



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**JULIANA NEVES DA COSTA**

**ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
RELACIONADOS A INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**Campinas  
2019**

**JULIANA NEVES DA COSTA**

**ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
RELACIONADOS A INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

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

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes  
**CO-ORIENTADOR:** Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE  
DEFENDIDA PELA ALUNA JULIANA NEVES DA COSTA E ORIENTADA  
PELA PROFA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

Campinas  
2019

**Agência de fomento nº de processo:** CAPES, 1616917

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C823a Costa, Juliana Neves da, 1978-  
Análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à  
incontinência urinária / Juliana Neves da Costa. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

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

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Estudos de validação. 3. Incontinência  
urinária. I. Lopes, Maria Helena Baena de Moraes, 1959-. II. Lopes, Marcos  
Venícios de Oliveira. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Enfermagem. IV. Título

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Content analysis of nursing diagnoses related to urinary  
incontinence

**Palavras-chave em inglês:**

Nursing diagnosis

Validation studies

Urinary incontinence

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

**Titulação:** Doutora em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Maria Helena Baena de Moraes Lopes [Orientador]

Camila Takáo Lopes

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Erika Christiane Marocco Duran

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos

**Data de defesa:** 08-11-2019

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-8505-2018>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0947478991442628>

---

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**  
**JULIANA NEVES DA COSTA**

---

---

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

**COORIENTADOR: PROF. DR. MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES**

---

---

**MEMBROS:**

**1. PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES**

**2. PROFA. DRA. CAMILA TAKAO LOPES**

**3. PROFA. DRA. CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS**

**4. PROFA. DRA. ERIKA CHISTIANE MAROCCO DURAN**

**5. PROFA. DRA. VERA LÚCIA CONCEIÇÃO DE GOUVEIA SANTOS**

---

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

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem.

---

**Data: DATA DA DEFESA [08/11/2019]**

---



## **AGRADECIMENTOS**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo apoio financeiro concedido que permitiu a realização deste estudo.

## RESUMO

**Introdução:** A utilização de um sistema de linguagem padronizada favorece o entendimento entre os diferentes membros da equipe envolvidos no cuidado ao indivíduo com incontinência urinária, facilita a comparação de dados utilizados em pesquisas e o ensino. Na enfermagem, a taxonomia da NANDA-I tem por objetivo padronizar a linguagem utilizada pelos enfermeiros e a inferência diagnóstica. Entretanto, apesar do crescente número de publicações na área de validação diagnóstica, alguns dos diagnósticos de incontinência urinária contidos nessa taxonomia estão desatualizados, com termos pouco claros que dificultam a inferência e a diferenciação entre os diagnósticos dessa classe. **Objetivos:** Revisar a estrutura conceitual e teórica dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária da NANDA-I, versão 2018-2020; estabelecer os limites conceituais entre os diagnósticos de enfermagem que apresentem similaridades entre seus componentes e identificar a estrutura de novos diagnósticos não incluídos nessa taxonomia. **Método:** Estudo metodológico, desenvolvido em três etapas: (1) mapeamento cruzado dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária propostos pela NANDA-I (2018-2020) e a terminologia da Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society - ICS*); (2) análise simultânea de conceitos dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária da taxonomia da NANDA-I e (3) análise de conteúdo diagnóstico por 51 juízes com expertise na área. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado para cada um dos elementos que compõem os diagnósticos analisados e aqueles que não alcançaram o valor previamente estabelecido de 0,85 foram excluídos. **Resultados:** O mapeamento cruzado entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e os sinais, sintomas e observações urodinâmicas descritos nos documentos publicados pela ICS facilitou a identificação dos termos que deveriam ser revisados. Durante a análise simultânea de conceitos foram analisados cinco diagnósticos de enfermagem contidos na versão atual da NANDA-I. Dois novos diagnósticos foram identificados - Incontinência Urinária Mista e Incontinência Urinária Transitória. Por outro lado, o diagnóstico Incontinência Urinária por Transbordamento não tem sustentação na literatura, para ser mantido na taxonomia da NANDA-I. Durante o processo de análise de conteúdo foram avaliados 150 elementos desses diagnósticos quanto à relevância e representatividade, incluindo rótulo, definição, características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e populações em risco. Dos 150 elementos avaliados, foram excluídos 41 por apresentarem IVC menor que 0,85 e acrescentados 17 por sugestão dos juízes e nova consulta na literatura. Os diagnósticos de Incontinência Urinária Reflexa e Funcional tiveram seus títulos modificados para Incontinência Urinária por Hiperatividade Detrusora Neurogênica e Incontinência Urinária Associada a Disabilidade, os diagnósticos de Incontinência Urinária por Esforço e por Urgência não tiveram alteração no título. **Conclusão:** A análise dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária permitiu a sugestão da incorporação de dois novos diagnósticos de enfermagem, modificação do título de outros dois e exclusão de um diagnóstico da taxonomia da NANDA-I. Com isso, espera-se que, além de facilitar a identificação desse fenômeno pelos enfermeiros, a taxonomia da NANDA-I possa ter maior correspondência com a terminologia da ICS, permitindo que possa ser compreendida pelos diferentes membros da equipe multiprofissional envolvidos na assistência às pessoas com incontinência urinária.

**Descritores (DeCS):** Diagnósticos de Enfermagem; Estudos de Validação; Incontinência Urinária.

**Linha de Pesquisa:** Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** The use of a standardized language system favors understanding between the different team members involved in caring for individuals with urinary incontinence, facilitating a comparison of data used in research and teaching. In nursing, the NANDA-I taxonomy aims to standardize the language used by nurses and the diagnostic inference. However, despite the growing number of publications in the area of diagnostic validation, some of the diagnoses of urinary incontinence contained in the NANDA-I taxonomy are outdated, with unclear terms which make it difficult to infer and differentiate between the diagnoses of this class. **Objectives:** To review the conceptual and theoretical framework of NANDA-I urinary incontinence nursing diagnoses, version 2018-2020; to establish the conceptual boundaries between nursing diagnoses which present similarities between their components and identify the structure of new diagnoses not included in this taxonomy. **Methods:** A methodological study developed in three steps: (1) cross-mapping of the urinary incontinence nursing diagnoses proposed by NANDA-I (2018-2020) and the terminology of the International Continence Society (ICS); (2) simultaneous analysis of concepts of NANDA-I taxonomy urinary incontinence nursing diagnoses; and (3) diagnostic content analysis by 51 judges with expertise in the area. The Content Validity Index was calculated for each of elements that compound the diagnoses analysed, and those that did not reach the previously established value of 0.85 were excluded. **Results:** Cross-mapping between the NANDA-I nursing diagnoses and the urodynamic signs, symptoms, and observations described in documents published by the ICS facilitated identifying terms that should be reviewed. Furthermore, five nursing diagnoses contained in the current version of NANDA-I were analyzed during the simultaneous analysis of concepts. Two new diagnoses were identified - Mixed Urinary Incontinence and Transient Urinary Incontinence. On the other hand, the diagnosis of Overflow Urinary Incontinence is not supported in the literature to be maintained in the NANDA-I taxonomy. Next, 150 elements of these diagnoses were evaluated for relevance and representativeness during the content analysis process, including labeling, definition, defining characteristics, related factors, associated conditions and populations at risk. Of the 150 elements evaluated, 41 were excluded because they had Content Validity Index lower than 0.85 and 17 were added by suggestion of the judges and new consultation in the literature. The diagnoses of Reflex and Functional Urinary Incontinence had their titles changed to Neurogenic Detrusor Overactivity Urinary Incontinence and Disability-Associated Urinary Incontinence, while the diagnoses of Stress and Urgency Urinary Incontinence did not change. **Conclusion:** An analysis of nursing diagnoses related to urinary incontinence enabled the suggestion to incorporate two new nursing diagnoses, change the title of two others, and exclude one diagnosis from NANDA-I taxonomy. Thus, it is hoped that the NANDA-I taxonomy may have greater correspondence with ICS terminology, in addition to facilitating identification of this phenomenon by nurses, thus enabling it to be understood by the different members of the multiprofessional team involved in providing care to people with urinary incontinence.

**Descriptors (DeCS):** Nursing Diagnosis; Validation Studies; Urinary incontinence.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ASC</b>	Análise Simultânea de Conceito
<b>CA</b>	Condição Associada
<b>CD</b>	Característica Definidora
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CINAHL</b>	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
<b>DE</b>	Diagnóstico de Enfermagem
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>FR</b>	Fator Relacionado
<b>ICS</b>	<i>International Continence Society</i>
<b>IU</b>	Incontinência Urinária
<b>IUD</b>	Incontinência Urinária associada à Disabilidade
<b>IUE</b>	Incontinência Urinária de Esforço
<b>IUF</b>	Incontinência Urinária Funcional
<b>IUGA</b>	<i>International Urogynecological Association</i>
<b>IUHDN</b>	Incontinência Urinária por Hiperatividade Detrusora Neurogênica
<b>IUM</b>	Incontinência Urinária Mista
<b>IUR</b>	Incontinência Urinária Reflexa
<b>IUT</b>	Incontinência Urinária Transitória
<b>IUU</b>	Incontinência Urinária de Urgência
<b>MeSH</b>	<i>Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine</i>
<b>PR</b>	População em Risco
<b>SLP</b>	Sistema de Linguagem Padronizada
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TUI</b>	Trato Urinário Inferior
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>14</b>
4.1. Tipo de estudo.....	14
4.2. Mapeamento Cruzado .....	14
4.3. Análise Simultânea dos Conceitos (ASC) .....	15
4.4. Análise de Conteúdo Diagnóstico.....	21
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
5.1. Capítulo de livro: “Mapeamento Cruzado entre International Continence Society e a NANDA-I: terminologia dos diagnósticos relacionados à eliminação urinária”....	25
5.2. Manuscrito 1: “Correspondence between defining characteristics of NANDA International and International Continence Society terminology” .....	62
5.3. Artigo 1: “Simultaneous concept analysis of diagnoses related to urinary incontinence” .....	83
5.4. Manuscrito 2: “Análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária” .....	118
<b>6. DISCUSSÃO GERAL.....</b>	<b>136</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>146</b>
Apêndice 1 - Estratégia de pesquisa e termos usados nos estudos incluídos na revisão integrativa. ....	147
Apêndice 2 - Carta aos Juízes .....	169
Apêndice 3 – Questionário para Caracterização dos Juízes .....	170
Apêndice 4 - Elementos dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária e suas respectivas definições .....	171
<b>ANEXOS.....</b>	<b>229</b>
Anexo 1 – Instrumento de coleta de dados adaptado do estudo de Manguiera (2014) (periódicos e livros) .....	229
Anexo 2 – TCLE Juízes da Pesquisa Análise de Conteúdo Diagnóstico.....	230
Anexo 3 – Submissão ao CEP .....	234
Anexo 4 - Permissões dos editores do capítulo e artigo publicados .....	242
Anexo 5 – Declaração de Direitos Autorais .....	247

## 1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é definida pela Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society* - ICS) como qualquer perda involuntária de urina. Há diferentes subtipos, baseados nas características associadas e nas circunstâncias nas quais as perdas ocorrem<sup>1</sup>. Para a enfermagem, essa situação clínica pode constituir diferentes diagnósticos de enfermagem<sup>2</sup>.

A prevalência mundial varia entre 25 e 45% na população geral<sup>1</sup> e no Brasil, a prevalência geral varia de 10,7 a 20,1%<sup>3-4</sup>. A prevalência em pessoas hospitalizadas é de cerca de 22,9%<sup>5</sup>. A incidência varia de 0,9 a 18,8%. Os dados estatísticos são afetados pelas diferentes definições de incontinência urinária utilizadas nos estudos e na dificuldade do paciente em reportar o problema<sup>1</sup>.

Por sua alta prevalência<sup>1</sup> e impacto negativo na qualidade de vida<sup>6-7</sup>, os diferentes tipos de incontinência urinária têm sido amplamente estudados nas diversas áreas da saúde, culminando com o surgimento de diversas sociedades nacionais e internacionais que objetivam melhorar o cuidado às disfunções do trato urinário inferior e padronizar a linguagem utilizada na área.

A ICS reúne diversas profissões engajadas na atualização do conhecimento e na padronização dos termos utilizados na área, de modo que o conhecimento gerado seja difundido e compreendido por todos os envolvidos no cuidado às pessoas com essas disfunções<sup>8</sup>. É uma sociedade internacional, criada em 1971, com membros de mais de 80 países, reúne profissionais de diversas áreas que envolvem o cuidado com o paciente com disfunções do trato urinário inferior, tais como médicos, cirurgiões, enfermeiros, fisioterapeutas e cientistas. Tem como foco, melhorar a qualidade de vida de pessoas afetadas por disfunções urinárias, intestinais e do assoalho pélvico, por meio do avanço da ciência, na pesquisa básica e clínica, nas áreas de educação, pesquisa e advocacia<sup>8</sup>.

Esses profissionais estão também engajados na atualização dos termos utilizados na área de forma independente, ou em conjunto com outras sociedades como a Sociedade Internacional de Uroginecologia (*International Urogynecological Association* - IUGA), na descrição dos sinais, sintomas, investigação urodinâmica e imagem<sup>8</sup>.

Na enfermagem, também existem, atualmente, diversas taxonomias que têm por objetivo criar uma linguagem que seja própria da profissão, que permita a construção de seu corpo de conhecimento e facilite a continuidade dos cuidados prestados. As contribuições do Sistema de Linguagem Padronizada (SLP) na prática clínica podem abranger a avaliação de

enfermagem, no que se refere ao raciocínio clínico, a comunicação entre os envolvidos e o gerenciamento do cuidado<sup>9</sup>. Dessa maneira, há que se considerar a importância de haver congruência entre a terminologia da ICS/IUGA e as taxonomias utilizadas pela enfermagem que tratam da eliminação urinária.

Desse modo, a NANDA Internacional é uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem utilizada amplamente no Brasil e no mundo. A última versão, publicada em 2018, apresenta 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos de enfermagem. Nesta versão, no domínio 3 Eliminação e Troca, Classe 1: Função Urinária, estão contidos oito diagnósticos, sendo um diagnóstico de risco e sete diagnósticos com foco no problema. Destes, cinco são relacionados à incontinência urinária, que serão o foco deste estudo, a saber: Eliminação Urinária Prejudicada (00016), Incontinência Urinária de Esforço (00016), Incontinência Urinária Reflexa (00018), Incontinência Urinária de Urgência (00019), Incontinência Urinária Funcional (00020) e Incontinência Urinária por Transbordamento (00176)<sup>10</sup>.

Os diagnósticos de enfermagem de IU Funcional, IU Reflexa, IU de Esforço e IU de Urgência foram incluídos na taxonomia da NANDA-I em 1986 e o IU por Transbordamento, em 2006. Os DE IU Funcional e IU Reflexa tiveram uma atualização em 1998, os diagnósticos de enfermagem de IU de Esforço e IU de Urgência, em 2006 e o IU por Transbordamento não sofreu atualizações desde a sua proposição. Estes dados confirmam a necessidade de revisão dos referidos DE à luz do conhecimento atual sobre as alterações relacionadas à função urinária<sup>10</sup>.

Estes diagnósticos reúnem **características definidoras** (que são indicadores clínicos da presença do diagnóstico), **fatores relacionados** (que podem ser descritos também como antecedentes, contribuintes ou estimuladores para aquela resposta humana e são modificáveis pelo enfermeiro), **fatores de risco** (que são fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade a um evento não saudável), **condições associadas** (que são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos) e **populações em risco** (grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro do grupo ser suscetível a determinada resposta humana). Além disso, essa taxonomia apresenta o rótulo e a definição do diagnóstico que apresentam os elementos mínimos necessários à realização de um diagnóstico<sup>10</sup>. Vale ressaltar que nenhum deles foi revisado na versão atual da taxonomia da NANDA-I, mantendo as mesmas CD e FR. Muitos fatores relacionados foram reclassificados para condições associadas e populações em risco, elementos acrescentados para compor os DE na versão 2018-2020<sup>10</sup>.

Apesar de estarem descritos vários DE na classe função urinária e dividirem atributos comuns, os termos utilizados para definir suas características e fatores relacionados não são claros, o que pode causar confusão na realização de um diagnóstico mais preciso. Muitos diagnósticos utilizam termos já obsoletos<sup>9</sup>, que necessitam de revisão de acordo com o estado da arte. A falta de conceitos claros já é conhecida como um dos fatores que contribuem para as lacunas do corpo de conhecimento da enfermagem<sup>9</sup>.

As alterações relacionadas à eliminação urinária são condições que normalmente exigem um cuidado interdisciplinar, a utilização de uma terminologia que seja compreensível não só pela equipe de enfermagem, mas por todos os membros da equipe envolvidos no cuidado ao paciente, tornaria a comunicação mais efetiva, facilitando a continuidade dos cuidados prestados. Dessa forma, “espera-se que os conceitos empregados no interior da própria enfermagem para determinar uma dada situação sejam equivalentes tanto em distintas regiões geográficas como dentro das instituições em que a enfermagem atua”<sup>9:135</sup>.

O uso de linguagens padronizadas nas diversas áreas da saúde está cada vez mais difundido devido a sua importância na comunicação entre os membros da equipe responsáveis pelo cuidado ao paciente, a geração de novos conhecimentos para as profissões, além da relevância para a pesquisa e segurança do paciente e do profissional.

Há um movimento global das diversas profissões da saúde de integrar as várias disciplinas que tratam do cuidado ao paciente e a tentativa de padronizar os termos mais utilizados em determinadas áreas de atenção, de forma a facilitar a comunicação, a continuidade dos cuidados e a comparação de dados.

Conforme Chaves, Carvalho e Rossi<sup>11:514</sup> “o conhecimento teórico-conceitual que sustenta cada diagnóstico de enfermagem (DE) ainda está pouco desenvolvido para vários deles. Na prática, o enfermeiro se depara com a tarefa de julgar e selecionar qual o diagnóstico melhor representa um determinado conjunto de características definidoras; contudo quando essas são compartilhadas por vários diagnósticos, surgem problemas como o grau de incerteza do julgamento e risco de estabelecer diagnósticos pouco acurados”.

Desse modo, a análise dos DE possibilitará aperfeiçoar e legitimar os elementos da taxonomia da NANDA-I, aumentando a sua capacidade de generalização e predição<sup>12</sup>. Já sua aproximação com outras padronizações de linguagem internacionalmente consagradas e de uso multidisciplinar seria de grande valia para o cuidado, o ensino e a pesquisa na área de disfunções do trato urinário inferior.

Desse modo, entende-se que “a seleção do conceito pertinente, isto é, que representa o fenômeno adequadamente, contribui para a segurança do paciente, pois reduz



informações dúbias e indevidas sobre o fenômeno e permite eleger intervenções adequadas e pode contribuir para melhores resultados do cuidado que se oferece”<sup>9:136-7</sup>.

Carvalho, Cruz e Herdman<sup>9</sup> reforçam que há justificativas consistentes sobre o questionamento de diversos pesquisadores na área sobre a pertinência dos conceitos utilizados na enfermagem, ou seja, se estão claros, bem definidos, se foram identificados adequadamente, se são conhecidos pelos membros da equipe e se apresentam todos os elementos que os caracterizam e como devem ser mensurados.

Neste contexto, surge a pergunta que motivou este estudo: Que adaptações precisariam ser feitas na Taxonomia da NANDA-I para que possa ser compreendida por todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente?

## **2. JUSTIFICATIVA**

Até o momento, este é o primeiro estudo a propor uma revisão dos diagnósticos de enfermagem relacionados a incontinência urinária da NANDA-I, versão 2018-2020.

A escolha pelos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária deu-se não somente pela alta prevalência do fenômeno e por suas repercussões negativas na qualidade de vida dos indivíduos. Tratam-se de diagnósticos que apresentam características ainda pouco claras, por vezes ambíguas, difíceis de serem diferenciadas entre si e que, pela dificuldade de seu estabelecimento mais preciso, podem dificultar sua identificação e cuidado apropriado.

A proposta vai além da padronização da linguagem utilizada no cuidados a essas disfunções: visa facilitar a diferenciação entre os diagnósticos e promover uma maior compreensão dos elementos que os compõem. A utilização de termos comuns e compreensíveis entre todos os profissionais envolvidos no cuidado ao indivíduo com incontinência urinária proporcionará uma assistência mais segura e continuada, além de facilitar a comparação de dados entre os diferentes ambientes nos quais o cuidado é prestado.

## **3. OBJETIVOS**

- Revisar a estrutura conceitual e teórica dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária da NANDA-I, versão 2018-2020.
- Estabelecer os limites conceituais entre diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária que apresentem similaridades entre seus componentes.
- Identificar a estrutura de novos diagnósticos relacionados à incontinência que não estão incluídos na taxonomia da NANDA-I, versão 2018-2020.

## 4. MÉTODO

### 4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, que foi realizado em três etapas:

- Primeira etapa: Mapeamento Cruzado dos títulos dos DE e CD dos diagnósticos de enfermagem de IU propostos pela NANDA-I.
- Segunda etapa: Análise Simultânea de Conceitos dos diagnósticos de enfermagem de IU da taxonomia da NANDA-I.
- Terceira etapa: Análise de Conteúdo Diagnóstico por juízes com expertise na área.

### 4.2. Mapeamento Cruzado

Em 2017 foi realizado um mapeamento cruzado entre os Diagnósticos de Enfermagem (DE) da Classe Função Urinária da taxonomia da NANDA-I, versão 2015-2017, e a padronização da terminologia da função do trato urinário inferior (TUI) da ICS que define os sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições associadas às disfunções do trato urinário inferior e estudos urodinâmicos para todos os grupos de pacientes (incluindo crianças e idosos), utilizados nos últimos documentos publicados em 2002 e 2010<sup>13-14</sup>.

Em 2018, foi realizado o mapeamento cruzado entre as CD dos DE de Incontinência Urinária propostos pela taxonomia da NANDA-I, agora na versão 2018-2020, e os termos da ICS, a fim de identificar a equivalência entre os termos utilizados nas duas terminologias. Utilizou-se a versão 2018-2020 uma vez que estava mais atualizada na ocasião em que o mapeamento estava sendo realizado e não houveram alterações nos termos mapeados em relação à versão anterior da taxionomia. Os resultados obtidos nesta etapa, auxiliaram na identificação dos termos que necessitavam ser revisados na segunda etapa da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em três etapas:

- **Levantamento dos termos** (extração): consistiu na listagem dos títulos dos DE e CD dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária da NANDA-I e dos sinais, sintomas, observações urodinâmicas e condições descritas pela ICS<sup>13</sup> e ICS/IUGA<sup>14</sup>;
- **Mapeamento** (normalização e comparação): Nesta etapa, foram identificados os conceitos chave e extraídos os temos significantes, e foram removidas as palavras com redundância sintática ou semântica<sup>15</sup>. Consistiu no agrupamento dos termos que representavam conceitos similares nas duas terminologias e no cruzamento dos títulos dos DE e CD dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com os sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições/diagnósticos contidos na terminologia da ICS

publicadas em 2002 e 2010. Foi construída uma planilha, organizada com os seguintes eixos: título do diagnóstico, características definidoras; estando cada um deles disposto em uma coluna diferente<sup>16</sup>. O mapeamento foi realizado manualmente, pela pesquisadora principal.

- **Validação:** consistiu na classificação das conexões positivas (1:1) e negativas (1:0) e hierárquicas, ou seja, quando um termo de uma classificação se correlaciona com vários da outra classificação (1:n) ou vários termos se relacionam com um termo (n:1) e classificação das correspondências como forte (FO) ou fraca (FF), realizado de forma independente por duas pesquisadoras com mais de 10 anos de experiência clínica e pesquisa na área. Nos casos divergentes, buscou-se o consenso por meio de discussão e fundamentação frente à literatura pertinente.

Como recomendado na literatura<sup>17-18</sup>, foram estabelecidas as seguintes regras para a realização do mapeamento cruzado:

- Para cada título dos DE e CD do diagnóstico da NANDA-I de incontinência urinária, deveriam ser identificados os sinais ou sintomas, observações urodinâmicas ou condições/diagnósticos da ICS que lhe fossem correspondentes, isto é, que tivessem semelhança quanto ao termo e definição;
- O mapeamento cruzado deveria identificar conexões positivas (1:1), isto é quando o conceito de uma terminologia corresponde perfeitamente ou tem equivalência com o significado de um termo de outra;
- No caso de não haver correspondência, o mapeamento cruzado identificaria conexões negativas (1:0), isto é, a presença de um conceito de uma terminologia que faltasse na outra.

#### 4.3. Análise Simultânea dos Conceitos (ASC)

Tem por objetivo elucidar e diferenciar conceitos, por meio da obtenção de definições claras e melhor compreensão dos significados dos conceitos individuais e dos processos que podem fundamentar seus antecedentes e consequentes, bem como suas inter-relações, realizando uma síntese diferencial entre os conceitos diagnósticos estudados<sup>19-20</sup>. Contribui para o desenvolvimento de definições que são únicas para cada conceito, ao mesmo tempo em que são destacadas as inter-relações e os elementos que os distinguem. É uma estratégia útil na diferenciação de conceitos de DE que podem trazer ambiguidade no

processo de inferência diagnóstica. Consiste em nove passos, que são flexíveis e podem se sobrepor, que serão descritos em seguida<sup>19</sup>.

#### *Passo 1: Desenvolvimento do grupo de consenso*

O grupo foi formado nesta etapa e composto por três pesquisadores: duas enfermeiras com mais de 10 anos de experiência clínica e em pesquisa na área e um enfermeiro com experiência em ASC.

#### *Passo 2: Seleção dos conceitos que seriam analisados*

Os conceitos mais representativos do fenômeno em estudo foram escolhidos durante a discussão do grupo de consenso, assim como suas inter-relações e ambiguidades percebidas no tema de pesquisa<sup>19</sup>. Esta seleção norteou as buscas e as análises de cada integrante do grupo de consenso<sup>20</sup>.

Foi proposto ao grupo que fossem analisados os conceitos de incontinência urinária contidos na taxonomia da NANDA-I, versão 2018-2020, englobando todos os elementos de cada um dos diagnósticos, tais como título, definição, CD, FR, condições associadas e população em risco.

#### *Passo 3: Refinamento da abordagem de elucidação dos conceitos*

As técnicas de elucidação dos conceitos a serem estudados foram escolhidas por consenso pelos membros do grupo de acordo com a familiaridade destes com a técnica escolhida, a adequação da técnica ao que se propõe estudar e a eficiência com o uso dessa técnica. Todos os membros do grupo tinham compreensão adequada da técnica e terminologia que foi empregada no processo de elucidação individual dos conceitos pesquisados<sup>19</sup>. Foi utilizado o Modelo de Análise de Conceito descrito por Walker e Avant<sup>21</sup>, por sua adequação aos objetivos da ASC.

#### *Passo 4: Elucidação de conceitos individuais*

Corresponde à análise específica de cada conceito diagnóstico<sup>20</sup>. Este passo foi realizado utilizando-se o Modelo de Análise de Conceito descrito por Walker e Avant<sup>21</sup> e das etapas da revisão integrativa da literatura propostas por Whittemore e Knafl<sup>22</sup>.

#### *Modelo de Análise de Conceito*

Para a análise de conceitos, foram utilizadas todas etapas do modelo descrito por Walker e Avant<sup>21</sup> congruentes com a Análise Simultânea de Conceitos propostas por Haase et al.<sup>19</sup>, exceto a elaboração dos casos e identificação dos possíveis usos do conceito. Esses autores<sup>19</sup> propõem em seu modelo que o grupo de consenso poderá conduzir o caso identificado, informalmente, durante as discussões ao invés de cada membro propor um caso.

Isso permitiu que todos os membros do grupo contribuíssem com exemplos de casos provenientes da sua experiência clínica, em pesquisa e da experiência pessoal durante as discussões.

