou Teoria da Integralidade”, proposta na década de 1990 (PETROS, 2010). Segundo essa teoria, os sintomas decorrentes da IU e da hiperatividade vesical seriam secundários, por diferentes razões, à frouxidão da vagina e de seus ligamentos de suporte, resultado da alteração do tecido conectivo (PETROS, 2010). Assim, a abertura e o fechamento da uretra e do colo vesical são regulados por forças que exercem tensão na vagina (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

### 3.3.2 Epidemiologia da IU

A incontinência urinária (IU) é definida como uma condição na qual ocorre a perda involuntária de urina, afetando homens e mulheres, em diferentes faixas etárias e afetando de forma significativa a qualidade de vida das pessoas (ABRAMS *et al.*, 2016; MINASSIAN; BAZI; STEWART, 2017).

Dados da literatura mundial já demonstram que a distribuição da IU por sexo apresenta grande diferença, visto que na população feminina é uma condição que atinge esse público em cerca de 25% a 45%, sejam elas jovens ou mais velhas (ABRAMS *et al.*, 2016). Já na população masculina, a IU se apresenta geralmente relacionada ao estiramento ou lesão de músculos e nervos nas regiões abordadas de forma cirúrgica, como na prostatectomia radical, sendo que a prevalência nesses casos pode chegar até 63% (HENNESEY; HOAG; GANI, 2017; NOVAIS, 2019).

As classificações da IU podem variar de acordo com algumas sociedades e organizações que estudam a temática, entretanto, a terminologia mais utilizada foi a proposta pelo Consenso Internacional de Uroginecologia para a Sociedade Internacional de Continência, na qual a IU de esforço (IUE) consiste no vazamento de urina ao tossir, espirrar ou praticar exercícios físicos, a IU de urgência (IUU) é considerada uma perda involuntária de urina associada a urgência e a IU mista (IUM)

é o termo usado para a coexistência de IUE e IUU, sendo que nessa condição a perda involuntária de urina que ocorre durante o esforço está associada a sensação de urgência (HAYLEN *et al.*, 2010).

Nos Estados Unidos, uma pesquisa realizada com 15.003 mulheres com idade superior a 20 anos entre os anos de 2005 a 2016, que buscou estimar a prevalência de IU por tipo, encontrou resultados de 10% das mulheres com IUU, 16% das mulheres com IUM e 26% com IUE, sendo este último subtipo o mais comum em mulheres na faixa etária dos 40 aos 59 anos (LEE *et al.*, 2021).

No Brasil, uma revisão sistemática realizada sobre o panorama da incontinência urinária em idosos, demonstrou alta prevalência, com taxas que variaram de 29,4 a 65%, de acordo com o subtipo da IU, idade e sexo desta população (PAIVA; RODRIGUES; BESSEL, 2019). Outro estudo realizado com 48 mulheres em uma clínica ginecológica de um hospital universitário no estado do Piauí, identificou prevalência superior da IUM, seguida da IUE e da IUU (MOURAO *et al.*, 2017). Já no Maranhão, uma pesquisa realizada com 98 mulheres com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mulheres climatéricas com IU, identificou que 54,1% das mulheres relataram como “muito” os sintomas relacionados a IUE contra 36,7% de mulheres com sintomas de IUU (CORDEIRO *et al.*, 2008).

Diante disso, observa-se a frequente divergência nos dados de prevalência da IU no mundo e no Brasil, o que pode ser justificado pelas diferentes propostas metodológicas dos estudos realizados e devido a presença do fator subdiagnóstico, uma vez que a IU feminina é vista como algo nocivo, de impacto físico e emocional, provocando medo nas mulheres de serem examinadas somado ao despreparo dos profissionais de saúde em conduzir esse problema (OLIVEIRA *et al.*, 2020; HENKES *et al.*, 2015).

### 3.3.3 Diagnóstico da IU

Por isso, para realizar um diagnóstico adequado em pacientes que apresentam queixa de perda involuntária de urina, se faz necessário obter a história clínica detalhada, incluindo início, duração e gravidade dos sintomas, impacto na qualidade de vida, além de indagar sobre os fatores predisponentes (predisposição genética, raça, distúrbios anatômicos, diabetes mellitus, gravidez, tipo de parto, doenças do tecido conjuntivo, cirurgias pélvicas e perineais) e sobre os fatores agravantes (envelhecimento, déficit cognitivo, pouca mobilidade, mau estado

nutricional, consumo excessivo de cafeína e outros líquidos, obesidade, tabagismo, infecção do trato urinário, deficiência de estrogênio e uso de medicamentos (antipsicóticos, diuréticos, bloqueadores alfa-adrenérgicos) (O`CONNOR *et al.*, 2021).

O exame físico também é um componente essencial na avaliação da paciente e deve ter como foco a região abdominal, para investigar a bexiga e procurar massas, e o exame pélvico para avaliar o tônus muscular, já que são considerados cruciais no processo diagnóstico da IU (HU; PIERRE, 2019). Já os exames como avaliação do volume de resíduo pós-miccional, o teste do absorvente perineal e o estudo urodinâmico, apesar de não serem imprescindíveis, são consideradas investigações adicionais, por exemplo, no caso de outras disfunções miccionais associadas ou etiologia neurológica associada aos sintomas (DRAKE *et al.*, 2018).

### 3.3.4 Tratamento da IU

Em relação ao tratamento da IU, a abordagem em mulheres deve ser gradual, considerando os fatores de risco na fase diagnóstica, bem como os objetivos da paciente, a gravidade dos sintomas, o estilo de vida e as modificações comportamentais necessárias antes de progredir para intervenções mais agressivas (DENISENKO *et al.*, 2021).

Assim, para a IUU, o tratamento é dividido em primeira, segunda e terceira linha, no qual: a primeira linha corresponde à terapia comportamental abrangendo o treinamento vesical (aumento do intervalo entre as micções e melhora da capacidade da bexiga), o treinamento para o fortalecimento dos músculos pélvicos (promove hipertrofia muscular, aumentando a força de fechamento uretral e anal por meio de contrações voluntárias e repetitivas), o *biofeedback* (técnica utilizada para proporcionar reposta do paciente diante de sinais luminosos, numéricos e sonoros, permitindo a paciente autoavaliação dos músculos do assoalho pélvico), manejo da ingestão de fluidos (reduzir líquidos irritantes da bexiga como café e sucos cítricos). A segunda linha compreende os fármacos como os anticolinérgicos e beta-adrenérgicos que atuam na fase de enchimento e esvaziamento vesical, controlando receptores muscarínicos e relaxando músculo detrusor, quando necessário. A terceira linha consistem nas terapias conhecidas como neuromodulação nas quais se incluem a estimulação do nervo tibial posterior, a neuromodulação sacral e a denervação química com toxina botulínica (SCHABERT *et al.*, 2009; BALK *et al.*, 2018; LIGHTNER *et al.*, 2019).

No caso da IUE, as opções terapêuticas também são direcionadas para a terapia comportamental, porém com foco em mudança nos hábitos de vida, incluindo perda de peso e o treinamento para o fortalecimento dos músculos pélvicos, que nesses casos consegue melhorar os sintomas de perda urinária em cerca de 70%, e o uso de dispositivos vaginais (através cones, pessários e *plugs* vaginais que servem para a promoção do aumento da resistência uretral). Quanto as opções cirúrgicas disponíveis, estão as fitas suburetrais ou *slings*, procedimento com abordagem retropúbica ou do transobturador que proporcionam suporte à musculatura pélvica e auxiliam na resistência uretral diante da pressão exercida pela bexiga quando está cheia, atenuando assim a perda involuntária de urina (DENISENKO *et al.*, 2021; BROOK; TESSEMA, 2013).

Por fim, como a IUM é caracterizada pela existência simultânea de fatores de urgência urinária e esforço, o tratamento é realizado por meio do gerenciamento de qualquer subtipo de IU que seja mais incômodo para o paciente (ROBERTS; MAHAJAN, 2021). Além disso, alguns estudos apontam para a realização de terapias como toxina botulínica, outros agentes de volume e emprego de fitas cirúrgicas com efeitos promissores em mulheres acometidas pela IUM (VIERECK *et al.*, 2021; HAJEBRAHIMI *et al.*, 2021).

Em uma revisão integrativa, que teve como objetivo de analisar as pesquisas nacionais em periódicos de enfermagem sobre essa temática, identificou que as pesquisas abordavam principalmente a IU em mulheres e eram do tipo prevalência ou com caráter de intervenção de enfermagem para controle deste distúrbio (MATA *et al.*, 2014).

Assim, observa-se que embora a temática IU seja objeto de estudo frequente, a aplicabilidade clínica das taxonomias NANDA-I e NOC nesta área bem como a validação em populações específicas constituem-se em lacunas científicas (COSTA; LOPES, LOPES, 2020).

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo do tipo transversal analítico desenvolvido com mulheres que apresentavam incontinência urinária. A característica transversal deste estudo deve-se ao fato de a coleta ter sido realizada em um único momento, permitindo a descrição dos fenômenos de uma realidade através da observação, do registro e da análise dos fatos (POLIT; BECK, 2019).

### **4.2 Período e Local de pesquisa**

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de outubro de 2021 a maio de 2022 no ambulatório de ginecologia da unidade materno-infantil e no serviço de urologia, litotripsia e análises clínicas, setores que fazem parte de um hospital universitário no nordeste brasileiro.

O hospital universitário em questão é um órgão da administração pública federal que desenvolve procedimentos de média e alta complexidade além de alguns programas estratégicos de atenção básica integrados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os ambulatórios de ginecologia e de urologia deste hospital oferecem assistência integral à mulher com os serviços especializados, incluindo consultas com especialistas e exames de estudo urodinâmico e de cistoscopia.

O acesso aos serviços ambulatoriais deste hospital ocorre por encaminhamento pelo fluxo interno dos mesmos ou por agendamento de consulta pela Central de Marcação de Consultas e Exames (CEMARC) da prefeitura da cidade.

### **4.3 População e Amostra**

Foram incluídas no estudo mulheres atendidas nos ambulatórios de ginecologia e urologia com idade acima de 18 anos. Foram excluídas aquelas que estavam gestantes, eram portadoras de barreiras de comunicação, ou apresentavam enfermidades neurológicas degenerativas e/ou que tenham realizado procedimento cirúrgico para tratamento de incontinência urinária.

Neste estudo, as mulheres foram captadas com a estratégia de amostragem em sequência que consiste num método de amostra não probabilística, em que todas as pessoas de uma população acessível são recrutadas em um intervalo de tempo específico (POLIT; BECK, 2019).

Os locais de coleta de dados apresentam uma média de 120 atendimentos por dia e o tamanho amostral foi estimado em 92 mulheres considerando,  $Z = 1,96$ , erro tipo alfa de 5% e de acordo com a seguinte fórmula:  $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1$  (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral) (SANTOS, 2022). Sendo que, nesta pesquisa, foi alcançado o valor correspondente a 97 mulheres.

#### **4.4 Procedimento de coleta dos dados**

A coleta foi realizada pela pesquisadora por meio de entrevista que durava aproximadamente 15 minutos e as mulheres foram convidadas a participar da pesquisa na sala de espera do ambulatório de ginecologia e do serviço de urologia, locais esses onde foram informadas sobre os objetivos do estudo e ofertado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

#### **4.5 Instrumento de coleta de dados**

Para a pesquisa foi utilizado um formulário composto por três partes (APÊNDICE B). A primeira parte contemplou as seguintes variáveis: dados sociodemográficos; dados gerais de saúde (doenças pré-existentes, medicamentos em uso); história obstétrica (número de gestações, tipo de parto); história ginecológica (reposição hormonal, cirurgia ginecológica) e hábitos alimentares (consumo de cafeína).

A segunda parte englobou: as características definidoras e fatores etiológicos (populações em risco e condições associadas) dos diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária mista, de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2021); e a avaliação da gravidade da IU por meio do Índice de severidade da Incontinência, que foi validado no Brasil em 2011 (PEREIRA *et al.*, 2011). A inferência dos diagnósticos de enfermagem foi determinada pela

pesquisadora principal no momento da coleta dos dados, já que esse era um critério para inclusão da participante na pesquisa. Além disso as perguntas relacionadas às características definidoras e aos fatores etiológicos não foram realizadas na sua totalidade, e àquelas que dependiam de exame físico foram feitas adequando a linguagem para o nível de entendimento da entrevistada, como por exemplo, para a variável prolapso de órgão pélvico, foi feito o seguinte questionamento: “ *a senhora observa alguma bola ou órgão saindo da sua região íntima?*”; para a variável distúrbios do assoalho pélvico foi questionado: “ *a senhora tem a percepção de bexiga caída ou intestino caído?*”; para a variável hábitos de higiene íntima ineficazes foi questionado: “ *a senhora realiza a limpeza da genitália em qual sentido ( de baixo pra cima ou de cima pra baixo, considerando ânus e canal urinário)?*”. Foi realizada consulta nos relatórios de estudo urodinâmico daquelas pacientes que haviam se submetido ao mesmo e estavam com este exame no dia da entrevista.

A terceira parte abordou os indicadores do resultado de enfermagem da NOC: Continência Urinária para a avaliação do nível de comprometimento da continência urinárias em mulheres com perda involuntária de urina . Os indicadores dos resultados da NOC foram mensurados através da Escala *Likert* de 5 pontos, (MOORHEAD *et al.*,2016). As definições conceituais e operacionais dos 19 indicadores deste resultado foram elaboradas pela própria pesquisadora através de pesquisas e buscas na literatura científica sobre o tema (APÊNDICE C). Entretanto o indicador “Resíduo pós- micção > 100-200 mililitros” não foi mensurado devido a impossibilidade de aplicação por meio de entrevista.

Nesse estudo escolheu-se o resultado de enfermagem NOC “Continência Urinária”, devido à ausência de trabalhos com essa temática para avaliação de comprometimento da perda involuntária urina, além da relação que o mesmo tem com os diagnósticos de enfermagem mais comuns relacionados a incontinência urinária, constatada por meio de consulta ao livro Ligações NANDA-NIC-NOC (JONHSON *et al.*, 2013).

#### **4.6 Organização e Análise dos dados**

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do *software Excel* (2019) e analisados com auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.0. Foram determinadas as frequências absolutas,

percentuais, as medidas de tendência central e a dispersão para a análise descritiva das variáveis. Os intervalos de confiança foram calculados para as proporções das variáveis categóricas. O Teste de *Mann-Whitney* também foi utilizado para análise das variáveis quantitativas que não seguiram tendência à normalidade, sendo adotado, nível de significância de 5%.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Este estudo seguiu os preceitos éticos recomendados pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil, do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUFMA), sob o nº de Parecer 50822921.0.0000.508 (APÊNDICE D). A coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo CEP e as participantes da pesquisa deram anuência à pesquisa por meio da assinatura do TCLE.

## 5 RESULTADOS

Nesta pesquisa foram avaliadas 97 pacientes com incontinência urinária predominantemente pardas (64,9%) e com nível de escolaridade equivalente ao ensino médio (56,7%). Em relação à situação empregatícia, destacou-se o trabalho formal assalariado (33%). Para a variável idade, encontrou-se média de idade de 50,77 anos (DP: 10,215), com mínimo de 30 e máximo de 71 anos. A média da renda familiar foi de R\$ 1.361,86 reais (DP: 630,17 reais), com mínimo de R\$ 600,00 reais e máximo de R\$ 5.000,00 reais.

Na avaliação dos dados gerais de saúde observou-se que Hipertensão Arterial Sistêmica (45,4%), Diabetes mellitus (19,6%) e Transtornos de Ansiedade e Depressão (18,6%) foram as comorbidades mais frequentes. Conseqüentemente, também predominaram os medicamentos utilizados para os tratamentos das mesmas, como os anti-hipertensivos (43,3%), os antidiabéticos (19,6%) e os psicotrópicos (16,5%).

Em relação aos hábitos alimentares, a maioria informou consumir cafeína (88,7%) e bebidas carbonatadas (50,5%). Em relação aos hábitos de vida, 26,8% das mulheres relataram etilismo. As informações sobre as características sociodemográficas, os dados gerais de saúde, os hábitos sociais e de vida das pacientes com IU podem ser observadas na Tabela 1.

**Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica, dados gerais de saúde, hábitos sociais das pacientes com incontinência urinária. São Luís, Maranhão, 2022

VARIÁVEL	n	%
(continua)		
<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>		
Analfabeto	1	1,0
Ensino Fundamental	21	21,6
Ensino Médio	55	56,7
Ensino Superior	20	20,6
<b>COR DA PELE</b>		
Parda	63	64,9
Preta	21	21,6
Branca	9	9,3
Amarela	2	2,1
Indígena	2	2,1
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada/união estável	62	63,9
Solteira	13	13,4
Divorciada	13	13,4
Viúva	9	9,3
<b>SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA</b>		
Trabalho formal	32	33,0
Autônoma	20	20,6

**Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica, dados gerais de saúde, hábitos sociais e de vida das pacientes com incontinência urinária. São Luís, Maranhão, 2022

VARIÁVEL	(conclusão)			
	n	%		
Aposentada	15	15,5		
Desempregada	12	12,4		
Pensionista	10	10,3		
Trabalho informal	8	8,2		
<b>COMORBIDADES*</b>				
Hipertensão arterial sistêmica	44	45,4		
Diabetes mellitus	19	19,6		
Depressão/ Ansiedade	18	18,6		
Doenças do trato gastrointestinal	10	10,3		
Distúrbios hormonais e reumáticos	7	7,2		
Obesidade	6	6,2		
Nefropatia	5	5,2		
Distúrbios urinários/ urológicos	5	5,2		
Cardiopatia	2	2,1		
Doenças neurológicas	1	1,0		
<b>MEDICAMENTOS EM USO</b>				
Anti-hipertensivos	42	43,3		
Antidiabéticos	19	19,6		
Psicotrópicos	16	16,5		
Anti-tireoidianos	3	3,1		
<b>HÁBITOS ALIMENTARES</b>				
Consumo de cafeína	86	88,7		
Consumo de bebidas carbonatadas (refrigerantes)	49	50,5		
Consumo de pimentas	33	34,0		
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>				
Etilista	26	26,8		
Ex-tabagista	17	17,5		
Ex- etilista	15	15,5		
<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>
Idade (anos)	50,77	10,21	30	71
Renda familiar (reais)**	1.361,86	630,17	600	5000

Fonte: Autoria própria (2022)

\*Algumas pacientes apresentaram mais de uma comorbidade simultaneamente

\*\*O salário mínimo vigente durante o período da pesquisa era de R\$1.100,00 reais (BRASIL, 2021)

Na tabela 2 estão dispostos os dados da história obstétrica, ginecológica e a gravidade da IU das pacientes avaliadas por meio do *Incontinence Severity Index* (ISI). Os resultados obtidos apontaram média de 2,99 gestações por mulher (DP:1,61), com mínimo de 0 e máximo de 9 gestações; média de 1,96 partos vaginais (DP: 1,88), com mínimo de 0 e máximo de 9 partos vaginais; média de 0,74 partos cesarianos (DP: 0,96), com mínimo de 0 e máximo de 3 partos cesarianos; média de abortos 0,25 (DP: 0,64), com mínimo de 0 e máximo de 4 abortos; média de 0,04 partos vaginais com fórceps (DP: 0,20), com mínimo de 0 e máximo de 1 parto vaginal com fórceps.

Observou-se que 67% das mulheres tiveram partos vaginais, 29,9% sofreram laceração vaginal durante o trabalho de parto e 33% afirmaram terem sido

submetidas à episiotomia. Em relação ao método contraceptivo (MC), 46,4% afirmaram serem adeptas, principalmente, da laqueadura (30,9%). E, ainda, cerca de 57,7% das mulheres afirmaram estar na fase de climatério/menopausa e 100% não faziam uso de nenhum tipo de terapia de reposição hormonal. Constatou-se que houve predominância da IU moderada (62,9%) entre as mulheres avaliadas por meio do ISI.