A análise de conceitos é um processo de examinar os elementos básicos de um conceito, útil para refinar conceitos ambíguos. É realizada para determinar quais os atributos que caracterizam determinado conceito, por meio de buscas na literatura que embasem sua construção. É utilizada com o objetivo de padronizar linguagens, melhorar as taxonomias e desenvolver teorias. O modelo consiste em oito etapas: seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise conceitual, identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos críticos ou essenciais, construção de um caso modelo, construção de casos adicionais, identificação de antecedentes e consequentes do conceito e definição das referências empíricas. Esses elementos serão descritos a seguir:

**Determinação dos atributos críticos ou essenciais:** Os atributos críticos ou essenciais são características do conceito mais acuradas que sempre estarão presentes para defini-lo<sup>21</sup>.

**Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito:** Para a identificação dos antecedentes e consequentes do conceito dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em estudo foi realizada busca na literatura pertinente. O antecedente do DE é entendido como os eventos ou incidentes que devem ocorrer ou estar presentes antes da ocorrência do conceito. Os consequentes, por sua vez, ocorrem como resultado da ocorrência do conceito<sup>21</sup>.

**Definição das referências empíricas:** Para elaboração das definições conceituais e referências empíricas de cada elemento dos DE em estudo, foi realizada a revisão integrativa da literatura e utilizadas as publicações da ICS relacionadas ao tema. As referências empíricas consistem nas definições operacionais dos elementos do DE. São os significados pelos quais se pode reconhecer ou medir os elementos do DE<sup>21</sup>.

Assim, a definição conceitual representa o significado abstrato ou teórico dos conceitos estudados. A definição operacional, por outro lado, tem por finalidade descrever o que são e de que modo os antecedentes, consequentes e atributos essenciais poderão ser avaliados ou mensurados na prática<sup>22</sup>.

### *Revisão Integrativa da Literatura*

A revisão integrativa da literatura é uma das etapas fundamentais para a realização da análise de conceito. Esta revisão teve por objetivo responder à seguinte pergunta

norteadora: qual o conhecimento científico produzido na literatura sobre os elementos que compõem os DE: IU Funcional, IU por Transbordamento, IU de Esforço, IU Reflexa e IU de Urgência?, além de identificar diagnósticos novos ainda não incluídos na taxonomia da NANDA-I e sintetizar as evidências científicas mais atuais sobre a IU, auxiliando inclusive na elaboração das definições conceituais e operacionais que facilitariam a compreensão dos elementos identificados. Para isso, foram elaboradas questões norteadoras para cada um dos diagnósticos apresentados.

A estratégia utilizada na busca foi previamente discutida entre os membros do grupo de consenso referido anteriormente (Passo 1 da ASC). Foram identificados os respectivos descritores controlados para cada DE, de acordo com a base de dados a ser pesquisada, e os descritores não controlados, de modo a ampliar a busca, nos idiomas inglês, português e espanhol a depender da base de dados pesquisada. O período de abrangência da busca foi de dois anos antes da proposição ou última atualização do DE até setembro/2018.

Foram utilizados também materiais publicados pela ICS, tais como livros e artigos publicados em periódico desta sociedade (*Neuourology and Urodynamics*) e artigos publicados na revista da NANDA-I (*International Journal of Nursing Knowledge*), além da busca manual na lista de referências dessas publicações, como principais fontes de coleta de dados, a partir de 2010, data da última atualização da terminologia da ICS.

O mapeamento cruzado realizado entre os DE da NANDA-I e os termos da ICS auxiliou na identificação de quais termos deveriam ser revisados. Alguns sinais, sintomas, observações urodinâmicas e condições/diagnósticos da terminologia da ICS foram mapeados para DE menos específicos como o DE de Eliminação Urinária Prejudicada, que não foi incluído nesta análise (por exemplo, IU Coital, IU Postural, IU insensível), ou eram características definidoras de algum dos DE revisados (por exemplo, IU de Esforço após redução do prolapso de órgãos pélvicos). A IU Mista foi um dos elementos mapeados entre essas terminologias e, embora sem descritor controlado específico, na busca por IU de Esforço e IU de Urgência, apareceu frequentemente nos artigos analisados. Por outro lado, os elementos que compõem o DE de IU Transitória, estavam contidos em outros diagnósticos, como por exemplo, a perda de urina causada por fatores reversíveis (infecção do trato urinário), sendo estes termos utilizados na busca por este diagnóstico.

De acordo com Whittemore e Knafl<sup>23</sup>, o método de revisão integrativa da literatura é composto por seis etapas:

**I. Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa** - As questões norteadoras da revisão integrativa permitiram identificar na literatura os elementos que compõem os

diferentes tipos de IU:

- Como são definidos os seguintes tipos de IU, considerados como diagnósticos de enfermagem pela NANDA-I: Incontinência Urinária Funcional (IUF), Incontinência Urinária por Transbordamento (IUT), Incontinência Urinária de Reflexa (IUR), Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e Incontinência Urinária de Urgência (IUU)?

- Descrever as características e sinais indicativos para a identificação de cada um deles?

- Quais os fatores etiológicos?

- Quais as condições associadas e populações em risco de desenvolvê-los?

**II. Busca na literatura** - A busca nas bases de dados, bem como sua atualização, ocorreu entre agosto de 2017 e setembro de 2018 por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade Estadual de Campinas (SBU/Unicamp). As bases de dados nas quais foi realizada a busca da literatura foram: CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* - Índice Cumulativo de Enfermagem e Literatura de Saúde Aliada), Pubmed (*National Library of Medicine* - Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos), EMBASE (Banco de Dados Excerpta Medica), SCOPUS e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

Utilizou-se a terminologia preconizada para cada uma das bases de dados: Pubmed/SCOPUS: vocabulário Medical Subject Heading (MeSH); CINAHL: títulos; EMBASE: Entree; BVS: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (Apêndice 1).

Os critérios para inclusão dos artigos selecionados nesta revisão integrativa foram: artigos publicados em inglês, português e espanhol a partir da última revisão do DE (até dois anos antes da data registrada no manual de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I (versão 2018-2020); artigos indexados nas bases de dados selecionadas para o estudo que possuísem resumo para análise e/ou que continham as palavras-chaves da busca no título; artigos na íntegra que abordassem o diagnóstico em revisão como foco de investigação e que respondessem à questão norteadora deste estudo. Foram critérios de exclusão: artigos que continham informações insuficientes sobre o diagnóstico em revisão; artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor ou de reflexão.

Para a seleção dos artigos, foi lido o título e o resumo do estudo e, no caso de dúvida, foi acessado o texto completo e realizada leitura flutuante. Para cada diagnóstico pesquisado, cada base de dados foi acessada em um único dia e esgotada a busca por publicações neste momento.

**III. Avaliação dos dados/categorização dos estudos:** Os dados foram organizados em gerenciador de referências e sumarizados de modo objetivo em banco de dados que facilitou o manejo das informações obtidas. Foi utilizado um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave retiradas dos artigos selecionados (Anexo 1), adaptado de Mangueira<sup>24</sup>, com os seguintes dados: caracterização dos estudos, abrangendo: título, autores, país e ano de publicação, área de publicação, base de dados do qual foi extraído, temática, objetivos e método do artigo, participantes, classificação do nível de evidência; e uma segunda parte composta de tipo de elemento do conceito (antecedente, consequente, atributos essenciais); elemento citado no estudo, se presente na NANDA-I ou na ICS, se apresenta definição conceitual ou referência empírica para o elemento e qual seria esta definição. Foi avaliado o nível de evidência de cada estudo de acordo com Melnyk, Fineout-Overholt<sup>25</sup> a fim de determinar a confiança no uso dos resultados obtidos e fortalecer as conclusões a partir dos estudos analisados.

**IV. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:** Os estudos selecionados foram analisados minuciosamente quanto a autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade. Nesta etapa os estudos foram analisados criteriosamente e criticamente de modo a procurar explicações para os resultados dos diferentes estudos incluídos na revisão. Para facilitar a comparação e análise, os dados foram agrupados de acordo com a similaridade dos conceitos extraídos e compilados para uma planilha.

**V. Interpretação dos resultados:** Nesta etapa, com base nos resultados obtidos a partir da análise dos estudos incluídos, foi realizada a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa<sup>26</sup>.

**VI. Síntese do conhecimento.** Foi elaborado um documento que incluiu detalhadamente as etapas percorridas pelo pesquisador e os principais resultados da análise dos estudos que foram incluídos na revisão integrativa. Nesta etapa, foram identificados os elementos que compõem cada diagnóstico de enfermagem estudado e elaboradas as definições conceituais e das referências empíricas a partir da análise dos artigos e materiais advindos da revisão. Os resultados foram apresentados em tabelas de modo a facilitar a visualização da relação entre os elementos obtidos para cada diagnóstico estudado.

#### *Passo 5: Desenvolvimento de Matrizes de Validação*

Foram construídas matrizes de validação para auxiliar o grupo de consenso a avaliar os elementos do DE identificados, bem como suas inter-relações e as diferenças entre esses conceitos. Nesta etapa foram identificadas similaridades e diferenças entre os conceitos,



visto que cada conceito é desenvolvido à luz dos demais. Este processo de comparação e contraste ajuda a tornar mais claras as definições dos antecedentes, consequentes e atributos críticos<sup>19</sup>.

Para nortear esse passo estabeleceu-se a seguinte questão: Quais são os elementos comuns e quais os específicos para cada DE relacionado à incontinência urinária estudado?

*Passo 6: Revisão dos conceitos individuais elucidados*

Ao revisar e analisar criticamente as matrizes de validação identificaram-se omissões, inconsistências ou repetições dos conceitos. A partir disto foram, realizadas as modificações necessárias<sup>19</sup>.

*Passo 7: Reexame das matrizes de validação*

As matrizes produzidas foram novamente avaliadas nesta etapa e alguns cuidados foram recomendados para evitar forçar a inclusão de elementos em um fator comum aos elementos de todos os DE estudados, evitando sobrecarregar um conceito a ponto de incluir características que pouco contribuíssem para o seu entendimento<sup>19</sup>.

*Passo 8: Desenvolvimento do modelo processual*

O modelo processual consiste em uma estrutura gráfica que permite uma melhor avaliação do padrão e consistência entre os conceitos analisados. É uma ferramenta analítica, que facilita o exame de cada conceito, as similaridades e diferenças entre eles, suas inter-relações e processos simultaneamente. Constitui-se de uma única imagem que resume os elementos e processos dos conceitos em justaposição<sup>19</sup>.

*Passo 9: Submissão dos resultados da ASC aos especialistas para análise crítica*

Consiste na submissão dos achados a um ou mais especialistas não envolvidos na análise para revisão dos conceitos, buscando-se uma avaliação objetiva dos resultados e suas implicações e significados para a prática de enfermagem<sup>19</sup>. Os juízes avaliaram a representatividade e relevância da estrutura conceitual desenvolvida<sup>20</sup>. Esta etapa está melhor descrita no próximo tópico.

#### **4.4. Análise de Conteúdo Diagnóstico**

A análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária teve por objetivo verificar, por meio da avaliação de juízes, a adequação dos elementos que compunham os diagnósticos (título, definição, características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e população em risco) que foram identificados na etapa de análise simultânea de conceitos, e verificar se estes elementos eram representativos e relevantes para os diagnósticos analisados.

A relevância refere-se à capacidade do elemento (antecedente ou consequente) ser consistente, ou seja, de constar, no atributo definido e em outras expressões que se relacionam com o mesmo atributo<sup>27</sup>. Neste critério, portanto, foi avaliado se o elemento era importante/necessário para a estrutura do DE proposto. Também foi solicitado que fizessem comentários e sugestões para o aperfeiçoamento dos elementos propostos.

Para realização da análise do conteúdo diagnóstico, seleção dos juízes, cálculo amostral e análise dos dados, seguimos a proposta de Lopes, Silva e Araújo<sup>28</sup>, considerando para a seleção dos juízes, a experiência clínica e conhecimento teórico na área de estudo de incontinência urinária e de diagnósticos de enfermagem. Para a seleção dos sujeitos utilizou-se de diferentes estratégias: busca ativa de profissionais enfermeiros experts na área de disfunções miccionais, por pesquisa na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; convite a especialistas em incontinência urinária participantes de evento científico sobre este tema, convite a enfermeiros de um centro de reabilitação que atende pessoas com disfunções miccionais e indicação ou recomendação de especialistas por participantes da pesquisa.

Para o cálculo da amostra de juízes foi adotado o nível de confiança de 95% e um erro amostral de 15%, com 85% dos juízes indicando concordância na adequação de cada item. Desse modo, utilizando-se a fórmula  $n = Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p) / e^2$ , onde,  $Z_{1-\alpha/2}$  refere-se ao nível de confiança adotado (95%),  $p$  representa a proporção esperada de juízes, indicando a adequação de cada item do diagnóstico (85%) e  $e$  que representa a diferença de proporção aceitável em relação ao que seria esperado. O cálculo final foi determinado por  $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$ , cuja amostra foi de 22 juízes em cada grupo.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, utilizando uma ferramenta do *Google Forms*, composto de duas partes: a primeira com dados de identificação e experiência profissional e a segunda com dados referentes à análise dos seis diagnósticos de enfermagem estudados, incluindo todos os seus elementos (título, definição, características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e população em risco). Cada juiz foi solicitado a definir se o elemento proposto era representativo do diagnóstico em questão e qual a sua relevância para tal diagnóstico, atribuindo-lhe uma nota de 1 a 5, na qual a nota 1 representava a categoria não relevante e 5 muito relevante para aquele diagnóstico. Estes valores foram reparametrizados em uma escala entre zero e um da seguinte forma: o valor 1 da escala foi reparametrizado para o valor zero; o valor 2, para 0,25; o valor 3, para 0,5; o valor 4, para 0,75 e o valor 5, para 1. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi estabelecido pela mediana destes valores, ponderada pelo nível de expertise de cada avaliador.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter pós-graduação *stricto-sensu* com titulação acadêmica mínima de mestrado ou especialização na área, com tempo de experiência de, no mínimo, cinco anos. A amostra incluiu 71 enfermeiros (55 com experiência clínica no tema em estudo e de 16 expertos na área de diagnósticos de enfermagem, com publicações no tema disfunções miccionais). Após identificação dos juízes e verificação dos critérios de inclusão, os expertos foram informados da pesquisa e convidados a participar por meio de correio eletrônico. Foi enviado um e-mail com o *link* do formulário da pesquisa e um documento em anexo (Apêndice 3) contendo as definições conceituais e operacionais dos elementos a serem validados, como material de apoio para consulta caso o juiz julgasse necessário esclarecer algum dos termos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi anexado ao formulário da pesquisa enviado por e-mail. O período de coleta de dados teve duração de 60 dias (dezembro/2018 a janeiro/2019). Foi dado um prazo de 30 dias para a devolução dos instrumentos preenchidos.

A classificação da expertise dos juízes foi estabelecida de acordo com a proposta de Benner<sup>29</sup> em cinco níveis: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e expert. O nível de expertise se deu pela média simples das pontuações obtidas nos critérios: tempo de prática, tempo em grupo de pesquisa e conhecimento científico. O conhecimento científico correspondeu ao somatório da titulação do juiz, trabalho de titulação e produção científica sobre diagnóstico de enfermagem e/ou IU. Para a titulação, foram atribuídas notas que variaram de 0 a 4: 0-Graduado; 1-Especialista; 2-Mestre; 3-Doutor; 4-Pós-Doutor. Para a presença dos itens: titulação, presença/ausência de trabalho da titulação dentro do tema DE ou IU, presença/ausência de trabalhos científicos realizados nas áreas de DE e IU, foi atribuído o valor um (1), enquanto para a ausência atribuiu-se nota zero (0). Para o nível de expertise, utilizou-se a seguinte pontuação: 1 para novato; 2 para iniciante avançado; 3 para competente; 4 para proficiente; e 5 para expert<sup>29</sup>.

Para análise dos elementos de cada diagnóstico, inicialmente verificou-se se os valores atribuídos pelos juízes apresentavam aderência à distribuição normal, usando o teste de Shapiro-Wilk (W). Caso nenhum destes valores mostrasse aderência à distribuição normal, seria utilizada a mediana ponderada pelo nível de expertise, bem como seu intervalo de confiança, para representar o IVC. Além disso, seria aplicado o teste de Wilcoxon para verificar a hipótese nula de que mediana ponderada das avaliações era igual ou superior a 0,85. P-valores inferiores a 0,05 indicariam a rejeição da hipótese nula, e o elemento deveria ser excluído.

A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e do centro de reabilitação do qual foi recrutada parte dos juízes sob pareceres número 2.903.352 e 3.103.968, respectivamente.

## **5. RESULTADOS**

Os resultados desta tese estão apresentados em formato de capítulo de livro, artigo e/ou manuscritos. As permissões para publicação na tese das editoras do artigo e do capítulo já publicados estão no Anexo 4.

### **Capítulo de livro:**

Mapeamento Cruzado entre International Continence Society e a NANDA-I:  
terminologia dos diagnósticos relacionados à eliminação urinária  
Publicado pelo PRONANDA em 2017

### **Manuscrito 1:**

Correspondence between defining characteristics of NANDA International and  
International Continence Society terminology  
Submetido ao International Journal of Nursing Knowledge

### **Artigo 1:**

Simultaneous concept analysis of diagnoses related to urinary incontinence  
Publicado no International Journal of Nursing Knowledge

### **Manuscrito 2:**

Análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência  
urinária  
Aceito para publicação pela Revista da Escola de Enfermagem da USP

**5.1. Capítulo de livro: “Mapeamento Cruzado entre International Continence Society e a NANDA-I: terminologia dos diagnósticos relacionados à eliminação urinária”.**



## **INTRODUÇÃO**

O uso da linguagem padronizada facilita a comunicação e o uso de sistemas informatizados, além de permitir a representação do conhecimento clínico de enfermagem, possibilitando que haja comunicação precisa.<sup>1</sup> A sua utilização melhora a qualidade da informação e, conseqüentemente, a qualidade da assistência.<sup>2</sup>

Entre os sistemas de classificação na área de enfermagem, destaca-se a taxonomia proposta pela NANDA *International*, Inc. (NANDA-I), que foi criada para a padronização diagnóstica e é utilizada nos diversos cenários dos cuidados de enfermagem. A sua última versão foi organizada em 13 domínios, 47 classes e 234 diagnósticos de enfermagem (DEs).<sup>3</sup>

O conhecimento dos DEs contidos na NANDA-I contribui para a gerência do cuidado, o dimensionamento de pessoal e a educação permanente.<sup>4</sup>



Os DEs são definidos como “julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou a uma vulnerabilidade para essa resposta, por um indivíduo, família, grupo ou comunidade”,<sup>5</sup> e considerados como base para a seleção das intervenções de enfermagem para se chegar nos resultados esperados pelo enfermeiro.<sup>6</sup>

Os DEs relacionados a alterações urinárias, presentes na NANDA-I, destacam-se pela sua elevada prevalência. Os DEs são, atualmente, nove e estão presentes no domínio 3 — Eliminação e troca.<sup>3</sup>

Os sintomas urinários são problemas comuns em todo o mundo, independentemente do sexo, da idade, da etnia e da condição cultural ou socioeconômica.<sup>7</sup> A *International Continence Society* (ICS) define incontinência urinária como qualquer perda involuntária de urina.<sup>8</sup>

A ICS possui como membros enfermeiros, fisioterapeutas e médicos de diversas áreas, como urologia, ginecologia, pediatria e geriatria, que atuam para a promoção da continência urinária e na produção de documentos para padronizar a terminologia das disfunções do trato urinário inferior.

Para saber mais:

As informações sobre a ICS e os documentos produzidos estão disponíveis no *site*:  
<http://www.ics.org>

Considerando que os enfermeiros que cuidam de pessoas com problemas urinários atuam em equipe multiprofissional, e, em razão disso, precisam utilizar a terminologia de consenso, a fim de favorecer a comunicação dentro da equipe de saúde, é importante avaliar se existe correlação entre a terminologia da ICS e a taxonomia da NANDA-I.



No cenário da padronização da linguagem de enfermagem, o mapeamento cruzado (*cross-mapping*) é um método que possibilita a comparação entre as linguagens, sejam elas padronizadas ou não. Ele permite a análise de termos não incluídos em linguagens padronizadas, com a finalidade de identificação de semelhança e adaptação desses termos<sup>9</sup> e pode ser utilizado na comparação de dados não padronizados com um sistema de linguagem já padronizado escolhido ou já utilizado pelo serviço de saúde.<sup>10</sup>

Na literatura, há publicações sobre mapeamento cruzado envolvendo as seguintes classificações: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), NANDA-I e Classificação das Intervenções de Enfermagem (do inglês, *Nursing Intervention Classification* [NIC]).<sup>9</sup> Em relação aos estudos que utilizaram a NANDA-I, pode-se observar que foram realizados, na maioria das vezes, em ambiente hospitalar, como, por exemplo, em pacientes onco-hematológicos,<sup>11</sup> pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI),<sup>4</sup> pacientes de unidade de cardiologia,<sup>12</sup> entre outros.

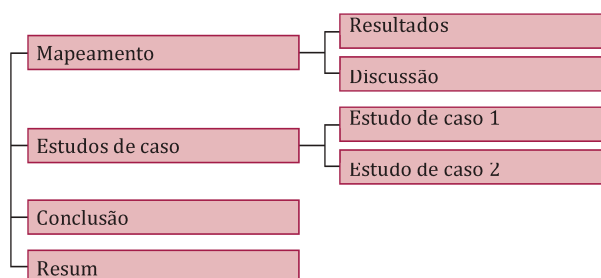
## OBJETIVOS

Ao final da leitura deste artigo, o leitor será capaz de

- distinguir a equivalência entre os DEs da NANDA-I, versão 2015–2017,<sup>3</sup> com os termos da ICS;

- perceber as lacunas encontradas por meio do estudo de mapeamento cruzado;
- analisar os possíveis aprimoramentos para conceituação relacionados ao entrecruzamento da ICS e NANDA-I;
- revisar o conhecimento acerca do DE relacionado à eliminação urinária.

## ESQUEMA CONCEITUAL



## MAPEAMENTO CRUZADO

As questões de pesquisa formuladas para o mapeamento cruzado entre a terminologia da ICS e a taxonomia da NANDA-I foram as seguintes:

- Em que extensão a terminologia da NANDA-I pode ser mapeada para a terminologia da ICS e vice-versa?
- Há diagnósticos da NANDA-I que não podem ser mapeados para a terminologia da ICS?
- Há termos da terminologia da ICS que não estão representados na taxonomia da NANDA-I?

Foram incluídos no processo de mapeamento cruzado os nove DEs da NANDA-I relacionados à eliminação urinária (domínio 3 — Eliminação e troca, classe 1 — Função urinária), a saber:

- Disposição para eliminação urinária melhorada (00166);
- Eliminação urinária prejudicada (00016);
- Incontinência urinária de esforço (00017);
- Incontinência urinária de urgência (00019);
- Risco de incontinência urinária de urgência (00022);
- Incontinência urinária funcional (00020);
- Incontinência urinária por transbordamento (00176);
- Incontinência urinária reflexa (00018);
- Retenção urinária (00023).

A ICS considera como categorias distintas os **sintomas**, os **sinais** e as **condições** e, em sua publicação de 2002,<sup>8</sup> acrescentou a categoria “**observações urodinâmicas**”.

A padronização da terminologia da função do trato urinário inferior da ICS foi traduzida para o português, com autorização da ICS, e publicada na Revista Urodinâmica & Uroginecologia da Sociedade Brasileira de Urologia.<sup>13</sup> Neste artigo, buscou-se, sempre que possível, utilizar essa tradução, exceto para termos novos apresentados na publicação da ICS/International Urogynecological Association (IUGA) de 2010.<sup>14</sup> Transcrevem-se, no Quadro 1, as definições propostas.

Quadro 1

DEFINIÇÕES PROPOSTAS PELA ICS	
Categorias	Definições
Sintomas	São os indicadores subjetivos de uma doença ou de alterações percebidas pelo paciente, pelo parceiro ou pelos acompanhantes que podem levá-lo a procurar ajuda de profissionais de saúde. Em geral, eles não podem ser usados para estabelecer o diagnóstico definitivo e alguns indicam outras patologias além das disfunções do trato urinário inferior, como a infecção urinária.
Sinais	São observados pelo médico por meio de métodos simples, para verificar os sintomas e quantificá-los.
Observações urodinâmicas	São observações feitas durante o estudo urodinâmico. Podem ter uma série de possíveis causas e não representam um diagnóstico definitivo de uma doença ou condição. Além disso, podem ocorrer associadas ou não a sinais e sintomas.
Condições	São definidas pela presença de observações urodinâmicas associadas a sinais ou sintomas característicos e/ou evidência não urodinâmica de processo patológico relevante.

Fonte: Abrams e colaboradores (2003).<sup>13</sup>



Na terminologia proposta pela ICS e pela IUGA,<sup>14</sup> é usado o termo “diagnóstico” em vez de “condição”. Também não é usado o termo “observação urodinâmica”, mas são referidos os achados urodinâmicos sob o título “investigações urodinâmicas e imagens pélvicas associadas”.

Foram incluídos todos os sintomas, os sinais, as observações urodinâmicas e as condições relacionados à eliminação urinária presentes na terminologia proposta pela ICS em 2002<sup>8</sup> e/ou na terminologia mais voltada para a área de uroginecologia e proposta, em conjunto, pela ICS e pela IUGA.<sup>14</sup> Optou-se por fazer essa inclusão porque alguns diagnósticos da NANDA-I poderiam não apresentar correspondência com as condições, mas sim com sintomas, sinais, ou mesmo, observações urodinâmicas. Dessa forma, foi realizado mapeamento cruzado com 52 sintomas, 13 sinais, 29 observações urodinâmicas e 11 condições da terminologia da ICS (Quadros 2 a 5).

A ICS/IUGA sugerem que determinados sintomas relacionados à dor do trato urinário inferior ou outras dores pélvicas podem, direta ou indiretamente, levar à alteração na eliminação urinária, como a dor pélvica cíclica (menstrual) ou a neuralgia do pudendo, que podem mimetizar alguns sintomas do trato urinário inferior, como aumento da frequência e disúria, e confundir o diagnóstico até que as causas relacionadas sejam esclarecidas. Por essa razão, esses termos foram incluídos.

O mesmo se aplica ao prolapso de órgãos pélvicos e às alterações da próstata, que podem estar associados ou contribuir para que ocorram problemas urinários. Como entre os nove diagnósticos da NANDA-I encontra-se o DE Risco de incontinência urinária de urgência, é pertinente fazer a inclusão dos termos referentes a alterações prostáticas.

A obstrução causada por um aumento prostático pode levar à hiperatividade do detrusor e, consequentemente, ao sintoma de urgência ou à incontinência de urgência. O prolapso, por sua vez, pode causar retenção urinária e, assim, ter correspondência com o DE Eliminação urinária prejudicada e outros, justificando-se, dessa forma, essas inclusões.

Os Quadros 2 a 5 apresentam os sintomas, os sinais, as observações urodinâmicas e as condições da terminologia da ICS, respectivamente, e suas respectivas definições.



Quadro 2

**SINTOMAS DA TERMINOLOGIA DA ICS E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES**

Nº	Sintoma	Definição
1	Aumento da frequência urinária diurna (polaciúria)	É a queixa do paciente que acha que urina com muita frequência durante o dia.
2	Noctúria	É a queixa do indivíduo de acordar uma ou mais vezes à noite para urinar.
3	Urgência	É a queixa de um súbito e incontrolável desejo de urinar que é difícil de ser adiado.
4	Incontinência urinária	É a queixa de qualquer perda involuntária de urina.
5	Incontinência urinária de esforço	É a queixa de perda involuntária de urina durante o esforço ou exercício ou ao espirrar ou tossir.
6	Incontinência urinária de urgência	É a queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência.
7	Incontinência urinária mista	É a queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços, ao exercício, ao espirro ou à tosse.
8	Enurese noturna	É a queixa de perda de urina que ocorre durante o sono.
9	Incontinência urinária contínua	É a queixa de perda contínua de urina.
10	Outros tipos de incontinência urinária	Podem estar relacionados a certas situações, como, por exemplo, a ocorrência de incontinência durante o ato sexual ou risadas furtivas.
11	Sensibilidade vesical normal	O indivíduo está consciente do enchimento vesical e do aumento da sensação até um forte desejo miccional.
12	Sensibilidade vesical aumentada	O indivíduo sente um desejo miccional precoce e persistente.
13	Sensibilidade vesical diminuída	O indivíduo está consciente do enchimento vesical, mas não sente um desejo miccional definido.
14	Sensibilidade vesical ausente	O indivíduo não tem sensação de enchimento vesical ou desejo miccional.
15	Sensibilidade vesical não específica	O indivíduo não tem uma sensação vesical específica, mas pode perceber o enchimento vesical como distensão abdominal, sintomas vegetativos ou espasticidade.
16	Jato fraco	É relatado pelo indivíduo como percepção de um fluxo urinário diminuído, geralmente em comparação com o padrão anterior ou com outras pessoas.
17	Divisão (chuveiro) do jato urinário	A divisão do jato urinário pode ser uma queixa.
18	Jato intermitente (intermitência)	É o termo usado quando o indivíduo descreve que o fluxo de urina para e recomeça em uma ou mais ocasiões, durante a micção.
19	Hesitação	É o termo usado quando o indivíduo descreve dificuldade para iniciar a micção, causando retardo para o início do fluxo, quando o indivíduo já está pronto para urinar.
20	Esforço para urinar	Descreve um esforço muscular usado para iniciar, manter ou aumentar o jato urinário.
21	Gotejamento terminal	É o termo usado quando o indivíduo descreve final da micção prolongado, quando o fluxo diminui para gotas.
22	Sensação de esvaziamento incompleto	É o termo autoexplicativo para uma sensação experimentada pelo indivíduo após a micção.

23	Gotejamento pós-miccional	É o termo usado quando o indivíduo descreve a perda involuntária de urina imediatamente após o final da micção, geralmente após deixar o banheiro (homens) ou após levantar-se do vaso sanitário (mulheres).
24	Sintomas associados com atividade sexual	Dispareunia, falta de lubrificação vaginal e incontinência estão entre os sintomas que podem ser descritos pelas mulheres durante ou após o ato sexual. É útil a distinção da perda de urina durante a penetração, durante o ato sexual ou no orgasmo.
25	Sintomas associados com prolapso de órgãos pélvicos	É a sensação de massa ("algo descendo"), peso, dor por baixo ou a necessidade de redução manual do prolapso para poder defecar ou urinar.
26	Dor vesical	É sentida na região suprapúbica ou retropúbica, geralmente aumenta com o enchimento vesical e pode persistir após a micção.
27	Dor uretral	É sentida na uretra e o indivíduo indica a uretra como o local.
28	Dor vulvar	É sentida na genitália externa e ao seu redor.
29	Dor vaginal	É sentida internamente, acima do introito.
30	Dor escrotal	Pode ser localizada, por exemplo, no testículo, no epidídimo, nas estruturas do cordão ou na pele do escroto.
31	Dor perineal	Na mulher, é sentida entre a fúrcula posterior (lábio posterior do introito) e o ânus, e, no homem, entre o escroto e o ânus.
32	Dor pélvica	Não é bem definida, como, por exemplo, a dor vesical, uretral ou perineal, e não está claramente relacionada com o ciclo miccional ou a função intestinal e não é localizada em nenhum órgão pélvico em particular.
33	Síndrome dolorosa vesical	É a queixa de dor suprapúbica, associada ao enchimento vesical, acompanhada de outros sintomas, tais como aumento da frequência miccional diurna e noturna, na ausência de infecção urinária comprovada ou de outras patologias óbvias.
34	Síndrome dolorosa uretral	É a ocorrência de episódios recorrentes de dor uretral, geralmente durante a micção, com aumento da frequência miccional diurna e noturna, na ausência de infecção comprovada ou de outras patologias óbvias.
35	Síndrome dolorosa vulvar	É a ocorrência de episódios de dor vulvar persistente ou recorrente, que pode estar relacionada ao ciclo miccional ou associada a sintomas sugestivos de disfunção sexual ou do trato urinário. Não há infecção comprovada ou outras patologias óbvias.
36	Síndrome dolorosa vaginal	É a ocorrência de episódios de dor vaginal persistente ou recorrente associada a sintomas sugestivos de disfunção sexual ou do trato urinário. Não há infecção vaginal comprovada ou outras patologias óbvias.
37	Síndrome dolorosa escrotal	É a ocorrência de episódios de dor escrotal persistente ou recorrente associada a sintomas sugestivos de disfunção do trato urinário. Não há orquitepididimite comprovada ou outras patologias óbvias.
38	Síndrome dolorosa perineal	É a ocorrência de episódios de dor perineal persistente ou recorrente, que pode estar relacionada ao ciclo miccional ou associada a sintomas sugestivos de disfunção sexual ou do trato urinário. Não há infecção comprovada ou outras patologias óbvias.
39	Síndrome dolorosa pélvica	É a ocorrência de episódios de dor pélvica persistente ou recorrente, associada a sintomas sugestivos de disfunção sexual, do trato urinário inferior, intestinal ou ginecológica. Não há infecção ou outras patologias óbvias.
40	Sintomas do trato urinário inferior sugestivos de obstrução infravesical	É um termo usado quando um homem queixa-se predominantemente de sintomas miccionais (jato fraco, divisão do jato urinário, jato intermitente, hesitação, esforço para urinar, gotejamento terminal) na ausência de infecções ou patologias óbvias que não sejam causa de obstrução infravesical.

41	Incontinência urinária insensível	É a queixa de incontinência urinária na qual a mulher não tem consciência de como isso ocorreu. (TL)
42	Incontinência urinária coital	É a queixa de perda involuntária de urina com o coito. Esse sintoma pode ser dividido em perda que ocorre com a penetração ou introdução e aquela que ocorre no orgasmo. (TL)
43	Incontinência urinária postural	É a queixa de perda involuntária de urina associada com a mudança da posição do corpo, como, por exemplo, ao levantar de uma posição sentada ou deitada. (TL)
44	Síndrome da bexiga hiperativa	É a urgência, com ou sem incontinência urinária de urgência, geralmente com frequência e noctúria, que pode ser descrita como síndrome de urgência ou síndrome de urgência-frequência, na ausência de infecção comprovada ou de outras patologias óbvias.
45	Necessidade imediata de reurinar	É a queixa de que mais micção é necessária logo após urinar. (TL)
46	Disúria	É a queixa de ardência ou outro desconforto durante a micção. (TL)
47	Retenção urinária	É a queixa de incapacidade de urinar apesar do esforço persistente. (TL)
48	Micção posição-dependente	É a queixa de ter que ficar em posições específicas para ser capaz de urinar espontaneamente ou melhorar o esvaziamento da bexiga, como, por exemplo, inclinando-se para frente ou para trás no assento do vaso sanitário ou micção na posição quase em pé. (TL)
49	Neuralgia do pudendo	É a ardência vaginal ou dor vulvar (qualquer lugar entre o ânus e o clitóris) associada com sensibilidade através do trajeto do nervo pudendo. (TL)
50	Dor pélvica cíclica (menstrual)	É a dor pélvica cíclica relacionada à menstruação que aumenta a possibilidade de uma causa ginecológica. (TL)
52	Outras síndromes dolorosas pélvicas e/ou crônicas do trato urinário inferior	Não tem.
52	Infecção do trato urinário	É o achado de evidência microbiológica de significativa bacteriúria e piúria, frequentemente acompanhadas por sintomas como sensação vesical aumentada, urgência, frequência, disúria, incontinência urinária de urgência e/ou dor no trato urinário inferior. (TL)

TL: tradução livre.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 3

SINAIS DA TERMINOLOGIA DA ICS E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES		
Nº	Sinal	Definição
1	Frequência diurna	É o número de micções anotadas durante as horas de vigília e inclui a última micção antes de dormir e a primeira micção após acordar e levantar-se pela manhã.
2	Frequência noturna/noctúria	É o número de vezes que o sono é interrompido pela necessidade de urinar. Cada micção é precedida e seguida de sono. (TL)
3	Frequência em 24 horas	É o número total de micções diurnas e episódios de noctúria durante um período especificado de 24 horas.
4	Poliúria	É definida como a produção mensurada de mais de 2,8L de urina em 24 horas em adultos.
5	Poliúria noturna	Está presente quando ocorre uma proporção aumentada da diurese de 24 horas à noite (normalmente durante as 8 horas em que o paciente está na cama). O débito urinário noturno exclui a última micção antes do sono, mas inclui a primeira micção da manhã.
6	Incontinência urinária	É a observação de perda involuntária de urina no exame: pode ser uretral ou extrauretral. (TL)

7	Incontinência urinária de esforço	É a observação de escape involuntário de urina da uretra sincrônica com esforço ou atividade física ou no espirro ou na tosse. (TL)
8	Incontinência urinária de urgência	É a observação de escape involuntário pela uretra, sincrônico com a sensação de um súbito e irresistível desejo de urinar, que é difícil de adiar. (TL)
9	Incontinência urinária extrauretral	É a observação de escape de urina através de outros canais que não o meato uretral, como, por exemplo, fístula. (TL)
10	Incontinência urinária não categorizada	É a observação de perda involuntária de urina, que não pode ser classificada de acordo com as demais categorias com base nos sinais e sintomas.
11	Prolapso de órgão pélvico	É o descenso de um ou mais órgãos: parede vaginal anterior, parede vaginal posterior, útero (cérvix) ou ápice da vagina (cúpula vaginal ou cicatriz após histerectomia). (TL)
12	Plenitude vesical/retenção	A bexiga pode ser sentida pela palpação abdominal ou percussão suprapúbica. (TL)
13	Incontinência de esforço na redução do prolapso	E a incontinência de esforço observada somente após a redução de prolapso coexistente. (TL)

TL: tradução livre.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 4

#### OBSERVAÇÕES URODINÂMICAS DA TERMINOLOGIA DA ICS E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES

Nº	Observação urodinâmica	Definição
1	Sensibilidade vesical normal	Pode ser avaliada a partir de três pontos definidos observados durante a cistometria de enchimento — primeira sensação de enchimento vesical, primeiro desejo miccional e forte desejo miccional — e avaliados em relação ao volume vesical naquele momento e em relação às queixas sintomáticas do paciente.
2	Sensibilidade vesical aumentada/hipersensibilidade vesical	É definida, durante a cistometria de enchimento, como uma primeira sensação de enchimento vesical precoce (ou um desejo miccional precoce) e/ou um forte desejo miccional precoce, que ocorre com volume vesical baixo e que persiste.
3	Sensibilidade vesical diminuída	É definida durante a cistometria de enchimento, como sensibilidade diminuída durante todo o enchimento vesical.
4	Sensibilidade vesical ausente	Significa que, durante a cistometria de enchimento, o indivíduo não tem sensibilidade vesical.
5	Sensações vesicais não específicas	Durante a cistometria de enchimento, o indivíduo pode tornar-se consciente do enchimento vesical devido, por exemplo, à distensão ou aos sintomas vegetativos.
6	Dor vesical	Durante a cistometria de enchimento, é um termo autoexplicativo e um achado anormal.
7	Urgência	Durante a cistometria de enchimento, é um súbito e incontrolável desejo de urinar.
8	Função normal do detrusor	Permite o enchimento vesical com pequena ou nenhuma alteração na pressão. Não ocorrem contrações involuntárias fásicas, mesmo após manobras provocativas.
9	Hiperatividade do detrusor	É uma observação urodinâmica caracterizada por contrações involuntárias do detrusor durante a fase de enchimento, que podem ser espontâneas ou provocadas.
10	Hiperatividade do detrusor fásica	É definida por um formato de onda característico e pode levar à incontinência urinária ou não.

11	Hiperatividade do detrusor terminal	É definida como uma única contração involuntária do detrusor que ocorre na capacidade cistométrica, que não pode ser suprimida e resulta em incontinência, geralmente levando ao esvaziamento da bexiga (micção).
12	Incontinência por hiperatividade do detrusor	É a incontinência em razão de uma contração involuntária do detrusor.
13	Hiperatividade do detrusor neurogênica	Quando houver uma condição neurológica associada.
14	Hiperatividade do detrusor idiopática	Quando não houver causa definida.
15	Mecanismo de fechamento uretral normal	Mantém uma pressão de fechamento uretral positiva durante o enchimento vesical mesmo na presença de pressão abdominal aumentada, embora ela possa ser superada pela hiperatividade do detrusor.
16	Mecanismo de fechamento uretral incompetente	É definido como aquele que permite perda da urina na ausência de contração do detrusor.
17	Incontinência por relaxamento uretral	É definida como a perda de urina devido ao relaxamento uretral na ausência de pressão abdominal aumentada ou hiperatividade do detrusor.
18	Incontinência de esforço urodinâmica	É observada durante a cistometria de enchimento, sendo definida como a perda involuntária de urina durante o aumento da pressão abdominal, na ausência de contração do detrusor.
19	Fluxo de urina intermitente	Quando o indivíduo afirma a existência do fluxo “para e recomeça” durante uma única ida ao banheiro na intenção de urinar.
20	Hipoatividade do detrusor	É definida como a redução da força e/ou duração da contração, resultando em esvaziamento vesical prolongado e/ou falha em conseguir um esvaziamento completo dentro de um espaço de tempo normal.
21	Acontratilidade do detrusor	É quando não pode ser demonstrada contração do detrusor durante o estudo urodinâmico.
22	Resíduo pós-miccional	É definido como o volume de urina que permanece na bexiga ao final da micção.
23	Função uretral normal	É definida como a uretra que abre e continua relaxada, permitindo que a bexiga se esvazie com pressão normal.
24	Obstrução infravesical	É o termo genérico para obstrução durante a micção, sendo caracterizado pelo aumento da pressão do detrusor e pela diminuição do fluxo urinário.
25	Disfunção miccional	É definida como fluxo urinário intermitente e/ou flutuante devido a contrações involuntárias intermitentes da musculatura estriada periuretral durante a micção em indivíduos neurologicamente normais.
26	Dissinergia detrusor esfinteriana	É definida como contração do detrusor concomitante à contração involuntária da musculatura estriada e/ou periuretral.
27	Obstrução devido ao não relaxamento do esfíncter uretral	Geralmente ocorre em indivíduos com lesão neurológica, sendo caracterizada por uretra obstrutiva não relaxada e resultando em diminuição do fluxo urinário.
28	Sensação da bexiga durante o enchimento cistométrico	É normalmente avaliada por questionamento à mulher em relação à plenitude da bexiga durante a cistometria. (TL)
29	Dor	A queixa de dor durante o enchimento cistométrico é anormal. (TL)

TL: tradução livre.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 5

CONDIÇÕES DA TERMINOLOGIA DA ICS E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES		
Nº	Condição	Definição
1	Retenção urinária aguda	É definida como uma bexiga dolorosa, palpável ou percutível, quando o paciente é incapaz de urinar.
2	Retenção urinária crônica	É definida como bexiga não dolorosa, que permanece palpável ou percutível após o paciente ter urinado. Tais pacientes podem ser incontinentes.
3	Obstrução prostática benigna	É uma forma de obstrução infravesical, podendo ser diagnosticada quando a causa de obstrução é o aumento benigno da próstata, secundário à hiperplasia prostática benigna histológica.
4	Hiperplasia prostática benigna	É um termo usado (e reservado) quando o padrão histológico típico define a doença.
5	Aumento prostático benigno	É definido como o aumento prostático em razão da hiperplasia prostática benigna histológica. O termo “aumento prostático” deve ser usado na ausência de histologia prostática.
6	Incontinência urinária de esforço urodinâmica	É observada durante a cistometria de enchimento, sendo definida como a perda involuntária de urina durante o aumento de pressão abdominal, na ausência de contração do detrusor.
7	Hiperatividade do detrusor	É uma observação urodinâmica caracterizada por contrações involuntárias do detrusor durante a fase de enchimento, que podem ser espontâneas ou provocadas.
8	Hipersensibilidade do detrusor	Ocorre em mulheres com sintomas de frequência e noctúria, e um diário miccional mostrando claramente uma redução do volume urinado médio. Também referida como sensibilidade vesical aumentada. (TL)
9	Disfunção miccional	É definida como a micção anormalmente lenta e/ou incompleta. (TL)
10	Prolapso de órgãos pélvicos	Envolve a identificação da descida de um ou mais órgãos: parede vaginal anterior (central, paravaginal, ou combinação com cistocele), parede vaginal posterior (retoccele), útero (cérnix) ou ápice da vagina (cúpula vaginal ou cicatriz) depois da histerectomia. (TL)
11	Infecções do trato urinário recorrentes	É a ocorrência de, pelo menos, três infecções do trato urinário sintomáticas e diagnosticadas nos últimos 12 meses. (TL)

TL: tradução livre.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Para a realização do mapeamento cruzado entre a terminologia da ICS e a taxonomia da NANDA-I, foram seguidas **seis etapas**:

- lista dos DEs relacionados à eliminação urinária;
- lista dos sintomas, dos sinais, das observações urodinâmicas e das condições descritas pela ICS/IUGA;<sup>8,14</sup>
- agrupamento dos sinais, dos sintomas, das observações urodinâmicas e das condições que representavam conceitos similares nas classificações da ICS/IUGA;<sup>8,14</sup>
- cruzamento dos DEs da NANDA-I<sup>3</sup> com os sintomas, os sinais, as observações urodinâmicas e condições contidos na terminologia da ICS;<sup>8,14</sup>
- realização do processo inverso, isto é, cruzamento dos sintomas, dos sinais, das observações

urodinâmicas e das condições contidos na terminologia da ICS com os DEs da NANDA-I;<sup>3</sup>

- classificação das correspondências como forte (FO) ou fraca (FF) e das conexões positivas (1:1), negativas (1:0) e hierárquicas, ou seja, quando um termo de uma classificação se correlaciona com vários da outra classificação (1:n) ou vários termos se relacionam com um termo (n:1).

Como recomendado na literatura,<sup>4,9</sup> foram estabelecidas regras na medida em que o mapeamento cruzado foi sendo delineado. As **seis regras estabelecidas** para o mapeamento cruzado foram:

- Regra 1 — Para cada diagnóstico da NANDA-I foram identificados os sinais ou sintomas ou as observações urodinâmicas ou condições da ICS que fossem correspondentes, isto é, que tivessem semelhança quanto ao título, à definição e às características definidoras ou aos fatores de risco.
- Regra 2 — A seguir, foi feito o processo inverso, e, para cada sinal ou sintoma ou observação urodinâmica ou condição da classificação da ICS, buscou-se um ou mais diagnósticos da NANDA-I que fossem correspondentes.
- Regra 3 — Foram identificadas as conexões positivas (1:1),<sup>10</sup> isto é, quando o conceito de uma terminologia correspondia perfeitamente ou tinha equivalência com o significado de um termo da outra terminologia.
- Regra 4 — Foram considerados como correspondência “forte” quando o termo era o mesmo ou semelhante ou quando as definições eram equivalentes, ou, ainda, o DE apresentou características definidoras relevantes correspondentes aos sinais ou sintomas da terminologia da ICS, com base na literatura e na experiência clínica das autoras. Os demais casos foram considerados como de correspondência “fraca”.
- Regra 5 — No caso em que não houve correspondência, o mapeamento cruzado identificou conexões negativas (1:0),<sup>10</sup> isto é, a presença de um conceito de uma terminologia que faltava na outra.
- Regra 6 — O mapeamento cruzado identificou, também, conexões hierárquicas de vários para um (n:1) e de um para vários (1:n),<sup>10</sup> ou seja, identificou diferentes conceitos existentes em uma terminologia que se referiam a um único conceito na outra e vice-versa.

Os sinais, os sintomas, as observações urodinâmicas e as condições da ICS/IUGA foram digitados em uma planilha do Excel (Microsoft, 2007) e revistos para identificar possíveis erros de digitação.

O mapeamento cruzado dos diagnósticos foi realizado, de forma independente, por duas pesquisadoras com mais de 10 anos de experiência clínica e pesquisa na área. Após, os mapeamentos foram comparados e, quando havia discordância, houve discussão exaustiva até chegar-se a um consenso, com base nas definições dos termos propostos pela ICS, no título e nas definições dos diagnósticos presentes na classificação da NANDA-I e na literatura pertinente.





## ATIVIDADES

1. Para sistematizar seu conhecimento em relação às definições propostas pela ICS, correlacione a primeira e a segunda colunas.

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| (1) Sintomas                 | ( ) São observados pelo médico por meio de métodos simples, para verificar os sintomas e quantificá-los.  |
| (2) Sinais                   | ( ) São indicadores subjetivos de uma doença ou de alterações percebidas pelo paciente, pelo parceiro ou pelos acompanhantes que podem levá-lo a procurar ajuda de profissionais de saúde.  |
| (3) Observações urodinâmicas | ( ) É a presença de observações urodinâmicas associadas a sinais ou sintomas característicos e/ou evidência não urodinâmica de processo patológico relevante.   |
| (4) Condições                | ( ) Pode ter uma série de possíveis causas e não representa um diagnóstico definitivo de uma doença ou condição. Além disso, pode ocorrer associada ou não a sinais e sintomas.   |
|                              | ( ) Não podem ser usados(as) para estabelecer o diagnóstico definitivo e alguns indicam outras patologias além das disfunções do trato urinário inferior, como a infecção urinária. Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta. |

- A) 1 — 2 — 3 — 4 — 1  
 B) 2 — 1 — 4 — 4 — 3  
 C) 2 — 1 — 4 — 3 — 1  
 D) 1 — 2 — 3 — 3 — 4

*Resposta no final do artigo*

2. Observe as afirmativas sobre os principais sinais e sintomas da incontinência urinária de esforço.

I — Perda involuntária durante a tosse, o riso, o espirro e o esforço/exercício.

II — Perda de urina antes de alcançar o banheiro.



III — Perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de contração do detrusor, em razão do aumento da pressão intra-abdominal.

Quais estão corretas?

- A) Apenas a I e a II.
- B) Apenas a I e a III.
- C) Apenas a II e a III.
- D) A I, a II e a III.

*Resposta no final do artigo*

3. Em relação às definições propostas pela ICS, assinale **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).

- ( ) A ICS e a IUGA sugerem que determinados sintomas relacionados à dor do trato urinário inferior ou outras dores pélvicas podem, direta ou indiretamente, levar à alteração na eliminação urinária.
- ( ) O prolapso de órgãos pélvicos e alterações da próstata podem estar associados ou contribuir para que ocorram problemas urinários.
- ( ) De acordo com a NANDA-I, a urgência pode ser compreendida como queixa do paciente que acha que urina com muita frequência durante o dia.
- ( ) Na sensibilidade vesical normal, o indivíduo está consciente do enchimento vesical e do aumento da sensação até um forte desejo miccional, de acordo com a ICS.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- A) V — F — F — V
- B) F — V — V — V
- C) V — V — V — V
- D) V — V — F — V

*Resposta no final do artigo*

4. Observe as afirmativas sobre os sintomas do trato urinário inferior sugestivos de obstrução infravesical.

- I — Sente desejo de urinar, porém não é capaz de esvaziar a bexiga completamente e apresenta frequência urinária aumentada.
- II — Apresenta incontinência urinária cedo pela manhã.
- III — Os principais sintomas estão relacionados ao esvaziamento vesical, como jato fraco, divisão do jato urinário, jato intermitente, hesitação, esforço para urinar e gotejamento terminal.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

- A) Apenas a I.
- B) Apenas a I e a II.
- C) Apenas a I e a III.
- D) Apenas a III.

*Resposta no final do artigo*

5. Para sistematizar as definições propostas pela ICS para algumas condições, correlacione a primeira e a segunda colunas.

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| (1) Obstrução prostática benigna   | ( ) Ocorre em mulheres com sintomas de frequência e noctúria, e um diário miccional mostrando claramente uma redução do volume urinado médio. Também referida como sensibilidade vesical aumentada. |
| (2) Hiperatividade do detrusor     | ( ) É definida como uma bexiga dolorosa, palpável ou percutível, quando o paciente é incapaz de urinar.   |
| (3) Retenção urinária aguda        | ( ) É uma forma de bloqueio infravesical, podendo ser diagnosticada quando a causa está relacionada ao aumento benigno da próstata, secundário à hiperplasia prostática benigna histológica.        |
| (4) Hipersensibilidade do detrusor | ( ) É uma observação urodinâmica caracterizada por contrações involuntárias do detrusor durante a fase de enchimento, que podem ser espontâneas ou provocadas.                                      |
| (5) Retenção urinária crônica      | ( ) É definida como bexiga não dolorosa, que permanece palpável ou percutível após o paciente ter urinado. Tais pacientes podem ser incontinentes.  |

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- A) 1 — 5 — 2 — 4 — 3
- B) 4 — 3 — 1 — 2 — 5
- C) 4 — 5 — 1 — 2 — 3
- D) 2 — 3 — 1 — 4 — 5

*Resposta no final do artigo*

6. Com relação à incontinência urinária de urgência, assinale a alternativa correta.

- A) Perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal.
- B) Perda de urina antes de alcançar o banheiro.
- C) Perda de urina cedo pela manhã.
- D) Distensão da bexiga.

*Resposta no final do artigo*

7. Assinale a alternativa que apresenta definição de síndrome da bexiga hiperativa.

- A) Presença de urgência miccional, com ou sem perdas urinárias, geralmente com polaciúria e noctúria, na ausência de infecção comprovada ou outras patologias óbvias.
- B) Incapacidade da pessoa, que é geralmente continente, de alcançar o banheiro a tempo de evitar perda não intencional de urina.
- C) Perda involuntária de urina associada à distensão excessiva da bexiga.
- D) Disfunção na eliminação de urina, especialmente associada ao aumento da pressão intra-abdominal.

*Resposta no final do artigo*

## RESULTADOS

Como pode ser visto no Quadro 6, dos nove diagnósticos da NANDA-I cinco foram mapeados com sintomas da terminologia da ICS, três com sinais, cinco com observações urodinâmicas e dois com condição, considerando-se apenas quando a **correlação era forte**. Os DEs Retenção urinária e Incontinência urinária de esforço apresentaram correspondência forte para sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições da terminologia da ICS e ICS/IUGA.

Quadro 6

CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I E A TERMINOLOGIA ICS E ICS/IUGA								
Diagnóstico da NANDA-I	Sintoma		Sinal		Observação urodinâmica		Condição	
	FO	FF	FO	FF	FO	FF	FO	FF
Risco de incontinência urinária de urgência	1	1	0	0	1	4	0	1
Incontinência urinária funcional	0	2	0	2	0	0	0	0
Incontinência urinária por transbordamento	0	3	0	2	0	0	0	0
Incontinência urinária reflexa	0	2	0	2	2	3	0	1
Retenção urinária	1	1	1	0	2	1	2	0
Incontinência urinária de urgência	1	2	1	1	2	4	0	1
Incontinência urinária de esforço	1	1	1	1	1	2	1	0
Eliminação urinária prejudicada	1	20	0	8	0	15	0	5
Disposição para eliminação urinária melhorada	0	0	0	0	0	0	0	0

FO: correspondência forte; FF: correspondência fraca.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No mapeamento reverso dos sintomas, dos sinais, das observações urodinâmicas e das condições com os DEs da NANDA-I, considerando-se apenas as **correspondências fortes**, os sintomas foram correspondentes com cinco diagnósticos, os sinais tiveram correspondência com quatro, as observações urodinâmicas com cinco e as condições com três.

Vale salientar que os DEs com os quais todas as categorias tiveram correspondência foram Retenção urinária, Incontinência urinária de esforço e Eliminação urinária prejudicada, sendo que este último foi o que teve maior número de correspondências (Quadro 7).