**Tabela 2** - História obstétrica, ginecológica e gravidade da incontinência urinária avaliada nas pacientes por meio da Incontinence Severity Index (ISI). São Luís, Maranhão, 2022

VARIÁVEL	n	%		
<b>TIPOS DE PARTOS*</b>				
Parto Vaginal	65	67,0		
Parto Cesáreo	43	44,3		
Parto Vaginal com fórceps	4	4,1		
<b>ABORTO</b>	17	17,5		
<b>LACERAÇÃO REGIÃO PERINEAL</b>				
Laceração vaginal	29	29,9		
Laceração no ânus	5	5,2		
<b>EPISIOTOMIA</b>	32	33,0		
<b>MÉTODO CONTRACEPTIVO</b>				
Uso de método contraceptivo	45	46,4		
Tipo de método contraceptivo:				
Nenhum	53	54,6		
Laqueadura	30	30,9		
Preservativo	6	6,2		
Dispositivo intrauterino (DIU)	4	4,1		
Anticoncepcional oral	4	4,1		
<b>CLIMATÉRIO OU MENOPAUSA</b>	56	57,7		
<b>NÃO UTILIZA DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL</b>	97	100,0		
<b>HISTERECTOMIA</b>	22	22,7		
<b>OUTRAS CIRURGIAS GINECOLÓGICAS/ PÉLVICAS</b>	38	39,2		
Nenhuma	70	72,2		
Perineoplastia	23	23,7		
Exérese lesão uterina/ Ooforectomia	4	4,1		
<b>GRAVIDADE DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IU)</b>				
IU leve	20	20,6		
IU moderada	61	62,9		
IU grave	10	10,3		
IU muito grave	6	6,2		
<b>VARIÁVEL</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>
Nº de gestações	2,99	1,61	0	9
Nº de partos vaginais	1,96	1,88	0	9
Nº de partos cesáreos	0,74	0,96	0	3
Nº de abortos	0,25	0,64	0	4
Nº de partos vaginais com fórceps	0,04	0,20	0	1

Fonte: Autoria própria (2022)

\*Algumas mulheres múltiparas apresentaram mais de um tipo de parto

Na tabela 3 estão dispostas as informações sobre as características definidoras e os fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista. Observou-se que este diagnóstico foi o mais prevalente entre as mulheres avaliadas nesta pesquisa (43,3%). As características definidoras mais frequentes foram: urgência urinária (41,2%), esvaziamento incompleto da bexiga (39,2%), perda involuntária de urina ao tossir (36,1%), perda involuntária de urina ao esforço (25,8%) e perda involuntária de urina ao espirrar (21,6%). Entre os fatores relacionados, os mais frequentes foram parede anterior da vagina enfraquecida (19,6%), prolapso de órgão pélvico (16,5%) e tabagismo (10,3%). Quanto as populações em risco, prevaleceram indivíduos com um tipo de incontinência (100%), mulheres multíparas (86,6%), mulheres dando à luz por parto vaginal (67%) e mulheres vivenciando a menopausa (57,7%). Já para as condições associadas, destacou-se a deficiência de estrogênio (57,7%).

**Tabela 3 – Distribuição das características definidoras e fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista. São Luís, Maranhão, 2022**  
(continua)

<b>VARIÁVEL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista (IUM)	42	43,3
<b>Características definidoras</b>		
Urgência urinária	40	41,2
Expressa esvaziamento incompleto da bexiga	38	39,2
Perda involuntária de urina ao tossir	35	36,1
Perda involuntária de urina ao esforço	25	25,8
Perda involuntária de urina ao espirrar	21	21,6
Perda involuntária de urina ao dar risadas	19	19,6
Perda involuntária de urina ao esforço físico	13	13,4
Noctúria	13	13,4
<b>Fatores Relacionados</b>		
Parede anterior da vagina enfraquecida	19	19,6
Prolapso de órgão pélvico	16	16,5
Tabagismo	10	10,3
Sobrepeso	3	3,1
Incompetência do colo vesical	3	3,1
Incompetência esfíncter uretral	1	1,0
<b>Populações em risco</b>		
Indivíduos com um tipo de incontinência	97	100,0
Mulheres multíparas	84	86,6

**Tabela 3 –** Distribuição das características definidoras e fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista. São Luís, Maranhão, 2022

VARIÁVEL	(conclusão)	
	n	%
Mulheres dando à luz por parte vaginal	65	67,0
Mulheres vivenciando à menopausa	56	57,7
Idosos	22	22,7
<b>Condições associadas</b>		
Deficiência de estrogênio	56	57,7
Distúrbios do assoalho pélvico	36	37,1
Cirurgia para incontinência urinária de esforço	22	22,7
Diabetes Mellitus	19	19,6

Fonte: Autoria própria (2022)

Na tabela 4 podem ser visualizadas as características definidoras e os fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço, o qual esteve presente em 37,1% das mulheres investigadas. Entre as características definidoras mais frequentes destacaram-se perda involuntária de urina ao tossir (33%), perda involuntária de urina ao esforço (23,7%) e perda involuntária de urina ao espirrar (20,6%). Quanto aos fatores relacionados, prevaleceram os distúrbios do assoalho pélvico (37,1%). Para as populações em risco, predominaram mulheres múltiparas (86,6%) e mulheres dando a luz por parto vaginal (67%). Em relação as condições associadas, destacou-se musculatura do assoalho pélvico danificada (29,9%).

**Tabela 4 –** Distribuição das características definidoras e fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço. São Luís, Maranhão, 2022

VARIÁVEL	(continua)	
	n	%
Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço (IUE)	36	37,1
<b>Características definidoras</b>		
Perda involuntária de urina ao tossir	32	33,0
Perda involuntária de urina ao esforço	23	23,7
Perda involuntária de urina ao espirrar	20	20,6
Perda involuntária de urina ao dar risadas	18	18,6
Perda involuntária de urina ao esforço físico	16	16,5
<b>Fatores relacionados</b>		
Distúrbios do assoalho pélvico	36	37,1

**Tabela 4** – Distribuição das características definidoras e fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço. São Luís, Maranhão, 2022

VARIÁVEL	(conclusão)	
	n	%
Prolapso de órgão pélvico	2	2,1
Sobrepeso	1	1,0
<b>Populações em risco</b>		
Mulheres múltiparas	84	86,6
Mulheres dando a luz parto vaginal	65	67,0
Mulheres vivenciando a menopausa	22	22,7
<b>Condições associadas</b>		
Musculatura do assoalho pélvico danificada	29	29,9
Doenças do sistema nervoso central	1	1,0

Fonte: Autoria própria (2022)

O Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência foi observado em 19,6% das mulheres avaliadas e as características definidoras mais frequentes foram sensação de urgência com estímulo provocado (18,6%), frequência urinária (18,6%) e perda involuntária de volumes variáveis de urina entre micções com urgência (10,3%). Em relação aos fatores relacionados, os mais citados foram hábitos de higiene íntima ineficazes (10,3%), consumo de bebidas carbonatadas (8,2%), consumo de álcool (6,2%) e presença de prolapso de órgãos pélvicos (6,2%). Para as populações em risco e condições associadas, os mais frequentes foram mulheres vivenciando a menopausa (57,7%) e diabetes mellitus (19,6%), respectivamente. Esses dados podem ser verificados na tabela 5.

**Tabela 5** – Distribuição das características definidoras e fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência. São Luís, Maranhão, 2022

VARIÁVEL	(continua)	
	n	%
Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência (IUU)	19	19,6
<b>Características definidoras</b>		
Sensação de urgência com estímulo provocado	18	18,6
Frequência urinária	18	18,6
Perda involuntária de volumes variáveis de urina entre micções, com urgência	10	10,3
Perda involuntária de urina antes de chegar ao banheiro	8	8,2

**Tabela 5 – Distribuição das características definidoras e fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência. São Luís, Maranhão, 2022**

VARIÁVEL	(conclusão)	
	n	%
Noctúria	4	4,1
Capacidade vesical diminuída	3	3,1
Perda involuntária de urina com contrações da bexiga	2	2,1
Perda involuntária de urina com espasmos da bexiga	2	2,1
<b>Fatores Relacionados</b>		
Hábitos de higiene íntima ineficazes	10	10,3
Consumo de bebidas carbonatadas	8	8,2
Consumo de álcool	6	6,2
Prolapso de órgãos pélvicos	6	6,2
Distúrbios do assoalho pélvico	4	4,1
Impactação fecal	3	3,1
Ansiedade	1	1,0
Relaxamento esfinteriano involuntário	1	1,0
<b>Populações em risco</b>		
Mulheres vivenciando a menopausa	56	57,7
Idoso	22	22,7
<b>Condições associadas</b>		
Diabetes mellitus	19	19,6
Depressão	18	18,6
Doenças do sistema nervoso central	1	1,0

Fonte: Autoria própria (2022)

A Tabela 6 apresenta o grau de comprometimento das mulheres com incontinência urinária de acordo com os indicadores do resultado de enfermagem NOC Continência Urinária. Os que apresentaram os piores resultados, ou seja, escore entre 1 e 2, foram: identifica medicamento que interfere no controle urinário (89,7%; média = 1,21), perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar) (42,3%; média = 2,23) e esvazia a bexiga completamente (38,1%; média 2,07).

Por sua vez, os indicadores deste resultado que apresentaram as maiores médias, em que o escore obtido foi entre 4 e 5, foram: vai ao banheiro independentemente (99%; média = 4,99), controla as roupas independentemente (97,9%; média = 4,96), mantém ambiente sem barreiras para ir ao banheiro independentemente (95,9%; média = 4,85), molha a roupa ou a roupa de cama

durante a noite (75,3%; média= 4,67), urina em recipiente apropriado (61,9% ; média 4,52), infecção do trato urinário (61,9% ; média 4,38) e reconhece a vontade de urinar (50,5% ; média 4,23).

**Tabela 6 -** Caracterização das pacientes com incontinência urinária quanto ao nível de comprometimento dos indicadores do resultado NOC (0502) Continência Urinária. São Luís, Maranhão, 2022

(continua)

Indicadores da NOC	Escala Likert da NOC										Média
	Nunca demonstrado		Raramente demonstrado		Algumas vezes demonstrado		Frequentemente demonstrado		Consistentemente demonstrado		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Reconhece a vontade de urinar	-	-	7	7,2	13	13,4	28	28,9	49	50,5	4,23
Mantém padrão previsível de micção	9	9,3	7	7,2	28	28,9	39	40,2	14	14,2	3,43
Responde à vontade em tempo hábil	1	1,0	3	3,1	13	13,4	51	52,6	29	29,9	4,07
Urina em recipiente apropriado	-	-	3	3,1	4	4,1	30	30,9	60	61,9	4,52
Chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina	2	2,1	6	6,2	13	13,4	39	40,2	37	38,1	4,06
Mantém ambiente sem barreiras para ir ao banheiro independentemente	3	3,1	1	1,0	-	-	-	-	93	95,9	4,85
Urina > 150ml a cada vez	7	7,2	18	18,6	27	27,8	26	26,8	19	19,6	3,33
Inicia e interrompe o fluxo	10	10,3	17	17,5	45	46,4	14	14,4	11	11,3	2,99
Esvazia a bexiga completamente	37	38,1	32	33,0	19	19,6	2	2,1	7	7,2	2,07
Ingere uma quantidade adequada de líquido	7	7,2	22	22,7	22	22,7	21	21,6	25	25,8	3,36
Controla as roupas independentemente	-	-	1	1,0	-	-	1	1,0	95	97,9	4,96
Vai ao banheiro independentemente	-	-	-	-	-	-	1	1,0	96	99,0	4,99
Identifica medicamento que interfere no controle urinário	87	89,7	6	6,2	-	-	2	2,1	2	2,1	1,21
			<b>Consistentemente demonstrado</b>	<b>Frequentemente demonstrado</b>	<b>Algumas vezes demonstrado</b>	<b>Raramente demonstrado</b>	<b>Nunca demonstrado</b>				<b>Média</b>
Perda de urina entre as micções	20	20,6	42	43,3	21	21,6	12	12,4	2	2,1	2,32
Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar)	41	42,3	19	19,6	17	17,5	14	14,4	6	6,2	2,23

**Tabela 6-** Caracterização das pacientes com incontinência urinária quanto ao nível de comprometimento dos indicadores do resultado NOC (0502) Continência Urinária. São Luís, Maranhão, 2022

	(conclusão)										
	Consistentemente demonstrado		Frequentemente demonstrado		Algumas vezes demonstrado		Raramente demonstrado		Nunca demonstrado		Média
Molha a roupa ou a roupa de cama durante a noite	-	-	1	1,0	6	6,2	17	17,5	73	75,3	4,67
Infecção do trato urinário	1	1,0	6	6,2	8	8,2	22	22,7	60	61,9	4,38
Molha a roupa durante o dia	2	2,1	12	12,4	17	17,5	26	26,8	40	41,2	3,93

Fonte: Autoria própria (2022)

\*O indicador Resíduo pós- micção > 100-200 mililitros contido neste resultado NOC não foi utilizado devido à impossibilidade de avaliação nas pacientes.

Na tabela 7 estão dispostas as informações sobre a comparação entre os indicadores do Resultado de Enfermagem – NOC Continência urinária e o Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista avaliados. Verificou-se que as pacientes com este diagnóstico de enfermagem apresentaram os piores escores NOC para os indicadores urina em recipiente apropriado ( $p= 0,025$ ), chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina ( $p = 0,022$ ) e esvazia a bexiga completamente ( $p= 0,037$ ).

**Tabela 7** - Comparação entre os valores dos indicadores do resultado de enfermagem Continência Urinária e o Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista. São Luís, Maranhão, 2022

Indicadores NOC	Sim N= 42		Não N= 55		p-valor **
	Média	DP*	Média	DP*	
Reconhece a vontade de urinar	4,19	0,994	4,25	0,907	0,843
Mantém padrão previsível de micção	3,21	1,335	3,60	0,894	0,220
Responde à vontade em tempo hábil	3,95	0,854	4,16	0,764	0,205
Urina em recipiente apropriado	4,31	0,869	4,67	0,546	0,025
Chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina	3,79	1,094	4,27	0,827	0,022
Mantém ambiente sem barreiras para ir ao banheiro independentemente	4,81	0,862	4,87	1,183	0,767
Urina > 150ml a cada vez	3,33	1,183	3,33	1,218	0,994
Inicia e interrompe o fluxo	2,83	1,010	3,11	1,149	0,287
Esvazia a bexiga completamente	1,79	0,951	2,29	1,242	0,037
Ingere uma quantidade adequada de líquido	3,14	1,299	3,53	1,260	0,147
Controla as roupas independentemente	4,98	0,154	4,95	0,405	0,859
Vai ao banheiro independentemente	4,98	0,154	-	-	0,252
Identifica medicamento que interfere no controle urinário	1,12	0,504	1,27	0,870	0,359
Perda de urina entre as micções	2,17	0,824	2,00	1,118	0,357
Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar)	1,90	1,008	2,47	1,451	0,080
Molha a roupa durante o dia	4,00	0,911	3,87	1,277	0,957
Molha a roupa ou a roupa de cama durante a noite	4,79	0,470	4,58	0,738	0,201
Infecção do trato urinário	4,52	0,804	4,27	1,004	0,278

Fonte: Autoria própria (2022)

\*DP = Desvio-padrão

\*\* Teste de Mann Whitney

A tabela 8 apresenta a comparação entre os indicadores do Resultado de Enfermagem – NOC Continência urinária e o Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço avaliados nesta pesquisa. Os dados mostraram que, na ausência do diagnóstico de enfermagem, as pacientes apresentaram piores escores NOC dos seguintes indicadores: mantém padrão previsível de micção ( $p=0,004$ ), responde à vontade em tempo hábil ( $p= 0, 035$ ), chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina ( $p= 0,013$ ) e esvazia a bexiga completamente ( $p=0,009$ ). Apenas o indicador perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar) ( $p= 0,004$ ) apresentou o pior escore NOC na presença do diagnóstico de enfermagem em questão.

**Tabela 8** - Comparação entre os valores dos indicadores do resultado de enfermagem Continência Urinária e o Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço. São Luís, Maranhão, 2022

Indicadores NOC	Sim N= 36		Não N= 61		p-valor **
	Média	DP*	Média	DP*	
Reconhece a vontade de urinar	4,42	0,806	4,11	1,002	0,157
Mantém padrão previsível de micção	3,89	0,667	3,16	1,241	0,004
Responde à vontade em tempo hábil	4,31	0,668	3,93	0,854	0,035
Urina em recipiente apropriado	4,58	0,604	4,48	0,788	0,682
Chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina	4,36	0,833	3,89	1,018	0,013
Mantém ambiente sem barreiras para ir ao banheiro independentemente	4,89	0,667	4,82	0,806	0,618
Urina > 150ml a cada vez	3,36	1,175	3,31	1,218	0,875
Inicia e interrompe o fluxo	3,22	1,017	2,85	1,123	0,165
Esvazia a bexiga completamente	2,44	1,229	1,85	1,046	0,009
Ingere uma quantidade adequada de líquido	3,53	1,158	3,26	1,353	0,338
Controla as roupas independentemente	-	-	4,93	0,403	0,275
Vai ao banheiro independentemente	-	-	4,98	0,128	0,442
Identifica medicamento que interfere no controle urinário	1,28	0,849	1,16	0,663	0,376
Perda de urina entre as micções	2,50	0,971	2,21	1,018	0,125
Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar)	1,72	1,003	2,52	1,374	0,004
Molha a roupa durante o dia	4,00	1,242	3,82	1,066	0,375
Molha a roupa ou a roupa de cama durante a noite	4,75	0,439	4,62	0,734	0,789
Infecção do trato urinário	4,33	1,042	4,41	0,901	0,846

Fonte: Autoria própria (2022); \*DP = Desvio-padrão; \*\* Teste de Mann Whitney

Estão dispostos na tabela 9 os dados correspondentes à comparação dos indicadores NOC Continência Urinária e o Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência. Observou-se que as mulheres que não apresentaram o referido diagnóstico apresentaram os piores escores NOC dos seguintes indicadores: urina em recipiente apropriado ( $p=0,022$ ) e perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar) ( $p=0,001$ ).

**Tabela 9** - Comparação entre os valores dos indicadores do resultado de enfermagem Continência Urinária e o Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência. São Luís, Maranhão, 2022.

Indicadores NOC	Sim N= 19		Não N= 78		p-valor **
	Média	DP*	Média	DP*	
Reconhece a vontade de urinar	3,95	1,026	4,11	1,002	0,140
Mantém padrão previsível de micção	3,05	1,026	3,53	1,125	0,052
Responde à vontade em tempo hábil	3,89	0,875	4,12	0,789	0,327
Urina em recipiente apropriado	4,89	0,375	4,44	0,766	0,022
Chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina	4,11	0,809	4,05	1,018	0,877
Mantém ambiente sem barreiras para ir ao banheiro independentemente	4,84	0,688	4,85	0,774	0,812
Urina > 150ml a cada vez	3,26	1,327	3,35	1,171	0,841
Inicia e interrompe o fluxo	2,89	1,370	3,01	1,026	0,718
Esvazia a bexiga completamente	2,00	1,247	2,09	1,130	0,575
Ingere uma quantidade adequada de líquido	3,53	1,467	3,32	1,243	0,520
Controla as roupas independentemente	4,84	0,688	4,99	0,113	0,268
Vai ao banheiro independentemente	-	-	4,99	0,113	0,622
Identifica medicamento que interfere no controle urinário	1,26	0,933	1,19	0,685	0,945
Perda de urina entre as micções	2,32	1,376	2,32	0,904	0,475
Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar)	3,89	1,049	1,82	1,003	0,001
Molha a roupa durante o dia	3,63	1,342	4,00	1,069	0,311
Molha a roupa ou a roupa de cama durante a noite	4,26	1,046	4,77	0,454	0,054
Infecção do trato urinário	4,16	1,068	4,44	0,920	0,264

Fonte: Autoria própria (2022); \*DP = Desvio-padrão; \*\* Teste de Mann Whitney

## 6 DISCUSSÃO

A IU é uma condição multifatorial em mulheres e seu manejo, muitas vezes, é complicado devido aos fatores de risco envolvidos, comorbidades e alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento feminino. Por ser uma condição psicossocialmente debilitante com impactos negativos na qualidade de vida, pesquisas na área são sempre necessárias para que sejam superados os desafios associados ao manejo eficaz dessa alteração (MEYER; RICHTER, 2022).

Os dados relacionados à faixa etária e à renda familiar das 97 mulheres com IU que participaram dessa pesquisa foram convergentes com um estudo realizado com um perfil de mulheres semelhantes, acima dos 18 anos, sem déficits cognitivos e que não realizaram cirurgias prévias para o tratamento de IU, cujos resultados demonstraram média de 56,2 anos (DP: 14,4), mínimo de 25 anos e máximo de 80 anos e renda familiar predominante a um salário mínimo (SILVA *et al.*, 2020).

Observa-se que a média de idade encontrada nesta pesquisa e nos estudos de Silva e colaboradores (2020) foi de 50 anos ou mais de idade, entretanto esta faixa etária está relativamente mais próxima dos 60 anos, período em que ocorre o predomínio de doenças crônicas, prevalência elevada de morbidade por condições agudas ou agudizações de condições crônicas (BRASIL, 2020a).

Assim, a população idosa, durante o processo de envelhecimento, está mais suscetível à perda involuntária de urina, sendo que este distúrbio atinge cerca de 39% das mulheres com mais de 60 anos de idade (TRAN; PUCKETT, 2022). Fisiologicamente há manifestações de deterioração muscular, com perda de massa e força, provocando o enfraquecimento muscular e possível redução da mobilidade física contribuindo assim para o surgimento da IU (DIZ *et al.*, 2015).

Observou-se, ainda, que a média de idade das mulheres avaliadas nesta pesquisa condiz com o último período do ciclo menstrual, que ocorre entre 45 e 55 anos, com redução importante na concentração dos hormônios sexuais femininos, cujos efeitos são uma gama de sintomas que vão desde ondas de calor ou fogachos, passando por sintomas psíquicos e alterações relacionadas à parte genitourinária, como a perda involuntária de urina (BRASIL, 2020b).

A presente investigação mostrou que predominaram mulheres incontinentes com nível bom de escolaridade, resultado este que diverge de vários estudos em que as mulheres tinham escolaridade inferior, correspondente ao ensino

fundamental ou abaixo dos oito anos de estudo (OLIVEIRA et al., 2015) ALVARENGA-MARTINS et al., 2017; SILVA et al., 2020).

Sobre os aspectos relacionados à escolaridade, Kessler et al. (2018) demonstraram em seu estudo que o nível escolar baixo ou ausente está relacionado à IU, devido à dificuldade dessas mulheres reconhecerem esta condição como uma disfunção, o que repercute em atraso no diagnóstico. Porém, é importante destacar que a temática da IU sofre outras influências, inclusive socioculturais, que podem contribuir para a crença de que esta alteração funcional faz parte do processo normal do envelhecimento (MOURÃO et al., 2017). Acredita-se que a divergência de resultado da presente pesquisa em relação aos estudos de Alvarenga - Martins et al. (2017), Kessler et al. (2018) e Silva et al. (2020), possa ser justificada pelo fato de a amostra ter sido composta apenas por mulheres com queixas urinárias sugestivas de IU, sendo algumas já devidamente acompanhadas pelos serviços dos ambulatórios especializados.

Para a variável cor da pele, o resultado da presente pesquisa foi semelhante ao encontrado por Gonzaga et al. (2021), pois predominaram mulheres diagnosticadas com IU da cor parda (69,2%), fato explicado pelas informações presentes nos censos populacionais, em que a maioria da população brasileira (46,8%) e maranhense (70,11%) é autodeclarada parda. Ressalta-se que essa identidade racial decorre de aspectos históricos e culturais, pois a população da capital maranhense teve aumento de pretos e mulatos por meio da importação massiva de mão de obra africana a partir da primeira década do século XIX (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2020b; MOTA; CUNHA 2017).

Entretanto, alguns estudos apontam resultados opostos quando se observa a IU e a cor da pele, apresentando predominância desse distúrbio em mulheres brancas, independente da faixa etária estudada (LEROY; LOPES; SHIMO, 2012; SILVA; SOLER; WY SOCKY, 2017; BARBOSA et al., 2021). Nesses estudos, a explicação provável para que mulheres brancas sejam mais suscetíveis à IU pode estar relacionada ao fato de ter sido observado que mulheres negras e pardas apresentam maior pressão de fechamento uretral durante o processo de enchimento vesical, contribuindo assim para um melhor controle da continência (DELANCEY et al., 2010; DOSHI et al., 2010).

Já para as variáveis estado civil e situação empregatícia, os resultados deste estudo divergem parcialmente dos achados de uma pesquisa transversal, na

qual 34,09% das mulheres incontinentes eram casadas, entretanto, a maioria eram aposentadas (63,63%). Essa divergência deve-se ao fato de a média de idade das mulheres ter sido superior, correspondente a 67,09 anos, idade em que a situação empregatícia das mesmas é compatível com a aposentadoria e não com o trabalho formal assalariado (PADILHA *et al.*, 2018).

Dentre as comorbidades e medicamentos em uso avaliados nesta investigação, o estudo de Braga *et al.* (2021) encontrou resultados semelhantes com uma amostra de 63 mulheres com IU atendidas em ambulatórios de uroginecologia, com idades entre 19 e 77 anos, no qual a Hipertensão arterial sistêmica (46%) e o Diabetes Mellitus (20,6%) foram as comorbidades mais prevalentes e significativas para o desenvolvimento de IU, além do uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos (61,9%) e antidiabéticos (28,06%) para o tratamento dessas patologias.

A relação existente entre hipertensão arterial sistêmica e IU pode ser explicada pela possível hipótese de carga excessiva na bexiga, após tratamento contínuo com medicamentos diuréticos com consequências de surgimento da urge-incontinência e da incontinência urinária de esforço (BROWN *et al.*, 1996). Já a relação entre IU e o diabetes mellitus pode ser explicado pelo maior volume residual na bexiga após a micção, devido ao quadro de cistopatia diabética em que o esvaziamento vesical não ocorreria de forma adequada (YU *et al.*, 2004). Este fato pode ter como consequência a predisposição à infecção do trato urinário, alteração esta, segundo Jackson *et al.* (2005) muito comum entre mulheres diabéticas que também são rotineiramente associadas à incontinência urinária. Por isso, o diabetes mellitus apresenta relação causal com a incontinência urinária pela redução da vascularização local e hipotrofia dos componentes teciduais dos músculos do assoalho pélvico (CASARIN; FRIGO; GASPARETTO, 2015).

Em relação aos transtornos de ansiedade e depressão, estudos apontaram que a relação entre esses fatores e a IU é frequente e bidirecional (MEHR *et al.*, 2022; YAZDANI; BATHIA; REINA, 2014). Logo, a prevalência dos transtornos de ansiedade encontrada nesta pesquisa reforça o que está presente na literatura científica de que o próprio estresse psicológico pode gerar consequências para o desenvolvimento de disfunções na bexiga, como aumento da frequência urinária, urgência e dor pélvica, devido, principalmente, ao aumento de liberação de citocinas e quimiocinas pró-inflamatórias, causando hipertrofia do músculo detrusor e na hipersensibilidade dos nervos que influenciam a fisiologia da micção (CHESS-WILLIAMS *et al.*, 2021).

Quanto aos hábitos alimentares, os resultados obtidos na presente investigação foram semelhantes ao estudo realizado por Silva (2016), no qual o consumo de cafeína esteve presente em 82,7% das mulheres atendidas em um serviço de urodinâmica para o levantamento do perfil e investigação do tipo de IU. Em relação as bebidas carbonatadas, os resultados desta pesquisa foram diferentes de um estudo realizado com idosas incontinentes, em que apenas 37,8% afirmaram consumir este tipo de bebida (FALEIRO; MENEZES; MAZO, 2021).

No que diz respeito aos hábitos de vida, a presença do etilismo observada em mulheres incontinentes deste estudo se assemelhou aos resultados da pesquisa de Oliveira *et al.* (2015) realizada com mulheres incontinentes e climatéricas de 40 a 65 anos em que o consumo de álcool foi de apenas 21,9%. Alimentos como café, chá preto, chocolate, refrigerantes e bebidas alcoólicas fazem parte das orientações destinadas presentes no terapia comportamental de pacientes que apresentam distúrbios miccionais, principalmente a IU, uma vez que são considerados alimentos irritativos da bexiga. A cafeína, principalmente, em altas doses, tem o efeito de provocar hiperatividade vesical, com ação excitante sobre o sistema nervoso como um todo e, conseqüentemente, na musculatura lisa do detrusor ocasionando o aumento das contrações involuntárias que podem levar o desenvolvimento da incontinência urinária. Outro efeito também observado pela cafeína é a sua ação diurética nos rins, o que aumenta o desejo miccional (KINCADE *et al.*, 2007).

Ao se investigar a história obstétrica das mulheres desta pesquisa, verificou-se que o resultado convergiu com outros estudos nos quais a via de parto vaginal foi mais frequente em mulheres incontinentes (BORTOLETTO *et al.*, 2021; ZIZZI *et al.*, 2017). Ao comparar os partos vaginal e cesáreo, os resultados de uma revisão sistemática apontaram que o parto cesariano apresenta risco reduzido em relação a IU, entretanto, ainda não existe total clareza de que essa via de parto proteja com segurança o assoalho pélvico materno (LÓPEZ-LÓPEZ *et al.*, 2021). Assim, a explicação para o prejuízo na continência urinária ocasionada pelo parto vaginal, possivelmente, deve-se, segundo Blomquist *et al.* (2018), aos danos à inervação pélvica, de modo a sobrecarregar o assoalho pélvico e ao efeito deste tipo de parto na função do esfíncter uretral alterado, cujo mecanismo de fechamento comprometido pode implicar em perdas urinárias, principalmente, por esforço (SHEK; DIETZ, 2022).

Sintomas de IU estão relacionados à ocorrência de partos vaginais e das condições do trabalho de parto, os quais podem favorecer lesões nos tecidos moles

pélvicos, paredes vaginais, integridade nervosa e vascular perineal (MACHADO *et al.*, 2017). Assim, são poucas as mulheres que permanecem com o períneo íntegro após um trabalho de parto, pois grande parte delas são submetidas à episiotomia e outras sofrem lacerações perineais espontâneas (SILVA *et al.*, 2013).

As lacerações perineais são classificadas em 4 graus de acordo com as estruturas anatômicas lesadas. As lesões de primeiro grau, por exemplo, são restritas à pele e mucosa; as lesões de segundo grau comprometem os músculos perineais; nas lesões de terceiro grau observa-se comprometimento do esfíncter anal e são subdivididas em 3A (quando menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo estiver comprometida), 3B (quando mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo estiver comprometida) e 3C (esfíncter externo e interno afetados); nas lesões de quarto grau o epitélio retal também está lesionado (AQUINO *et al.*, 2018).

No que diz respeito as lacerações vaginais, o resultado obtido discordou de vários estudos cuja prevalência de lacerações foi superior, tais como o de Queiroz *et al.* (2020), realizado com puérperas pós parto vaginal que obteve 92% de lacerações perineais, o de Santos e Nery (2018) que identificaram 62,7% de lacerações perineais em mulheres puérperas, e o de Grecca *et al.* (2020) em que 56,9% de lacerações ocorreram entre mulheres de 19 a 38 anos.

Essa divergência de resultados entre os estudos pode ser explicada devido a fatores relacionados às lacerações perineais durante o parto normal como, uso de indutores do trabalho de parto e analgesia, apresentação fetal durante a gestação, peso neonatal, duração do segundo período do trabalho de parto (período expulsivo) e distocia de ombros durante o parto (LAGANÁ *et al.*, 2015). Além disso, destaca-se o fato de que as mulheres participantes do presente estudo não foram avaliadas por meio de exame físico, devido a impossibilidade dessa avaliação no ambulatório, e os dados referentes às outras variáveis contribuintes para a laceração e relacionadas ao trabalho de parto não estavam disponíveis no prontuário. Assim, a presença de lacerações vaginais foi verificada através de relato das mesmas, configurando assim uma limitação do estudo.

Em relação a episiotomia, os resultados desta investigação divergiram das recomendações mais atuais da *World Health Organization* (2018) que propõem uma taxa de episiotomia de até 10%. Em uma instituição de saúde, e também dos resultados obtidos por Thomé *et al.* (2021), com mulheres acima de 18 anos atendidas em um ambulatório com sintomas de IU, encontrou-se 64,3% de prevalência de

episiotomia, demonstrando que este procedimento é amplamente utilizado. Porém, o resultado aproximou-se dos estudos de Domenighi *et al.* (2021) (24%) e de Inagaki *et al.* (2017) (28,8%).

A episiotomia é uma incisão realizada na região do assoalho pélvico com o objetivo de evitar lesões nos esfíncteres uretral e anal da mulher e eventos traumáticos para o bebê no momento do período expulsivo do parto (CHANG *et al.*, 2011). Existe certa divergência entre os profissionais da obstetrícia sobre os benefícios da episiotomia seletiva ou como manejo de rotina para partos vaginais, pois embora alguns afirmem que há reduções nas lacerações perineais graves, outros alegam que se trata de um trauma perineal e alterações na região devido às suturas. Sobre isso, uma revisão sistemática demonstrou que a episiotomia de rotina não reduziu o trauma perineal/vaginal por falta de evidências atuais, sendo necessários mais estudos com métodos de avaliação de resultados padronizados (JIANG *et al.*, 2017).

Assim, como a realização da episiotomia provoca uma incisão nos tecidos perineais seja seletiva, ou de rotina, faz-se necessária a execução da episiorrafia, após o nascimento do neonato, com o objetivo de promover a junção dos tecidos perineais, portanto, esta área fica propícia a alterações e complicações como dor no período puerperal, formação de hematomas, infecção pós natal e incontinência urinária e fecal (GARCIA *et al.*, 2019).

Para a variável uso de método contraceptivo (MC), o resultado desta pesquisa foi diferente de um estudo realizado com o objetivo de estimar a prevalência dos mesmos entre mulheres brasileiras em idade reprodutiva (TRINDADE *et al.*, 2021). Na referida pesquisa, mais de 80% das mulheres relataram uso de algum MC, sendo os anticoncepcionais orais os mais utilizados (34,2%), seguido dos cirúrgicos (25,9%) e dos preservativos (14,5%). Em relação a laqueadura tubária e histerectomia, um estudo realizado com pacientes que apresentavam apenas IUE apresentou resultados de aproximadamente 23% e 20%, respectivamente, das mulheres avaliadas (ALECRIM, 2016).

As evidências científicas não apontam relação direta da laqueadura com as queixas de perdas involuntárias de urinária, porém alguns estudos indicam que o uso de contraceptivos orais pode afetar a função do assoalho pélvico e aumentar o risco de bexiga dolorosa e outros distúrbios miccionais. Entretanto, as evidências não estão totalmente esclarecidas, necessitando assim de dados prospectivos coletados de

forma mais robusta para o estabelecimento dessas relações causais (CHAMPANERIA; D`ANDREA; LATHE, 2016).

Assim, considerando que a média de idade das mulheres participantes desta pesquisa não estavam na idade reprodutiva, tal fator pode explicar o baixo uso de método contraceptivo associado ao surgimento de dificuldades e disfunções sexuais no envelhecimento feminino, principalmente a partir dos 55 anos (FLEURY; ABDO, 2015).

Para a fase de climatério/ menopausa, o resultado se assemelha a um estudo realizado com mulheres incontinentes, em uma unidade da atenção primária à saúde, em que 53,1% estavam na mesma fase climatérica / menopausa, reforçando as evidências de que existe relação entre a IU e a redução dos níveis hormonais femininos (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Tal relação pode ser explicada pelo fato de a continência urinária ser influenciada fortemente pelo estrogênio contribuindo assim para o bom funcionamento da mucosa uretral, vascularização, musculatura e tecido conjuntivo periuretrais. Por isso, um declínio hormonal pode ocasionar vários sintomas urogenitais ou se agravar na menopausa (SARTORI *et al.*, 1995).

Alguns estudos apontaram os benefícios da utilização da terapia de reposição hormonal para o tratamento dos sintomas da IU, principalmente, para pacientes que tenham o componente de esforço envolvido (CODY *et al.*, 2012; SARTORI *et al.*, 1995). Entretanto, por mais que esta terapia tenha surgido e se difundido nos anos 1960, estudos mais recentes demonstraram que o tratamento contínuo com estrogênio/progesterona piorou ou não alcançou os benefícios esperados para os casos de perda involuntária de urina, levando assim a recomendação cautelosa dessa terapia que ainda carece de maiores investigações (SIDDLÉ; VERSI, 2022).

Neste estudo, os resultados encontrados apontaram que nenhuma mulher realizava terapia de reposição hormonal, divergente de uma pesquisa que avaliou a frequência de disfunções urinárias em mulheres climatéricas, no qual cerca de 62,5% das mulheres participantes na faixa etária de 40 a 65 anos utilizaram-se desse tipo de tratamento (GONÇALVES, 2018). Essa divergência encontrada pode ser explicada, tanto pela origem socioeconômica das mulheres participantes desta pesquisa, as quais estavam num serviço de saúde público que não oferta de forma gratuita tal tratamento, quanto pelo nível educacional intermediário e baixa renda familiar, fatores esses que podem ter impossibilitado a aquisição de conhecimentos e cuidados com a

saúde mais aprofundados e serviços mais especializados, uma vez que a recomendação da terapia de reposição hormonal costuma ser cautelosa (OLIVEIRA, 2017).

Na avaliação da gravidade da IU, os achados deste estudo convergiram com uma pesquisa que utilizou formulário semelhante para avaliação da severidade (*Incontinence Severity Index -ISI*), com predominância da IU moderada, em cerca de 43,3% das mulheres avaliadas (SILVA *et al.*, 2020). A gravidade da incontinência urinária é relatada por Oliveira *et al.* (2020) como fator que afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres, entretanto, este aspecto não foi objetivo de estudo desta investigação.

Para a variável média de gestações, Rego (2018) encontrou resultado aproximado de 3,3 gestações em mulheres com IUE na zona urbana. A multiparidade é um fator de risco para IU já estabelecido pelas evidências científicas, conforme demonstraram os resultados de Leroy, Lúcio e Lopes (2016) em que as múltiparas incontinentes representaram cerca de 57,1% das mulheres avaliadas. Uma revisão sistemática também buscou possíveis associações entre a paridade e a IU durante a gestação e o primeiro ano pós-parto e os achados apresentados revelaram que entre as mulheres submetidas ao parto vaginal, apresentaram incontinência aquelas com maior paridade (média de 1,8 e DP: 0,7) (WUYTACK *et al.*, 2021).

Neste estudo, as mulheres com queixa de perda involuntária de urina foram avaliadas segundo a presença dos seguintes diagnósticos de enfermagem, preconizados pela Taxonomia II da NANDA-I, a saber: Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista, Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço e Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Costa, Lopes e Lopes (2020) realizaram uma pesquisa de caráter metodológico com o objetivo de analisar o conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados a IU da NANDA-I e concluíram que havia necessidade da inclusão do Diagnóstico de Enfermagem IUM, o qual está presente na última atualização NANDA-I 2021-2023.

A predominância do Diagnóstico de Enfermagem IUM na amostra avaliada divergiu de outros estudos realizados com esta temática. Sobre isso, uma revisão sistemática abrangente com metanálise, apontou que a prevalência de IU entre mulheres foi de 12,6% para IUE, 9,1% para IUM e 5,3% para IUU (MOSTAFAEI *et al.*, 2020). Em outra pesquisa com mulheres adultas, por exemplo, os valores foram

correspondentes a 37,5% para IUE, 31,3% para a IUM e 22% da IUU (PATEL *et al.*, 2022).

Entretanto, uma pesquisa realizada no Brasil, com um perfil de mulheres acima de 60 anos, com média de idade de 73 anos, atendidas em um ambulatório universitário de geriatria apresentou predominância da IUM em 63,7% das participantes contra 20,2% da IUU e apenas 15,9% da IUE (EVANGELISTA; GAZETTA; ASSIS, 2021). Acredita-se que essa divergência nos valores de prevalências possa ser explicada, principalmente, pelas abordagens metodológicas utilizadas nos estudos. Não foram encontrados estudos que adotassem esse tipo de diagnóstico de enfermagem como critério de classificação para IU em pacientes, até a finalização desta pesquisa.