Quadro 7

CORRESPONDÊNCIA ENTRE A TERMINOLOGIA ICS E ICS/IUGA E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I										
ICS/IUGA	Diagnóstico da NANDA-I									
	Correspon- dência	RIUU	IUF	IUT	IUR	RU	IUU	IUE	EUP	DEUM
Sintoma	FO	1	0	0	0	1	1	1	8	0
	FF	0	2	3	5	8	6	2	11	0
	SC	19								
Sinal	FO	0	0	0	0	1	1	1	2	0
	FF	0	1	2	2	1	1	1	2	0
	SC	1								
Observação urodinâmica	FO	0	0	0	2	3	1	1	2	0
	FF	3	1	1	7	0	6	0	7	0
	SC	27								
Condição	FO	0	0	0	0	2	0	1	2	0
	FF	2	0	0	1	0	1	0	2	0
	SC	4								

RIUU: Risco de incontinência urinária de urgência; IUF: Incontinência urinária funcional; IUT: Incontinência urinária por transbordamento; IUR: Incontinência urinária reflexa; RU: Retenção urinária; IUU: Incontinência urinária de urgência; IUE: Incontinência urinária de esforço; EUP: Eliminação urinária prejudicada; DEUM: Disposição para eliminação urinária melhorada; FO: correspondência forte; FF: correspondência fraca; SC: sem correspondência.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No Quadro 8, são apresentados os resultados do mapeamento cruzado com a finalidade de identificar conexões positivas (1:1) e conexões negativas (1:0) entre os DEs da NANDA-I e a terminologia ICS e ICS/IUGA.

Dos DEs, cinco obtiveram uma conexão positiva (1:1) com sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições da terminologia ICS, a saber: Incontinência urinária reflexa, Retenção urinária, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária de esforço e Eliminação urinária prejudicada.

Quadro 8

**CONEXÕES POSITIVAS (1:1) E NEGATIVAS (1:0) ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I E A TERMINOLOGIA ICS E ICS/IUGA**

Diagnóstico da NANDA-I	Sintoma		Sinal		Observação urodinâmica		Condição	
Conexões	(1:1)	(1:0)	(1:1)	(1:0)	(1:1)	(1:0)	(1:1)	(1:0)
Risco de incontinência urinária de urgência	2	51	0	13	5	24	1	10
Incontinência urinária funcional	2	51	2	11	0	29	0	11
Incontinência urinária por transbordamento	3	50	2	11	0	29	0	11
Incontinência urinária reflexa	2	51	2	11	5	24	1	10
Retenção urinária	2	51	1	12	3	26	2	9
Incontinência urinária de urgência	3	50	2	11	6	23	1	10
Incontinência urinária de esforço	2	51	2	11	3	26	1	10
Eliminação urinária prejudicada	21	32	8	5	15	14	5	6
Disposição para eliminação urinária melhorada	0	53	0	13	0	29	0	11

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.



(Continuação)

Conexões (1:0)	1	Sensibilidade vesical aumentada										
	2	Sensibilidade vesical diminuída										
	3	Sensibilidade vesical não específica										
	4	Jato intermitente (intermitência)										
	5	Jato fraco										
	6	Divisão (chuveiro) do jato urinário										
	7	Esforço para urinar										
	8	Sintomas associados com prolapso de órgãos pélvicos										
	9	Dor vesical										
	10	Dor uretral										
	11	Dor vulvar										
	12	Dor vaginal										
	13	Dor escrotal										
	14	Dor perineal										
	15	Dor pélvica										
	16	Síndrome dolorosa vesical										
	17	Síndrome dolorosa uretral										
	18	Síndrome dolorosa vulvar										
	19	Síndrome dolorosa vaginal										
	20	Síndrome dolorosa escrotal										
	21	Síndrome dolorosa perineal										
	22	Síndrome dolorosa pélvica										
	23	Necessidade imediata de reurinar										
	24	Micção posição-dependente										
	25	Neuralgia do pudendo										
	26	Dor pélvica cíclica (menstrual)										
	27	Outras síndromes dolorosas pélvicas e/ou crônicas do trato urinário inferior										

RIUU: Risco de incontinência urinária de urgência; IUF: Incontinência urinária funcional; IUT: Incontinência urinária por transbordamento; IUR: Incontinência urinária reflexa; RU: Retenção urinária; IUU: Incontinência urinária de urgência; IUE: Incontinência urinária de esforço; EUP: Eliminação urinária prejudicada; DEUM: Disposição para eliminação urinária melhorada.

Quadro 10

**CONEXÕES POSITIVAS (1:1), ASSINALADAS COM “X”, E NEGATIVAS (1:0) COM SINAIS ENTRE A TERMINOLOGIA ICS E ICS/IUGA E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I**

	Nº	Diagnóstico NANDA-I/ICS Sinal	RIUU	IUF	IUT	IUR	RU	IUU	IUE	EUP	DEUM
Conexões (1:1)	1	Incontinência urinária de esforço							X		
	2	Incontinência urinária extrauretral								X	
	3	Incontinência urinária não categorizada								X	
	4	Incontinência de esforço na redução do prolapso							X		
Conexões (1:0)	1	Frequência diurna									
	2	Frequência em 24 horas									
	3	Poliúria									
	4	Poliúria noturna									
	5	Prolapso de órgão pélvico									

RIUU: Risco de incontinência urinária de urgência; IUF: Incontinência urinária funcional; IUT: Incontinência urinária por transbordamento; IUR: Incontinência urinária reflexa; RU: Retenção urinária; IUU: Incontinência urinária de urgência; IUE: Incontinência urinária de esforço; EUP: Eliminação urinária prejudicada; DEUM: Disposição para eliminação urinária melhorada. **Fonte:** Elaborado pelas autoras.



Quadro 11

CONEXÕES POSITIVAS (1:1), ASSINALADAS COM “X”, E NEGATIVAS (1:0) COM OBSERVAÇÕES URODINÂMICAS ENTRE A TERMINOLOGIA ICS E ICS/IUGA E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I											
	Nº	Diagnóstico NANDA-I/ICS Observação urodinâmica	RIUU	IUF	IUT	IUR	RU	IUU	IUE	EUP	DEUM
Conexões (1:1)	1	Sensibilidade vesical normal		X							
	2	Sensibilidade vesical ausente				X					
	3	Mecanismo de fechamento uretral incompetente	X								
	4	Incontinência por relaxamento uretral							X		
	5	Incontinência de esforço urodinâmica							X		
	6	Hipoatividade do detrusor	X								
	7	Obstrução infravesical								X	
	8	Acontratilidade do detrusor								X	
Conexões (1:0)	1	Sensibilidade vesical diminuída									
	2	Sensibilidade vesical aumentada/hipersensibilidade vesical									
	3	Sensações vesicais não específicas									
	4	Dor vesical									
	5	Função normal do detrusor									
	6	Mecanismo de fechamento uretral normal									
	7	Fluxo de urina intermitente									
	8	Acontratilidade do detrusor									
	9	Função uretral normal									
	10	Disfunção miccional									
	11	Dissinergia detrusor esfinteriana									
	12	Obstrução devido ao não relaxamento do esfíncter uretral									
	13	Sensação da bexiga durante o enchimento cistométrico									
	14	Dor									

RIUU: Risco de incontinência urinária de urgência; IUF: Incontinência urinária funcional; IUT: Incontinência urinária por transbordamento; IUR: Incontinência urinária reflexa; RU: Retenção urinária; IUU: Incontinência urinária de urgência; IUE: Incontinência urinária de esforço; EUP: Eliminação urinária prejudicada; DEUM: Disposição para eliminação urinária melhorada.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Quadro 12

CONEXÕES POSITIVAS (1:1), ASSINALADAS COM “X”, E NEGATIVAS (1:0) COM CONDIÇÕES ENTRE A TERMINOLOGIA ICS E ICS/IUGA E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I											
	Nº	Diagnóstico NANDA-I/ICS Condição	RIUU	IUF	IUT	IUR	RU	IUU	IUE	EUP	DEUM
Conexões (1:1)	1	Incontinência urinária de esforço urodinâmica							X		
	2	Disfunção miccional								X	
Conexões (1:0)	1	Obstrução prostática benigna									
	2	Hiperplasia prostática benigna									
	3	Aumento prostático benigno									
	4	Hipersensibilidade do detrusor									
	5	Prolapso de órgãos pélvicos									
	6	Infecções do trato urinário recorrentes									

RIUU: Risco de incontinência urinária de urgência; IUF: Incontinência urinária funcional; IUT: Incontinência urinária por transbordamento; IUR: Incontinência urinária reflexa; RU: Retenção urinária; IUU: Incontinência urinária de urgência; IUE: Incontinência urinária de esforço; EUP: Eliminação urinária prejudicada; DEUM: Disposição para eliminação urinária melhorada.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Dos sintomas, 13 apresentaram conexão positiva (1:1) com cinco DEs, quatro sinais com dois DEs, oito observações urodinâmicas com cinco DEs e duas condições com dois DEs. O DE Eliminação urinária prejudicada apresentou conexão positiva com sintoma (7 dos 11 sintomas), sinal, observação urodinâmica e condição. Não houve conexões negativas.

As conexões hierárquicas um para vários (1:n) entre DEs da NANDA-I e a terminologia ICS/IUGA são apresentadas no Quadro 13.

Quadro 13

CONEXÕES HIERÁRQUICAS UM PARA VÁRIOS (1:N) ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I E A TERMINOLOGIA ICS E ICS/IUGA				
Diagnóstico NANDA-I	Sintoma	Sinal	Observação urodinâmica	Condição
RIUU	1. Síndrome da hiperatividade da bexiga 2. Urgência	Não tem	1. Hiperatividade do detrusor fásica 2. Hiperatividade do detrusor neurogênica 3. Hiperatividade do detrusor idiopática 4. Hiperatividade do detrusor 5. Urgência	1. Hiperatividade do detrusor 2. Disfunção miccional
IUF	1. Outros tipos de incontinência urinária 2. Incontinência urinária	1. Incontinência não categorizada 2. Incontinência urinária	Não tem	Não tem
IUT	1. Outros tipos de incontinência urinária 2. Incontinência urinária 3. Incontinência urinária insensível	1. Incontinência não categorizada 2. Incontinência urinária	Não tem	Não tem
IUR	1. Outros tipos de incontinência urinária 2. Incontinência urinária	1. Incontinência não categorizada 2. Incontinência urinária	1. Hiperatividade do detrusor fásica 2. Hiperatividade do detrusor terminal 3. Hiperatividade do detrusor neurogênica 4. Hiperatividade do detrusor 5. Incontinência por hiperatividade do detrusor	1. Hiperatividade do detrusor
RU	1. Sensação de esvaziamento incompleto 2. Retenção urinária 3. Sintomas associados com prolapso de órgãos pélvicos 4. Sintomas do trato urinário inferior associados à obstrução infravesical	1. Sensação de plenitude/ retenção	1. Resíduo pós-miccional 2. Retenção urinária aguda 3. Retenção urinária crônica	1. Retenção urinária aguda 2. Retenção urinária crônica

IUU	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinência urinária</li> <li>2. Incontinência urinária de urgência</li> <li>3. Síndrome da bexiga hiperativa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinência urinária</li> <li>2. Incontinência urinária de urgência</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinência por hiperatividade do detrusor</li> <li>2. Hiperatividade do detrusor fásica</li> <li>3. Hiperatividade do detrusor terminal</li> <li>4. Hiperatividade do detrusor neurogênica</li> <li>5. Hiperatividade do detrusor idiopática</li> <li>6. Hiperatividade do detrusor</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hiperatividade do detrusor</li> </ol>
IUE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinência urinária</li> <li>2. Incontinência urinária de esforço</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinência urinária</li> <li>2. Incontinência urinária de esforço</li> <li>3. Incontinência urinária por esforço na redução do prolapso (incontinência urinária latente ou oculta)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mecanismo de fechamento uretral incompetente</li> <li>2. Incontinência por relaxamento uretral</li> <li>3. Incontinência urinária de esforço urodinâmica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinência urinária de esforço urodinâmica</li> </ol>
EUP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento da frequência urinária diurna (polaciúria)</li> <li>2. Noctúria</li> <li>3. Urgência</li> <li>4. Incontinência urinária</li> <li>5. Incontinência urinária de esforço</li> <li>6. Incontinência urinária de urgência</li> <li>7. Incontinência urinária mista</li> <li>8. Enurese</li> <li>9. Enurese noturna</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Noctúria</li> <li>2. Incontinência urinária</li> <li>3. Incontinência urinária de esforço</li> <li>4. Incontinência urinária extrauretral</li> <li>5. Incontinência urinária não categorizada</li> <li>6. Incontinência urinária de urgência</li> <li>7. Sensação de plenitude/ retenção</li> <li>8. Frequência noturna/noctúria</li> <li>9. Incontinência urinária por esforço na redução do prolapso (incontinência urinária latente ou oculta)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Urgência</li> <li>2. Hiperatividade do detrusor fásica</li> <li>3. Hiperatividade do detrusor terminal</li> <li>4. Hiperatividade do detrusor neurogênica</li> <li>5. Hiperatividade do detrusor idiopática</li> <li>6. Hiperatividade do detrusor</li> <li>7. Incontinência por hiperatividade do detrusor</li> <li>8. Mecanismo de fechamento uretral incompetente</li> <li>9. Incontinência por relaxamento uretral</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinência urinária de esforço urodinâmica</li> <li>2. Hiperatividade do detrusor</li> <li>3. Disfunção miccional</li> <li>4. Retenção urinária aguda</li> <li>5. Retenção urinária crônica</li> <li>6. Disfunção miccional</li> </ol>

	10. Incontinência urinária contínua 11. Outros tipos de incontinência urinária 12. Hesitação 13. Gotejamento terminal 14. Sensação de esvaziamento incompleto 15. Gotejamento pós-miccional 16. Incontinência urinária insensível 17. Incontinência urinária coital 18. Incontinência urinária postural 19. Síndrome da bexiga hiperativa 20. Disúria 21. Retenção urinária 22. Sintomas do trato urinário inferior associados à obstrução infravesical 23. Sintomas associados ao prolapso de órgãos pélvicos		10. Incontinência urinária de esforço urodinâmica 11. Resíduo pós-miccional 12. Obstrução infravesical 13. Retenção urinária aguda 14. Retenção urinária crônica	
DEUM	Não tem	Não tem	Não tem	Não tem

RIUU: Risco de incontinência urinária de urgência; IUF: Incontinência urinária funcional; IUT: Incontinência urinária por transbordamento; IUR: Incontinência urinária reflexa; RU: Retenção urinária; IUU: Incontinência urinária de urgência; IUE: Incontinência urinária de esforço; EUP: Eliminação urinária prejudicada; DEUM: Disposição para eliminação urinária melhorada. **Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Dos nove DEs, somente o DE Disposição para eliminação urinária melhorada não apresentou conexão hierárquica com nenhum dos termos da ICS/IUGA. Os DEs Incontinência urinária reflexa, Retenção urinária, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária de esforço e Eliminação urinária prejudicada apresentaram conexões hierárquicas com todas as categorias da ICS e ICS/IUGA (sintoma, sinal, observação urodinâmica e condição). O DE Eliminação urinária prejudicada apresentou conexões hierárquicas com maior número de sintomas (23), sinais (9), observações urodinâmicas (14) e condições (6) do que os demais DEs.

O Quadro 14 apresenta as conexões hierárquicas vários para um (n:1) entre os DEs da NANDA-I e a terminologia ICS/IUGA.

Quadro 14

CONEXÕES HIERÁRQUICAS VÁRIOS PARA UM (N:1) ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I E A TERMINOLOGIA ICS E ICS/IUGA												
	Nº	Diagnóstico NANDA-I/ICS	RIUU	IUF	IUT	IUR	RU	IUU	IUE	EUP	DEUM	Total
Sintoma	1	Aumento da frequência urinária diurna (polaciúria)					X			X		2
	2	Noctúria			X					X		2
	3	Urgência						X		X		2
	4	Incontinência urinária		X	X	X	X	X	X	X		7
	5	Incontinência urinária de urgência				X		X				2
	6	Incontinência urinária mista						X	X	X		3
	7	Enurese						X		X		2
	8	Enurese noturna						X		X		2
	9	Sensação de esvaziamento incompleto				X	X					2
	10	Gotejamento pós-miccional					X			X		2
	11	Síndrome da hiperatividade da bexiga	X					X		X		3
	12	Disúria					X			X		2
	13	Retenção urinária			X	X	X			X		4
	14	Infecção do trato urinário						X		X		2
	15	Sintomas associados com prolapso de órgãos pélvicos					X			X		2
	16	Sintomas do trato urinário inferior associados à obstrução infravesical					X			X		2
Sinal	1	Frequência noturna/noctúria			X					X		2
	2	Incontinência urinária		X	X	X	X	X	X	X		7
	3	Incontinência urinária de urgência				X		X				2
	4	Plenitude vesical/retenção			X	X	X			X		4

(Continuação)

Observação urodinâmica	1	Urgência				X		X		X		3
	2	Hiperatividade do detrusor	X			X		X		X		4
	3	Hiperatividade do detrusor fásica				X		X		X		3
	4	Hiperatividade do detrusor terminal				X		X		X		3
	5	Incontinência por hiperatividade do detrusor				X		X		X		3
	6	Hiperatividade do detrusor neurogênica	X			X		X		X		4
	7	Hiperatividade do detrusor idiopática	X			X		X		X		4
	8	Resíduo pós-miccional			X	X	X			X		4
Condição	1	Retenção urinária aguda					X			X		2
	2	Retenção urinária crônica					X			X		2
	3	Hiperatividade do detrusor	X			X		X		X		4
	4	Disfunção miccional	X							X		2

RIUU: Risco de incontinência urinária de urgência; IUF: Incontinência urinária funcional; IUT: Incontinência urinária por transbordamento; IUR: Incontinência urinária reflexa; RU: Retenção urinária; IUU: Incontinência urinária de urgência; IUE: Incontinência urinária de esforço; EUP: Eliminação urinária prejudicada; DEUM: Disposição para eliminação urinária melhorada.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.



Das conexões hierárquicas vários para um (n:1), o sintoma e o sinal “incontinência urinária” apresentaram conexão com sete DEs, a saber: Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento, Incontinência urinária reflexa, Retenção urinária, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária de esforço e Eliminação urinária prejudicada. O sintoma e o sinal “plenitude vesical/retenção” apresentaram conexão positiva com quadro DEs: Incontinência urinária por transbordamento, Incontinência urinária reflexa, Retenção urinária e Eliminação urinária prejudicada.

A observação urodinâmica “resíduo pós-miccional” apresentou conexão com quatro DEs: Incontinência urinária por transbordamento, Incontinência urinária reflexa, Retenção urinária e Eliminação urinária prejudicada. “Hiperatividade do detrusor”, “hiperatividade do detrusor neurogênica” e “hiperatividade do detrusor idiopática” apresentaram conexão com quatro DEs: Risco de incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária reflexa, Incontinência urinária de urgência e Eliminação urinária prejudicada.

A condição “hiperatividade do detrusor” apresentou conexão com quatro DEs: Risco de incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária reflexa, Incontinência urinária de urgência, e Eliminação urinária prejudicada. Não houve conexão de nenhum termo da ICS/IUGA com o DE Disposição para eliminação urinária melhorada.

## DISCUSSÃO

Não foram encontradas conexões na ICS com o DE Disposição para eliminação urinária melhorada, que é um diagnóstico de promoção da saúde, conforme demonstrado pela ausência de conexões positivas da NANDA-I com a ICS em relação a este DE. Na ICS não são encontrados termos relacionados a situações de saúde ou a resultados relacionados ao tratamento, o que pode explicar o achado.

O correto mapeamento dos conceitos requer uma conexão 1:1 entre os termos das duas taxonomias. Uma **conexão positiva (1:1) é a relação ideal em um mapeamento cruzado**. No entanto, como demonstrado em estudo anterior, esse é um **evento raro**.<sup>10</sup>

As conexões positivas foram observadas para sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições em menor frequência do que as conexões negativas (1:0).



Dos DEs, cinco obtiveram uma conexão positiva (1:1) com sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições da terminologia ICS (Incontinência urinária reflexa, Retenção urinária, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária de esforço e Eliminação urinária prejudicada).

A “incontinência urinária de esforço”, como termo da ICS/IUGA, apresenta o mesmo título/rótulo do que o DE, com definições muito semelhantes, o que pode explicar a correlação positiva, e o mesmo ocorre em relação ao DE Incontinência urinária de urgência.

Já o DE Eliminação urinária prejudicada é mais geral e abrange características definidoras de praticamente todos os demais DEs, sendo, portanto, inespecífico e favorecendo sua conexão positiva com todos os termos da ICS/IUGA.

No mapeamento reverso dos itens da ICS e da NANDA-I, o DE Eliminação urinária prejudicada apresentou correspondência para todos os itens da ICS. Isso pode ser explicado pelo fato de este

diagnóstico apresentar características definidoras de praticamente todos os demais diagnósticos contidos no domínio de eliminação urinária, especialmente os sinais e sintomas “incontinência urinária” e “retenção urinária”; a observação urodinâmica “resíduo pós-miccional”, fortemente relacionado com a retenção urinária; e as condições “hiperatividade do detrusor”, que pode ser uma das causas de incontinência urinária, além das “retenções urinárias aguda e crônica”, também presentes naquele DE.

O fato de o DE Eliminação urinária prejudicada ser pouco específico, abrangendo todas as características definidoras que se encaixariam na maioria dos demais DEs, sugere que ele é um diagnóstico menos específico. De fato, na taxonomia I da NANDA-I, ele ocupava um nível hierárquico mais abstrato.<sup>15</sup>

O DE Retenção urinária também apresentou correlação positiva para todas as categorias da ICS, o que pode ser explicado pela presença de volume residual na bexiga em decorrência das alterações na contratilidade detrusora, que podem estar presentes tanto nas fases que envolvem enchimento quanto o esvaziamento vesical.

Esse mapeamento cruzado possibilitou a **identificação de correlações** entre a linguagem utilizada pela ICS e pela NANDA-I relacionadas à eliminação urinária. Observou-se, entretanto, que o número de correlações positivas foi pequeno, o que limita a precisão e a rapidez na realização do diagnóstico do paciente com sintomas do trato urinário inferior. Assim, os achados indicam a **necessidade de revisão de termos** contidos nas duas classificações, a fim de serem mais abrangentes e úteis a todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com alterações na eliminação urinária, bem como direcionar melhor o ensino e as pesquisas realizados na área.

Tais discrepâncias entre terminologias também são mencionadas em outros trabalhos, como o de Bezerra e colaboradores,<sup>16</sup> que realizou uma comparação entre as terminologias padronizadas para a avaliação do prolapso pélvico feminino, e de Udina e colaboradores,<sup>10</sup> que comparou duas classificações de DE.



O presente estudo reforça as conclusões de pesquisa anterior, que utilizou o mapeamento cruzado, de que “o conhecimento do perfil diagnóstico à luz de uma linguagem padronizada de enfermagem auxilia a organização das ações de enfermagem gerenciais e assistenciais”.<sup>4</sup> Entretanto, no que se refere às alterações na eliminação urinária, por demandarem cuidado multiprofissional, é de extrema importância que uma terminologia comum a todos os envolvidos neste cuidado seja utilizada para minimizar as discrepâncias e possibilitar a avaliação do paciente de forma mais fidedigna, facilitando, desse modo, a comparação dos resultados.<sup>16</sup>



## ATIVIDADES

---

8. Com relação à conclusão das autoras a partir do mapeamento cruzado realizado, assinale a alternativa correta.
- A) Todos os DEs da NANDA-I estão contemplados na terminologia da ICS.
  - B) Ainda há dificuldades na correspondência dos DEs da NANDA-I com nomenclaturas internacionalmente utilizadas como a da ICS.
  - C) Muitas definições entre as duas terminologias são semelhantes, não havendo necessidade de ajustes.
  - D) Quase nenhum DE da NANDA-I está contemplado na terminologia da ICS.

*Resposta no final do artigo*

9. Leia as afirmativas acerca dos resultados do mapeamento cruzado.

- I — Dos nove DEs, somente o DE Disposição para eliminação urinária melhorada apresentou conexão hierárquica com nenhum dos termos da ICS e ICS/IUGA.
- II — Os DEs Incontinência urinária reflexa, Retenção urinária, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária de esforço e Eliminação urinária prejudicada não apresentaram conexões hierárquicas com todas as categorias da ICS e ICS/IUGA.
- III — O DE Eliminação urinária prejudicada apresentou conexões hierárquicas com maior número de sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições do que os demais DEs

Qual(is) está(ão) correta(s)?

- A) Apenas a I.
- B) Apenas a II.
- C) Apenas a III.
- D) A I, a II e a III.

*Resposta no final do artigo*

---

## ESTUDOS DE CASO

### ESTUDO DE CASO 1



J.F., 78 anos de idade, apresenta neuropatia diabética há 10 anos. Há 2 anos, relata noctúria (levanta duas vezes para urinar à noite), distensão vesical, sem dor, com bexiga palpável após a micção, sensação de esvaziamento vesical incompleto, perda involuntária de pequenos volumes de urina, com necessidade de uso de absorventes diariamente.

O paciente tem história de infecção do trato urinário de repetição e o último episódio foi há 2 meses, com disúria, piora das perdas urinárias e alteração macroscópica da urina. Fez antibioticoterapia por 7 dias, com resolução da infecção há 1 semana.



## ATIVIDADES

---

10. Analise as opções de DE para o estudo de caso apresentado.

- I — Retenção urinária.
- II — Incontinência urinária por transbordamento. III — Incontinência urinária funcional.

Quais estão corretas?

- A) Apenas a I e a II.
- B) Apenas a I e a III.
- C) Apenas a II e a III.
- D) A I, a II e a III.

*Resposta no final do artigo*

11. Defina noctúria.

.....

.....

.....

.....

*Resposta no final do artigo*

---

## ESTUDO DE CASO 2



M.C., 54 anos de idade, relata que há 6 meses apresenta aumento da frequência urinária diurna e noturna, com perdas urinárias antes de alcançar o banheiro, precedidas de urgência e sensação de contração na bexiga. A paciente refere que está evitando sair de casa por medo de apresentar perdas urinárias. Foi realizado exame de urina, que não mostrou sinais de infecção.



## ATIVIDADE

---

12. Analise as opções de DE para o estudo de caso apresentado.

- I — Incontinência urinária mista.
- II — Incontinência urinária de urgência.
- III — Incontinência urinária reflexa.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

- A) Apenas a I.
- B) Apenas a II.
- C) Apenas a III.
- D) A I, a II e a III.

*Resposta no final do artigo*

---

## CONCLUSÃO

A terminologia da NANDA-I pode ser mapeada para a terminologia da ICS, e vice-versa, em todas as categorias, especialmente para os sintomas; e para o DE Eliminação urinária prejudicada, por sua inespecificidade.

O diagnóstico da NANDA-I Disposição para eliminação urinária melhorada foi o único que não pode ser mapeado para a terminologia da ICS. No entanto, este estudo mostrou que vários termos da terminologia da ICS não estão representados na taxonomia da NANDA-I, como as síndromes dolorosas pélvicas, os sintomas associados ao prolapso pélvico e as alterações prostáticas que estão associadas a sintomas do trato urinário inferior.

A maioria dos DEs teve seus componentes revisados há alguns anos, o que pode justificar a falta de correspondência forte desses termos com nomenclaturas internacionalmente utilizadas pela equipe multiprofissional, dificultando a compreensão e a comparabilidade entre eles. Além disso, muitas definições necessitam ser operacionalmente descritas para que sejam mais bem compreendidas, de forma a contribuir para uma maior acurácia diagnóstica.

## RESUMO

O mapeamento cruzado (*cross-mapping*) é um método que possibilita a comparação entre as linguagens, sejam elas padronizadas ou não. Ao se realizar o mapeamento cruzado entre a linguagem utilizada pela ICS e pela NANDA-I relacionada à eliminação urinária, observou-se que, embora entre os nove diagnósticos da NANDA-I, oito apresentem correspondência com algum termo da ICS, o número de correlações positivas (1:1) foi pequeno, o que pode limitar a precisão e a rapidez na realização do diagnóstico do paciente com problemas na eliminação urinária quando se usa a taxonomia da NANDA-I. Entretanto, quando as alterações na eliminação urinária decorrem de problemas funcionais, ocorre por transbordamento ou a pessoa deseja melhorar sua eliminação urinária, a terminologia ICS não é abrangente o suficiente. Assim, os achados indicam a necessidade de revisão ou acréscimo de termos contidos nas duas classificações, a fim de serem mais abrangentes e úteis a todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com alterações na eliminação urinária, bem como direcionar melhor o ensino e as pesquisas realizadas na área.