Como a IUM contempla sintomas de estresse e urgência associados que podem estar ligados ou não à hiperatividade detrusora (NAMBIAR *et al.*, 2022), as características definidoras mais prevalentes relacionadas a esse diagnóstico de enfermagem corroboram com a caracterização desta condição. Na pesquisa de Vasconcelos *et al.* (2013), realizada em um ambulatório de uroginecologia com mulheres predominantemente com IUM (60%), os sintomas mais frequentes foram urgência (78%) e o esvaziamento incompleto da bexiga (50%). Além disso, a urgência urinária em especial, é um sintoma chave da bexiga hiperativa, síndrome clínica definida por urgência com ou sem IUU, geralmente, associada à frequência diurna, afastando-se causas infecciosas, e indicando um defeito na via sensorial da bexiga (SALEHI-POURMEH *et al.*, 2021; HAYLEN *et al.*, 2010).

Das oito características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem IUM propostas pela NANDA-I, cinco foram mais prevalentes na presente pesquisa, sendo que, três delas estavam relacionadas ao esforço (perda involuntária de urina ao tossir, perda involuntária de urina ao esforço e perda involuntária de urina ao espirrar), o que pode significar que este componente é o mais incômodo nas mulheres avaliadas. Segundo Nambiar *et al.* (2022), essa informação deve ser sempre citada na avaliação clínica para o direcionamento do tratamento, de acordo com as recomendações das diretrizes na área da IU.

Em relação aos fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem IUM, os resultados desta pesquisa se assemelham aos resultados do estudo de Vasconcelos *et al.* (2013) que, apesar de não ter utilizado a taxonomia da NANDA-I para classificar as pacientes avaliadas, identificou predomínio de defeitos na parede vaginal anterior

e de prolapso de órgãos pélvicos como fatores relacionados a IUM, conforme demonstrado na tabela 3.

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é definido como um descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina que pode ocorrer em qualquer idade, porém é mais frequente em mulheres idosas, com pico entre 70-79 anos, com características de etiologia multifatorial como parto vaginal, hipoestrogenismo, macrosomia fetal, uso de fórceps, episiotomia, histerectomia, condições de aumento repetitivo de pressão intra-abdominal (constipação crônica e levantamento de peso) e o tabagismo, devido ao efeito antiestrogênico e redução na síntese de colágeno (BRITO; CASTRO; JULIATO, 2019). Assim, observou-se que os fatores relacionados predominantes neste estudo corroboram com o desenvolvimento da IU, conforme mostram as evidências científicas.

O Diagnóstico de Enfermagem de IUE foi o segundo mais frequente na amostra avaliada, o que diverge do resultado de Campos *et al.* (2015) em que este diagnóstico de enfermagem em específico representou apenas 12% da prevalência, sendo o terceiro diagnóstico de enfermagem mais frequente, porém, a investigação foi realizada com portadores da doença de Parkinson. Entretanto, o resultado deste estudo, corroborou com uma pesquisa realizada com idosos indígenas cujo valor correspondente a esse diagnóstico foi de 41,2% (SILVA *et al.*, 2022). Observou-se que em ambos os estudos, o Diagnóstico de Enfermagem IUE foi avaliado com públicos-alvo diferentes desta pesquisa.

Os dados relacionados as características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem IUE obtidos neste estudo convergem com os achados da pesquisa realizada por Sousa e Silva (2018), com mulheres incontinentes a partir dos 60 anos, em que os motivos mais descritos foram tossir e/ou espirrar (20%). A perda involuntária ao tossir foi a característica definidora mais predominante o que corrobora com as primeiras pesquisas na área que afirmavam que a presença da tosse, bem como a sua intensidade, está significativamente relacionada à atividade de eletromiografia do esfíncter anal externo, com função bastante importante nos músculos do assoalho pélvico (MAP) (AMARENCO *et al.*, 2005). Estudo de Deffieux *et al.* (2007) comparou a IUE em mulheres continentas e incontinentes e os resultados revelaram que ocorria uma falta de resposta modulada dos MAP durante os esforços excessivos de tosse, contribuindo assim para o desenvolvimento de incontinências urinária e inclusive, anal.

Um estudo mais recente de Luginbuehl *et al.* (2016), realizado com o objetivo de testar as características do MAP durante a tosse e sua relação com a IUE, foi realizado com 11 mulheres jovens saudáveis submetidas a 3 tosses cada e os resultados concluíram que a atividade dos MAP durante a tosse permanece em estado de latência, com tempo significativamente maior do que em repouso, enfatizando mais ainda este fator como um dos principais nas perdas involuntárias de urina associadas ao aumento da pressão intra-abdominal, o que poderia explicar o motivo da tosse ser utilizada em vários testes recomendados pela Sociedade Internacional de Continência (2016).

Quanto aos fatores etiológicos, o achado neste estudo convergiu com as evidências científicas sobre a importância do assoalho pélvico no mecanismo da continência urinária, pois funciona como uma entidade holística na qual estão interligados vários órgãos e estruturas como bexiga, intestino, músculos lisos e estriados, nervos, ligamentos, tecidos conjuntivos e reflexos do sistema nervoso. Assim, os distúrbios do assoalho pélvico estão relacionados a uma variedade de síndromes que incluem dor pélvica, problemas de continência e evacuação (QUAGHEBEUR *et al.*, 2021).

O Diagnóstico de Enfermagem IUU foi o menos frequente nas mulheres avaliadas neste estudo, o que corrobora com Carreiro (2020) cuja prevalência de IUU foi de 12% em mulheres com média de idade de 57,7 anos. O estudo de Leandro *et al.* (2015), utilizou os diagnósticos de enfermagem relacionados a IU da NANDA-I para avaliar pacientes com acidente vascular cerebral. Assim, o Diagnóstico de Enfermagem IUU esteve presente em 41% dos pacientes, resultado superior ao encontrado nesta investigação. Embora tenha utilizado a mesma forma de classificação dos pacientes, acredita-se que essa divergência pode ser justificada pelo perfil diferente de pacientes investigados, pois os distúrbios neurológicos são uma das principais causas da urgência urinária resultante de contrações involuntárias do detrusor afetando a função vesicoesfincteriana coordenada (RIOS; AVERBECK; MADERSBACHER, 2017).

Em relação às características definidoras mais frequentes do diagnóstico IUU, o resultado desta investigação convergiu com a pesquisa de Leandro *et al.* (2015) em apenas uma característica que foi o relato de urgência urinária (90,6%). Além disso, as evidências científicas da IUU, apontam que as características que definem esta enfermidade são a forte sensação de necessidade de urinar que não pode ser

ignorada, vazamento de grandes quantidade de urina e frequência urinária aumentada, geralmente, acima de oito vezes em 24 horas, dados esses que condizem com as características definidoras do diagnóstico em questão (TROWBRIDGE; HOOVER, 2022; TARNAY *et al.*, 2019).

Para a frequência dos fatores relacionados desse diagnóstico, os achados obtidos na presente pesquisa estão em conformidade com outros estudos nessa temática que mencionam as seguintes causas: hiperatividade detrusora aumentada pelos alimentos irritativos da bexiga (álcool e bebidas carbonatadas), hipersensibilidade da bexiga e o papel sensorial do urotélio que atua como mediador fundamental do funcionamento vesical, controlando inflamação e infecção (NANDY; RANGANATHAN, 2021; THOMAS-WHITE *et al.*, 2016). Esta última causa pode ser interligada aos hábitos de higiene íntima ineficazes que, uma vez presente, podem alterar a microbiota urinária, a função e a sensibilidade da bexiga, o que poderia ocasionar a IUU (REID; BURTON; 2016). Isso também pode explicar porque em estudos antigos já havia indícios de que uma provável infecção urinária recorrente seria um fator independente para o desenvolvimento de IUU (BROWN *et al.*, 1999).

Para os itens condições associadas e populações em risco, presentes em todos os três diagnósticos avaliados nas pacientes, os resultados observados nesta pesquisa, como multiparidade, parto vaginal, menopausa e deficiência de estrogênio, musculatura do assoalho pélvico danificada e diabetes mellitus, corroboram com o que as evidências científicas apontam como fatores de risco para os diferentes tipos de IU (TRAN; PUCKETT, 2022).

Neste estudo foram utilizados indicadores clínicos da NOC para avaliar os aspectos miccionais e quantificar o nível de comprometimento relacionado a IU das mulheres que participaram da amostra. Entre os indicadores avaliados, aqueles que apresentaram maior nível de comprometimento, escore 1 na Escala *Likert*, foram: identifica medicamento que interfere no controle urinário, perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar) e esvazia bexiga completamente.

O indicador identifica medicamento que interfere no controle urinário apresentou provável relação com o conhecimento das mulheres acerca da problemática da incontinência urinária. Embora vários estudos com metodologias variadas apontem que o perfil de mulheres incontinentes é de baixa escolaridade,

esse fator parece não ser o único determinante para o conhecimento insuficiente sobre o tema (BEVILAQUA, 2019).

Segundo Benicio *et al.* (2017), apesar de vivermos num mundo globalizado, onde as informações são divulgadas de forma instantânea com o auxílio de tecnologias, a aquisição de conhecimentos sobre a temática IU ainda permanece incipiente, evidenciando ausência ou insuficiência de políticas públicas sobre a conscientização deste agravo e também o aspecto silencioso deste problema que é motivo de constrangimento por parte das mulheres.

O segundo indicador com pior comprometimento foi perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar). A teoria da equalização da pressão intra-abdominal preconiza que a condição básica para a continência seria a topografia intra-abdominal do colo vesical. Logo, se a junção uretrovesical estiver abaixo da borda inferior da sínfise púbica, a pressão intra-abdominal será transmitida apenas à bexiga, e não à uretra, ocasionando aumento da pressão intravesical sem o concomitante incremento da pressão intrauretral, ocasionando assim a saída de urina (ENHORNING, 1961; FEBRASGO, 2021).

Para o indicador esvazia bexiga completamente, observou-se que a fisiologia da micção nessas pacientes encontra-se alterada, uma vez que a função do trato urinário baixo é determinada pelo ciclo miccional de armazenamento sob baixas pressões e o esvaziamento completo (DINIZ, 2017). Assim, a coordenação entre a função vesical e uretral ocorrem de forma sincrônica e sinérgica, envolvendo arcos reflexos e circuitos neurológicos (RIOS; AVERBACKER; MADERSBASCHER, 2017).

Ao comparar os indicadores NOC e o Diagnóstico de Enfermagem IUM, verificou-se que a presença desse diagnóstico esteve relacionada a piores escores dos indicadores NOC, a saber: Urina em recipiente apropriado, Chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina e Esvazia a bexiga completamente. Isso pode ser explicado pelo fato de as mulheres estudadas apresentarem comprometimento do componente de esforço e urgência associados, os quais são resultantes de disfunções do músculo detrusor, de controles neurais de armazenamento, disfunção miccional, irritações na área da bexiga e distúrbios do assoalho pélvico (AOKI *et al.*, 2018). Por isso, a IUM é considerada a mais grave das IU devido à dificuldade de se obter respostas positivas ao tratamento por englobar condições de perda de urina em várias circunstâncias, sendo considerado o manejo complexo (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Ao comparar os indicadores NOC e o Diagnóstico de Enfermagem IUE observou-se que a presença desse diagnóstico esteve relacionada à apenas um indicador com pior escore NOC (perda de urina com aumento da pressão abdominal). Acredita-se que esse resultado possa ser explicado pelo fato deste indicador representar o que consta exatamente na definição de título diagnóstico da NANDA-I 2021-2023 para o Diagnóstico de Enfermagem IUE, ou seja, “perda involuntária de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal não associada a urgência para urinar” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Além disso, a continência urinária feminina é mantida pelo mecanismo esfinteriano uretral, topografia intra-abdominal do colo vesical, ângulos de inclinação uretral e uretrovesical, fibras elásticas e colágenas e ligamentos pélvicos (GIRÃO, 2002).

Assim, em situações normais, o aumento de pressão intra-abdominal é transmitido para o colo vesical e à uretra proximal, a qual mantém o mecanismo de continência respondendo com aumento concomitante da pressão uretral. Contudo, nas mulheres incontinentes avaliadas neste parâmetro, provavelmente a descida ou alteração do colo vesical era presente, o mecanismo compensador ao aumento da pressão intra-abdominal passou a não existir mais e a pressão vesical excedendo à uretral ocasionou os episódios de perda involuntária de urina (GIRÃO, 2002; NÓBREGA, 2003).

Já a ausência do Diagnóstico de Enfermagem IUE esteve relacionado aos piores escores nos seguintes indicadores NOC: mantém padrão previsível de micção, responde à vontade em tempo hábil, chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina e esvazia a bexiga completamente. Este resultado pode ser explicado pelo fato de serem indicadores que não estão interligados às características que definem o diagnóstico avaliado em questão (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Ao comparar os indicadores NOC e o Diagnóstico de Enfermagem IUU, os resultados demonstraram que, na ausência do referido diagnóstico, foram identificados piores escores nos seguintes indicadores: urina em recipiente apropriado e perda de urina com aumento de pressão abdominal. Os resultados obtidos podem ser explicados pelo fato de a presente pesquisa ter sido realizada apenas com mulheres com cognitivo preservado e a baixa prevalência de distúrbios neurológicos, os quais geralmente estão mais associados aos casos de IU (ABRAMS *et al.*, 2016). Além de que, os indicadores avaliados não constam como características que definem

perdas involuntárias de urina relacionadas à sensação de urgência para urinar (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Como limitações desta pesquisa destacam-se a escassez de estudos relacionados ao uso do resultado de enfermagem, como critério de avaliação para nível de comprometimento de distúrbios urinários, fato este que impediu a comparação das variáveis diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e os indicadores da NOC. Outro ponto consiste na impossibilidade de realização do exame físico das participantes e de consulta de registros referentes aos partos das mesmas, uma vez que não estavam disponíveis, fazendo com que a presença de laceração e variáveis contribuintes para a sua ocorrência fossem obtidos pelo relato das mesmas, e a impossibilidade de avaliação do indicador “Resíduo pós- micção > 100-200 mililitros”, contido neste resultado NOC

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu a identificação do nível de comprometimento da continência urinária em mulheres com perda urinária com o auxílio de terminologias padronizadas dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relacionados à incontinência urinária e resultado de enfermagem de continência urinária da taxonomia NOC.

Observou-se que o perfil sociodemográfico das mulheres avaliadas foi de 50,7 anos, pardas, casadas, com escolaridade equivalente ao ensino médio, que tinham trabalho formal e possuíam média salarial de aproximadamente 1 salário mínimo. Em relação as condições gerais de saúde, verificou-se maior frequência de mulheres hipertensas, que relataram consumo de cafeína, foram submetidas ao parto vaginal, tiveram média de gestações de 2,99, estavam no climatério/menopausa, não faziam uso de terapia de reposição hormonal e apresentaram IU moderada.

O Diagnóstico de Enfermagem IUM foi o mais prevalente nas mulheres avaliadas, seguido pelo Diagnóstico de Enfermagem IUE e Diagnóstico de Enfermagem IUU. Entre os indicadores NOC avaliados, os que apresentaram os piores resultados, foram: identifica medicamento que interfere no controle urinário (média = 1,21), esvazia a bexiga completamente ( média= 2,07) e perda de urina com o aumento da pressão abdominal (média = 2,23).

A presença do Diagnóstico de Enfermagem IUM nas mulheres investigadas esteve relacionada a um maior comprometimento dos indicadores NOC: urina em recipiente apropriado, chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina e esvazia a bexiga completamente. Nas mulheres que apresentaram o Diagnóstico de Enfermagem IUE, o indicador com pior comprometimento foi perda de urina com aumento da pressão abdominal. Por sua vez, a ausência do Diagnóstico de Enfermagem IUU esteve relacionada a piores comprometimento dos indicadores NOC urina em recipiente apropriado e perda de urina com aumento da pressão abdominal.

Esta pesquisa evidenciou a importância da utilização do resultado de enfermagem na avaliação de pacientes com incontinência urinária e sugere-se a necessidade de realizar outros estudos com associação da temática IU às taxonomias de enfermagem e aos aspectos relacionados à qualidade de vida.

Por fim, os resultados obtidos neste estudo podem auxiliar enfermeiros na prática clínica, incentivando-os a identificar quais características relacionadas a cada

tipo de incontinência urinária apresenta maior comprometimento, durante a avaliação dos seus pacientes, permitindo assim uma elaboração adequada do plano de cuidados e contribuindo para a implementação de intervenções de enfermagem assertivas.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P. et al. **Incontinence**. 6.ed. Bristol: ICUD, 2016. Disponível em: [https://www.ics.org/publications/ici\\_6/Incontinence\\_6th\\_Edition\\_2017\\_eBook\\_v2.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf). Acesso em 09 de julho de 2020.
- ALEANDRI, M.; SCARLOBI, S.; PIRAZZINI, M.C. Electronic nursing care plans through the use of NANDA, NOC, and NIC taxonomies in community setting: A descriptive study in northern Italy. **Int J Nurs Knowl**, v.33, n.1, p. 72-80, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33960713/>. Acesso em 05 de outubro de 2022.
- ALECRIM, P.C. **Frequência de complicações da utilização do sling com tela de prolene no tratamento da incontinência urinária de esforço**. Relatório PIBIC. 2016. Disponível em <http://higia.imip.org.br/handle/123456789/458>. Acesso em 02 de julho de 2022.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: fundamentos para o raciocínio clínico. Tradução: Regina Machado Garcez. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2014.
- ALVARENGA-MARTINS, N. Incontinência urinária: uma análise à luz das políticas de envelhecimento. **Rev. enferm. UFPE on line**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 1189–1199, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-30919>. Acesso em 12 de julho de 2022.
- AMARENCO, G. et al. Cough anal reflex: strict relationship between intravesical pressure and pelvic floor muscle electromyographic activity during cough. Urodynamic and electrophysiological study. **J. Urol**, v. 173, n.1, p. 149-53, 2005.
- ANDERSSON, K. E. Bladder activation: afferent mechanisms. **Urology**, Maryland, v. 59, n. 5, p. 43-50, 2002.
- AOKI, Y. et al. Urinary incontinence in women. **Nat Rev Dis Primers**, London, v. 3, n. 6, p. 170-197, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.ez14.periodicos.capes.gov.br/28681849/>. Acesso em 09 de julho de 2020.
- AQUINO, C.I. et al. Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 33, n. 6, p. 1051–1063, 2018. Disponível :DOI: 10.1080/14767058.2018.1512574. Acesso em 03 de julho de 2022.
- AZEVEDO, O. et al. Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, n.3, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100458&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100458&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12 de agosto de 2020.
- AZZOLIN, K.O. et al. Eficácia das intervenções de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca em atendimento domiciliar usando NANDA-I, NIC e NOC. **Nursing Applied Research**, v. 26, n. 4, p 239-44, 2013.

BARBOSA, A.B. et al. Incontinência Urinária E Qualidade De Vida Em Cuidadoras De Pacientes Da Associação Norte Paranaense De Reabilitação (Anpr). **Arquivos do Mudi**, [S. l.], v. 25, n. 36, p. 25–36, 2021. Disponível em: DOI: 10.4025/arqmudi.v25i3.61055. Acesso em 03 de julho de 2022.

BALK, E. et al. **Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review Update [Internet]**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534625/>. Acesso em 12 de julho 2022.

BARDSLEY, A. An overview of urinary incontinence. **British Journal of Nursing**, London, v. 25, n. 18, p. 14-21, 2016. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2016.25.18.S14>. Acesso em 09 de julho de 2020.

BEBIS, H. et al. “NOC/NIC Linkages to NANDA-I for Continence Care of Elderly People with Urinary Incontinence in Nursing Homes: A Systematic Review.” **Florence Nightingale hemsirelik dergisi.**, v. 27, n.3, p. 284-303, 2019. Disponível em: doi:10.26650/FNJN386150. Acesso em: 02 de julho de 2022.

BENÍCIO, C. et al. Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres em uma Unidade Básica de Saúde. **Estima**, [S. l.], v. 14, n. 4, 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/428>. Acesso em 10 de julho de 2020

BENÍCIO, C. et al. Conhecimento de Mulheres Incontinentes sobre Incontinência Urinária: uma Reflexão Teórico-Crítica. **Estima**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 58–61, 2017. Disponível em: DOI 10.5327/z1806-3144201700010010. Acesso em 03 de julho de 2022.

BEVILAQUA, L.A. **Estudo da incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência em idosas na comunidade**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia)-Universidade Federal de Santa Maria, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/19124>. Acesso em 03 de julho de 2022.

BITENCOURT, G. et al. Agreement between experts regarding assessment of postoperative urinary elimination nursing outcomes in elderly patients. **International Journal of Nursing Knowledge**, [S.l.], v. 27, n.3, p.143, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12094>. Acesso em 12 de agosto de 2020.

BORTOLETTO, J.C. et al. Fatores associados à incontinência urinária em mulheres pós-parto. **Femina**, v. 49, n. 5, p. 300-8, 2021.

BLOMQUIST, J. et al. Association of Delivery Mode with Pelvic Floor Disorders after Childbirth. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, [S. l.], v. 320, n. 23, p. 2438–2447, 2018. Disponível em: DOI: 10.1001/jama.2018.18315. Acesso em 03 de julho de 2022.

BRAGA, F.C. et al. Perfil De Pacientes Com Incontinência Urinária Em Um Ambulatório De Hospital Universitário. **ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], p. 1–11, 2021. Disponível em: DOI: 10.30886/estima.v19.997\_pt. Acesso em 03 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 07 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. **Protocolo de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica**. Brasília, 2019a. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio\\_Incontinencia\\_Urinaria\\_no\\_Neurogencica\\_no\\_Adulto\\_495\\_2019\\_Final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio_Incontinencia_Urinaria_no_Neurogencica_no_Adulto_495_2019_Final.pdf). Acesso em 09 de julho de 2020.

BRASIL. Educa IBGE. **Conheça o Brasil. População cor ou raça**. 2019b Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>. Acesso em 03 de julho de 2022.

BRASIL. Assuntos. Saúde de A a Z. Saúde da pessoa idosa. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em 07 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde. **Menopausa e Climatério**. 2020b. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/menopausa-e-climaterio/>. Acesso em 03 de julho de 2022.

BRASIL. Notícias. **Novo salário mínimo 2021: veja como registrar o reajuste no e-Social Doméstico**. 2021. Disponível em : <https://www.gov.br/esocial/pt-br/noticias/novo-salario-minimo-2021-veja-como-registrar-o-reajuste-no-esocial>. Acesso em 12 de julho de 2022.

BRITO, L.G.; CASTRO, E.B.; JULIATO, C.R. Prolapso dos órgãos pélvicos. **Femina**, v.47, n. 1, p. 42-45, 2019.

BROWN, J. et al. Urinary incontinence in older women: who is at risk? **Obst Gynecol**, v. 87, n. 5, p. 715-21, 1996.

BROWN, J. et al. Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Postmenopausal Women. **Obst Gynecol.**, v.94, n.1, p. 66-70, 1999.

BOOTH, A.; SUTTON, A. PAPAIAONNOU, D. **Sytematic approaches to a successfull for a literatura review**. 2 ed. Los Anegales: Sage, 2016.

BROOK, G.; TESSEMA, A. B. Obstetric fistula: The use of urethral plugs for the management of persistent urinary incontinence following successful repair. **/International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, v. 24, n. 3, p. 479–484, 2013.

BULECHEK, G. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem- NIC**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CAMPOS, D.M. D. et al. Diagnósticos de Enfermagem sobre alterações urinárias na doença de Parkinson. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n.2, p. 190-95, 2015.

CANDIDO, F.J.L. Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. **Visão Acadêmica**, v.18, n.3, p. 67-80, 2017.

CARREIRO, P.B.P. **Nível de atividade física, comportamento sedentário, qualidade de vida e parâmetros do sono em mulheres com incontinência**

**urinária : um estudo transversal.** Dissertação (Mestrado em Fisioterapia)- Universidade Federal de Pernambuco. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/37899?mode=full>. Acesso em 03 de julho de 2022.

CARMO, T.G. **Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem risco de recuperação cirúrgica retardada e recuperação cirúrgica retardada em pacientes de cirurgia cardíaca.** 2018. 180 f. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

CASARIN, N.; FRIGO, L.F.; GASPARETTO, A. O diabetes mellitus nas disfunções pélvicas femininas. **Fisioterapia Brasil**, v.16, n.1, p-68-76, 2015.

CAVALCANTE, A.R.Z. et al. Validação de definições para indicadores do resultado NOC: Autocontrole da doença cardíaca. **Acta Paul Enferm.** v.33, p. 1-9, 2020.

CHAMPANERIA, R.; D ANDREA, R.; LATHE, P. Hormonal contraception and pelvic floor function: a systematic review. **Int Urogynecol J** , v. 27, p . 709-22, 2016. Disponível em: DOI 10.1007/s00192-015-2833-3. Acesso em 03 de julho de 2022.

CHANG, S.R. et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. **International Journal of Nursing Studies**, [S. l.], v. 48, n. 4, p. 409–418, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.017>. Acesso em 03 de julho de 2022.

CHESS-WILLIAMS, R. et al. Chronic psychological stress and lower urinary tract symptoms. **LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 414–424, 2021. Disponível em: DOI: 10.1111/luts.12395. Acesso em 03 de julho de 2022.

CODY J.D.et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women (Review). **Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews** , 2012. Disponível em: DOI: 10.1002/14651858.CD001405.pub3.www.cochranelibrary.com. Acesso em 03 de julho de 2022.

CORDEIRO, G. **Qualidade de vida na perspectiva de mulheres climatéricas com incontinência urinária.** 2008. 48 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico)-Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2008.

COSTA, J.; LOPES, M. H.B.; LOPES, M.V. Análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, v. 54, e03632, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019803632>. Acesso em 02 de julho de 2022.

DEFFIEUX, X. et al. Pelvic Floor Muscle Activity During Coughing: Altered Pattern in Women with Stress Urinary Incontinence. **Urology**, [S. l.], v. 70, n. 3, p. 443–447, 2007. Disponível em : DOI: 10.1016/j.urology.2007.03.084. Acesso em 03 de julho de 2022.

DELANCEY, J.O. et al. Differences in continence system between community-dwelling black and white women with and without urinary incontinence in the EPI study. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 202, n.6, 2010. Disponível em: doi:10.1016/j.ajog.2010.04.027. Acesso em 03 de julho de 2022.

DENISENKO, A. A. et al. Evaluation and management of female urinary incontinence. **The Canadian journal of urology**, v. 28, n. S2, p. 27–32, 2021.

DEREWIECKI, T. et al. Importance of urinary incontinence problem among women over 40 years of age. **Hygeia Publ Health**, London, v. 50, p. 219–225, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/326440153\\_Importance\\_of\\_urinary\\_incontinence\\_problem\\_among\\_women\\_over\\_40\\_years\\_of\\_age](https://www.researchgate.net/publication/326440153_Importance_of_urinary_incontinence_problem_among_women_over_40_years_of_age). Acesso em 08 de julho de 2020.

DIZ, J.B.M. et al. Prevalência de sarcopenia em idosos: resultados de estudos transversais amplos em diferentes países. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, n.18, v.3, p.665-78, 2015.

DINIZ, C. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem padrão ineficaz de alimentação do lactente**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/28903>. Acesso em 17 de maio 2021

DOMENIGHI, L.H. et al. Perineal Lacerations: A Retrospective Study in a Habitual-Risk Public Maternity. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S. l.], v. 43, n. 8, p. 588–594, 2021. Disponível em: DOI: 10.1055/s-0041-1735227. Acesso em 03 de julho de 2022.

DORSA, A.C. O papel da revisão de literatura na escrita de artigos científicos. **Interações**, v. 21, n. 4, p. 681-83, 2020. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122020000400681&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122020000400681&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em 03 de julho de 2022.

DOSHI, A.M. et al. Women with Diabetes: Understanding Urinary Incontinence and Help Seeking Behavior. **J Urol.**, v.184, n.4, p.1402–07, 2010. Disponível em :doi:10.1016/j.juro.2010.06.014. Acesso em 03 de julho de 2022.

DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática Stages for undertaking a systematic review. **Acta Medica Portuguesa**, v. 32, n. 3, p. 227–235, 2019.

DRAKE, M. J. et al. Fundamentals of urodynamic practice, based on International Continence Society good urodynamic practices recommendations. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. July, p. S50–S60, 2018.

EAU - EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. **Pocket Guidelines versão para a Língua Portuguesa**. São Paulo: SBU, 2018. Disponível em: [http://portaldaurologia.org.br/medicos/pdf/guidelines\\_EAU/Guideline\\_EAU\\_2018\\_port-web.pdf](http://portaldaurologia.org.br/medicos/pdf/guidelines_EAU/Guideline_EAU_2018_port-web.pdf). Acesso em 15 de julho de 2020

ENHORNING, G. Simultaneous recording of intravesical and intra-urethral pressure. A study on urethral closure in normal and stress incontinent women. **Acta chirurgica Scandinavica**. v.276, p. 1–68, 1961. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13696922/>. Acesso em 02 de julho de 2022.

EVANGELISTA, D.; GAZETTA, F.A; ASSIS, L. Prevalência de incontinência urinária em idosas e impacto na qualidade de vida/ Prevalence of urinary incontinence in elderly women and impact on quality of life. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1588–1602, 2021. Disponível em : DOI: 10.34119/bjhrv4n1-133.Acesso em 03 de julho de 2022.

FALEIRO, D.J.; MENEZES, E.C.; MAZO, G.Z. Associação Entre Os Hábitos Alimentares E a Incontinência Urinária De Idosas Praticantes De Atividade Física. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [S. l.], v. 26, n. 1, 2021. Disponível em: DOI: 10.22456/2316-2171.96877. Acesso em 03 de julho de 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Incontinência urinária de esforço**. São Paulo: Febrasgo; 2021 (Protocolo Febrasgo de Ginecologia, nº 50/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal). Disponível em : <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224084/femina-2021-493-p198-204-incontinencia-urinaria-de-esforco1.pdf>. Acesso em 03 de julho de 2022.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v.16, n. 6, p. 625-29, 1987.

FERGUSON, D. R.; KENNEDY, I.; BURTON, T. J. ATP is released from rabbit urinary bladder epithelial cells by hydrostatic pressure changes – a possible sensory mechanism? **The Journal of physiology**, Massachussets, v. 505, p. 503-511, 1997.

FOWLER, C. J.; GRIFFITHS, D.; GROAT, W. C. de. The neural control of micturition. Nature reviews. **Neuroscience**, London, v. 9, n. 6, p. 453-466, 2008.

FLEURY, H.; ABDO, C. Sexualidade na mulher idosa. **Diagn Tratamento**, v.20, n.3, p. 117-20, 2015.

GARCIA, B.R. et al. Protocolos de episiotomia: efeitos da atualização. **Revista Caderno de Medicina** v. 2, n. 1 , p.88-94, 2019.

GIRÃO, M.J.B.C. Neurofisiologia da micção. In: GIRÃO, M. J.B.; SARTORI, F.G.M.; BARACAT, E.C.L. **Cirurgia vaginal e uroginecologia**. cap 2. São Paulo: Artes Médicas, 2002, p.13-20.

GONÇALVES, C.L. **Frequência de disfunções do trato urinário em mulheres no climatério**. Monografia (Graduação em Farmácia) - Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2018. Disponível: <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/1514>. Acesso em 03 de julho de 2022.

GONÇALVES, R. C. da S. et al. Clinical validation of nursing diagnoses: literature review / Validação clínica de diagnósticos de enfermagem: revisão de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 602–606, 2021

GONZAGA, P. et al. Etnia Autodeclarada E Ancestralidade Genômica Em Mulheres Do Sul Da Bahia Com Incontinência Urinária: Estudo Caso – Controle. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 95–104, 2021. Disponível em: DOI: 10.22478/ufpb.2317-6032.2021v25n1.55351. Acesso em 03 de julho de

2022.

GOMES, C. et al. Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 106-112, 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000100106&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000100106&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12 de julho de 2020.

GRECCA, G. et al. Frequência de lacerações perineais e episiotomia em um hospital universitário na região serrana no Rio de Janeiro. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e640985613, 2020. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5613>. Acesso em 03 de julho de 2022.

HAJEBRAHIMI, S. et al. Efficacy of combination therapy of mid-urethral sling and low-dose Abobotulinumtoxin-A injection in mixed urinary incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 41, n. 1, p. 211–219, 2021.

HADDAD, J. **Manual de Uroginecologia e cirurgia vaginal**. São Paulo: FEBRASGO, 2015. Disponível em:

[https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais\\_Novos/Manual\\_de\\_Uroginecologia\\_e\\_Cirurgia\\_Vaginal.pdf](https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_de_Uroginecologia_e_Cirurgia_Vaginal.pdf). Acesso em 15 de julho de 2020.

HAYLEN, B.T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 29, p. 4–20, 2010.

HENNESSEY, D. B.; HOAG, N.; GANI, J. Impact of bladder dysfunction in the management of post radical prostatectomy stress urinary incontinence-a review. **Translational Andrology and Urology**, v. 6, n. Suppl 2, p. 103–11, 2017.

HENKES, D. F. et al. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico Urinary incontinence: the impact on the lives of affected women and the significance of physiotherapy treatment. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 47, 2015.

HERDMAN, T.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I Definições e Classificações 2021-2023**. 12 ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HU, J.; PIERRE, E.F. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. **American family physician**, v.100, n. 6, p. 339-348, 2019.

HUTCHINGS, J.; SUTHERLAND, L. Student nurse understanding of the psychosocial impact of urinary incontinence. **Urologic Nursing**, Nampa, v. 3, n. 6, p. 318-325, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26298928/>. Acesso em 10 de julho de 2020.

INAGAKI, A. D. et al. Frequência e fatores associados à realização de episiotomia em uma maternidade estadual de alto risco. **Rev. enferm. UFPE online**, v.11. p. 3523-3532, 2017. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201704. Acesso em 03 de julho de 2022.

JACKSON, S. et al. Urinary Incontinence and Diabetes in Postmenopausal Women. **Diabetes Care**, n.28, v. 7, p. 1730-38, 2005. Disponível em:

<https://diabetesjournals.org/care/article/28/7/1730/27916/Urinary-Incontinence-and-Diabetes-in>. Acesso em 07 de agosto de 2022.

JIANG, H. et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], v. 2017, n. 2, 2017. Disponível em: DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3. Acesso em 03 de julho de 2022.

JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA-NIC-NOC Condições Clínicas Suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KESSLER, M. et al. Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 397–407, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/1981-22562018021.180015. Acesso em 03 de julho de 2022.

KINCADE, J. et al. Randomized clinical trial of efficacy of self-monitoring techniques to treat urinary incontinence in women. **Neurourology and Urodynamics**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 507–511, 2007. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-34447118132&doi=10.1002%2Fnu.20413&partnerID=40&md5=84d0b4f76904c91b7a817329b7a558f5>.

KOPANSKA, M. et al. Urinary incontinence in women: biofeedback as an innovative treatment method. **Therapeutic Advances in Urology**, [S.l.], v.12, p.1-12, 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7325537/pdf/10.1177\\_1756287220934359.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7325537/pdf/10.1177_1756287220934359.pdf). Acesso em 21 de julho de 2020.

LAGANÁ, A.S. et al **O papel da episiotomia na prevenção de lacerações genitais durante partos vaginais- resultado de dois centros europeus**. *Ginekol Pol*, v. 83, n. 3, p. 168-75, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25920305/>. Acesso em 03 de julho de 2022.

LEANDRO, T. et al. Nursing diagnoses of urinary incontinence in patients with stroke. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, Brazil, v. 49, n. 6, p. 924–932, 2015. Disponível em : DOI: 10.1590/S0080-623420150000600007. Acesso em 03 de julho de 2022.

LEE, U.J. P. et al. Prevalence of Urinary Incontinence among a Nationally Representative Sample of Women, 2005-2016: Findings from the Urologic Diseases in America Project.” **The Journal of urology** v. 205,n. 6, p. 1718-1724, 2021. Disponível em: doi:10.1097/JU.0000000000001634. Acesso em 03 de julho de 2022.

LEROY, L.; LOPES, H.B.; SHIMO, A.K. Urinary Incontinence in Women and Racial Aspects: a Literature Review. **Texto & Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 692- 701, 2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=104195893&site=ehost-live>.

LEROY, L.; LÚCIO,A.; LOPES, M.H.B. Risk factors for postpartum urinary incontinence. **Rev Esc Enferm USP.**, v.50, n.2, p. 200-207, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200004>. Acesso em 03 de julho de 2022.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem : desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm.**, v.66, n.5, p. 649-55, 2013.

LÓPEZ-LÓPEZ, A.I.et al. Pelvic floor: vaginal or caesarean delivery? A review of systematic reviews. **International Urogynecology Journal**, v. 32, p.1663–73, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04550-8>. Acesso em 03 de julho de 2022.

LIGHTNER, D.J. et al.Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment 2019. **The Journal of Urology**, v. 202, p. 558-63, 2019.

LUGINBUEHL, H.et al. Pelvic floor muscle reflex activity during coughing – an exploratory and reliability study. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, [S. l.], v. 59, n. 5–6, p. 302–307, 2016. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2016.04.005>. Acesso em 03 de julho de 2022

MACHADO, B.A. et al. Ocorrência De Sintomas Urinários No Pós Parto Vaginal Imediato Em Primíparas. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 359–368, 2017. Disponível em: DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v7i3.1498. Acesso em 03 de julho de 2022.

MATA, L.R.F. et al. Produção científica nacional em periódicos de enfermagem relacionada à incontinência urinária: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v.8, n.9, p. 3188-96, 2014.

MEHR, A. A. et al. Daily symptom associations for urinary urgency and anxiety, depression and stress in women with overactive bladder. **International Urogynecology Journal**, [S. l.], v. 33, n. 4, p. 841–850, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-021-05033-0>. Acesso em 03 de julho de 2022.

MELLO, B. et al. Applicability of the Nursing Outcomes Classification (NOC) to the evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care. **Appl Nurs Res**, v.29, p.12-18, 2016.

MELO, L. de et al. Educational strategies used in standardized language systems by nurses: an integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 366-375, 2017. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5549>. Acesso em 30 de julho de 2020.

MELO, N.P. **Validação do diagnóstico de enfermagem risco de atraso no desenvolvimento infantil proposto para a taxonomia NANDA-I**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MEYER, I.; RICHTER, H. E. Challenges and New Insights in the Management of Urinary Incontinence in Older Women. **Current Geriatrics Reports**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 11–17, 2022. DOI: 10.1007/s13670-022-00375-z. Disponível em:

<https://doi.org/10.1007/s13670-022-00375-z>.

MINASSIAN, V. A.; BAZI, T.; STEWART, W. F. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. **International Urogynecology Journal**, v. 28, n. 5, p. 687–696, 2017.

MONTEIRO, D.S. Estudos sobre validação de conteúdo em interface com os sistemas de classificação em enfermagem: revisão de literatura. **Rev Enferm UFPE online**, v.7, p. 4130-7, 2013.

MOSTAFAEI, H. et al. Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: a systematic review and meta -analysis. A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine. **Neurourology and Urodynamics**, v.39, n.4, p. 1063-1086, 2020.

MOTA DE SOUSA, L. M. et al. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 1, n. 1, p. 45–55, 2018.

MOTA, A.S.C.; CUNHA, M.F. No âmago da africanização: pessoas negras e de cor nos mapas populacionais do Maranhão colonial (1798-1821). **Revista Brasileira de Estudos de População [online]**, v. 34, n. 03, p. 465-84, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/frxfwt7FcPJcSXShcvsbCCy/?lang=pt>. Acesso em 07 de agosto de 2022.

MOURÃO, L.F. et al. Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica. **Estima, [S. l.]**, v. 15, n. 2, p. 82–91, 2017. Disponível em: DOI: 10.5327/z1806-3144201700020004. Acesso em 03 de julho de 2022.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem- NOC**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem- NOC**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

MULYANI, S.; NURJANNAH, I. Validation of Nursing Outcomes indicators of nursing outcomes classification of self- care for patients with stroke. **Belitung Nursing Journal**, v.5, n. 3, p.130-35, 2019. Disponível em <https://www.belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/768>. Acesso em 02 de julho de 2022.

NAMBIAR, A. K.; LUCAS, M. G. Pathophysiology of urinary incontinence. **Surgery, Oxford**, v. 32, n. 6, p. 279-285, 2014.

NAMBIAR, A.K. et al. European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Management of Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms. Part 1: Diagnostics, Overactive Bladder, Stress Urinary Incontinence, and Mixed Urinary Incontinence. **European Urology, [S. l.]**, v. 82, n. 1, p. 49–59, 2022. DOI: 10.1016/j.eururo.2022.01.045

NANDY, D.; RANGANATHAN, S. **Urge incontinence**. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.2021. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33085319/>. Acesso em 03 de julho de 2022.