## RESPOSTAS ÀS ATIVIDADES E COMENTÁRIOS

### Atividade 1

Resposta: **C**

Comentário: A ICS considera como categorias distintas os sintomas, os sinais e as condições e, em sua publicação de 2002, acrescentou a categoria “observações urodinâmicas”. A padronização da terminologia da função do trato urinário inferior da ICS foi traduzida para o português, com autorização da ICS, e publicada na Revista Urodinâmica & Uroginecologia da Sociedade Brasileira de Urologia. Substituir por:

### Atividade 2

Resposta: **B**

Comentário: A Incontinência urinária de esforço é definida como “perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal”. A perda involuntária de pequeno volume de urina (por exemplo, ao tossir, rir, espirrar ou fazer esforço) e a perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de contração do detrusor são características definidoras de Incontinência urinária de esforço, além de “perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga”.

### Atividade 3

Resposta: **D**

Comentário: De acordo com a ICS, a urgência pode ser compreendida como queixa de um súbito e incontrolável desejo de urinar, que é difícil de ser adiado.

### Atividade 4

Resposta: **C**

Comentário: Os sintomas do trato urinário inferior sugestivos de obstrução infravesical ocorrem quando há queixa predominantemente de sintomas miccionais (jato fraco, divisão do jato urinário, jato intermitente, hesitação, esforço para urinar e gotejamento terminal) na ausência de infecções ou patologias óbvias que não sejam causa de obstrução infravesical. Podem ocorrer também sintomas de armazenamento, como urgência miccional, frequência urinária aumentada e noctúria, e resíduo pós-miccional aumentado.

### Atividade 5

Resposta: **B**

Comentário: Pensando no mapeamento cruzado NANDA-I/ICS, cabe mencionar, por exemplo, que a obstrução causada por um aumento prostático pode levar à hiperatividade do detrusor e, conseqüentemente, ao sintoma de urgência ou mesmo à incontinência de urgência.

### Atividade 6

Resposta: **B**

Comentário: A Incontinência urinária de urgência é definida como “perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar”.

### Atividade 7

Resposta: **A**

Comentário: A síndrome da bexiga hiperativa caracteriza-se por urgência, com ou sem incontinência urinária de urgência, geralmente com frequência e noctúria, podendo ser descrita como síndrome de urgência ou síndrome de urgência-frequência na ausência de infecção comprovada ou outras patologias óbvias.

**Atividade 8****Resposta: B**

Comentário: Observou-se que, embora entre os nove diagnósticos da NANDA-I, oito tenham apresentado correspondência com algum termo da ICS, o número de correlações positivas (1:1) foi pequeno.

**Atividade 9****Resposta: C**

Comentário: Dos nove DEs, somente o DE Disposição para eliminação urinária melhorada não apresentou conexão hierárquica com nenhum dos termos da ICS e da IUGA. Os DEs Incontinência urinária reflexa, Retenção urinária, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária de esforço e Eliminação urinária prejudicada apresentaram conexões hierárquicas com todas as categorias da ICS e da IUGA.

**Atividade 10****Resposta: A**

Comentário: A Retenção urinária é definida como esvaziamento vesical incompleto, com as características definidoras: noctúria, distensão vesical, disúria, eliminação urinária pequena ou ausente, frequência, gotejamento e incontinência urinária por transbordamento. A Incontinência urinária por transbordamento é definida como perda involuntária de urina associada à distensão excessiva da bexiga, com as seguintes características definidoras: distensão da bexiga, elevado volume residual após a micção, noctúria e perda involuntária observada de pequenos volumes de urina.

**Atividade 11**

Resposta: Queixa de interrupção do sono uma ou mais vezes devido à necessidade de urinar. Cada micção é precedida e sucedida de sono.

**Atividade 12****Resposta: B**

Comentário: Incontinência urinária de urgência: perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar.

## REFERÊNCIAS

1. Barros ALBL, Sanches CG, Lopes JL, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN; 2015.
2. Nyttun JP, Fossum M. Information model for learning nursing terminology. *Stud Health Technol Inform.* 2014;205:181–5.
3. Herdman TH, Kamitsuru S, organizadoras. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2015-2017. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
4. Ferreira AM, Rocha EM, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Nursing diagnosis in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm.* 2016 Mar–Apr;69(2):285–93.
5. Leandro TA, Araujo TL, Cavalcante TF, Leandro TA, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária. *Pronanda.* 2015;4(3):133–65.
6. Herdman TH, editor. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
7. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U, et al. Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. 5th International Consultation on Incontinence. Paris: ICUD-EAU; 2013.
8. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167–78.
9. Nonino FOL, Napoleão AA, Carvalho EC, Petrilli Filho JFP. A utilização do mapeamento cruzado napesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2008 Nov–Dez;61(6):872–7.
10. Udina MEJ, Samartino MG, Calvo CM. Mapping the diagnosis axis of and interface terminology to the NANDA International Taxonomy. *ISRN Nurs.* 2012;2012:676905.
11. Sousa RM, Santo FHE, Santana RF, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. *Esc Anna Nery.* 2015 Jan–Mar;19(1):54–65.
12. Nunciaroni AT, Gallani NCBJ, Agondi RF, Rodrigues RCM, Castro LT. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. *Rev Gaucha Enferm.* 2012 Mar;33(1):32–41.
13. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. Padronização da terminologia da função do trato urinário inferior: relato do subcomitê de padronização da sociedade internacional de continência. *Uroginam Uroginecol.* 2003;6(2):29–4.



14. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4–20.
15. Farias JN, Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler MS. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta; 1990.
16. Bezerra LRPS, Oliveira E, Bortolini MAT, Hamerski MG, Baracat EC, Sartori MGF, et al. Comparison between Baden and Walker Classification Systems and ICS Standardization of Terminology of Female Pelvic Organ Prolapse. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004 Jul;26(6):441–7.

#### Como citar este documento

Lopes MHBM, Costa JN, Silva AF. Mapeamento cruzado entre a International Continence Society e a NANDA-I: terminologia dos diagnósticos relacionados à eliminação urinária. In: NANDA International, Inc.; Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM, organizadoras. PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 5. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p.121–60. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).

## **5.2. Manuscrito 1: “Correspondence between defining characteristics of NANDA International and International Continence Society terminology”**

### **PROBLEM IDENTIFICATION**

Lower urinary tract dysfunctions can affect men and women at different stages of the life cycle, harming their physical, mental and social health. Accurate data on the prevalence and incidence of different lower urinary tract dysfunctions are scarce due to the difficulties in reporting it and lack of standardization in the terms used for its classification (Milson et al., 2017).

Most of the studies only refer to the prevalence of urinary incontinence (UI), which is one of the most important dysfunctions which affects people's quality of life, but there are also difficulties regarding the type, frequency and severity of symptoms. In view of all the difficulties presented, studies show that UI prevalence is quite variable. The prevalence of any type of UI in women varies from 25 to 45%, in men from 1 to 39%, and most studies report that the UI prevalence in men is about twice as high as in women (Milsom et al., 2017).

Non-standardization of the terms used in the registries makes it difficult to compare data related to these dysfunctions, as well as to allow for the occurrence of communication failures among the professionals involved in patient and family care.

Standardization of terms used by the different professions can contribute to reducing errors which compromise patient and professional safety, as well as facilitate teaching and research (Carvalho et al., 2018; Rosier, 2018).

Thus, there is a constant search to standardize the language used in certain knowledge areas in health. Nursing presents several classifications of diagnoses, with NANDA International, Inc. (NANDA-I) being one of the most well-known and used in the world (Carvalho et al., 2018). There are also several multidisciplinary societies, such as the International Continence Society (ICS), which seek to aggregate knowledge in the area of lower urinary tract dysfunctions and disseminate them in a way that is understood in the same way by all professionals working in the area, universally using terms to facilitate communication and data comparison in different regions of the world (Drake & Abrams, 2018; De Ridder & Drake, 2018).

Lopes, Costa & Silva (2017) did cross-mapping between NANDA-I Urinary Function class nursing diagnoses and the NANDA-I ICS terminology and showed that NANDA-I nursing diagnoses could be mapped to ICS terminology and vice versa.

Although some problems are specific to each profession, i.e. they are part of the body of knowledge in each area, as the individual with lower urinary tract dysfunction often needs holistic care involving different interdisciplinary team members, it is important the use of terms that are understood by everyone involved in care, making care safer and ongoing. Nowadays, there are not many studies described in the literature describing the similarities and differences between the terms used among multidisciplinary team professionals in the area of lower urinary tract disorders. Thus, although each area of knowledge has specific terminology, the standardization of common terms can facilitate the comparison of data in research, greater accuracy to epidemiological data, assist in teaching and understanding among the various professionals who provide care to individuals with dysfunctions. voids.

Following the proposal to promote the harmonization of content between the two terminologies, the present study had the objective of analyzing the semantic correspondence between the defining characteristics of the nursing diagnoses of the 2018-2020 NANDA-I Urinary Function class with the terms (symptoms, signs, urodynamic observations) of the ICS terminology.

## DATA SOURCES

This is a methodological cross-mapping study performed among the defining characteristics (DC) of the Urinary Function class Nursing Diagnoses (NDs) (Impaired urinary elimination; Functional UI; Overflow UI; Reflex UI; Stress UI; Urge UI; Risk for urge UI and Urinary retention) of the NANDA-I nursing diagnostics taxonomy (2018-2020 version) (Herdman & Kamitsuru, 2017) with the terminology for lower urinary tract dysfunctions (signs, symptoms, urodynamic observations) proposed by the ICS and ICS/IUGA (International Urogynecological Association), published in 2002 (Abrams et al., 2002) and 2010 (Haylen et al., 2010), respectively.

The cross-sectional mapping was performed in three stages:

**Survey of terms (extraction):** consisted in the DC listing of ND of the NANDA-I Urinary Function class and the signs, symptoms, urodynamic observations and conditions described by the ICS and ICS/IUGA;

**Mapping** (normalization and comparison): consisted in grouping terms which represented similar or equal concepts in the two terminologies and in the crossing of the DC of the ND of the NANDA-I Urinary Function class with the signs, symptoms, urodynamic observations described by the ICS and ICS/IUGA, as well as the reverse process, i.e. cross-over of the

symptoms, signals, urodynamic observations contained in the ICS terminology with the NANDA-I DC.

In this step, key concepts were identified and significant terms were extracted, and words with syntactic or semantic redundancy were removed. It consisted of grouping terms that represent similar concepts in both terminologies and crossing the CD and RF of NANDA-I nursing diagnoses with the symptoms, signs and urodynamic observations contained in ICS terminology. A spreadsheet was constructed, organized with the following axes: diagnostic title, related factors and defining characteristics; each of them being arranged in a different column. The mapping was performed manually by the main researchers.

**Validation:** consisted in classifying positive (1:1) and negative connections (1:0), and hierarchical connections (n:1 or 1:n) (Udina, Samantino & Calvo, 2012) performed by researchers with clinical experience and research in the area of lower urinary tract dysfunctions (Carvalho et al., 2018). Consensus was sought regarding divergent cases and relevant literature was consulted. Positive connections (1:1) were considered when the concept of a terminology corresponded perfectly or had equivalence with the meaning of a term of the other terminology. When there was no match, the connections were considered negative (1:0), meaning that there was no concept of a terminology in the other compared terminology. The hierarchical connections of several to one (n:1) and one to several (1:n) identified the existence of different concepts in one terminology which referred to a single concept in the other terminology and vice versa.

It consisted of the classification of positive (1:1) and negative (1:0) connections, performed independently by two researchers with more than 10 years of clinical experience and research in the area. In divergent cases, consensus was sought through discussion and rationale against the relevant literature.

The following rules for cross mapping have been established:

- For each CD of the NANDA-I diagnosis of urinary incontinence, the corresponding signs or symptoms or urodynamic observations of ICS should be identified, ie similar in terms of term and definition;
- Cross mapping should identify positive connections (1:1), ie when the concept of one terminology matches perfectly or has equivalence with the meaning of one term from another;
- In the case of no match, cross mapping would identify negative connections (1:0), ie the presence of one concept of one terminology missing in the other.

## EVALUATION OF FINDINGS

The Chart A shows the DC of the NANDA-I NDs which matched the ICS terms with 1:1 correspondence (two of them with urodynamic observations; three of them with sign and symptom; four of them with symptom), with 1:n correspondence (one of them with urodynamic observations) and n:1 correspondence (one of them with urodynamic observations).

Chart A – Presence of correspondence between defining characteristics of NANDA-I ND and signs, symptoms and urodynamic observations of ICS. Campinas, SP, 2018.

DEFINING CHARACTERISTICS	SIGN	SYMPTOM	URODYNAMICS OBSERVATION
Dribbling of urine	Urinary incontinence non-categorized UI	Post micturition dribble Terminal dribble LUTS suggestive of BOO	BOO
Dysuria		Dysuria	
Frequent voiding	Pelvic organ prolapse (POP)	Overactive Bladder (OAB) Frequency Symptoms associated with POP LUTS suggestive of BOO	BOO
Hesitancy		Hesitancy LUTS suggestive of BOO	BOO
High post-void residual volume	Urinary retention Pelvic organ prolapse (POP)	Urinary retention Symptoms associated with POP LUTS suggestive of BOO	Post void residual BOO
Involuntary leakage of small volume of urine (e.g., with coughing, laughing, sneezing, upon exertion)	Urinary incontinence Stress UI	Urinary incontinence Stress UI Mixed UI	Urethral relaxation Incontinence Incompetent urethral closure mechanism Urodynamic Stress UI
Involuntary loss of urine with bladder contractions	Urinary Incontinence Urgency UI	Urinary Incontinence Overactive bladder (OAB)	DO incontinence Phasic DO

		Urgency UI Mixed UI	
Involuntary loss of urine with bladder spasms	Urinary Incontinence Urgency UI	Overactive bladder (OAB) Urinary incontinence Urgency UI Mixed UI	DO incontinence Phasic DO
Nocturia	Nocturia Pelvic organ prolapse (POP)	Nocturia Symptoms associated with POP LUTS suggestive of BOO OAB	BOO
Residual urine	Urinary retention Pelvic organ prolapse	Symptoms associated with pelvic organ prolapse LUTS suggestive of BOO	Post Micturition Residual BOO Acontratile detrusor
Urinary incontinence	Urinary incontinence non-categorized UI Stress UI Urgency UI Extra-urethral UI	Urinary incontinence OUTROS-IU Urgency UI Stress UI Mixed UI Continuous UI Enuresis Post micturition dribble Insensible IU Postural UI Coital UI Symptoms associated with POP LUTS suggestive of BOO	DO incontinence Urethral relaxation Incontinence Incompetent urethral closure mechanism Urodynamic Stress UI BOO
Urinary urgency	Pelvic organ prolapse (POP)	Overactive bladder (OAB) Urgency Symptoms associated with pelvic organ prolapse LUTS suggestive of BOO	Urgency BOO
Urinary retention	Urinary retention	Urinary retention Symptoms	Post micturition residual

	Pelvic organ prolapse (POP)	associated with POP LUTS suggestive of BOO	BOO Acontratile detrusor
--	-----------------------------	---	-----------------------------

Source: Authors

The Chart B, shows the absence of correspondence (1:0) among eighteen DC of NANDA-I ND and symptoms, signs and urodynamic observations, ie the presence of one concept of one terminology missing in the other.

Chart B – Absence of correspondence between defining characteristics of NANDA-I ND and signs, symptoms and urodynamic observations of ICS. Campinas, SP, 2018.

<b>DEFINING CHARACTER</b>	<b>SIGN</b>	<b>SYMPTOM</b>	<b>URODYNAMICS OBSERVATION</b>
Absence of sensation of bladder fullness		Absent bladder sensation	Absent bladder sensation
Absence of voiding sensation		Absent bladder sensation	Absent bladder sensation
Absent urinary output	Urinary retention	Urinary retention	
Bladder distension	Urinary retention Pelvic organ prolapse (POP)	Urinary retention Symptoms associated with POP LUTS suggestive of BOO	BOO Acontratile detrusor
Completely empties bladder			Normal detrusor function Normal urethral function
Early morning urinary incontinence	Urinary Incontinence non-categorized UI	Urinary Incontinence Other types of UI	
Inability to reach toilet in time to avoid urine loss	Urinary Incontinence Urgency UI	Overactive bladder (OAB)	
Inability to voluntarily inhibit voiding	Urinary incontinence non-categorized UI Stress UI Urgency UI Extraurethral UI	Urinary incontinence Other types of UI Stress UI Urgency UI Mixed U Continuous UI Enuresis Post micturition	DO incontinence Terminal DO

		dribble Insensible UI Postural UI Coital UI	
Inability to voluntarily initiate voiding	Urinary retention	Urinary retention	Acontratile detrusor
Incomplete emptying of bladder with lesion above pontine micturition center		Urinary retention	DO Terminal DO
Involuntary leakage of small volume of urine	Urinary Incontinence Non-categorized UI Stress UI Urgency UI Extraurethral UI	Urinary Incontinence Other types of UI Stress UI Urgency UI Mixed UI Continuous UI Enuresis Post micturition dribble Insensible UI Postural UI Coital UI	
Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of detrusor contraction	Urinary incontinence	Urinary incontinence	Urethral relaxation Incontinence Incompetent urethral closure mechanism Urodynamic Stress UI
Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of overdistended bladder	Urinary incontinence	Urinary incontinence	Urethral relaxation Incontinence
Overflow incontinence		Urinary Incontinence	
Predictable pattern of voiding	Non-categorized UI		Neurogenic DO Idiopathic DO Terminal DO
Sensation of bladder fullness	Urinary Retention	Normal bladder sensation Other types of UI	Normal bladder sensation
Sensation of need to void		Normal bladder sensation	Normal detrusor function Normal bladder sensation
Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction		Overactive bladder (OAB)	

Source: Authors



In the Chart C, it is possible to observe the signs, symptoms and urodynamic observations of the ICS terminology which correspond to NANDA-I DCs one-to-one (1:1), one to several (1:n) and from several to one (n:1). It is possible to observe correspondences (1:n) between signs, symptoms and urodynamic observations of the ICS terminology grouped in single terms and the defining characteristics (DC) of NANDA-I, as follows: prolapse symptoms; Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) and Bladder Outlet Obstruction (BOO); Pelvic Organ Prolapse (POP); Overactive Bladder Syndrome (OAB); Detrusor Overactivity (DO) incontinence; BOO.

Chart C – Correspondence between signs, symptoms, urodynamic observations and ICS conditions, and defining characteristics of NANDA-I ND. Campinas, SP, 2018.

<b>SYMPTOMS</b>	<b>DEFINING CHARACTERISTICS</b>
Absent Bladder sensation	Absence of sensation of bladder fullness
Coital Urinary Incontinence	Urinary incontinence
Continuous Urinary Incontinence	Urinary incontinence
Dysuria	Dysuria
Enuresis	Urinary incontinence Involuntary loss of urine with bladder contractions Involuntary loss of urine with bladder spasms
Feeling of incomplete emptying	Sensation of bladder fullness
Hesitancy	Hesitancy
Increased daytime frequency	Frequent voiding
Insensible Urinary Incontinence	Urinary incontinence
LUTS with BOO	Nocturia Frequent voiding Dribbling of urine Urinary urgency Hesitancy Urinary incontinence Urinary retention Bladder distension
Nocturia	Nocturia

Normal Bladder Sensation	Sensation of need to void
Need to immediately re-void	Frequent voiding
Mixed Urinary Incontinence	Inability to reach toilet in time to avoid urine loss Urinary incontinence Involuntary loss of urine with bladder contractions Involuntary loss of urine with bladder spasms Involuntary leakage of small volume of urine (e.g., with coughing, laughing, sneezing, upon exertion)
OAB	Nocturia Frequent voiding Involuntary loss of urine with bladder contractions Involuntary loss of urine with bladder spasms Urinary urgency Urinary incontinence
Postural Urinary Incontinence	Urinary incontinence
Post micturition dribble	Dribbling of urine Urinary incontinence
Prolapse symptoms	Urinary retention Frequent voiding High post-void residual volume Urinary incontinence Nocturia Urinary urgency Bladder distension
Stress Urinary Incontinence	Involuntary leakage of small volume of urine (e.g., with coughing, laughing, sneezing, upon exertion) Urinary incontinence
Urgency	Urinary urgency
Urge Urinary Incontinence	Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction Urinary incontinence Involuntary loss of urine with bladder contractions Involuntary loss of urine with bladder spasms
Urinary Incontinence	Early morning urinary incontinence Inability to

	<p>voluntarily inhibit voiding</p> <p>Predictable pattern of voiding Overflow incontinence</p> <p>Inability to reach toilet in time to avoid urine loss</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder contractions</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder spasms</p> <p>Involuntary leakage of small volume of urine (e.g., with coughing, laughing, sneezing, upon exertion)</p> <p>Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of detrusor contraction</p> <p>Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of overdistended bladder</p> <p>Urinary incontinence</p>
Urinary retention	<p>Urinary retention</p> <p>Residual urine</p> <p>Overflow incontinence</p> <p>Incomplete emptying of bladder with lesion above pontine micturition center</p> <p>High post-void residual volume</p>
Terminal Dribble	Dribbling of urine
<b>SIGNS</b>	<b>DEFINING CHARACTERISTICS</b>
Bladder Fullness/Retention	<p>Urinary retention</p> <p>Residual urine</p> <p>Sensation of bladder fullness</p> <p>Overflow incontinence</p> <p>Incomplete emptying of bladder with lesion above pontine micturition center</p> <p>High post-void residual volume Bladder distension</p>
Extra-urethral Incontinence	Urinary incontinence
Nocturia	Nocturia
Pelvic organ prolapse (POP)	<p>Urinary incontinence</p> <p>Overflow incontinence</p> <p>Urinary retention</p> <p>Residual urine</p>

	<p>High post-void residual volume Involuntary leakage of small volume of urine (e.g., with coughing, laughing, sneezing, upon exertion)</p> <p>Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction</p> <p>Bladder distension</p>
Stress Urinary Incontinence	<p>Involuntary leakage of small volume of urine (e.g., with coughing, laughing, sneezing, upon exertion)</p> <p>Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of detrusor contraction</p> <p>Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of overdistended bladder</p> <p>Urinary incontinence</p>
Uncategorized Incontinence	Urinary incontinence
Urge Urinary Incontinence	<p>Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction</p> <p>Urinary incontinence</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder spasms</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder contractions</p>
Urinary Incontinence	<p>Urinary incontinence</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder spasms</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder contractions</p> <p>Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of overdistended bladder</p> <p>Inability to reach toilet in time to avoid urine loss</p> <p>Overflow incontinence</p> <p>Early morning urinary incontinence Inability to voluntarily inhibit voiding</p> <p>Involuntary leakage of small volume of urine</p>
<b>URODYNAMIC OBSERVATIONS</b>	<b>DEFINING CHARACTERISTICS</b>
Absent Bladder Sensation	<p>Absence of sensation of bladder fullness</p> <p>Absence of voiding sensation</p>
Acontractile detrusor	Urinary retention

Bladder Outlet Obstruction (BOO)	Urinary retention Nocturia Frequent voiding Dribbling of urine Urinary urgency Hesitancy Urinary incontinence Bladder distension
Detrusor-sphincter dyssynergia (DSD)	Incomplete emptying of bladder with lesion above pontine micturition center
Detrusor overactivity	Incomplete emptying of bladder with lesion above pontine micturition center Inability to voluntarily inhibit voiding Predictable pattern of voiding Urinary urgency Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction
Detrusor Underactivity	Urinary retention
DO incontinence	Inability to voluntarily inhibit voiding Involuntary loss of urine with bladder spasms Involuntary loss of urine with bladder contractions Urinary incontinence
Incompetent urethral closure mechanism	Involuntary leakage of small volume of urine (e.g., with coughing, laughing, sneezing, upon exertion) Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of detrusor contraction Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of overdistended bladder Urinary incontinence
Idiopathic DO	Inability to voluntarily inhibit voiding Predictable pattern of voiding Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction Involuntary loss of urine with bladder spasms

	<p>Involuntary loss of urine with bladder contractions</p> <p>Urinary urgency</p> <p>Urinary incontinence</p>
Neurogenic DO	<p>Incomplete emptying of bladder with lesion above pontine micturition center</p> <p>Inability to voluntarily inhibit voiding Predictable pattern of voiding Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder spasms</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder contractions</p> <p>Urinary urgency</p> <p>Urinary incontinence</p>
Normal Bladder Sensation	<p>Sensation of need to void</p> <p>Sensation of bladder fullness</p>
Phasic Detrusor Overactivity (DO)	<p>Incomplete emptying of bladder with lesion above pontine micturition center</p> <p>Inability to voluntarily inhibit voiding Predictable pattern of voiding Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder spasms</p> <p>Involuntary loss of urine with bladder contractions</p> <p>Urinary urgency</p> <p>Urinary incontinence</p>
Post void residual	<p>Urinary retention</p> <p>Residual urine</p> <p>Incomplete emptying of bladder with lesion above pontine micturition center</p> <p>High post-void residual volume</p>
Urethral relaxation incontinence	<p>Involuntary leakage of small volume of urine</p> <p>Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of detrusor contraction</p> <p>Involuntary leakage of small volume of urine in the absence of overdistended bladder</p>

	Urinary incontinence
Urgency	Urinary urgency Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction
Urodynamic SI	Involuntary leakage of small volume of urine Involuntary leakage of small volume of urine (e.g., with coughing, laughing, sneezing, upon exertion) Urinary incontinence
Terminal DO	Incomplete emptying of bladder with lesion above pontine micturition center Inability to voluntarily inhibit voiding Predictable pattern of voiding Sensation of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction Involuntary loss of urine with bladder spasms Involuntary loss of urine with bladder contractions Urinary urgency Urinary incontinence

Source: Authors

## SYNTHESIS OF FINDINGS

Recognition and resolution of the differences in common language usage and scientific utilization of terms should be continuing and resolving the differences in definitions and metrics between recognized societies and agencies is essential for communicating data with respect to patient care, research and treatment outcomes (Diaz et al., 2017).

The terms which presented correspondence 1:1 possibly refer to terms of frequent use in clinical practice, whose meanings are apparently better understood among health professionals, and which reinforces the importance of standardizing terms to avoid inconsistencies in the diagnostic formulation and ambiguities in the process. There was a 1:1 correspondence between some DCs of NANDA-I NDs as confirmed in the reverse mapping, namely: high post-void residual volume, residual urine, nocturia, urinary incontinence, urinary retention, dysuria, frequent voiding, hesitancy, increased daytime frequency, stress urinary incontinence (this last one corresponds to the DC involuntary leakage of small volume of urine, i.e. with coughing, laughing, sneezing, upon exertion), bladder fullness/retention, urgency.

The 1:n correspondence between the ICS terms and the NANDA-I NDs mainly occurred with more general terms, which included symptoms storage, emptying and post-voiding symptoms such as POP, LUTS with BOO, and BOO (Chart C). OAB syndrome and DO incontinence have also been mapped to several NANDA-I DCs as they exhibit signs and symptoms of storage, which constitute DCs of most urinary function NDs.

Detrusor overactivity incontinence is incontinence due to an involuntary detrusor contraction (Abrams et al., 2002). This urodynamic finding is frequently associated with storage symptoms such as urinary urgency, frequency, nocturia, increased bladder sensation and high residual volume, constituting similar symptoms to those observed in OAB syndrome, and sometimes in BOO and POP, which may present mixed symptoms (Diaz et al., 2017), i.e. bladder storage symptoms (increased daytime urinary frequency, nocturia, urgency, urinary incontinence) and of voiding and post-micturition symptoms, such as hesitancy, slow stream, intermittency, feeling of incomplete (bladder) emptying, post-micturition dribbling (Drake, 2018).

LUTS includes both storage and bladder emptying symptoms (Diaz et al., 2017), in contrast to OAB which includes storage symptoms such as urgency, increased urinary frequency, nocturia (with or without symptoms of urinary incontinence), in the absence of urinary tract infections or another obvious pathology (Abrams et al., 2002). The OAB syndrome diagnosis is clinical, based on the presence of the previously mentioned signs and symptoms, unlike the DO incontinence, which requires confirmation of the presence of detrusor overactivity in the urodynamic study. Phasic or Terminal detrusor overactivity may be present in DO incontinence, and for this reason shares similar terms. The presence of DO is common in people with neurological disorders of both the central and peripheral nervous systems, which in this case is known as neurogenic detrusor overactivity incontinence, and may entail risks of deterioration of the upper urinary tract due to the associated complications, compromising health and threatening the life of the individual (Nseyo & Santiago-Lastra, 2017). It consists in the loss of inhibitory neurologic control of bladder contractions (Khandelwal & Kistler, 2013). Detrusor overactivity “is a urodynamic observation characterized by involuntary detrusor contractions during the filling phase which may be spontaneous or provoked” (Abrams et al., 2002). These contractions “can coincide with perceived urinary urgency, and urgency incontinence can result if the generated pressure overcomes the resistance of the urinary sphincter” (Aoki et al, 2017).

LUTS suggestive of BOO is a term used when “the person predominately complains of voiding symptoms (reduced urine flow rate and/or presence of a raised post void



residual and an increased detrusor pressure) in the absence of infection or obvious pathology other than possible causes of outlet obstruction”. A urethral stricture or obstruction due to higher degrees of uterovaginal prolapse or obstructed voiding after stress incontinence procedures, such as a sling for example, are among possible causes (Abrams et al., 2002). A BPO (Benign Prostatic Obstruction) is another form of bladder outlet obstruction (BOO), and “may be diagnosed when the cause of outlet obstruction is known to be benign prostatic enlargement due to histologic benign prostatic hyperplasia” (Abrams et al., 2002).

POP constitutes “the descent of one or more parts of the anterior vaginal wall, posterior vaginal wall, the uterus (cervix), or the apex of the vagina (vaginal vault or cuff scar after hysterectomy)” (Abrams et al., 2002; Haylen et al., 2016). This alteration may be related to a series of symptoms of the lower urinary tract, anorectal or vaginal symptoms, caused by the pressure of prolapsed structures on the pelvic floor and bladder and urethra. Among the more common POP-related urinary symptoms include (Haylen et al., 2016): lower urinary tract; urinary incontinence; bladder storage, bladder sensory, lower urinary tract infection.

The ICS defines bladder sensations as normal (“the individual is aware of bladder filling and increasing sensation up to a strong desire to void”), increased (“the individual feels an early and persistent desire to void”), reduced (“the individual is aware of bladder filling but does not feel a definite desire to void”), absent (“the individual reports no sensation of bladder filling or desire to void”) and non-specific (“the individual reports no specific bladder sensation, but may perceive bladder filling as abdominal fullness, vegetative symptoms, or spasticity”) (Abrams et al., 2002).

Although the symptom “normal bladder sensation” may seem equivalent to the DC “feel urge to urinate”, there was no correspondence between them, since they do not have the same meaning. The symptom “normal bladder sensation” is defined by the ICS (Abrams et al., 2002) as “the individual is aware of bladder filling and increasing sensation up to a strong desire to void”. Thus, it is clear that the urge to urinate, which may be increased or decreased, means that there is a sensation of urination and does not mean that the sensation in the bladder is normal.

However, the two DCs “feel urge to urinate” and “bladder filling sensation” together corresponded with the urodynamic observation “normal bladder sensation”, since they complement the proposed ICS definition for this term, suggesting that these DCs could be replaced by the term “normal bladder sensation”.

In the same way, the “absence of full bladder sensation” and “absence of sensation to empty the bladder” DC also do not correspond to symptom/urodynamic

observation “absent bladder sensation”, since the individual may not feel their bladder filling or have no urge to urinate.

The DC “dribbling” presents a 1:n relation with the terms “post micturition dribble” and “terminal dribble”. However, there is a need for greater clarity in this DC since they refer to different phenomena. The “post micturition dribble” is a post-micturition symptom and is a term used to describe “the involuntary loss of urine immediately after micturition, usually after leaving the toilet in men, or after rising from the toilet in women”, and “terminal dribble” is a voiding symptom, and it is the term used when an “individual describes a prolonged final part of micturition, when the flow has slowed to a trickle/dribble” (Abrams et al., 2002).

Among the NDs of the Urinary Function Class whose CD was mapped, the ND impaired urinary elimination, is a comprehensive diagnosis which presents most of the symptoms of LUTS and the OAB syndrome, which may justify correspondence with most of the ICS terms, in particular those which are broader such as LUTS with BOO, OAB syndrome and POP. The ND is defined as “dysfunction in urine elimination”, and has the DC of: dysuria, frequent voiding, hesitancy, nocturia, urinary incontinence, urinary retention, urinary urgency (Herdman & Kamitsuru, 2017).

In the previous cross-mapping performed by Lopes, Costa & Silva (2017), it was evidenced that several terms of the ICS terminology are not represented in the NANDA-I taxonomy, such as pelvic pain syndromes, pelvic prolapse symptoms and are associated with lower urinary tract symptoms.

As already mentioned by other studies, 1:1 correspondence between all terms of different taxonomies is rare (Bezerra et al., 2004; Udina, Samantino & Calvo, 2012), since each taxonomy presents different focuses of attention and are often specific to each profession, as in the case of NANDA-I. However, the review of the terms and the search for standardization should be continuous, since this enables faster identification of the problem presented by the patient and greater accuracy in the diagnostic inference.

Data from the literature also indicate the difficulty of nurses in naming phenomena using a standardized language (Carvalho, & Kusumota, 2009). The use of a standardized language in addition to organizing health information, enables the organization of nursing knowledge, in addition to giving visibility to the contribution of nursing to people's health, enables interdisciplinary communication, facilitates the assessment of quality of care, promotes patient and professional safety, allows the construction of databases, provides interinstitutional information about the patient, provides the development of science,

knowledge production and nursing contribution in the various care settings (Morais, Nóbrega, & Carvalho, 2018).

## **CONCLUSIONS**

Thus, this study showed that even there is congruence between many of the terms used in the two mapped terminologies, there are still a large number of unmatched terms in both, indicating the need for further research and development of the interoperability of nursing data across health-related disciplines.

The recognition of differences between the terms used among professions in the same area of practice, as in the case of lower urinary tract dysfunctions, constitutes the first step in seeking a standardized language system which can be understood and used in practice by the different professionals involved in patient care. When comparing two internationally recognized and widely used terminologies in practice, this study identified the need to standardize terms which are already used according to the current state of the art, in addition to including terms which are not contemplated, in order to facilitate their understanding in a clear and unambiguous way and to improve diagnostic accuracy of issues related to urinary function.

## **IMPLICATIONS FOR NURSING KNOWLEDGE AND/OR LANGUAGE DEVELOPMENT**

Cross-mapping enables recognizing terms which need to be revised and standardized in seeking a common and understandable language among professions, thereby allowing the incorporation of new terms and/or a revision of already existing terms in the light of current knowledge.

## **KNOWLEDGE TRANSLATION**

The mapping between nursing classifications and other health classifications can contribute to:

- Improve patient and professional safety by encouraging clearer communication and thereby facilitate the continuity of the care provided by the multiprofessional team;
- Compare data from different settings and populations, standardization of terms and epidemiological surveys and costs related to provided care;

- Facilitate teaching since it allows the use of common terms which are used in practice and in research conducted in the area, and thus make phenomena more understandable to students, facilitating clinical reasoning.

## REFERENCES

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ...Victor, A. (2002). The standardization of terminology of lower tract function: report from the standardization sub committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21(2), 167-78. <https://doi.org/10.1002/nau.10052>
- Aoki, Y., Brown, H.W., Brubaker, L., Cornu, J.N., Daly, J.O., Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 6;3,17042. doi: 10.1038/nrdp.2017.42.
- Bezerra, L.R.P.S., Oliveira, E., Bortolini, M.A.T., Hamerski, M.G., Baracat, E.C... Girão, M.J.B.C. (2004). Comparison between Baden and Walker Classification Systems and ICS Standardization of Terminology of Female Pelvic Organ Prolapse. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(6), 441-447. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000600004>
- Carvalho, E.C., Eduardo, A.H.A., Romanzini, A., Simão, T.P., Zamarioll, C.M., Herdman, T.H. (2018). Correspondence between NANDA International Nursing Diagnosis and outcomes as proposed by the Nursing Outcomes Classification. *International Journal of Nursing Knowledge*, 20(1), 66-78. doi:10.1111/2047-3095.12135.
- Carvalho, E.C., & Kusumota, L. (2009). Nursing process: Difficulties for its utilization in practice. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet], 22(1), 554-557. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000800022>.
- De Ridder, D., Drake, M. (2018). Why ICS standardization of lower urinary tract symptoms matters. *Neurourology and Urodynamics*, 37, S67–S68. <https://doi.org/10.1002/nau.23736>
- Diaz, D.C., Robinson, D., Bosch, R., Costantini, E., Cotterill, N... Yoshida, M. (2017). Initial assessment of urinary incontinence in adult male and female patients. In: Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A., (Eds), *Incontinence. 6th ed International Consultation on Incontinence* (pp.499-540). Tokyo: Health Publications Ltd.
- Drake, M.J. (2018). Fundamentals of terminology in lower urinary tract function. *Neurourology and Urodynamics*, 37, S13–S19. <https://doi.org/10.1002/nau.2376>

- Drake, M.J., Abrams, P. (2018). A commentary on expectations of healthcare professionals when applying the international continence society standards to basic assessment of lower urinary tract function. *Neurourology and Urodynamics*, 37, S7–S12.  
<https://doi.org/10.1002/nau.23732>
- Haylen, B.T., Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans... Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29, 4-20. <https://doi.org/10.1002/nau>
- Haylen, B.T., Maher, C.F., Barber, M.D., Camargo, S., Dandolu, V. Withagen, M.I.J. (2016). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourology and Urodynamics*, 35, 137-168. <https://doi.org/10.1002/nau> <sup>[1]</sup><sub>SEP</sub>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds). (2017). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*. 11th ed. New York, NY: Thieme.
- Khandelwal, C., Kistler, C.(2013).Diagnosis of Urinary Incontinence. *American Family Physician*, 87(8), 543-550.
- Lopes, M.H.B.M., Costa, J.N., Silva, A.F. Mapeamento cruzamento entre a International Continence Society - ICS e a NANDA-I: terminologia dos diagnósticos relacionados a Eliminação Urinária. (2017). In: Herdman, T.H., Napoleão, A.A., Lopes, C.T., & Silva, V.M., (Org), *PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem*. 3ed. Porto Alegre: Artmed.
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M.C., Nelson, R... Tikkinen, K.A.O. (2017). Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). In: Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A., (Eds), *Incontinence. 6th ed International Consultation on Incontinence* (pp.1-141). Tokyo: Health Publications Ltd.
- Morais, S.C.R.V., Nóbrega, M.M.L., Carvalho, E.C. (2018). Cross-mapping of results and nursing interventions: Contribution to the practice. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet], 71(4), 1883-18890. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0324>
- Nseyo, U., Santiago-Lastra, Y. (2017). Long-Term Complications of the Neurogenic Bladder. *Urologic Clinics of North America*, 44(3), 355-366. doi: 10.1016/j.ucl.2017.04.003.
- Rosier, P.F.W.M. (2018). Critical steps in developing professional standards for the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 37, S69–S74.  
<https://doi.org/10.1002/nau.23779>

Udina, M.E.J., Samartino, M.G., Calvo, C.M. (2012). Mapping the diagnosis axis of and interface terminology to the NANDA International Taxonomy. *International Scholarly Research Network Nursing*, 676905. doi: 10.5402/2012/676905. 6 pages.

### **5.3. Artigo 1: “Simultaneous concept analysis of diagnoses related to urinary incontinence”**

#### **1. Problem Identification**

Urinary incontinence (UI) is a phenomenon with widely varying prevalence (14-45%) (Milsom et al., 2017), and although Stress UI and Urgency UI are widely studied (Salvatore et al., 2017), there are other types which are still unclear, and evasive concepts hinder their appropriate identification and the choice of the best treatment. The International Continence Society (ICS) has produced several documents about terminology related to lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction, which include UI.

Taxonomies have been developed in Nursing aimed at facilitating and/or improving the understanding of certain phenomena and the diagnostic accuracy of the phenomena susceptible to nursing interventions. NANDA International, Inc. (NANDA-I) is an entity which studies Nursing Diagnoses (NDs) and has its own widely known international taxonomy. It has recently published an update on its nursing diagnoses manual (Herdman & Kamitsuru, 2017). However, some of these need improvement so that they can be more appropriately used by nurses in care, teaching and research, since some of the presented elements are unclear and not updated in the light of current knowledge on the subject. Some NDs present in the current NANDA-I taxonomy have not undergone revisions since its proposition or its last revision which was carried out more than 30 years ago, with a low level of evidence. An example is Overflow UI proposed in 2006 in the NANDA-I taxonomy and has been not recommended by the ICS terminology since 2002 (Abrams et al., 2002; Herdman & Kamitsuru, 2017).

The use of a constructed taxonomy for nurses allied to widely studied concepts by specialists in the area of voiding dysfunctions would benefit nursing care, teaching and research, since they would be more easily understood, thus avoiding confusion and overlapping terms which make it difficult to correctly identify the phenomenon.

#### **Aim**

This article seeks to elucidate six UI-related diagnosis concepts simultaneously, to provide exclusive theoretical definitions for each one, and to highlight their interrelationships and distinguish their characteristics.

## 2. Data Sources/Literature Search

Simultaneous concept analysis (SCA) was used to elucidate the six UI-related diagnosis concepts related to NANDA-I taxonomy, 2018-2020 version (Herdman & Kamitsuru, 2017), namely: Stress UI; Urgency UI; Reflex UI; Functional UI; Mixed UI, and Transient UI. The last two do not exist in the current taxonomy, but appeared during the literature review. The diagnosis of Overflow UI was also revised (data not shown in this article), but excluded from this concept analysis due to the lack of evidence in the literature justifying its permanence in NANDA-I taxonomy. This method, proposed by Haase, Leidy, Coward, Britt, and Penn (2000), is an interactive analysis process involving multiple concepts and performed simultaneously by a consensus group consisting of a compound of three registered nurses who are the authors of this article. Two members of the consensus group have provided care for people with UI for more than 10 years and one of them has done research on NANDA-I taxonomy since 1995 with publications about this subject, and one member developed and published several studies about NANDA-I taxonomy using the SCA.

Simultaneous concept analysis is a useful strategy for concept development and clarification and assists in the differentiation of important terms for diagnostic inference, clarifying unclear concepts and establishing relationships between the elements identified in the process, thus providing subsidies for the development of diagnoses and strengthening professional language (Haase et al., 2000).

After defining which concepts should be elucidated, an integrative literature review was initially performed for each concept (see Figure 1 - PRISMA). In this stage, the elements that compound the diagnoses such as the title and definition of the diagnosis (critical attributes), related factors (antecedents), defining characteristics (outcomes), conditions associated with the diagnosis (medical diagnoses, injuries, medical procedures and devices or pharmaceutical agents which are independently modifiable by the nurse) and their respective at-risk populations (groups of people who share some characteristic that makes each member susceptible to a given human response) (the last two elements were introduced in the last review of NANDA-I taxonomy, version 2018-2020) (Herdman & Kamitsuru, 2017) were independently identified for each concept and discussed until agreement was reached on individual derivations.

A combination of MeSH descriptors (Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine) for each ND and specific uncontrolled descriptors for each diagnosis are used in order to broaden the search. MESH terms: urinary incontinence OR lower urinary tract symptoms; AND nursing diagnosis OR nursing; AND epidemiology; AND anamnesis



OR diagnosis AND uncontrolled descriptors “functional urinary incontinence” OR “functional incontinence” OR “mixed urinary incontinence” OR “mixed incontinence” OR “urge incontinence” OR “urinary urgency” OR “urine incontinence” OR “overactive bladder” OR “neurogenic bladder” OR “stress urinary incontinence” OR “transient urinary incontinence” OR “overflow incontinence” OR “overflow urinary incontinence”. The search coverage period was two years before the proposal or last update of the ND to date. The research was carried out in the CINAHL, Pubmed, Embase, Scopus and BVS (*Biblioteca Virtual de Saúde*) databases. Articles of opinion, editorials, letters to the editor or reflection, articles in languages other than English, Spanish and Portuguese or which did not provide subsidies for research were excluded.

For the selection of articles, the title and abstract of the study were read and, in case of doubt, the full text and a floating reading of the article were accessed to evaluate whether they respond to the research question.

Validation matrices were developed to facilitate simultaneous examination of the concepts through which the authors were able to extract the common elements to the diagnoses and identify their peculiarities. Validation matrix examinations enabled us to re-evaluate each characteristic of an individual concept in the light of all others, revising them.

Finally, a procedural model was developed by elaborating a figure (see Figure 2) whose relationships are represented by arrows which involve more than two diagnoses, thereby facilitating examination of the consistency and interrelationship between the concepts, also identifying potential areas of theoretical and empirical confusion.

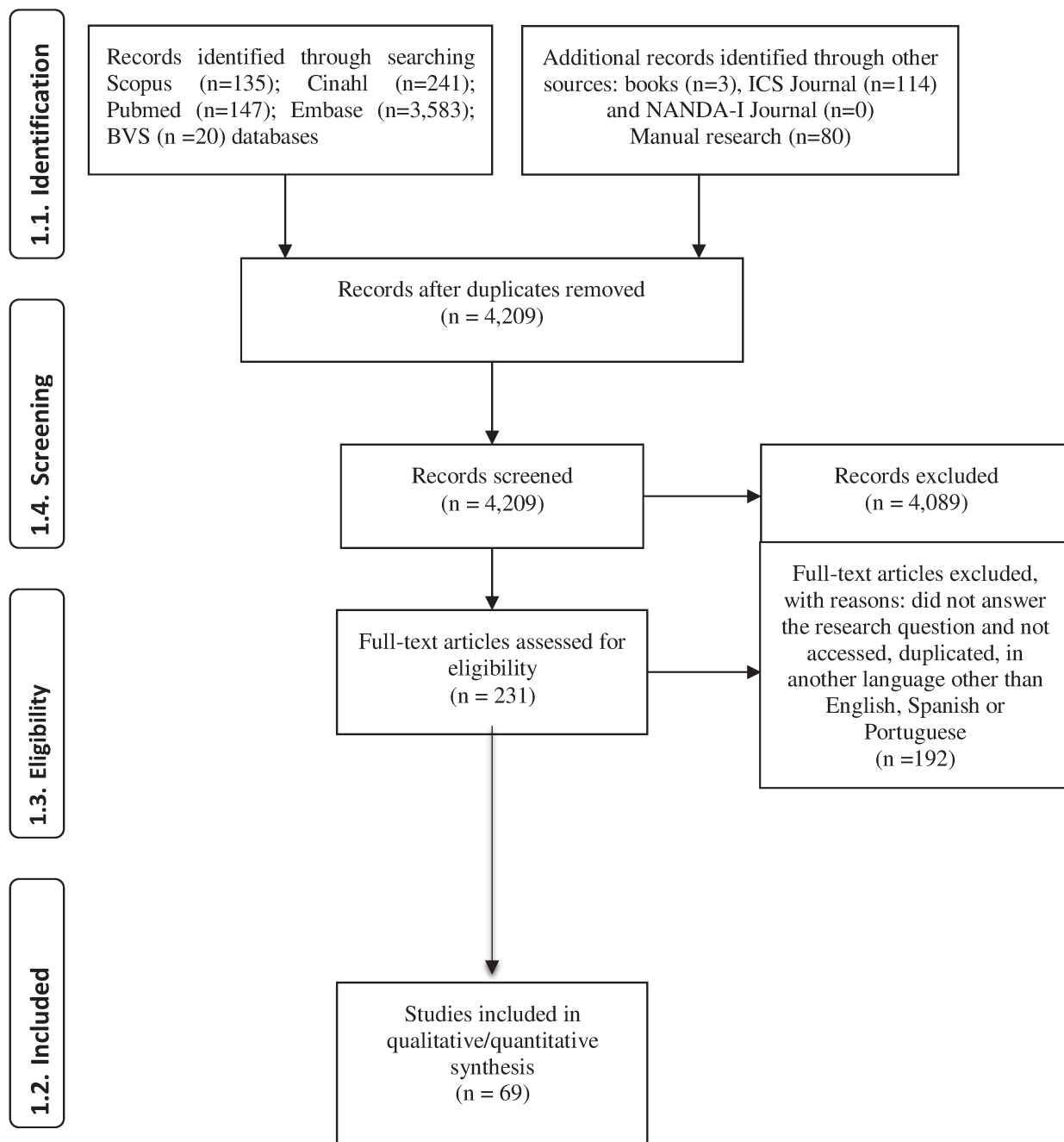
### **3. Evaluation of Findings**

#### **Clarification of individual concepts**

##### **Stress Urinary Incontinence**

Stress UI is one of the most extensively studied NDs among those revised. Proposed in 1986 and revised in 2006 by NANDA-I, it was maintained with the same title suggested in the revised specialized literature, including in ICS publications of 2002 and 2010.

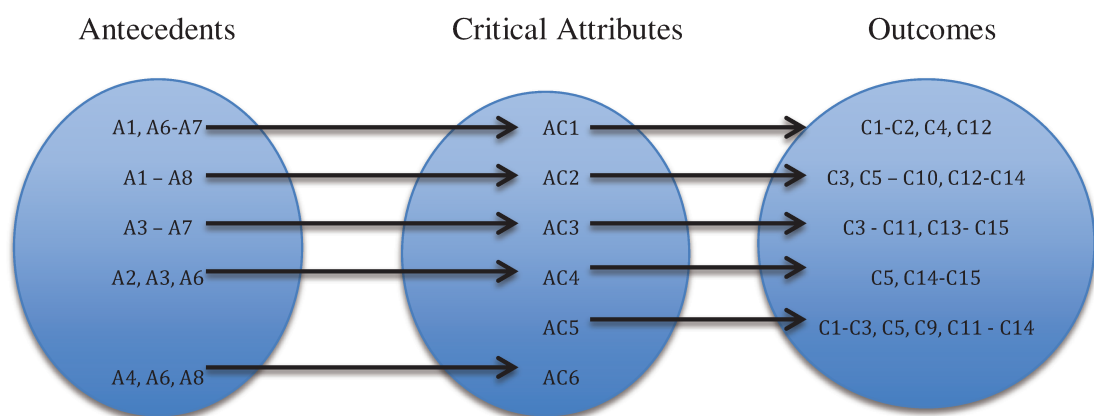
Figure 1. Literature identification and study selection. PRISMA flow diagram.



Four outcomes were identified (see Chart 1), all also common to other NDs, particularly Mixed UI. Three of the four antecedents identified in the literature were exclusive to this ND: any factors which increase intra-abdominal pressure (Khandelwal & Kistler, 2013); muscle trauma or injury due to denervation (Doughty & Burns, 2006; Khandelwal & Kistler, 2013), and side effects of antihypertensive medications (Khandelwal & Kistler, 2013). Direct injury to the sphincter muscles, pelvic floor or neuronal injury are described as the main pathophysiological mechanisms of this type of UI. Increased intra-abdominal pressure when coughing, sneezing or laughing, for example, would precipitate urine leakage, denoting the insufficiency of continence mechanisms related to such structures.

Non-neurogenic causes of pelvic floor or sphincter injury (Doughty & Burns, 2006; Khandelwal & Kistler, 2013; Thiruchelvam et al., 2015; Laterza et al., 2015; Drake et al., 2016; Gordon, Shorter, Isodi, & Moldwin, 2017), and weakness or relaxation of the urethral sphincter due to injury or neurological disease were exclusively associated conditions to this ND (Doughty & Burns, 2006; Drake et al., 2016), although other conditions have also been identified in the literature review. Post-prostatectomized men (Milsom et al., 2017) and men with abdominal obesity (Li, Xu, Nie, Li, & Mao, 2017) were populations highlighted as being exclusively at risk for this ND.