NÓBREGA, L.V. **Influência da pressão abdominal na mobilidade da junção uretrovesical e da uretra proximal - avaliação ultrassonográfica em mulheres com incontinência urinária de esforço**. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Universidade Federal de Pernambuco, 2003.

NOVAIS, C.C. **Prevalência da incontinência urinária e disfunção sexual em pacientes submetidos à porstatectomia radical**. 2019. 79 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Centro Universitário CESMAC, Maceió, 2019.

OLIVEIRA, E. et al. Mecanismos de continência e teoria integral da incontinência urinária feminina. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 205-212, 2007.

OLIVEIRA, T. M. et al. Prevalência de incontinência urinária e fatores associados em mulheres no climatério em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 4, p. 606-12, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-2374>. Acesso em 03 de julho de 2022.

OLIVEIRA, T. D. A. **Prevalência de queixas de incontinência urinária em usuárias de um serviço de atenção primária no município de Fortaleza (CE)**. 2017. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/29821>. Acesso em 03 de julho de 2022.

OLIVEIRA, L. G.T. et al. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 28, p. e51896, 2020. Disponível em : DOI: 10.12957/reuerj.2020.51896. Acesso em 12 de julho de 2022.

OLIVEIRA, M.C. et al. Evaluation of satisfaction of pelvic floor muscle training isolated and associated with tibial nerve stimulation in women with mixed urinary incontinence: A randomized, single-blinded clinical trial. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, [S. l.], v. 265, p. 60–65, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.06.024>. Acesso em 03 de julho 2020.

O'CONNOR, E. et al. Diagnosis and non-surgical management of urinary incontinence – a literature review with recommendations for practice. **International Journal of General Medicine**, v. 14, p. 4555–4565, 2021.

PADILHA, J. et al. Investigação Da Qualidade De Vida De Mulheres Com Incontinência Urinária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 43–48, 2018. Disponível : DOI: 10.25110/arqsaude.v22i1.2018.6302. Acesso em 03 de julho de 2022.

PAIVA, L.; RODRIGUES, M.; BESSEL, T. Prevalência de incontinência urinária em idosos no Brasil nos últimos 10 anos uma revisão sistemática. **Estud. Interdiscipl. envelhec.**, v. 24, edição especial, p. 275-293, 2019.

PASCOAL, L. M. **Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas, padrão respiratório ineficaz e troca de gases prejudicada**. 2015. 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

PATEL, U. et al. Prevalência atualizada de incontinência urinária em mulheres: dados da pesquisa nacional de base populacional de 2015-2018. **Cirurgia de Reconstr Med Pélvica Feminina**, v.28, n.4, p. 181-187, 2022.

PATRICK, D. et al. Psychometric performance of the incontinence quality of life questionnaire among patients with overactive bladder and urinary incontinence. **Clinical Therapeutics**, v. 35, n. 6, p. 836-845, 2013. Disponível em: [https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(13\)00224-5/abstract](https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(13)00224-5/abstract). Acesso em 21 de julho de 2020.

PEREIRA, V.S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]**, 2011, v. 33, n. 4, pp. 182-187. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000400006>. Epub. Acesso em 12 de julho de 2022.

PERES, H.; JENSEN, R.; MARTINS, T.Y. Assessment of diagnostic accuracy in nursing: paper versus decision support system. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.29, n.2, p.218–224, 2016

PETROS, P. **The Female Pelvic Floor: Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory**. 3. ed. Berlin: Springer, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem**, Artmed: Porto Alegre, 2019.

QUAGHEBEUR, J. et al. Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, [S. l.], v. 265, p. 143–149, 2021. Disponível em: DOI: 10.1016/j.ejogrb.2021.08.026. Acesso em 03 de julho de 2022.

QUEIROZ, J. et al. Perfil Clínico E Sociodemográfico De Laceração Perineal Durante Os Partos Normais Em Um Hospital E Maternidade Do Interior Do Ceará. **Revista Expressão Católica Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 57, 2020. Disponível em: DOI: 10.25191/recs.v5i1.3753. Acesso em 03 de julho de 2022.

RABELO-SILVA, E.R. et al. International Collaboration and New Research Evidence on Nanda International Terminology. **International Journal of Nursing Knowledge**, v.0, n.0, p.1-5, 2020. Disponível em : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/2047-3095.12300>. Acesso em 05 de outubro de 2020.

REGO, A.J. **Incontinência urinária de esforço: estudo comparativo: entre população urbana e população ribeirinha da região Amazônica**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002896331>. Acesso em 03 de julho de 2022.

REID, G.; BURTON, J. Making sense of the urinary microbiota in clinical urology. **Nature Reviews Urology**, v.13, p. 567-68, 2016. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrurol.2016.182>. Acesso em 03 de julho de 2022.

RIOS, L.A.; AVERBECK, M.A.; MADERSBACHER, H. **Neuro urologia**: manual para a prática clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: SBU, 2017.

ROBERTS, K.; MAHAJAN, S. Management of Urgency and Mixed Urinary Incontinence. **Clinical obstetrics and gynecology** v. 64, n.2 p. 306-313, 2021. Disponível em :doi:10.1097/GRF.0000000000000619. Acesso em 03 de julho de 2022.

ROMEIRO, J. et al. Nursing diagnoses: what about NANDA-I syndromes? **International Nursing Review**, 2020. Disponível em: doi:10.1111/inr.12612. Acesso em 02 de julho de 2022.

SALEHI-POURMEHR, H.et al. Diagnostic value of nerve growth factor in detrusor overactivity: a study on women with mixed urinary incontinence. **International Urology and Nephrology**, [S. l.], v. 53, n. 8, p. 1557–1562, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11255-021-02864-0>. Acesso em 12 de julho de 2022.

SANTOS, G. E. O. **Cálculo Amostral: calculadora on-line**. Disponível em: <https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php> . Acesso em 07 de agosto de 2022.

SANTOS, P.S.O.; NERY, L.A.S. **Fatores associados à laceração perineal durante o parto normal**. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Graduação)- Curso de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2018. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9334/1/TCC.PLATAFORMA.FINAL.pdf>. Acesso em 03 de julho de 2022.

SARTORI, M. G. F. et al. Menopausal genuine stress urinary incontinence treated with conjugated estrogens plus progestogens. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 49, n. 2, p. 165–169, 1995. Disponível em: DOI: 10.1016/0020-7292(95)02358-J. Acesso em 03 de julho de 2022.

SETH, J.; PANICKER, J.; FOWLER, C.J. The neurological organization of micturition. **Handbook of clinical neurology**, v. 117, p.111–117, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53491-0.00010-9>. Acesso em 07 de agosto de 2022.

SIDDLE,N.; VERSI, E. Stress urinary incontinence and the forgotten female hormones. **International Urogynecology Journal**, [S. l.], n. 0123456789, p. 6–11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05178-6>. Acesso em 03 de julho de 2022.

SILVA, C.J. et al. Profile of nursing diagnoses in indigenous older adults in the community: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm.**, v.75, n. 2, 2022. Disponível : <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZRYbqSzRR9PNRxcWSQ8twz/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 03 de julho de 2022.

SILVA, A.G. et al. Urinary incontinence in women: Risk factors according to type and severity. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 25, p. 1, 2020. Disponível em: DOI: 10.5380/ce.v25i0.68514. Acesso em 03 de julho de 2022.

SILVA, T. et al. Prevalência do diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada em pessoas com esclerose múltipla. **Rev enferm UERJ[online]**, e44079, 2019. Disponível em : <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/44079>. Acesso em 03 de julho de 2022.

SILVA, J.C.; SOLER, Z.A.; WYSOCKI, A. D. Fatores associados à incontinência urinária em mulheres submetidas ao exame urodinâmico. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], v. 51, p. 1–9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pSMtJmDB8LkRgLtPdQyKvyJ/?lang=pt>. Acesso em 03 de julho de 2022.

SILVA, J. **Incontinência urinária em mulheres submetidas a estudo urodinâmico: variáveis associadas**. 2016. 84 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto. Disponível em: <http://btd.famerp.br/handle/tede/371>. Acesso em 03 de julho de 2022.

SILVA, N.T. et al. Dyspareunia, perineal pain and healing after episiotomy. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 21, n.2, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7189>. Acesso em 03 de julho de 2022.

SOUSA, M.P.; SILVA, J.N. Prevalência de incontinência urinária em idosas. **Revista Saúde em Foco**, v. 5, n. 2, p. 40-9, 2018.

SOUZA, A.C., ALEXANDRE, N. M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-59, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>. Acesso em 05 de outubro de 2022.

SUGAYA, K. et al. Relationship between lower urinary tract symptoms and urinary ATP in patients with benign prostatic hyperplasia or overactive bladder. **Biomedical research**, Tokyo, v. 30, n. 5, p. 287-294, 2009.

SHEK, K.L.; DIETZ, H.P. Is urethral pressure associated with parity and delivery mode? **International Urogynecology Journal**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05233-2>. Acesso em 03 de julho de 2022.

SCHABERT, V. F. et al. Challenges for managing overactive bladder and guidance for patient support. **The American journal of managed care**, v. 15, n. 4, p. 118–24, 2009.

SCHMIDT, A. **Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço feminina: estudo comparativo entre reeducação vesical e treinamento da musculatura do assoalho pélvico com biofeedback**. 2017. Tese (Doutorado em Medicina) – Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/174826>. Acesso em 22 de julho de 2020.

TARNAY, C.M. et al. Urinary incontinence & pelvic floor disorders. In: DeCherney, A.H. et al. **Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology**, 12 ed. McGraw Hill, 2019.

THOMAS-WHITE, K. et al. Incontinence medication response relates to the female urinary microbiota. **Int Urogynecol J.**, v.27, n.5, p. 723–733, 2016. Disponível em: doi:10.1007/s00192-015-2847-x. Acesso em 03 de julho de 2022.

THOMÉ, B.I. et al. Histórico gestacional de mulheres com incontinência urinária. **Cogitare Enfermagem [online]**. 2021, v. 26, e75803. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75803>. Acesso em 12 de julho de 2022.

TRAN, L.; PUCKET, Y. **Urinary Incontinence**. *StatPearls*, StatPearls Publishing, 2022. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644521/>. Acesso em 03 de julho de 2022.

TRINDADE, R.E. et al. Contraception use and family planning inequalities among Brazilian women. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 3493–3504, 2021. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.24332019. Acesso em 02 de julho de 2022.

TROWBRIDGE, E.; HOOVER, E. Evaluation and treatment of urinary incontinence in women. **Gastroenterol clin North Am**, v.51, n.1, p. 157-175, 2022.

VASCONCELOS, C.M.T. et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sóciodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1202, 2013. Disponível em : DOI: 10.18673/g.s.v4i1.22986. Acesso em 03 de julho de 2022.

VILAS-BOAS, M.A.A. Análise crítica do potencial de utilização das nomenclaturas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Revista Oficial do Conselho de Enfermagem**, v.10, n. 7, p. 50-56, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2471/549>. Acesso em 02 de julho de 2022.

VIERECK, V. et al. Combination therapy with botulinum toxin and bulking agent—An efficient, sustainable, and safe method to treat elderly women with mixed urinary incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 40, n. 7, p. 1820–1828, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acesso em 03 de julho de 2022.

WUYTACK, F. et al. Is there an association between parity and urinary incontinence in women during pregnancy and the first year postpartum?: A systematic review and meta-analysis. **Neurourology and Urodynamics**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 54–90, 2022. Disponível em :DOI: 10.1002/nau.24785. Acesso em 03 de julho de 2022.

YAZDANY, T.; BHATIA, N.; REINA, A. Association of depression and anxiety in underserved women with and without urinary incontinence. **Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 349–353, 2014. Disponível em:

DOI: 10.1097/SPV.0000000000000071. Acesso em 03 de julho de 2022.

YU, H.J. et al. Dificuldade miccional não reconhecida em pacientes com diabetes tipo 2 do sexo feminino na clínica de diabetes: um estudo prospectivo de caso-controle. **Cuidados com diabetes**, v.27, p.988-989, 2004.

ZIZZI, P.T.et al. Força muscular perineal e incontinência urinária e anal em mulheres após o parto : estudo transversal . **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.51. p. 1–8, 2017.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PACIENTES



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezada Senhora,

Convido você a participar, de forma voluntária, na pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DA PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA EM MULHERES A PARTIR DAS TAXONOMIAS NANDA-I E NOC** que será desenvolvida pela mestrandia em enfermagem do Programa de Pós graduação em Enfermagem - CCBS, **Liana Priscilla Lima de Melo**, sob orientação da **Prof.ª Dra. Livia Maia Pascoal**. Esse tipo de distúrbio miccional gera impactos e consequências que interferem negativamente na qualidade de vida das mulheres.

O objetivo dessa pesquisa é identificar o comprometimento da continência urinária em mulheres com perda involuntária de urina.

Os dados serão obtidos por meio de entrevistas em que serão avaliadas as características e os fatores envolvidos na incontinência urinárias . Não será realizado nenhum procedimento invasivo e as entrevistas terão duração de aproximadamente 15 minutos.

**Riscos e desconfortos:** responder as perguntas que lhe serão feitas pode representar risco de constrangimento e fadiga. Considerando que este estudo terá acesso aos dados pessoais e informações sobre a sua saúde e que as perguntas a você dirigidas irão demandar do seu tempo, a pesquisadora se compromete com os seguintes quesitos com a finalidade de minimizar desconfortos: respeito ao sigilo, busca de um local reservado e tranquilo para a coleta de informações de saúde, promoção de um ambiente de liberdade para que você responda as questões que lhe possam causar constrangimento.

**Benefícios:** esta pesquisa poderá possibilitar o conhecimento do perfil de mulheres portadoras de incontinência urinária atendidas nos ambulatórios do HUUFMA e identificação do comprometimento dos aspectos da continência urinária em mulheres com perda involuntária de urina.

**Despesas:** não haverá nenhum custo para a entrevistada por estar participando da pesquisa. Serão fornecidos pelo pesquisador à entrevistada materiais como, álcool em gel e máscara descartável, em respeito às normas de biossegurança da pandemia da Covid-19.

**Ressarcimento:** o ressarcimento consiste na compensação material, exclusivamente de despesas da participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação. O pesquisador responsável se compromete com o ressarcimento de eventuais despesas das participantes que possam surgir no decorrer da pesquisa.

**Indenização:** a indenização consiste na cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Na eventualidade de algum dano emocional pela situação de constrangimento durante a participação da pesquisa, ou qualquer outro tipo de dano não previsto nesse termo, a participante terá direito a assistência gratuita, ressarcimento e indenização sob responsabilidade dos pesquisadores.

**Além disso é importante ressaltar que não será realizado nenhum procedimento invasivo para a participante da pesquisa.**

À participante será garantido o direito de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos sobre o estudo. Além de ter a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga prejuízo, bem como compromisso sobre a segurança da sua identificação em caráter confidencial da informação.

Diante das informações expostas acima, você está sendo convidada a participar como voluntária desta pesquisa na qualidade de entrevistada sendo informada e esclarecida que os dados serão utilizados exclusivamente nesta investigação e que serão apresentados a comunidade científica (artigos, tema livre, palestras ou congressos), sendo que a sua identificação será mantida em sigilo.

Os dados obtidos serão somente de competência dos pesquisadores envolvidos no projeto e dos profissionais que possam vir a ter relacionamento de atendimento e/ou de cuidado com a paciente, e que não será permitido acesso a terceiros (seguidores, empregadores, superiores hierárquicos) garantindo proteção contra qualquer tipo de discriminação ou estigmatização.

Você receberá uma via desse termo assinado pelo pesquisador responsável/ assistente, além de ser garantido que não haverá danos pessoais, físicos ou morais e que sua identidade não será divulgada, respeitando os princípios éticos da pesquisa e a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos da pesquisa você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário (Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís-MA, CEP 65020-070 / telefone 9821091250) que é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza técnico-científica, consultiva, normativa, deliberativa, educativa e atua no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Caso tenha dúvidas ou desejar obter informações sobre o desenvolvimento da pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores através dos seguintes contatos e endereços: 1) Prof.<sup>a</sup>. Dra. Lívia Maia Pascoal - PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rua Urbano Santos, s/n – Centro – Universidade Federal do Maranhão (CCSST – Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia), Imperatriz – MA, telefone: (99) 3525-6001/ (98) 32729706/9706, e-mail: ppgenf@ufma.br ; 2) Liana Priscilla Lima de Melo – PESQUISADOR ASSISTENTE: Av. dos Portugueses, s/n, Universidade Federal do Maranhão (Centro Pedagógico Paulo Freire, Sala Tutoria Asa Norte 1º andar), São Luís – MA, Brasil, CEP: 65085-580, telefone: (98) 988026589, e-mail: melo.liana@discente.ufma.br.

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

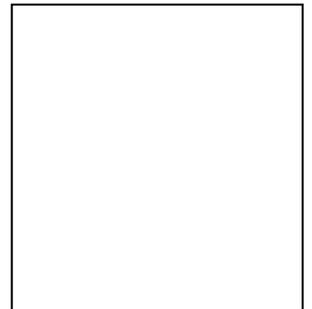
Declaro que após esclarecida pela pesquisadora, e tendo entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa que tem como título: Convido você a participar, de forma voluntária, na pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DA PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA EM MULHERES A PARTIR DAS TAXONOMIAS NANDA-I E NOC**

**Obs:** este termo deverá conter rubricas do participante e dos pesquisadores envolvidos na pesquisa em todas as páginas do mesmo.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável/ pesquisador assistente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente



Impressão digital  
(para quem não  
consegue assinar)

## APÊNDICE B- FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

### AVALIAÇÃO DA PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA EM MULHERES A PARTIR DAS TAXONOMIAS NANDA-I E NOC

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

<b>PARTE 1</b>	
<b>I. Dados sociodemográficos:</b>	
1.Nome :	
2.Idade:	
4.Nível de instrução: 1.sem instrução ( ) 2.ensino fundamental ( ) 3.ensino médio ( ) 4.ensino médio ( ) 5.ensino superior ( )	
5.Cor da pele: 1.branca ( ) 2.preta ( ) 3.parda ( ) 4.amarela ( ) 5.indígena ( )	
6.Estado civil: 1.solteira ( ) 2.casada ( ) 3.divorciada ( ) 4.viúva ( )	
7. Situação empregatícia: 1.assalariada ( ) 2.autônoma ( ) 3.trabalho informal ( ) 4.aposentada ( ) 5.pensionista ( ) 6.desempregada ( )	
8.Renda familiar (valor bruto):	
<b>II. Dados clínicos:</b>	
<b>a) Dados gerais de saúde</b>	
1.Doenças que possui: 1.HAS ( ) 2.DM ( ) 3.Obesidade ( ) 4.Nefropatia ( ) 5.Cardiopatia ( ) 6.Hepatopatia ( ) 7.Depressão ( ) 8.Hipotireoidismo ( ) 9.Outras:	
2. Medicamentos em uso:	
3. Tabagismo: 1.não ( ) 2.sim ( ) 3.ex- tabagista ( )	
4. Etilismo: 1.não ( ) 2.sim ( ) 3.ex- etilista ( )	
<b>b) História obstétrica</b>	
1. Número de gestações:	
2. Parto vaginal: 1.não ( ) 2.sim ( ) quantidade:	
3. Parto vaginal com fórceps: 1.não ( ) 2.sim ( ) quantidade:	
4. Parto cesáreo: 1.não ( ) 2.sim ( ) quantidade:	
5. Aborto: 1.não ( ) 2.sim ( ) quantidade:	
6. Laceração ânus (durante o parto): 1.não ( ) 2.sim ( )	
7. Laceração de vagina (durante o parto): 1.não ( ) 2.sim ( )	
8. Episiotomia: 1.não ( ) 2.sim ( )	
<b>c) História ginecológica:</b>	
1. Método contraceptivo utilizado: 1.não ( ) 2.sim ( ) tipo: (preservativo, anticoncepcionais orais ou injetáveis,DIU, laqueadura)	
2. Fez histerectomia? 1.não ( ) 2.sim ( ) 3. não se aplica ( )	
3. Está na fase de climatério ou de menopausa? 1.não ( ) 2.sim ( ) 3. não se aplica ( ) 3.1 Faz reposição hormonal: 1.não ( ) 2. sim ( )	
4. Fez outro tipo de cirurgia ginecológica? 1.não ( ) 2.sim ( ) qual:	
<b>d) Hábitos alimentares:</b>	
1. Consumo de bebidas carbonatadas (refrigerantes): 1.não ( ) 2.sim ( )	
2. Consumo de cafeína (café, chá preto, chá mate): 1.não ( ) 2.sim ( )	
3. Consumo de pimentas: 1.não ( ) 2.sim ( )	
<b>PARTE 2</b>	

<b>I. Diagnóstico de Enfermagem Taxonomia II NANDA-I 2021-2023</b>	
<p>1. Ocorre perda involuntária de urina com atividade que aumentam a pressão intra-abdominal não associada a urgência para urinar? (<b>conceito do Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I: Incontinência urinária de esforço</b>)</p> <p style="text-align: center;">1.sim ( ) 2.não ( )</p>	
<b>1.1 Características Definidoras:</b>	
<input type="checkbox"/> Perda involuntária de urina ao dar risadas	<input type="checkbox"/> Perda involuntária de urina ao tossir
<input type="checkbox"/> Perda involuntária de urina ao esforço	<input type="checkbox"/> Perda involuntária de urina na ausência de bexiga hiperestendida
<input type="checkbox"/> Perda involuntária de urina ao esforço físico	<input type="checkbox"/> Perda involuntária de urina na ausência de contração do detrusor
<input type="checkbox"/> Perda involuntária de urina ao espirrar	
<b>1.2 Fatores relacionados:</b>	<b>1.3 Populações em risco:</b>
<input type="checkbox"/> Distúrbios do assoalho pélvico	<input type="checkbox"/> indivíduos que realizam exercício físico de alta intensidade
<input type="checkbox"/> Prolapso de órgão pélvico	<input type="checkbox"/> Mulheres dando a luz por parto vaginal
<input type="checkbox"/> Sobrepeso	<input type="checkbox"/> Mulheres múltiparas
	<input type="checkbox"/> Mulheres vivenciando a menopausa
<b>1.4 Condições associadas</b>	
<input type="checkbox"/> Doenças do sistema nervoso	<input type="checkbox"/> Mudanças degenerativas da musculatura do assoalho pélvico
<input type="checkbox"/> Incompetência do esfíncter uretral	<input type="checkbox"/> Musculatura do assoalho pélvico danificada
<input type="checkbox"/> Lesão do esfíncter uretral	
<p>2. Ocorre perda involuntária de urina acompanhada ou precedida de uma forte sensação de urgência para urinar (<b>conceito do Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I: Incontinência urinária de urgência</b>)</p> <p style="text-align: center;">1.sim ( ) 2.não ( )</p>	
<b>2.1 Características Definidoras:</b>	
<input type="checkbox"/> capacidade vesical diminuída	<input type="checkbox"/> Perda involuntária de urina com contrações da bexiga
<input type="checkbox"/> frequência urinária	<input type="checkbox"/> Perda involuntária de volumes variáveis de urina entre micções, com urgência
<input type="checkbox"/> noctúria	<input type="checkbox"/> sensação de urgência com estímulo provocado
<input type="checkbox"/> Perda involuntária de urina antes de chegar ao banheiro	
<b>2.2 Fatores relacionados:</b>	
<input type="checkbox"/> ansiedade	<input type="checkbox"/> distúrbios do assoalho pélvico
<input type="checkbox"/> consumo de álcool	<input type="checkbox"/> hábitos de higiene íntima ineficazes
<input type="checkbox"/> consumo de bebidas carbonatadas	<input type="checkbox"/> prolapso de órgãos pélvicos
<input type="checkbox"/> consumo de cafeína	<input type="checkbox"/> relaxamento involuntário do esfíncter
	<input type="checkbox"/> sobrepeso
<b>2.3 Populações em risco</b>	
<input type="checkbox"/> Idosos	<input type="checkbox"/> Mulheres na menopausa
<input type="checkbox"/> Indivíduos com história de urgência urinária durante a infância	<input type="checkbox"/> Indivíduos expostos ao abuso
<b>2.4 Condições associadas:</b>	

<input type="checkbox"/> assoalho pélvico hiperativo	<input type="checkbox"/> doenças urológicas
<input type="checkbox"/> depressão	<input type="checkbox"/> obstrução do colo da bexiga
<input type="checkbox"/> diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> preparações farmacêuticas
<input type="checkbox"/> doenças do sistema nervoso	<input type="checkbox"/> regime de tratamento
<input type="checkbox"/> trauma do sistema nervoso	<input type="checkbox"/> vaginite atrófica

3. Ocorre perda involuntária de urina acompanhada ou precedida de uma forte sensação de urgência para urinar, e também de atividades que aumentam a pressão intra-abdominal? (**conceito do Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I: Incontinência urinária mista**)

1.sim ( ) 2.não ( )

### 3.1 Características Definidoras:

<input type="checkbox"/> expressa esvaziamento incompleto da bexiga	<input type="checkbox"/> perda involuntária de urina ao esforço físico
<input type="checkbox"/> perda involuntária de urina ao dar risadas	<input type="checkbox"/> perda involuntária de urina ao espirrar
<input type="checkbox"/> noctúria	<input type="checkbox"/> perda involuntária de urina ao tossir
<input type="checkbox"/> perda involuntária de urina ao esforço	<input type="checkbox"/> urgência urinária

### 3.2 Fatores relacionados:

<input type="checkbox"/> atrofia musculoesquelética	<input type="checkbox"/> tabagismo
<input type="checkbox"/> incompetência do colo vesical	<input type="checkbox"/> prolapso de órgãos pélvicos
<input type="checkbox"/> incompetência do esfíncter uretral	<input type="checkbox"/> sobrepeso
<input type="checkbox"/> parede anterior da vagina enfraquecida	

### 3.3 Populações em risco

<input type="checkbox"/> idosos	<input type="checkbox"/> mulheres dando a luz por parto vaginal
<input type="checkbox"/> indivíduos com tosse crônica	<input type="checkbox"/> mulheres múltíparas
<input type="checkbox"/> indivíduos com um tipo de incontinência urinária	<input type="checkbox"/> mulheres vivenciando a menopausa

### 3.4 Condições associadas

<input type="checkbox"/> cirurgia de IUE	<input type="checkbox"/> distúrbios motores
<input type="checkbox"/> deficiência de estrogênio	<input type="checkbox"/> IU prolongada
<input type="checkbox"/> diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> lesão do esfíncter uretral
<input type="checkbox"/> distúrbios do assoalho pélvico	

## 4 Questionário para avaliação de gravidade da Incontinência Urinária (*Incontinence Severity Index- ISI*)

Com qual frequência você apresenta perda de urina?

1. Menos de uma vez ao mês ( )
2. Algumas vezes ao mês ( )
3. Algumas vezes na semana ( )
4. Todos os dias e/ou noite ( )

Qual quantidade de urina você perde cada vez?

1. Gotas (pouca quantidade) ( )
2. Pequeno jato ( )
3. Muita quantidade ( )

TOTAL :		1-2 : incontinência urinária leve 3-6 : incontinência urinária moderada 8-9 : incontinência urinária grave 10-12: incontinência urinária muito grave	
<b>PARTE 3</b>			
<b>Avaliação inicial – Resultado de Enfermagem NOC</b>			
0502. Continência Urinária			
Definição: Controle da eliminação de urina da bexiga			
Magnitude da definição operacional:			
1. Nunca demonstrado 2. Raramente demonstrado 3. Algumas vezes demonstrado 4. Frequentemente demonstrado 5. Consistentemente demonstrado			
1.Reconhece a vontade de urinar?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
2.Mantém padrão previsível de micção?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
3.Responde a vontade em tempo hábil?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
4.Urina em recipiente adequado?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
5.Chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
6. Mantém ambiente sem barreiras para ir ao banheiro independentemente?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
7. Urina > 150 ml a cada vez?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
8.Inicia e interrompe o fluxo?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
9.Esvazia a bexiga completamente	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
10. Ingere uma quantidade adequada de líquidos?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:			
11.Controla as roupas independentemente?	1. ( )	2. ( )	3. ( ) 4. ( ) 5. ( )

Anotações:	
12.Vai ao banheiro independentemente?	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:	
13.Identifica medicamento que interfere no controle urinário?	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:	
<p>0502. Continência Urinária</p> <p>Definição: Controle da eliminação de urina da bexiga</p> <p>Magnitude da definição operacional:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consistentemente demonstrado</li> <li>2. Frequentemente demonstrado</li> <li>3. Algumas vezes demonstrado</li> <li>4. Raramente demonstrado</li> <li>5. Nunca demonstrado</li> </ol>	
14.Perda de urina entre as micções?	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:	
<b>15. Resíduo pós-micção &gt; 100-200 ml.</b>	<b>1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( )</b>
Anotações: <b>indicador não avaliado</b>	
16.Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar)?	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:	
17.Molha a roupa durante o dia?	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:	
18.Molha a roupa de cama durante a noite?	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:	
19.Infecção do trato urinário?	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( )
Anotações:	

## APÊNDICE C - DEFINIÇÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL DO RESULTADO DE ENFERMAGEM - NOC 0502: Continência Urinária

<b>Indicador</b>
<b>Definição Conceitual</b>
<b>Definição operacional</b>
<p><b>Escala Likert</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Nunca demonstrado</b></li> <li>2. <b>Raramente demonstrado</b></li> <li>3. <b>Algumas vezes demonstrado</b></li> <li>4. <b>Frequentemente demonstrado</b></li> <li>5. <b>Consistentemente demonstrado</b></li> </ol>
<b>Indicador 1.: Reconhece a vontade de urinar</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela capacidade de reconhecer a sensação ou desejo para a micção.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente se ele consegue reconhecer a sensação e/ou desejo para a micção, considerando a frequência com que isso acontece. Para esta avaliação, deverá ser considerada a frequência do mês anterior.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca reconhece a sensação para a micção.</li> <li>2. Reconhece a sensação para a micção algumas vezes no mês.</li> <li>3. Reconhece a sensação para a micção algumas vezes na semana.</li> <li>4. Reconhece a sensação para a micção algumas vezes em um dia.</li> <li>5. Sempre reconhece a sensação para a micção.</li> </ol>
<b>Indicador 2.: Mantém padrão previsível de micção</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela fisiologia normal da micção com frequência urinária de 4 a 6 vezes por dia, com intervalo entre 3 a 4 horas e volume urinário total de aproximadamente 1500 a 2000 ml.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Instruir o paciente para o preenchimento de um diário miccional (instrumento de automonitoramento dos parâmetros miccionais) e observar alterações nos seguintes parâmetros miccionais: frequência urinária, intervalo entre as micções e volume urinário.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresenta alteração em 3 parâmetros miccionais.</li> <li>2. Apresenta alteração em 2 parâmetros miccionais várias vezes por semana.</li> <li>3. Apresenta alteração em no máximo 1 dos parâmetros miccionais, várias vezes por semana.</li> <li>4. Apresenta alteração em no máximo 1 dos parâmetros miccionais durante algumas vezes ao mês.</li> <li>5. Não apresenta alteração em nenhum dos parâmetros miccionais.</li> </ol>
<b>Indicador 3.: Responde à vontade em tempo hábil.</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela capacidade de reconhecer o desejo/vontade para a micção e se deslocar ao banheiro em tempo hábil, de modo que não ocorra perda urinária.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente sobre a frequência em que consegue reconhecer a vontade para a micção e se deslocar ao banheiro em tempo hábil.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca reconhece a vontade para a micção e não se desloca ao banheiro em tempo hábil.</li> <li>2. Reconhece a vontade para a micção algumas vezes no mês e se desloca ao banheiro em tempo hábil.</li> <li>3. Reconhece a vontade para a micção algumas vezes na semana e se desloca ao banheiro em tempo hábil.</li> <li>4. Reconhece a vontade para a micção algumas vezes em um dia e se desloca ao banheiro em tempo hábil.</li> <li>5. Sempre reconhece a vontade para a micção e se desloca ao banheiro em tempo hábil.</li> </ol>
<b>Indicador 4.: Urina em recipiente apropriado?</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela micção em local apropriado (banheiro, penico, fralda, cateter urinário externo).</p>

<p><b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente sobre a frequência em que a micção ocorre em local apropriado (banheiro, penico, fralda, cateter urinário externo).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A micção nunca ocorre em local apropriado.</li> <li>2. A micção ocorre em local apropriado algumas vezes no mês.</li> <li>3. A micção ocorre em local apropriado algumas vezes na semana.</li> <li>4. A micção ocorre em local apropriado algumas vezes em um dia.</li> <li>5. A micção sempre ocorre em local apropriado.</li> </ol>
<b>Indicador 5.: Chega ao banheiro entre o desejo e a passagem de urina</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se capacidade de chegar ao banheiro após o desejo de urinar sem perdas urinárias nas vestimentas ou no ambiente.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente sobre a frequência na qual chega ao banheiro após o desejo de urinar, sem perdas urinárias nas vestimentas ou no ambiente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca chega ao banheiro após o desejo de urinar e apresenta perdas urinárias nas vestimentas ou no ambiente.</li> <li>2. Chega ao banheiro após o desejo de urinar apresentando perdas urinárias nas vestimentas ou no ambiente algumas vezes no dia.</li> <li>3. Chega ao banheiro após o desejo de urinar apresentando perdas urinárias nas vestimentas ou no ambiente algumas vezes na semana.</li> <li>4. Chega ao banheiro após o desejo de urinar apresentando perdas urinárias nas vestimentas ou no ambiente algumas vezes durante o mês.</li> <li>5. Sempre chega ao banheiro após o desejo de urinar e não sofre perdas urinárias nas vestimentas ou no ambiente.</li> </ol>
<b>Indicador 6.: Mantém ambiente sem barreiras para ir ao banheiro independentemente</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela capacidade de manter o ambiente sem barreiras com o intuito de garantir o deslocamento até o banheiro de forma independente.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Indagar ao paciente sobre a frequência com que o ambiente é mantido sem barreiras no trajeto para ir ao banheiro.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca mantém o ambiente livre de barreiras para ir ao banheiro independentemente.</li> <li>2. Mantém o ambiente livre de barreiras para ir ao banheiro independentemente algumas vezes no mês.</li> <li>3. Mantém o ambiente livre de barreiras para ir ao banheiro independentemente algumas vezes na semana.</li> <li>4. Mantém o ambiente livre de barreiras para ir ao banheiro independentemente algumas vezes em um dia.</li> <li>5. Sempre mantém o ambiente totalmente livre de barreiras para ir ao banheiro independentemente.</li> </ol>
<b>Indicador 7.: Urina &gt; 150 ml a cada vez</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela presença de volume superior a 150 ml de urina a cada micção.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Indagar ao paciente sobre a frequência na qual o seu volume urinário é superior a 150 ml a cada micção.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O volume urinário por micção nunca é superior a 150 ml.</li> <li>2. O volume urinário por micção é superior a 150 ml algumas vezes no mês.</li> <li>3. O volume urinário por micção é superior a 150 ml algumas vezes na semana.</li> <li>4. O volume urinário por micção é superior a 150 ml algumas vezes em um dia.</li> <li>5. O volume urinário por micção é sempre superior a 150 ml.</li> </ol>
<b>Indicador 8.: Inicia e interrompe o fluxo? *</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela capacidade de iniciar e interromper o fluxo urinário de forma voluntária.</p>

<p><b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente sobre a capacidade de iniciar e interromper a micção de forma voluntária.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca consegue iniciar e interromper o fluxo urinário de forma voluntária.</li> <li>2. Consegue iniciar e interromper o fluxo urinário algumas vezes em um mês.</li> <li>3. Consegue iniciar e interromper o fluxo urinário algumas vezes na semana.</li> <li>4. Consegue iniciar e interromper o fluxo urinário algumas vezes em um dia.</li> <li>5. Sempre consegue iniciar e interromper o fluxo urinário de forma voluntária.</li> </ol>
<b>Indicador 9.: Esvazia a bexiga completamente</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela sensação de bexiga vazia após ter cessado a micção.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente sobre a frequência em que ocorre a sensação de bexiga vazia após ter cessado a micção.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca apresenta a sensação de bexiga vazia após ter cessado a micção.</li> <li>2. Apresenta a sensação de bexiga vazia após ter cessado a micção algumas vezes no mês.</li> <li>3. Apresenta a sensação de bexiga vazia após ter cessado a micção algumas vezes na semana.</li> <li>4. Apresenta a sensação de bexiga vazia após ter cessado a micção algumas vezes em um dia.</li> <li>5. Sempre apresenta a sensação de bexiga vazia após ter cessado a micção.</li> </ol>
<b>Indicador 10.: Ingere uma quantidade adequada de líquidos</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela ingestão diária de líquidos conforme as necessidades corporais que, em média, é de 2l/dia.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Observar /Perguntar ao paciente sobre a quantidade da ingestão diária de líquidos, considerando a recomendação 2l/dia.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingestão de líquidos inferior a 500ml/dia.</li> <li>2. Ingestão de líquidos igual ou superior a 500 ml e inferior a 1l/dia.</li> <li>3. Ingestão de líquidos igual ou superior a 1l e inferior a 1,5l/dia.</li> <li>4. Ingestão de líquidos igual ou superior a 1,5l e inferior a 2l/dia.</li> <li>5. Ingestão de líquidos igual ou superior a 2l/dia.</li> </ol>
<b>Indicador 11.: Controla as roupas independentemente</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela capacidade de manuseio das próprias roupas sem auxílio.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente sobre a frequência capacidade de manuseio das próprias roupas de forma independente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca consegue fazer o manuseio das próprias roupas de forma independente.</li> <li>2. Faz o manuseio das próprias roupas de forma independente algumas vezes no mês.</li> <li>3. Faz o manuseio das próprias roupas de forma independente algumas vezes na semana.</li> <li>4. Faz o manuseio das próprias roupas de forma independente algumas vezes em um dia.</li> <li>5. Sempre faz o manuseio das próprias roupas de forma independente.</li> </ol>
<b>Indicador 12.: Vai ao banheiro independentemente</b>
<p><b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pelo ato de ir ao banheiro para as eliminações, higienizar-se e arrumar as próprias roupas.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente sobre a capacidade de se deslocar ao banheiro conforme adaptação da Escala de Avaliação das Atividades da Vida Diária de Katz.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não consegue ir ao banheiro, higienizar-se e vestir-se após a micção independentemente.</li> <li>2. Vai ao banheiro, higieniza-se e veste-se após a micção independentemente algumas vezes em um mês.</li> <li>3. Vai ao banheiro, higieniza-se e veste-se após a micção independentemente algumas vezes na semana.</li> <li>4. Vai ao banheiro, higieniza-se e veste-se após a micção independentemente algumas vezes em um dia.</li> <li>5. Sempre vai ao banheiro, higieniza-se e veste-se após a micção independentemente.</li> </ol>

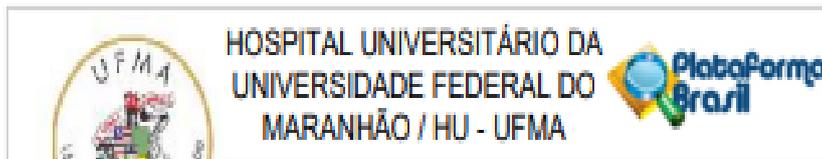
<b>Indicador 13.:</b> Identifica medicamento que interfere no controle urinário
<b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pelo conhecimento sobre os medicamentos que prejudicam o controle urinário.
<b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente se ele consegue identificar medicamento, classificar e descrever os efeitos colaterais do mesmo.  1. Nunca consegue identificar medicamento, classificá-lo e descrever os efeitos colaterais do mesmo. 2. Consegue apenas identificar medicamento. 3. Consegue identificar medicamento e descrever efeitos colaterais 4. Consegue identificar medicamento e classificá-lo. 5. Sempre consegue identificar medicamento, classificá-lo e descrever os efeitos colaterais do mesmo de forma detalhada.
<b>Indicador</b>
<b>Definição Conceitual</b>
<b>Definição operacional</b>
<b>Escala Likert</b>  1. <b>Consistentemente demonstrado</b> 2. <b>Frequentemente demonstrado</b> 3. <b>Algumas vezes demonstrado</b> 4. <b>Raramente demonstrado</b> 5. <b>Nunca demonstrado</b>
<b>Indicador 14.:</b> Perda de urina entre as micções
<b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela perda urinária involuntária durante o intervalo entre uma micção e outra.
<b>Definição operacional:</b> Perguntar para a paciente se ocorre perda de urina durante o intervalo entre uma micção e outra.  1. Perde urina entre uma micção e outra todas as vezes em um dia. 2. Perde urina entre uma micção e outra algumas vezes ao dia. 3. Perde urina entre uma micção e outra algumas vezes na semana. 4. Perde urina entre uma micção e outra algumas vezes no mês. 5. Nunca perde urina entre as micções.
<b>Indicador 15.:</b> Resíduo pós micção > 100-200ml
<b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela presença de volume urinário superior a 100 ou 200 ml após a micção.
<b>Definição operacional:</b> Realizar a passagem de sonda vesical de alívio 10 minutos após a micção e mensurar volume urinário obtido.  1. Sempre apresenta resíduo após a micção com volume superior a 100-200 ml. 2. Apresenta resíduo após a micção com volume superior a 100-200 ml algumas vezes no dia. 3. Apresenta resíduo após a micção com volume superior a 100-200 ml algumas vezes na semana. 4. Apresenta resíduo após a micção com volume superior a 100-200 ml algumas vezes no mês. 5. Nunca apresenta resíduo após-micção com volume superior a 100-200 ml.
<b>Indicador 16.:</b> Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (espirrar, rir, levantar peso)
<b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela perda urinária involuntária após situações que aumentam a pressão abdominal (espirrar, riso ou levantar peso).
<b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente se ocorre perda de urinária involuntária logo após situações que aumentam a pressão abdominal (espirrar, riso ou levantar peso).  1. Sempre perde urina após espirro, riso ou levantar peso. 2. Perde urina após espirro, riso ou levantar peso algumas vezes ao dia. 3. Perde urina após espirro, riso ou levantar peso algumas vezes na semana. 4. Perde urina após espirro, riso ou levantar peso algumas vezes no mês. 5. Nunca perde urina após espirro, riso ou levantar peso.