Figure 2. Relation between the elements compounding the NDs related to Urinary Incontinence



### **ANTECEDENTS**

- A1 - Pelvic floor muscles presenting weakness or less effective contraction
- A2 - Adverse effects of diuretic medications, especially fast acting agents
- A3 - Excessive intake of liquids
- A4 - Consumption of alcoholic beverages, caffeine and carbonated beverages
- A5 - Restriction of intake of liquids
- A6 - Chronic Constipation
- A7 - Smoking
- A8 - Restricted/impaired mobility

### **CRITICAL ATTRIBUTES**

- AC1 – Stress Urinary Incontinence
- AC2 – Urgency Urinary Incontinence
- AC3 – Neurogenic Detrusor Overactivity Urinary Incontinence
- AC4 – Functional Urinary Incontinence
- AC5 – Mixed Urinary Incontinence
- AC6 – Transient Urinary Incontinence

### **OUTCOMES**

- C1 - Leakage of urine upon effort (only or predominantly)
- C2 - Leakage of urine in the absence of bladder storage symptoms
- C3 - Leakage of urine preceded by feeling of urgency
- C4 - Leakage of small amount of urine
- C5 – The person presents adaptive behavior due to the urgency
- C6 - Feeling of urgency with trigger stimuli
- C7 - Prophylactic Micturition
- C8 - Increased urinary frequency
- C9 - Nocturia
- C10 - Decreased bladder capacity
- C11 - Feeling of incomplete bladder emptying
- C12 - Absent or small post-micturition residual volume
- C13 - Sensation of bladder contraction and leakage of urine concomitant to or preceded by a feeling of urgency
- C14 - Urinary Urgency
- C15 – Drink less fluid because of problems with bladder control

Chart 1. Elements of Nursing Diagnoses (NDs) proposed in the literature review

<b>Critical Attributes/Definition</b>	<b>Antecedents*</b>	<b>Outcomes*</b>	<b>Associated Conditions</b>	<b>At Risk Populations</b>
<b>Stress UI ND</b> Definition: Sudden leakage of small amounts of urine due to activities that increase intra-abdominal pressure, and the fact that this urinary leakage is not associated with any feeling of urgency to urinate (Doughty & Burns, 2006).	Weak pelvic floor muscles or less effective pelvic floor muscle (Morin, Bourbonnais, Gravel, Dumoulin, & Lemieux, 2004; Devreese et al., 2004; Khandelwal & Kistler, 2013).	Leakage of urine upon effort (only or predominantly) (Khandelwal & Kistler, 2013).	Weakness or damage to muscles and connective tissues of the pelvic floor (O'Dell & Labin, 2006; Doughty & Burns, 2006; Khandelwal & Kistler, 2013; Serati et al., 2016; Jha et al., 2018; Gordon, Shorter, Isodi, & Moldwin, 2017).	People of an advanced age (Milsom et al., 2017).
	Any factors which increase intra-abdominal pressure (Khandelwal & Kistler, 2013).	Absent or small post-micturition residual volume (Medina et al., 2016; Aoki et al., 2017).	Non-neurogenic causes of pelvic floor or sphincter injury (Doughty & Burns, 2006; Khandelwal & Kistler, 2013; Thiruchelvam et al., 2015; Laterza et al., 2015; Drake et al., 2016; Gordon et al., 2017).	White women (Minassian et al., 2017).
	Muscle trauma or injury due to denervation (Doughty &	Leakage of urine in the absence of bladder storage	Weakness or relaxation of the urethral sphincter due to injury	Women who had given vaginal birth

	Burns, 2006; Khandelwal & Kistler, 2013).	symptoms (Khandelwal & Kistler, 2013; Committee on Gynecologic Practice American Urogynecologic Society, 2014).	or neurological disease (Doughty & Burns, 2006; Drake et al., 2016).	(Milsom et al., 2017).
	Side effects of antihypertensive medications (Khandelwal & Kistler, 2013).	Leakage of small amount of urine (Khandelwal & Kistler, 2013; Aoki et al., 2017).	Vulvar or vaginal atrophy (Khandelwal & Kistler, 2013).	People with excessive body weight (Wesness, 2014; Minassian et al., 2017). Women who have had children (Tahtinen et al., 2016; Milsom et al., 2017; Minassian, Bazi, & Stewart, 2017). People who had previously undergone pelvic surgery (Minassian

				et al., 2017).
				Post-prostatectomized men (Milsom et al., 2017).
				Men with abdominal obesity (Li, Xu, Nie, Li, & Mao, 2017).
Urgency UI ND Definition: The complaint of involuntary urine leakage concomitant to or immediately preceded by urgency (Abrams et al., 2002).	Pelvic floor weakness (sphincter weakness and/or stress incontinence)(Ouslander, 2004; Krissovic, 2006).	Urinary urgency (Abrams et al., 2002).	Decreased ability to handle afferent signals in the brain and abnormally increased afferent signs of the bladder and/or urethra (Salvatore et al., 2017).	Older individuals and those who are increasing in age (Salvatore et al., 2017; Minassian et al., 2017; Troko, Bach, & Toozs-Hobson, 2016).
	Smoking (Wyman et al., 2009; (Gamble et al., 2010; Troko et al., 2016; Minassian et al., 2017).	Urine leakages between micturition of varying volumes (Abrams et al., 2002).	Bladder abnormalities or inflammation (such as tumors, calculi, interstitial cystitis, painful bladder syndrome, infections or after	Women with obstetric history (vaginal delivery, multiple births)(Milsom et al.,

			radiotherapy) (Ouslander, 2004; Krissoovich, 2006; Wyndaele & De Watcher, 2008; Rantell, 2013).	2017).
	Mobility restriction/impaired (Ouslander, 2004; Krissoovich, 2006).	Increased urinary frequency (Abrams et al., 2002).	Arteriovascular, venous insufficiency and cardiac disease (Congestive heart failure)(Outlander, 2004; Kristovich, 2006; Khandelwal & Kistler, 2013; Rantell, 2013).	
	Adverse effects of diuretic medications, especially fast acting agents (Ouslander, 2004; Krissoovich, 2006; Rosenberg, Newman, Tallman, & Page, 2007).	Nocturia (Abrams et al., 2002).	Estrogen deficiency with vulvar or vaginal atrophy (Outlander, 2004; Kristovich, 2006; Wyndaele & De Watcher, 2008; Khandelwal & Kistler, 2013; Rantell, 2013).	Obese people (Minassian et al., 2017; Troko, Bach, & Tooze-Hobson, 2016).
	Chronic constipation (Krissoovich, 2006; Gamble et al., 2010; Rantell, 2013; Griebeling, 2013).	Decreased bladder capacity (Starkman & Dmochowski, 2008).	Mental health (anxiety, depression, postpartum depression, sexual, physical and emotional abuse)(Ikeda et	



			al., 2011; Salvatore et al., 2017).	
	Pelvic organ prolapse (de Boer et al., 2010; Haylen et al., 2010; Salvatore et al., 2017).	Absent or small post-micturition residual volume (Khandelwal & Kistler, 2013).	Diabetes (Ouslander, 2004; Yamaguchi et al., 2007; Rantell, 2013; Yuan, Tang, He, & Tang, 2015).	Black women (Minassian et al., 2017; Milsom et al., 2017).
	Overactive bladder syndrome (Abrams et al., 2002; Khandelwal & Kistler, 2013).	The person presents adaptive behavior due to the urgency (Minassian et al., 2017; Molinuevo & Batista-Miranda, 2012).	Outlet obstruction (Ouslander, 2004; Krissovic, 2006; Salvatore et al., 2017).	
	Excessive of fluid intake (Wyman et al., 2009; Rantell, 2013).	Feeling of urgency with trigger stimuli (O'Dell & Labin, 2006; Morris, 2013).	Side effects of cholinesterase inhibitors (Ouslander, 2004; Krissovic, 2006).	
	Alcohol, caffeine and carbonated drinks intake (Ouslander, 2004; Rosenberg et al., 2007; Khandelwal, 2013; Robinson, Giarenis, & Cardozo, 2016; Ikeda et al., 2011).	Sensation of bladder contraction and leakage of urine concomitant to or preceded by a feeling of urgency (Kuo et al., 2014; Aoki et al., 2017).	Impaired bladder emptying (Krissovic, 2006).	

	Restriction of intake of liquids (Wyman et al., 2009; Rantell, 2013).	Leakage of urine preceded by feeling of urgency (Kuo et al., 2014; Aoki et al., 2017).	Sleep disorders (sleep apnea, periodic limb movements) (Ouslander, 2004).	
Functional IU ND Definition: Urine leakage caused by external factors to the urinary tract which interfere with the ability to respond in a socially appropriate way to the urge to void, such as getting to the bathroom or using toilets (Thompson, 2006; Elkadry, 2006).	To avoid going to non-hygienic toilets (von Gontard, Niemczyk, Weber, & Equit, 2015).	Restricted/impaired mobility (Ouslander, 2004; Krissoovich, 2006).	Cognitive impairment (Thompson, 2006; Elkadry, 2006; Sakakibara, 2016).	Female children and adolescents and children older than 5 years (von Gontard et al., 2015).
	To avoid going to the toilet in social situations due to embarrassment (von Gontard et al., 2015).	Lack of concern about either going to the toilet or about incontinence itself (Sakakibara, 2016).	Motivational issues (Thompson, 2006; Elkadry, 2006; von Gontard, 2012).	
	Oppositional and provocative behavior (von Gontard et al., 2015).	Not knowing how to get to the bathroom (von Gontard et al., 2016).	General intellectual deficiency (von Gontard et al., 2016).	Frail older adults (DuBeau, Kuchel, Johnson II, Palmer, & Wagg, 2010).
	Pleasurable sensations associated with excessively distended bladder or rectum (von Gontard et al., 2015).	Postponed micturition (Kuhn et al., 2009; von Gontard, Niemczyk, Wagner, & Equit, 2015).	Use of medications which increase urinary frequency or volume, cause sedation, confusion, or urinary retention (Elkadry, 2006).	
	To become accustomed to the habit of postponing	Decreased urinary frequency (von Gontard, 2015).	Impaired manual mobility/coordination/manual	

	micturition (von Gontard et al., 2015).		dexterity (Thompson, 2006; Elkadry, 2006; Sakakibara, 2016).	
	Fecal impaction/intestinal constipation (Kuhn et al., 2009; Elkadry, 2006; von Gontard et al., 2016).	Urinary urgency (Kuhn et al., 2009; von Gontar et al., 2015).	Medical conditions (Elkadry, 2006).	
	Problems due to bladder training or psychological difficulties (Nijman, 2000).	Use of urinary containment maneuvers (von Gontard et al., 2016).		
	Environmental factors that interfere with continence (Thompson, 2006; Elkadry, 2006).	Drink less fluid because of problems with bladder control (von Gontard et al., 2015; von Gontard et al., 2016).		
	Increased fluid intake (Elkadry, 2006).	The person presents adaptive behavior due to the urgency (Elkadry, 2006).		
	Fluid retention (Elkadry, 2006).			
	Diuretic use (Elkadry, 2006).			
	Neurogenic Detrusor Overactivity UI ND	Neurogenic detrusor overactivity (Abrams et al.,	Reflex micturition (de Groat et al., 2015).	

Definition: Urine leakage due to involuntary contractions of the detrusor caused by neurological disease (Abrams et al., 2002; Drake et al., 2016)	2002, Khandelwal & Kistler, 2013, Aoki et al., 2017).		neurological lesions (Gray, 2006; Drake et al., 2016).	& Cardozo, 2014).
	Detrusor sphincter dyssynergia (DSD) (Gray, 2006; Haab, 2014).	Prophylactic Micturition (Wyman, Burgio, & Newman, 2009; Minassian et al., 2017; Abrams et al., 2012; Molinuevo & Batista-Miranda, 2012).		Elderly (Morris, 2013).
	Bladder hypersensitivity (Aoki et al., 2017).	Immediately searching for a bathroom when in a new place (Wyman, Burgio & Newman, 2009; Abrams et al., 2012; Molinuevo & Batista-Miranda, 2012).		
	Decreased complacency of the bladder wall (Aoki et al., 2017).	Drink less fluid because of problems with bladder control (Wyman, Burgio, & Newman, 2009; Minassian et al., 2017; Abrams et al., 2012; Molinuevo & Batista-Miranda, 2012).	Urologic Complications (Gray, 2006).	

	Alcohol, caffeine and carbonated drinks intake (Ouslander, 2004; Rosenberg et al., 2007; Wyman, Burgio, & Newman, 2009; Ikeda et al., 2011; Khandelwal & Kistler, 2013; Robinson, Giarenis & Cardozo, 2014).	Choice of clothes which do not show urine leakage (Wyman et al., 2009; Abrams et al., 2012; Molinuevo & Batista-Miranda, 2012).		
	Excessive of fluid intake (Wyman, Burgio, & Newman, 2009; Rantell, 2013; Robinson, Giarenis, & Cardozo, 2014).	Avoiding sexual intimacy (Wyman et al, 2009; Abrams et al., 2012; Molinuevo & Batista-Miranda, 2012).		
	Restriction of intake of liquids  (Wyman, Burgio, & Newman, 2009; Rantell, 2013; Robinson, Giarenis, & Cardozo, 2014	Micturition induced by electrical stimulation of the sacral roots, bladder reflex stimulation (suprapubic percussion, groin scratching and anal/rectal manipulation), or by catheterization (Abrams et al., 2002).		

	Chronic constipation (Krissoovich, 2006; Wyman, Burgio & Newman, 2009; Gamble et al., 2010; Rantell, 2013; Griebeling, 2013).	Frequent loss of small volumes of urine (Gray, 2006).		
	Obesity (Wyman, Burgio, & Newman, 2009).	Urinary urgency (Abrams et al., 2002).		
	Consumption of vitamin C and calcium (Robinson, Giarenis & Cardozo, 2014).	Increased urinary frequency (Abrams et al., 2002; Kuo et al., 2014).		
	Smoking (Wyman, Burgio, & Newman, 2009; Gamble et al., 2010; Troko et al., 2016; Minassian et al., 2017; Robinson, Giarenis, & Cardozo, 2014).	Nocturia (Abrams et al., 2002; Kuo et al., 2014).		
		Decreased bladder capacity (Starkman & Dmochowski, 2008).		
		Feeling of urgency with trigger stimuli (O'Dell, & Labin, 2006; Morris, 2013).		
		Sensation of bladder contraction and leakage of urine concomitant to or		

		preceded by a feeling of urgency (Kuo et al., 2014; Aoki et al., 2017).		
		Feeling of incomplete bladder emptying (Woodtli, 1995; Haylen et al., 2010).		
Mixed UI ND Definition: Involuntary urine leakage associated with urgency and physical effort, sneezing or coughing (Haylen et al., 2010; Khandelwal & Kistler, 2013).	Flaccidity/weakness of the anterior wall of the vagina and/or striated muscle atrophy (Petros, 2011; Porena et al., 2013).	Urinary urgency (Woodtli, 1995).	Estrogen deficiency (Outlander, 2004; Kristovich, 2006; Wyndaele & De Wachter, 2008; Khandelwal & Kistler, 2013; Rantell, 2013).	People who already have one type of UI (Minassian et al., 2018; Khullar, Cardozo, & Dmochowski., 2010; Deng, 2011).
	Incompetence of the urethral sphincter and bladder neck (Digesu et al., 2008).	Leakage of urine preceded by feeling of urgency (Woodtli, 1995).	Menopause (Minassian et al., 2018).	People with motor and functional difficulties (Komesu et al., 2016; Minassian, Bazi, & Stewart, 2017).
		Leakage of urine upon effort, coughing, sneezing or	Obesity (Minassian et al., 2018; Minassian, Stewart, &	Older people (Minassian, Stewart

		laughing (Woodtli, 1995).	Hirsch, 2008; Komesu et al., 2016; Minassian et al., 2016).	& Hirsch, 2008; Deng, 2011; Minassian, Bazi, & Stewart, 2017).
		Nocturia (Woodtli, 1995).	Pelvic organ prolapse (Minassian et al., 2018).	Race (White Women) (Minassian, Stewart, & Hirsch, 2008; Minassian, Bazi, & Stewart, 2017).
		Feeling of incomplete bladder emptying (Woodtli, 1995; Haylen et al., 2010).	Diabetes (Minassian, Bazi, & Stewart, 2017).	Multiparous women (Minassian, Stewart, & Hirsch, 2008; Minassian et al., 2016; Minassian, Bazi, & Stewart, 2017).
			Chronic cough and smoking (Minassian, Stewart, & Hirsch, 2008; Minassian, Bazi, & Stewart, 2017).	People with the prolonged presence of one type of UI (Minassian, Stewart,



				& Hirsch, 2008; Minassian et al., 2016).
				People with trauma in urethral or pelvic floor muscles (Doughty & Burns, 2006; O'Dell & Labin, 2006; Khandelwal & Kistler, 2013).
Transient UI ND Definition: Sudden urine leakage lasting less than six months resulting from reversible causes (Dowling-Castronovo & Specht, 2009).	Delirium (Ermer-Seltun, 2006; Salvatore et al., 2017).	Leakage of urine caused by reversible or transient factors (Ermer-Seltun, 2006).	Age-related urinary tract changes (Ermer-Seltun, 2006).	Older people (Ermer- Seltun, 2006; Salvatore et al., 2017).
	Infection/Urinary Tract Infection (Ermer-Seltun, 2006; Salvatore et al., 2017).	Sudden leakage of urine (Dowling-Castronovo & Specht, 2009).	Conditions that change the position or innervation of the bladder and sphincter (Ermer- Seltun, 2006).	People with any acute disease that may influence urinary continence or production (Ermer- Seltun, 2006;

				Salvatore et al., 2017).
	Atrophic vaginitis (Ermer-Seltum, 2006; Salvatore et al., 2017).	Signs and symptoms of leakage of urine persist for less than six months (Dowling-Castronovo & Specht, 2009).	Conditions that result in reduction of bladder compliance (Ermer-Seltun, 2006).	Women in gestation, delivery and puerperium (Glazener et al., 2006; Mac Artur et al., 2006; -Brown, Gartland, Donath, & MacArthur, 2011; Leroy, Lucio, & Lopes, 2016; Salvatore et al., 2017; Rocha et al., 2017; Wesnes, Hannestad, & Rortveit, 2017).
	Medications (adverse effects of medications)(Ermer-Seltum, 2006; Salvatore et al., 2017).		Infravesical obstruction (Ermer-Seltum, 2006).	
	Psychological condition (anxiety, depression, postpartum depression; sexual, physical and emotional abuse) (Ermer-Seltun, 2006; Salvatore et al., 2017).		Weakening of the pelvic floor occurring during pregnancy, and perineal or urethral trauma due to delivery (Glazener et al., 2006; Mac Artur et al., 2006; Brown et al., 2011; Leroy, Lucio ,& Lopes, 2016; Salvatore et al., 2017; Rocha, Brandão, Melo, Torres, & Costa, 2017; Wesnes, Hannestad ,& Rortveit, 2017).	
	Excessive urine production (Salvatore et al., 2017)			
	Reduced/impaired mobility (Salvatore et al., 2017)			

	Fecal impaction/intestinal constipation (Salvatore et al., 2017).			
	Dehydration (Ermer-Seltum, 2006).			
	Dietary irritants (Ermer-Seltum, 2006).			

\*Antecedents also called Related Factors by NANDA-I; Outcomes also called Defining Characteristics by NANDA-I.

### **Urgency Urinary Incontinence**

Urgency UI was also proposed by NANDA-I in 1986, revised in 2006, and maintains the same title mentioned in most of the literature researched on the subject. Some authors have introduced the term *urge urinary incontinence* as a synonym, but they affirm that this term in English may generate confusion since the word “urge” may denote intense urge to void, which is a normal physiological sensation and different from urinary urgency, which is considered pathological (Chapple et al., 2005). There is a long discussion on the concept of urgency among specialists since it is still a difficult term to define, and it is referred to by the patient as a sudden uncontrollable urge to void (Abrams et al., 2002) which is difficult to defer, or even for fear of losing urine (Drake, 2014).

Ten outcomes were identified during the review of this diagnosis. However, only “urine leakages between micturition of varying volumes”(Abrams et al., 2002) were not common to other NDs (see Chart 1). The exclusive antecedents for this ND were: pelvic organ prolapse (de Boer et al., 2010; Haylen et al., 2010; Salvatore et al., 2017) and overactive bladder syndrome (Abrams et al., 2002; Khandelwal & Kistler, 2013), which may be associated with bladder storage symptoms (urinary urgency, increased urinary frequency, nocturia), being common in patients with this ND.

The exclusive conditions associated with this ND were: decreased ability to handle afferent signals in the brain and abnormally increased afferent signs of the bladder and/or urethra (Salvatore et al., 2017); side effects of cholinesterase inhibitors (Ouslander, 2004; Krissovic, 2006); impaired bladder emptying (Krissovic, 2006) and sleep disorders (sleep apnea, periodic limb movements) (Ouslander, 2004). Black women were the at-risk population for this ND (Minassian et al., 2017; Milsom et al., 2017), although three other groups were identified as at risk but common to other NDs (see Chart 1).

### **Neurogenic Detrusor Overactivity Urinary Incontinence**

This diagnosis is titled as Reflex UI in the latest version of NANDA-I. It was proposed in 1986 and revised in 1998, and its elements suggest a reflex micturition related to neurological factors.

Exclusive outcomes to this ND are: reflex micturition (de Groat, Griffiths, & Yoshimura, 2015) and the presence of adaptive behaviors (i.e. immediately searching for a bathroom when in a new place) (Wyman, Burgio & Newman, 2009; Abrams, Chapple, Juñemann, & Sharpe, 2012; Molinuevo & Batista-Miranda, 2012); choice of clothes which do not show urine leakage (Wyman et al., 2009; Abrams et al., 2012; Molinuevo & Batista-

Miranda, 2012); avoiding sexual intimacy (Wyman et al, 2009; Abrams et al., 2012; Molinuevo & Batista-Miranda, 2012); micturition induced by electrical stimulation of the sacral roots, bladder reflex stimulation (suprapubic percussion, groin scratching and anal/rectal manipulation), or by catheterization (Abrams et al., 2002). The exclusive antecedents of this ND are: neurogenic detrusor overactivity (Abrams et al., 2002, Khandelwal & Kistler, 2013, Aoki et al., 2017); detrusor sphincter dyssynergia (DSD) (Gray, 2006, Haab, 2014); bladder hypersensitivity (Aoki et al., 2017); decreased complacency of the bladder wall (Aoki et al., 2017); and consumption of vitamin C and calcium (Robinson, Giarenis & Cardozo, 2014). Suprapontine, pontine and medullary suprasacral neurological lesions (Gray, 2006; Drake et al., 2016) stand out as exclusive associated conditions. No exclusive at-risk populations were identified.

### **Functional Urinary Incontinence**

This diagnosis was proposed by NANDA-I in 1986 and revised in 1998. The literature mentions the same title, although it is not on the list of terms proposed by ICS in 2002 and 2010 terminologies.

The following stand out as exclusive outcomes of this diagnosis: restricted/impaired mobility (Ouslander, 2004; Krissovic, 2006); lack of concern about either going to the toilet or about incontinence itself (Sakakibara, 2016); not knowing how to get to the bathroom (von Gontard et al., 2016); postponed micturition (Kuhn, Natale, Siemer, Stoeckle, & von Gontard, 2009; von Gontard, Niemczyk, Wagner, & Equit, 2015); decreased urinary frequency (von Gontard, 2015); and use of urinary containment maneuvers (von Gontard et al., 2016). The exclusive antecedents of this ND are: to avoid going to non-hygienic toilets (von Gontard et al., 2015); to avoid going to the toilet in social situations due to embarrassment (von Gontard et al., 2015); oppositional and provocative behavior (von Gontard et al., 2015); pleasurable sensations associated with excessively distended bladder or rectum (von Gontard et al., 2015); to become accustomed to the habit of postponing micturition (von Gontard et al., 2015); problems due to bladder training or psychological difficulties (Nijman, 2000); environmental factors that interfere with continence (Thompson, 2006; Elkadry, 2006); and fluid retention (Elkadry, 2006).

The conditions associated with this ND are related to extrinsic problems to the urinary tract, which may impair access to the toilet due to physical or psychological reasons: cognitive impairment (Thompson, 2006; Elkadry, 2006; Sakakibara, 2016); general intellectual deficiency (von Gontard et al., 2016); use of medications which increase urinary

frequency or volume, cause sedation, confusion, or urinary retention (Elkadry, 2006); and impaired manual mobility/coordination/manual dexterity (Thompson, 2006; Elkadry, 2006; Sakakibara, 2016). Exclusive at-risk populations for this ND: frail older adults (DuBeau, Kuchel, Johnson II, Palmer, & Wagg, 2010), female children and adolescents and children older than 5 years (von Gontard et al., 2016), being the age at which continence is already expected (Austin et al., 2015).

### **Mixed Urinary Incontinence**

Mixed UI was proposed by ICS in 2002. The authors of this work suggest the inclusion of this ND in NANDA-I taxonomy since it is a prevalent condition, and distinct from the other diagnoses contained in 2018-2020 version.

No exclusive outcomes have been identified because they encompass common elements to the Stress UI and Urgency UI Nursing Diagnoses, appearing to be a more advanced stage of these two conditions (Minassian, Yan, Pilzek, Platte, & Stewart, 2018). Regarding the antecedents, exclusive elements to this ND are: flaccidity/weakness of the anterior wall of the vagina and/or striated muscle atrophy (Porena, Costantini, & Lazzeri, 2013), and incompetence of the urethral sphincter and bladder neck (Digesu, Salvatore, Fernando, & Khullar, 2008) (see Figure 2).

### **Transient Urinary Incontinence**

Although not mentioned in NANDA-I or ICS terminologies published in 2002 and 2010, this ND is described in the 2017 ICS publication (Salvatore et al., 2017), and it is transient, temporary, and not necessarily acute.

The exclusive outcomes of this ND are urine leakage caused by reversible or transient factors (Ermer-Seltun, 2006), which appears suddenly (Dowling-Castronovo & Specht, 2009), and signs and symptoms of urine leakage persisting for less than six months (Dowling-Castronovo & Specht, 2009) (see Figure 2).

These conditions are exclusively associated with this type of incontinence: changes in the urinary tract related to age (Ermer-Seltun, 2006); weakening of the pelvic floor occurring during pregnancy; and perineal or urethral trauma due to delivery (Petros, 2011).

### **Interrelation between the concepts**

When comparing the elements of the revised NDs and the NDs contained in the NANDA-I 2018-2020 version, it can be seen that the correspondences (semantic and

operational meaning) between them were partial. Among the three characteristics presented by NANDA-I for Stress UI, only the defining characteristic “Involuntary leakage of small volumes of urine” corresponded to one of the revised outcomes. In turn, only “Weakening of the pelvic floor musculature” in the related factors presented in the taxonomy also presented a correlation with the antecedent proposed in this concept analysis.

Only one of the three associated conditions of NANDA-I corresponded to this same element: “Degenerative changes of the pelvic floor musculature.” Although the at-risk population has been a proposed element in this version of NANDA-I, this element is not described in any of the revised NDs, and therefore it is not possible to establish such correspondence since they have not yet been developed and identified.

For the Urgency UI ND, three out of four defining characteristics corresponded to its outcomes: “Urinary urgency,” “Inability to reach the bathroom in time to avoid urine leakage” and “Sensation of bladder contraction and urine leakage concomitant to or preceded by a feeling of urgency.” Among the related factors, three out of four proposed by NANDA-I presented correspondence: “Fecal impaction,” “Alcohol consumption,” and “Caffeine intake.”

In the Neurogenic Detrusor Overactivity UI (called Reflex UI in NANDA-I), six out of eight defining characteristics corresponded to the outcomes of the proposed ND: “Inability to voluntarily inhibit bladder emptying,” “Predictable pattern of bladder emptying,” “Incomplete bladder emptying with lesion above the micturition pontine center,” “Feeling of urgency to void without voluntary inhibition of bladder contraction,” “Lack of feeling to empty the bladder,” “Inability to voluntarily initiate bladder emptying.” The NANDA-I 2018-2020 version does not present related factors or at-risk populations for this ND; therefore, it is not possible to establish correspondences between the antecedents found in the literature. Among the associated conditions described in NANDA-I, two out of three corresponded to the review: “Neurological impairment above micturition pontine level” and “Neurological impairment above the level of the sacral micturition center.”

In the Functional UI, three out of five defining characteristics proposed by the NANDA-I corresponded to the revised outcomes: “Time needed to get to the toilet is too long after the feeling of urgency,” “Urine leakage before reaching the toilet,” “Need to void sensation.” The only related factor proposed by the NANDA-I did not correspond to any of the revised antecedents, with the opposite occurring for the associated conditions, which corresponded to the elements found in the review.

It was not possible to establish correspondence between the elements found in the literature review as the NDs of Mixed UI and Transient UI are not described in the current NANDA-I taxonomy.

#### **4. Synthesis of Findings**

Some NDs have common antecedents, although with different pathophysiology. The pelvic floor presenting weakness or less effective contraction are antecedents of Stress UI and Urgency UI (see Figure 2). Thus, urine leakage to the proximal urethra which may occur due to such changes may precipitate urgency or increase the chance of leakage by triggering uninhibited contractions in the detrusor (Krissoovich, 2006). Some factors that may interfere with urinary volume such as excessive fluid intake, use of diuretics and/or consumption of bladder irritants (carbonated beverages, caffeine, alcohol), or increased urinary osmolarity may precipitate urinary urgency and consequent urine leakage, particularly in people with motor and functional difficulties for whom reaching the bathroom may take more time than expected.

Other factors such as smoking (which may lead to chronic coughing, with consequent increase in intra-abdominal pressure); consumption of irritating substances (which may precipitate detrusor overactivity); and chronic constipation (which, in addition to repetitive abdominal exertion, may lead to damage in the pelvic floor and even cause involuntary contractions in the bladder), are elements that may precipitate UI episodes, and are widely described in the literature as being related to the studied diagnoses, although the degree of influence varies depending on the pathophysiological mechanisms involved.

Signs or symptoms related to bladder storage are common to most studied NDs, except for Stress UI. Thus, adaptive behaviors are also common with the main objective to prevent urine leakage preceded by urinary urgency, such as mapping bathrooms when in an unknown place, or prophylactic micturition before leaving home.

Although reflex micturition is one of the main outcomes of neurogenic bladder overactivity UI, the researched literature points to other consequences which make the diagnosis clearer and more comprehensive, facilitating its distinction from Urgency UI, although they still share many of the same elements. The critical attribute of this ND is: urine leakage due to involuntary contractions of the detrusor caused by neurological disease (Abrams et al., 2002; Drake et al., 2016), which justified the alteration in its title, since neurogenic detrusor overactivity is the main etiological factor of this type of UI, unlike Urgency UI whose detrusor overactivity may be idiopathic.



Some of these signs or symptoms are transient and associated with acute or reversible clinical conditions which disappear once treated, as in the case of Transient UI. This is what usually occurs with Transient UI, whose signs and symptoms appear abruptly and have temporary duration, and then disappear when the underlying condition is treated. However, in some cases where the underlying condition persists indefinitely, the UI will be reclassified as one of the other UI types.

There is still controversy about the Mixed UI pathophysiology. This diagnosis has common characteristics to the Stress UI and Urgency UI Nursing Diagnoses, with the latter being predominant. Some studies suggest that this is an advanced stage of these UI types, since the presence of one of these subtypes increases the expression of the other (Minassian, Stewart, & Hirsch, 2008). In addition, the prolonged presence of one type of UI may precipitate the onset of another type (Minassian et al., 2008; Minassian, Yan, Pitcavage, & Stewart, 2016). Moreover, age-related Mixed UI factors have also shown to be a distinct entity, since it is the most prevalent subtype related to increasing age (Minassian, Bazi, & Stewart, 2017).