<b>Indicador 17.: Molha a roupa de cama durante o dia</b>
<b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela umidade na roupa de cama durante o dia.
<b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente sobre a frequência em que molha a roupa de cama durante o dia.  1. Sempre molha a roupa de cama durante o dia. 2. Molha a roupa de cama durante o dia algumas vezes no dia. 3. Molha a roupa de cama durante o dia algumas vezes na semana. 4. Molha a roupa de cama durante o dia algumas vezes no mês 5. Nunca molha a roupa de cama durante o dia.
<b>Indicador 18.: Molha a roupa ou a roupa de cama durante a noite</b>
<b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela umidade na própria roupa ou na roupa de cama durante a noite.
<b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente sobre a frequência em que molha a roupa de cama durante a noite.  1. Sempre molha a própria roupa ou a roupa de cama durante a noite. 2. Molha a própria roupa ou a roupa de cama durante a noite algumas vezes no dia. 3. Molha a própria roupa ou a roupa de cama durante a noite algumas vezes na semana. 4. Molha a própria roupa ou a roupa de cama durante a noite algumas vezes no mês. 5. Nunca molha a própria ou a roupa de cama durante a noite.
<b>Indicador 19.: Infecção do trato urinário</b>
<b>Definição Conceitual:</b> Caracteriza-se pela presença de sintomas como urgência, disúria, polaciúria, hematúria, piúria, dor suprapúbica, alteração de coloração e odor na urina e número superior a 100000 UFC detectadas em exame urinário.
<b>Definição operacional:</b> Perguntar ao paciente a frequência dos sintomas característicos de infecção do trato urinário.  1. Sintomas de ITU surgem 2 vezes em seis meses ou 3 vezes em 1 ano. 2. Sintomas de ITU surgem 1 vez a cada 6 meses ou 2 vezes em 1 ano. 3. Sintomas de ITU surgem 1 vez por ano. 4. Sintomas de ITU não tem periodicidade, podendo não surgir em 1 ano. 5. Nunca apresentou ITU.
<b>Obs.: Não foi avaliado durante esta pesquisa e não esteve presente nos resultados.</b>

## APÊNDICE D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA

		<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO / HU - UFMA</b>			
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>					
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>					
<b>Título da Pesquisa:</b> Taxonomias de Enfermagem na assistência a mulheres com incontinência urinária					
<b>Pesquisador:</b> Lívia Maia Pascoal					
<b>Área Temática:</b>					
<b>Versão:</b> 2					
<b>CAAE:</b> 50822921.0.0000.5086					
<b>Instituição Proponente:</b> FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO					
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio					
<b>DADOS DO PARECER</b>					
<b>Número do Parecer:</b> 4.969.691					
<b>Apresentação do Projeto:</b>					
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1777786.pdf. Datado de 30/08/21).					
<b>Introdução:</b>					
A incontinência urinária (IU) é definida como toda perda involuntária de urina, que pode ser classificada, segundo a NANDA-Internacional, Inc. (NANDA-I), em incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência, incontinência urinária funcional, incontinência urinária por transbordamento e incontinência urinária reflexa (HERDMAN, KAMITSURU, 2018). Esse distúrbio miccional pode acometer indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos e de todos os níveis sociais e econômicos (BRASIL, 2019). Entretanto, entre os sexos, é diagnosticado com maior frequência, em mulheres sendo que de 10 a 25% apresentam mais de 30 anos e estes valores aumentam para o intervalo de 30% a 50% aos 50 anos (DEREWIECKI et al., 2015). As estimativas de prevalência de IU em mulheres apresentam variações entre os estudos e são ocasionadas pelas diferenças metodológicas e culturais existentes, dificultando assim a comparação significativa dos dados. (ABRAMS et al., 2016). Já os fatores de risco para o desenvolvimento da IU em mulheres são múltiplos e os fatores como idade da menopausa, partos					
<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227		<b>CEP:</b> 65.020-670			
<b>Bairro:</b> CENTRO		<b>Município:</b> SAO LUIS			
<b>UF:</b> MA		<b>E-mail:</b> cep@huufma.br			
<b>Telefone:</b> (98)2103-1250					





Continuação do Formos: 4.066.001

naturais em termos quantitativos, multiplicidade de fetos e obesidade são os mais descritos na literatura (KOPANSKA et al., 2020). Em relação aos aspectos diagnósticos da IU, a investigação vai além do sintoma de perda involuntária de urina, pois inclui informações sobre a história de saúde, exame físico, exames de urina e exclusão de condições que exijam atendimento especializado (AOKI et al., 2017). O tratamento da IU pode ser conservador ou cirúrgico, sendo que este último, indicado principalmente, quando há falha no tratamento conservador e para os casos mais complicados de IU (HADDAD, 2015). Entre as abordagens conservadoras estão incluídas a terapia comportamental e o treinamento do assoalho pélvico, que devem ser utilizadas como primeira opção e apresentam baixo índice de efeitos colaterais (EAU, 2018; SCHMIDT, 2017). O enfermeiro pode atuar com a pessoa incontinente por meio da educação em saúde, do suporte emocional, da terapia comportamental e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) visando uma melhora integral do paciente abrangendo os aspectos fisiológicos, psicossociais e, conseqüentemente, possibilitando uma melhor qualidade de vida (VALENÇA et al., 2016). Como ferramentas facilitadoras para o raciocínio clínico, os sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem como a NANDA-Internacional, Inc. (NANDA-I), os resultados de enfermagem da Nursing Outcomes Classification (NOC) e as intervenções de enfermagem da Nursing Interventions Classification (NIC) são utilizados em mais de 20 países do mundo e fundamentais para implantação do Processo de Enfermagem, conferindo qualidade aos registros dos mesmos (MELO et al., 2017; VILAS BOAS et al., 2019). As ligações entre essas terminologias foram reconhecidas pela American Nurses Association (ANA), o que facilitou avanços na prática, educação e pesquisa (JOHNSON et al., 2013). Além disso, essas terminologias da NANDA-I, NIC e NOC específicas para IU são muito importantes para a observação e avaliação clínica de pacientes incontinentes, pois o plano de cuidados de enfermagem é bastante complexo, e favorece a comparação das informações obtidas no âmbito nacional e internacional (BITENCOURT et al., 2015). Logo, o desenvolvimento deste estudo surgiu a partir de descrições na literatura sobre a perda involuntária de urina ser uma problemática que influencia diretamente a rotina diária de mulheres e da importância de pesquisas clínicas sobre as intervenções de enfermagem voltadas para esta condição, pois promove a construção do conhecimento e fortalece as evidências científicas que conduzem para práticas de saúde mais especializadas (VALENÇA et al., 2016). Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem "Cuidados na Incontinência Urinária" e "Exercícios para a musculatura pélvica" presentes na NIC na melhora da incontinência urinária de mulheres, segundo o resultado de enfermagem NOC: "Continência Urinária".

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

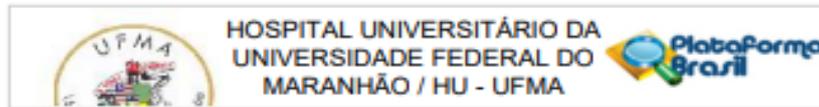
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@hualma.br



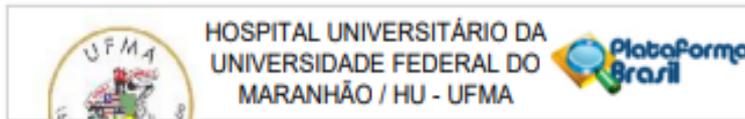
Continuação do Projeto: 4.989.681

**Hipótese:**

As intervenções de enfermagem "Cuidados na Incontinência Urinária" e "Exercícios para a musculatura pélvica" são efetivas para o controle dos sintomas de incontinência urinária em mulheres.

**Metodologia Proposta:** 1)Tipo de estudo: Trata-se de um estudo metodológico que envolve desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas ou estratégias metodológicas para melhorar a confiabilidade e a validade das pesquisas, o qual será dividido em três fases: (1) análise de conceito, (2) validação de conteúdo, (3) validação clínica (POLIT; BECK, 2019; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).2) Período e Local de pesquisa: Será realizada logo após o término da validação de conteúdo com os juizes, aproximadamente no final de outubro, e se estenderá até junho de 2022. Já o local de pesquisa será no ambulatório de ginecologia da unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), na cidade de São Luís, Maranhão.3) População e amostra: será constituída por mulheres com IU no ambulatório de ginecologia do HUUFMA, unidade Materno-Infantil que serão captadas por amostragem em sequência.4) Procedimento de coleta dos dados: as mulheres com IU serão abordadas na sala de espera do ambulatório de ginecologia, onde serão convidadas a participar do estudo, informadas sobre os objetivos do mesmo e será oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados deste estudo será dividida em 4 consultas realizadas pela pesquisadora e terá a duração total de 12 semanas, sendo que as consultas 1 e 4 da coleta de dados serão obrigatoriamente presenciais, enquanto as consultas 2 e 3 poderão ocorrer de forma presencial ou com recurso da ligação telefônica, na impossibilidade de comparecimento da participante no ambulatório, evitando assim a perda do acompanhamento das intervenções e dos resultados de enfermagem. 5)Instrumento de coleta de dados: serão utilizados três tipos de formulários durante as consultas com as participantes. O primeiro formulário será aplicado na primeira consulta durante a abordagem inicial da mulher portadora de IU apresentando informações sobre dados sociodemográficos, dados gerais de saúde, características definidoras e fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço e Incontinência urinária de urgência da NANDA-I, avaliação da gravidade da IU e indicadores do resultado de enfermagem da NOC para a avaliação do estado basal de comprometimento de perda urinária das pacientes e as intervenções de enfermagem NIC direcionadas para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I previamente estabelecido. O segundo formulário será aplicado nas duas avaliações subsequentes,

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** ocp@huufma.br



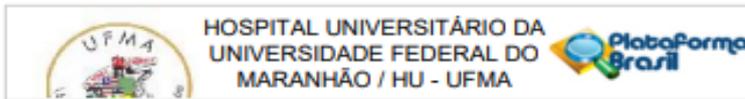
Continuação do Protocolo: 4.989.691

com 4 e 8 semanas após a abordagem inicial, sendo composto por dados de identificação da paciente, pelos indicadores do resultado de enfermagem da NOC e pelas atividades das intervenções de enfermagem da NIC. Já o terceiro formulário será aplicado para a avaliação final da paciente após 12 semanas da avaliação inicial e apresentará informações como os dados de identificação da paciente, as características definidoras e fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço e Incontinência urinária de urgência, de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I, a escala de gravidade da incontinência urinária e os indicadores do resultado de enfermagem da NOC. Esses dados visam identificar a presença ou ausência dos diagnósticos após a implementação das intervenções bem como a melhora ou não na gravidade da incontinência. Critério de Inclusão: Para a fase de validação clínica na amostra serão incluídas mulheres com idade acima de 18 anos, que concordem em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critério de Exclusão: Para a fase de validação clínica na amostra serão excluídas mulheres gestantes, portadoras de barreiras de comunicação, com patologias neurológicas degenerativas e/ou que tenham realizado procedimento cirúrgico para tratamento de incontinência urinária. E, ainda, como critério de descontinuidade, serão excluídas aquelas que não participarem de todas as etapas do estudo.

**Metodologia de Análise de Dados:** Os dados obtidos serão organizados em uma planilha do software Excel (2019) e analisados com auxílio do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24.0. Serão determinados frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e dispersão para a análise descritiva das variáveis e calculadas as proporções das variáveis categóricas segundo 95% de intervalo de confiança. Para analisar os critérios de relevância, clareza e precisão de cada item (definições conceituais e operacionais) será calculado o Índice de Validade de Conteúdo, sendo considerados válidos os resultados com valor igual ou superior a 0,9. Os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk serão utilizados para analisar a aderência à normalidade e o teste do Qui-quadrado para associação de variáveis nominais. Os testes de Fischer serão aplicados para as frequências menores ou iguais a cinco, o teste t para análise de variáveis quantitativas com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney para variáveis que não segurem a distribuição normal.

**Desfecho Primário:** As intervenções de enfermagem "Cuidados na Incontinência Urinária" e "Exercícios para a musculatura pélvica" se mostrarão efetivas para o controle dos sintomas de incontinência urinária em mulheres.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: oip@huufma.br



Continuação do Risco: 4.969.681

**Desfecho Secundário:** Os indicadores do resultado de enfermagem da NOC "Continência Urinária" serão válidos para avaliação de pacientes com incontinência urinária.

Tamanho da Amostra no Brasil: 140

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar o efeito de um planejamento de assistência de enfermagem a mulheres com incontinência Urinária baseado nas taxonomias: dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, da classificação das intervenções de enfermagem (NIC) e da classificação dos resultados de enfermagem (NOC).

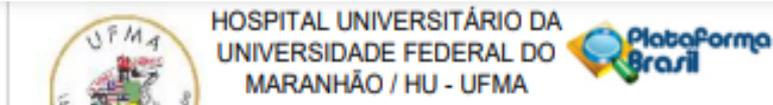
**Objetivo Secundário:** • Construir e validar o conteúdo de definições conceituais e operacionais para os indicadores do resultado de enfermagem "Continência Urinária" • Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com diagnóstico de enfermagem incontinência urinária; • Identificar os fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem "incontinência urinária de esforço" e "incontinência urinária de urgência"; • Avaliar a efetividade das intervenções "Cuidados na Incontinência Urinária" e "Exercícios para a musculatura pélvica" e, suas respectivas atividades de enfermagem, para pacientes com incontinência urinária. • Comparar a pontuação média dos indicadores dos resultados NOC selecionados antes e após a implementação das intervenções de enfermagem da NIC; • Determinar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem "Incontinência urinária de esforço" e "Incontinência urinária de urgência" após o período de acompanhamento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Para a fase de validação clínica: risco de constrangimento e fadiga. Considerando que este estudo terá duração de 12 semanas ou 90 dias, com acompanhamento frequente, na qual os dados pessoais e informações sobre sua saúde serão coletados e que as perguntas dirigidas irão demandar certo tempo, a pesquisadora se compromete com os seguintes quesitos com a finalidade de minimizar desconfortos: respeito ao sigilo, busca de um local reservado e tranquilo para a coleta de informações de saúde e para as orientações em saúde, promoção de um ambiente de liberdade para que a participante responda as questões que lhe possam causar

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.989.691

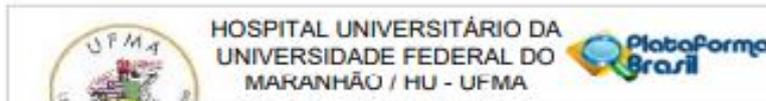
constrangimento e realização de contato por telefone em horários que a participante julgar adequado. Não haverá nenhum custo e nenhuma indenização para a entrevistada por estar participando da pesquisa. Serão fornecidos pelo pesquisador materiais como álcool em gel e máscara descartável, em respeito às normas de biossegurança da pandemia da Covid19 à participante da pesquisa. Além disso é importante ressaltar que não será realizado nenhum procedimento invasivo para a participante da pesquisa e as intervenções realizadas serão exclusivamente de orientações preconizadas para a melhoria dos sintomas de incontinência urinária.

**Benefícios:** Para a fase de validação clínica: esta pesquisa poderá possibilitar o conhecimento do perfil de mulheres portadoras de incontinência urinária atendidas no ambulatório do HUUFMA e contribuir na melhora dos sintomas relacionados a perda urinária.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é relevante cientificamente por permitir analisar e avaliar o efeito de um planejamento de assistência de enfermagem a mulheres com incontinência urinária baseado nas taxonomias da North American Nursing Diagnosis Association International, da Nursing Outcomes Classification e da Nursing Interventions Classification. Esta pesquisa será do tipo metodológica a qual será dividida em três fases: (1) análise de conceito, que já foi realizada pela pesquisadora, (2) validação de conteúdo, com a participação de especialistas com conhecimento na área de estomatoterapia, incontinência urinária e taxonomias de enfermagem para a avaliação da descrição dos indicadores da Nursing Outcomes Classification e (3) validação clínica, que será caracterizada por uma parte quase experimental com mulheres incontinentes atendidas no ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os dados obtidos serão organizados em uma planilha do software Excel versão 2019 e analisados com auxílio do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences, versão 24.0. Serão determinadas frequências absolutas, medidas de tendência central e dispersão para a análise descritiva das variáveis. Serão calculados proporções para as variáveis categóricas com intervalos de confiança de 95% e aplicação dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Será aplicado o teste Qui-quadrado para a verificar associação entre variáveis nominais e o teste de Fisher para os casos cujas frequências sejam menores ou iguais a cinco. O Teste t será aplicado para análise de variáveis quantitativas com aderência à normalidade e o teste de Mann-Whitney para as variáveis que não seguirão tendência à

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Contribuição do Paciente: 4.989.691

distribuição normal

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional nº 001/2013 (item 3/ 3.3).

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

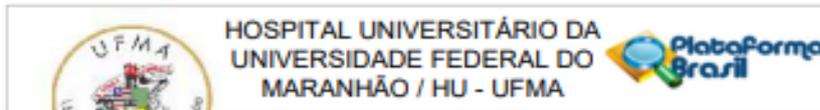
O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BÁSICAS DO PROJETO_1777786.pdf	30/08/2021 18:17:31		Aceito
Outros	CARTAREPOSTA.docx	30/08/2021 18:07:26	Liana Priscilla Lima da Melo	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.989.681

Cronograma	cronogramaajustado.docx	30/08/2021 18:04:42	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLepacientesajustado.docx	30/08/2021 18:04:32	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLējuizesajustado.docx	30/08/2021 18:04:23	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisaajustadopdf.pdf	30/08/2021 18:01:54	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisaajustado.docx	30/08/2021 17:59:23	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito
Folha de Rosto	folhadestopesquisa.pdf	12/07/2021 21:23:50	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Lattes_LiviaMaiaPascoal.pdf	12/07/2021 20:02:02	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Lattes_LianaMelo.pdf	12/07/2021 20:01:46	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	12/07/2021 19:44:42	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito
Outros	AnuenciaCOMIC.pdf	25/06/2021 01:44:26	Liana Priscilla Lima de Melo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 13 de Setembro de 2021

Assinado por:  
Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS E-mail: csp@huufma.br  
Telefone: (98)2109-1250