## **5. Conclusions**

The SCA allowed us to identify similar features to the revised NDs, as well as factors exclusive to each of them. In addition to enabling correct identification of the UI phenomenon, the findings of this concept analysis could subsidize specific nursing interventions for UI type, thereby making the care for these people more effective and safer. However, to refine all the elements of the ND found in the literature review, it is important to do a content validation, the last step of the SCA.

Although this is not the objective of this concept analysis, it will give support to elaborating a middle-range theory, in which the relationship between the different elements that appeared during this concept analysis will be established so that they can be more easily applicable. Identification of the ND elements will make it easier to understand the diagnosis, and possibly provide better diagnostic inference by the nurses involved in providing care for people with UI.

## **6. Implications for Nursing Knowledge and/or Language Development:**

- To standardize the terms commonly used in the field of urinary incontinence improving the communication between all the professions that evolved in patient's care.

- To allow the recognition of the elements that compose the nursing diagnoses related to urinary incontinence

## 7. Knowledge Translation

- To support for clinical reasoning to identify properly the types of urinary incontinence.
- To help the nurses to use standard terms related to urinary incontinence.
- To identify the elements the compound a Nursing Diagnose making easier the diagnose inference.
- To standardize the language used by comparing data in surveys.
- To standardize terms facilitating teaching in nursing.

## References

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosler, P., Ulmsten, U., ... Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21(2), 167-178. doi: 10.1002/nau.10052
- Abrams, P., Chapple, C.R., Jönemann, K.P., & Sharpe, S. (2012). Urinary urgency: A review of its assessment as the key symptom of the overactive bladder syndrome. *World Journal of Urology*, 30(3), 385–392. doi: 10.1007/s00345-011-0742-8
- Aoki, Y., Brown, H.W., Brubaker, L., Cornu, J.N., Daly, J.O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(3), 17042. doi: 10.1038/nrdp.2017.42.
- Austin P.F., Bauer, S.B., Bower, W., Chase, J., Franco, I., Hoebeke, P., ... Neveus, T. (2015). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 9999, 1–11. doi 10.1002/nau.22751
- Brown, S., Gartland, D., Donath, S., & MacArthur, C. (2011). Effects of prolonged second stage, method of birth, timing of caesarean section and other obstetric risk factors on postnatal urinary incontinence: An Australian nulliparous cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(8), 991–1000. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02928.x
- Chapple, C.R., Artibani, W., Cardozo, L.D., Castro-Diaz, D., Craggs, M., Haab, F., ...Versi, E.<sup>[1]</sup><sub>SEP</sub> (2005). The role of urinary urgency and its measurement in the overactive bladder

- symptom syndrome: Current concepts and future prospects. *BJU International*, 95, 335–340. doi:10.1111/j.1464-410X.2005.05294.x
- Committee on Gynecologic Practice American Urogynecologic Society. (2014). Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. *Obstetrics and Gynecology*, 123(6), 1403-1407. doi: 10.1097/01.AOG.0000450759.34453.31.
- de Boer, T.A., Salvatore, S., Cardozo, L., Chapple, C., Kelleher, C., van Kerrebroeck, P., ... Vierhout, M.E. (2010). Pelvic organ prolapse and overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 30-39. doi: 10.1002/nau.20858.
- de Groat, W.C., Griffiths, D., & Yoshimura, N. (2015). Neural control of the lower urinary tract. *Comprehensive Physiology*, 5(1), 327–396. doi: 10.1002/cphy.c130056.
- Deng, D.Y. (2011). Urinary incontinence in women. *The Medical Clinics of North America*, 95(1), 101–109. doi: 10.1016/j.mcna.2010.08.022.
- Devreese, A., Staes, F., Weerdt, W., Feys, H., van Assche, A., Penninckx, F., & Vereecken, R. (2004). Clinical evaluation of pelvic floor muscle function in continent and incontinent women. *Neurourology and Urodynamics*, 23(3), 190-197. doi:10.1002/nau.20018
- Digesu, G.A., Salvatore, S., Fernando, R., & Khullar, V. (2008). Mixed urinary symptoms: What are the urodynamic findings? *Neurourology and Urodynamics*, 27(5), 372-375. doi: 10.1002/nau.20530
- Doughty, B.D., & Burns, P. (2006). Pathology and management of stress incontinence. In B.D. Doughty (Eds.), *Urinary & fecal incontinence: Current management concepts* (pp.77-107). Georgia, USA: Mosby Elsevier.
- Dowling-Castronovo, A., & Specht, J.K. (2009). Assessment of transient urinary incontinence in older adults. *The American Journal of Nursing*, 109(2), 62-71. doi: 10.1097/01.NAJ.0000345392.52704.6d.
- Drake, M.J. (2014). Do we need a new definition of the overactive bladder syndrome? ICI-RS 2013. *Neurourology and Urodynamics*, 33(5), 622-624. doi: 10.1002/nau.22609
- Drake, M.J., Apostolidis, A., Cocci, A., Emmanuel, A., Gajewski, J.B., Harrison, S.C.W., ... Wyndaele, J.J. (2016). Neurogenic lower urinary tract dysfunction: Clinical management recommendations of the Neurologic Incontinence Committee of the Fifth International Consultation on Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 35(6), 657-665. doi: 10.1002/nau.23027
- DuBeau, C.E., Kuchel, G.A., Johnson II, T., Palmer, M.H., & Wagg, A, Fourth International Consultation on Incontinence. (2010). Incontinence in the frail elderly: Report from the 4th

- International Consultation on Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 165-178. doi: 10.1002/nau.20842
- Elkadry, [L]<sup>[SEP]</sup>E. (2006). Functional urinary incontinence in women. *Journal of Pelvic Medicine and Surgery*, 12(1), 1–13. doi: 10.1097/01.spv.0000199622.01729.ac
- Ermer-Seltum, J. (2006). Assessment and management of acute or transient urinary incontinence. In B.D. Doughty (Ed). *Urinary & fecal incontinence: Current management concepts* (pp. 55-75), Georgia: Mosby Elsevier.
- Gamble, T.L., Du, H., Sand, P.K., Botros, S.M., Rurak, M., & Goldberg, R.P. (2010). Urge incontinence: Estimating environmental and obstetrical risk factors using an identical twin study. *International Urogynecology Journal*, 21(8), 939–946. doi: 10.1007/s00192-010-1140-2
- Glazener, C., Herbison, G., MacArthur, C., Lancashire, R., McGee, M., Grant, A., & Wilson, P. (2006). New postnatal urinary incontinence: Obstetric and other risk factors in primiparae. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(2):208–217. doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00840.x
- Gordon, B., Shorter, B., Isodi, K.K., & Moldwin, R.M. (2017). Obesity with comorbid stress urinary incontinence in women: A narrative review to inform dietetics practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(6), 889-907. doi: 10.1016/j.jand.2016.09.024.
- Griebeling, T.L. (2013). Overactive bladder in elderly men: Epidemiology, evaluation, clinical effects, and management. *Current Urology Reports*, 14(5), 418–425. doi: 10.1007/s11934-013-0367-0.
- Gray, M.L. (2006). Pathology and management of reflex incontinence/neurogenic bladder. In B.D. Doughty (Ed.). *Urinary & fecal incontinence: Current management concepts* (pp. 21-54), Georgia: Mosby Elsevier.
- Haab, F. (2014). Chapter 1: The conditions of neurogenic detrusor overactivity and overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*, 33, S2–S5.[L]<sup>[SEP]</sup> <https://doi.org/10.1002/nau.22636>
- Haase, J., Leidy, N., Coward, D., Britt, T., & Penn, P. (2000). Simultaneous concept analysis: A strategy for developing multiple interrelated concepts. In B. Rodgers & K. Knafl (Eds.). *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (pp. 209-299), Philadelphia: WB Saunders Company.
- Haylen, B.T., Ridder, D., Freeman, R.M., Swift, S.E., Berghmans, B., Lee, J., ... Schaer, G.N. (2010). International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society(ICS) joint point report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 4-20. doi: 10.1002/nau

- Herdman, T.H., & Kamitsuru, S. (2017). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2018-2020*. New York, USA: Thieme.
- Ikeda, Y., Nakagawa, H., Ohmori-Matsuda, K., Hozawa, A., Masamune, Y., Nishino, Y., ... Arai, Y. (2011). Risk factors for overactive bladder in the elderly population: A community-based study with face-to-face interview. *International Journal of Urology*, 18(3), 212–218. doi: 10.1111/j.1442-2042.2010.02696.x.
- Jha, S., Walters, S.J., Bortolami, O., Dixon, S., & Alshreef, A. (2018). Impact of pelvic floor muscle training on sexual function of women with urinary incontinence and a comparison of electrical stimulation versus standard treatment (IPSU trial): A randomised controlled trial. *Physiotherapy*, 104(1), 91-97. doi: 10.1016/j.physio.2017.06.003
- Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). Diagnosis of urinary incontinence. *American Family Physician*, 87(8), 543- 550.
- Komesu, Y.M., Schrader, R.M., Ketai, L.H., Rogers, R.G., & Dunivan, G.C. (2016). Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence in middle-aged/older women: The importance of incontinence history. *International Urogynecology Journal J*, 27(5), 763–772. doi: 10.1007/s00192-015-2888-1
- Krissovich, M. (2006). Pathology and management of the overactive bladder. In B.D. Doughty (Ed.). *Urinary & fecal incontinence: Current management concepts* (pp. 109-165), Georgia: Mosby Elsevier.
- Khullar, V., Cardozo, L., & Dmochowski, R. (2010). Mixed incontinence: Current evidence and future perspectives. *Neurourology and Urodynamics*, 29(4), 618–622. doi: 10.1002/nau.20907.
- Kuhn, S., Natale, N., Siemer, S., Stoeckle, M. & von Gontard, M. (2009). Clinical differences in daytime wetting subtypes: Urge incontinence and postponed voiding. *Journal of Urology*, 182(4), 1967-1972. doi: 10.1016/j.juro.2009.03.023
- Kuo, H.C., Chen, S.L., Chou, C.L., Chuang, Y.C., Huang, Y.H., Juan, Y.S., ... Wang, C.C. (2014). Clinical guidelines for the diagnosis and management of neurogenic lower urinary tract dysfunction. *Tzu Chi Medical Journal*, 26(3), 103-113
- Laterza, R.M., Sievert, K.D., de Ridder, D., Vierhout, M.E., Haab, F., Cardozo, L., ... Koelbl, H. (2015). Bladder function after radical hysterectomy for cervical cancer. *Neurourology and Urodynamics*, 34(4), 309-315. doi: 10.1002/nau.22570
- Leroy, L.S., Lúcio, A., & Lopes, M.H.B.M. (2016). Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 200-207. doi: 10.1590/S0080-623420160000200004.

- Li, D., Xu, Y., Nie, Q., Li, Y., & Mao, G. (2017). Predictors of urinary incontinence between abdominal obesity and non-obese male adults. *Postgraduate Medicine*, 129(7), 747-755. doi: 10.1080/00325481.2017.1357419.
- MacArthur, C., Glazener, C.M.A., Don Wilson, P., Lancashire, R.J., Herbison, G.P., & Grant, A.M. (2006). Persistent urinary incontinence and delivery mode history: A six-year longitudinal study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 113:218–224. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00818.x
- Medina, C.A., Costantini, E., Petri, E., Mourad, S., Singla, A., Rodriguez-Colorado, S....Doumouchsis, S.K. (2017). Evaluaton and surgery for stress incontinence: A FIGO working group report. *Neurourology and Urodynamics*, 36(2), 518-528. doi: 10.1002/nau.22960.
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sjostrom, S., & Tikkinen, K.A.O. (2017). Epidemiology of urinary incontinence (IU) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP), and anal (AI) incontinence. Committee 1. In P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg & A. Wein (Eds). *Incontinence 6th edition* (vol. 1, pp. 1-141), Tokyo: International Consultation on Incontinence.
- Minassian, V.A., Bazi, T., & Stewart, W.F. (2017). Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 28(5), 687–696. doi: 10.1007/s00192-017-3314-7
- Minassian, V.A., Yan, X.Y., Pitcavage, J., & Stewart, W.F. (2016). Mixed incontinence masked as stress induced urgency urinary incontinence. *Journal of Urology*, 196(4), 1190-1195. doi: 10.1016/j.juro.2016.04.084
- Minassian, V.A., Yan, X., Pilzek, A.L., Platte, R., & Stewart, W.F. (2018). Does transition of urinary incontinence from one subtype to another represent progression of the disease?. *International Urogynecology Journal*, 29(8), 1179-1185. doi: 10.1007/s00192-018-3596-4
- Minassian, V.A., Stewart, W.F., & Hirsch, A.G. (2008). Why do stress and urge incontinence co-occur much more often than expected? *International Urogynecology Journal*, 19, 1429–1440. doi: 10.1007/s00192-008-0647-2
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Molinuevo, B., & Batista-Miranda, J.E. (2012). Under the tip of the iceberg: Psychological factors in incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 31, 669–671. <https://doi.org/10.1002/nau.21216>

- Morin, M., Bourbonnais, D., Gravel, D., Dumoulin, C., & Lemieux, M.C. (2004). Pelvic floor muscle function in continent and stress urinary incontinent women using dynamometric measurements. *Neurourology and Urodynamics*, 23(7), 668-674. doi: 10.1002/nau.20069
- Morris, C.L. (2013). Urge urinary incontinence and the brain factor. *Neurourology and Urodynamics*. 32(5), 441–448. <https://doi.org/10.1002/nau.22357>
- Nijman, R.J.M. (2000). Classification and treatment of functional incontinence in children. *BJU International*, 85 (Suppl 3), 37-42. Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1464-410X.2000.tb16944.x>
- O'Dell, K.K., & Labin, L.C. (2006). Common problems of urination in nonpregnant women: Causes, current management, and prevention strategies. *Journal of Midwifery & Womens' Health*, 51(3), 159–173. doi:10.1016/j.jmwh.2006.01.003
- Ouslander, J.G. (2004). Management of overactive bladder. *New England Journal of Medicine*, 350, 786-799. doi: 10.1056/NEJMra032662
- Porena, M., Costantini, E., & Lazzeri, M. (2013). Mixed incontinence: How best to manage it? *Current Bladder Dysfunction Reports*, 8, 7–12. <https://doi.org/10.1007/s11884-012-0161-8>
- Petros, P. (2011). The integral system. *Central European Journal of Urology*, 64(3), 110–119. <http://doi.org/10.5173/ceju.2011.03.art1>
- Rantell, A. (2013). Assessment and diagnosis of overactive bladder in women. *Nursing Standard*, 27(52), 35-40.
- Robinson, D., Giarenis, I., & Cardozo, L. (2014). You are what you eat: The impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptoms. *Maturitas*, 79(1), 8–13. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.06.009
- Rocha, J., Brandão, P., Melo, A., Torres, S., & Costa, F. (2017). Assessment of urinary incontinence in pregnancy and postpartum: Observational study. *Acta Medica Portuguesa*, 30(7-8), 568-572. doi: 10.20344/amp.7371.
- Rosenberg, M.T., Newman, D.K., Tallman, C.T., & Page, S.A. (2007). Overactive bladder: Recognition requires vigilance for symptoms. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 74( Suppl 3), S21-29.
- Sakakibara, R. (2016). Dementia and lower urinary tract dysfunction. In J. Corcos, D. Ginsberg & G. Karsenty (Eds.), *Textbook of the neurogenic bladder* (pp.179-198). New York: CRC Press.
- Salvatore, S., Rademakers, K., DeLancey, J., Igawa, Y., Koelbl, H., Laterza, R.M., ... Lowry, A. (2017). Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ

- prolapse. Committee 4. In P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg & A. Wein (Eds). *Incontinence 6th edition* (vol. 1, pp. 361-496), Tokyo: International Consultation on Incontinence.
- Serati, M., Topazio, L., Bogani, G., Constantini, E., Pietropaolo, A., Palleschi, G., ... Finazzi, A.E. (2016). Urodynamics useless before surgery for female stress urinary incontinence: Are you sure? Results from a multi-center single nation database. *Neurourology and Urodynamics*, 35(7), 809-812. doi: 10.1002/nau.22804.
- Starkman, J.S., Dmochowski, R.R. (2008). Urgency assessment in the evaluation of overactive bladder (OAB). *Neurourology and Urodynamics*, 27 (1), 13–21. doi:10.1002/nau.20472
- Tähtinen, R.M., Cartwright, R., Tsui, J.F., Aaltonen, R.L., Aoki, Y., Cárdenas, J.L., ... Tikkinen, K.A.O. (2016). Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *European Urology*, 70 (1), 148–158. doi: 10.1016/j.eururo.2016.01.037.
- Thompson, D.L. (2006). Pathology and management of functional factors contributing to incontinence. In B.D. Doughty (Ed.). *Urinary & fecal incontinence: Current management concepts* (pp. 167-185), Georgia: Mosby Elsevier.
- Thrushelvam, N., Cruz, F., Kirby, M., Tubaro, A., Chapple, C.R., & Sievert, K.D. (2015). A review of detrusor overactivity and the overactivity bladder after prostate cancer treatment. *BJU International*, 116(6), 853-861. doi: 10.1111/bju.13078
- Troko, J., Bach, F., & Tooze-Hobson, P. (2016). Predicting urinary incontinence in women in later life: A systematic review. *Maturitas*, 94, 110–116. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.09.006
- von Gontard, A. (2012). Does psychological stress affect LUT function in children?: ICI-RS 2011. *Neurourology and Urodynamics*, 31(3), 344–348. <https://doi.org/10.1002/nau.22216>
- von Gontard, A., Niemczyk, J., Weber, M., & Equit, M. (2015). Specific behavioral comorbidity in a large sample of children with functional incontinence: Report of 1,001 cases. *Neurourology and Urodynamics*, 34(8), 763–768. doi.org/10.1002/nau.22651
- von Gontard, A., de Jong, T.P.V.M., Rantell, A., Nieuwhof-Leppink, A., Badawi, J.K., & Cardozo, L. (2016). Do we manage incontinence in children and adults with special needs adequately? ICI-RS 2014. *Neurourology and Urodynamics*, 35(2), 304-306. doi.org/10.1002/nau.22823
- Wesnes, S.L. (2014). Weight and urinary incontinence: The missing links. *International Urogynecology Journal*, 25(6), 725–729. doi: 10.1007/s00192-013-2268-7.



- Wesnes, S.L., Hannestad, Y., & Rortveit, G. (2017). Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: A cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(10), 1214–1222. doi: 10.1111/aogs.13183.
- Woodtli, A. (1995). Mixed incontinence: A new nursing diagnosis? *Nursing Diagnosis*, 6(4), 135-142.
- Wyman, J. F., Burgio, K. L., & Newman, D. K. (2009). Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *International Journal of Clinical Practice*, 63(8), 1177–1191. <http://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02078.x>
- Wyndaele, J.J., & De Wachter, S. (2008). The sensory bladder (1): An update on the different sensations described in the lower urinary tract and the physiological mechanisms behind them. *Neurourology and Urodynamics*, 27(4), 274–278. doi:10.1002/nau.20510
- Yamaguchi, C., Sakakibara, R., Uchiyama, T., Yamamoto, T., Ito, T., Liu, Z....Hattori, T. (2007). Overactive bladder in diabetes: <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>A peripheral or central mechanism? *Neurourology and Urodynamics*, 26(6), 807–813. <https://doi.org/10.1002/nau.20404>
- Yuan, Z., Tang, Z., He, C., & Tang, W. (2015). Diabetic cystopathy: A review. *Journal of Diabetes*, 7(4), 442-447. doi: 10.1111/1753-0407.12272

#### 5.4. Manuscrito 2: “Análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária”

##### RESUMO

**Objetivo:** Analisar conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária da *NANDA International* e outros identificados na literatura. **Método:** Estudo metodológico realizado com 51 juízes expertos em disfunções miccionais e diagnósticos de enfermagem. Analisados os diagnósticos de Incontinência Urinária de Esforço, Incontinência Urinária de Urgência, Incontinência Urinária Funcional e Incontinência Urinária por Hiperatividade Detrusora Neurogênica (antes denominado Incontinência Urinária Reflexa, na taxonomia da *NANDA International*) e Incontinência Urinária Mista e Incontinência Urinária Transitória. Aplicado teste de Wilcoxon e considerado adequado o Índice de Validade de Conteúdo  $\geq 0,85$ . **Resultados:** Os juízes sugeriram modificações nos elementos de todos os diagnósticos (inclusão, exclusão ou alteração no tipo de elemento previamente classificado). **Conclusão:** Sugere-se a manutenção dos quatro diagnósticos analisados na taxonomia da *NANDA International*, com modificações, e a inclusão dos diagnósticos de enfermagem Incontinência Urinária Mista e Transitória. **Descritores:** Classificação; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem; Estudos de Validação; Incontinência Urinária; Terminologia.

##### INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é uma condição de alta prevalência. Com base no estudo *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition* (EPIC), estimou-se que em 2018 cerca de 420 milhões de pessoas no mundo teriam IU e 24 milhões na América Latina<sup>(1)</sup>.

Há diferentes tipos de IU que podem trazer repercussões negativas na qualidade de vida do indivíduo e sua família. Ainda é considerada uma condição subnotificada devido à dificuldade que as pessoas tem de reportar espontaneamente o problema e procurar assistência. Por outro lado, a identificação adequada dessa condição permite a escolha de intervenções mais apropriadas, o alcance de resultados de forma mais eficiente, o direcionamento de medidas para sua prevenção e a implementação de políticas públicas.

Os estudos de validação diagnóstica têm sido recomendados uma vez que oferecem subsídios para a melhor compreensão do fenômeno estudado e da esfera na qual ocorre<sup>(2)</sup>. Percebe-se, entretanto, que muitos desses estudos estão sendo realizados com alguns

elementos dos diagnósticos, em especial as características definidoras, deixando lacunas na compreensão do diagnóstico como um todo. Este tipo de estudo faz-se importante uma vez que permite a incorporação e/ou remoção de diagnósticos em taxonomias utilizadas pela enfermagem e que auxiliam na tomada de decisão do enfermeiro na sua prática assistencial.

Na versão 2018-2020 da taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) da *NANDA International* (NANDA-I), além das características definidoras e fatores relacionados, foram introduzidos outros dois elementos: condições associadas ao diagnóstico (diagnósticos médicos, lesões, procedimentos e dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos não independentemente modificáveis pelo enfermeiro) e as populações em risco (grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser susceptível a determinada resposta humana)<sup>(3)</sup>. Quanto aos diagnósticos de enfermagem relacionados à IU da taxonomia da NANDA-I, eles estão contidos no domínio 3 – Eliminação e Troca e na Classe 1- Função Urinária.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar o conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária da NANDA-I e de outros dois identificados na revisão da literatura realizada em estudo prévio<sup>(4)</sup>.

## **MÉTODO**

### **Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo metodológico de análise de conteúdo de seis diagnósticos de enfermagem referentes à eliminação urinária. Realizou-se a análise de conteúdo de quatro diagnósticos da taxonomia da NANDA-I, relacionados à IU, da versão 2018-2020: IU de Esforço, IU de Urgência, IU Funcional e IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica (denominado na taxonomia da NANDA-I como IU Reflexa) e foram incluídos na análise IU Mista e IU Transitória, identificados por meio da revisão integrativa realizada em estudo anterior<sup>(4)</sup>.

### **População**

A população foi composta por enfermeiros com experiência clínica no tema em estudo e expertos na área de diagnósticos de enfermagem, com publicações no tema disfunções miccionais.

Para a seleção dos sujeitos utilizaram-se diferentes estratégias: busca ativa de profissionais expertos na área de disfunções miccionais, por pesquisa na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); convite a especialistas em incontinência urinária participantes de evento científico sobre este tema,

convite a funcionários de um centro de reabilitação que atende pessoas com disfunções miccionais e indicação ou recomendação de especialistas por participantes da pesquisa.

### **Crítérios de seleção**

Os participantes deveriam ter pós-graduação *stricto-sensu* com titulação acadêmica mínima de mestrado ou especialização na área, com tempo de experiência de, no mínimo, cinco anos.

### **Coleta de dados**

Os expertos foram informados da pesquisa e convidados a participar por meio de correio eletrônico. Foi enviado um e-mail com o *link* do formulário da pesquisa e um documento em anexo contendo as definições conceituais e operacionais dos elementos a serem validados, como material de apoio para consulta caso o juiz julgasse necessário esclarecer algum dos termos. O período de coleta de dados teve duração de 60 dias (dezembro/2018 a janeiro/2019).

### **Análise e tratamento dos dados**

A classificação da expertise dos juízes foi estabelecida de acordo com a proposta de Benner<sup>(5)</sup> em cinco níveis: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e expert. O nível de expertise se deu pela média simples das pontuações obtidas nos critérios: tempo de prática, tempo em grupo de pesquisa e conhecimento científico. O conhecimento científico correspondeu ao somatório da titulação do juiz, trabalho de titulação e produção científica sobre diagnóstico de enfermagem e/ou IU.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, utilizando uma ferramenta do *Google Forms*, composto de duas partes: a primeira com dados de identificação e experiência profissional, e a segunda, com dados referentes à análise dos seis diagnósticos de enfermagem estudados, incluindo todos os seus elementos (título, definição, características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e população em risco). Os elementos que compunham os diagnósticos de enfermagem IU Mista e IU Transitória foram identificados a partir da revisão da literatura realizada em estudo anterior<sup>(4)</sup> e classificados em cada grupo (características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e populações de risco) pelos pesquisadores, com base na literatura e em sua experiência clínica e de pesquisa na área. Cada juiz foi solicitado a definir se o elemento proposto era representativo do diagnóstico em questão e qual a sua relevância para tal diagnóstico, atribuindo-lhe uma nota de 1 a 5, na qual a nota 1 representava a categoria não relevante e 5 muito relevante para aquele diagnóstico. Estes valores foram reparametrizados em uma escala entre zero e um da seguinte forma: o valor 1 da escala foi reparametrizado para o valor zero; o valor 2, para 0,25; o valor 3, para

0,5; o valor 4, para 0,75 e o valor 5, para 1. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi estabelecido pela mediana destes valores ponderada pelo nível de expertise de cada avaliador.

Para análise dos elementos de cada diagnóstico, inicialmente verificou-se se os valores atribuídos pelos juízes apresentavam aderência à distribuição normal, usando o teste de Shapiro-Wilk (W). Caso nenhum destes valores mostrasse aderência à distribuição normal, seria utilizada a mediana ponderada pelo nível de expertise, bem como seu intervalo de confiança, para representar o IVC. Além disso, seria aplicado o teste de Wilcoxon para verificar a hipótese nula de que mediana ponderada das avaliações era igual ou superior a 0,85. P-valores inferiores a 0,05 indicariam a rejeição da hipótese nula, e o elemento deveria ser excluído.

### **Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e do centro de reabilitação do qual foram recrutados uma parte da amostra, conforme determinado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos (Parecer número 2.903.352 e 3.103.968, ambos aprovados em 2018). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi anexado ao formulário da pesquisa enviado por e-mail.

## **RESULTADOS**

Dos 71 enfermeiros convidados, 72% (51) participaram da pesquisa. A média de idade dos participantes foi de 42,9 anos (dp 8,9) com tempo médio de formação de 16,91 anos (dp 8,7) e tempo médio de atuação em grupos de pesquisa na área da pesquisa de 4,9 anos (dp 3,55). Cerca de 59% dos juízes eram mestres e 34%, doutores. Além disso, 92% tinham experiência profissional com diagnósticos de enfermagem e 90% atuavam na área de IU; 42% tinham experiência didática com diagnósticos de enfermagem, 34% tinham experiência com pesquisas na área de diagnósticos de enfermagem e IU, e 20% tinha experiência assistencial na área de diagnósticos de enfermagem e IU. A maioria dos juízes (73%) era iniciante avançado<sup>(5)</sup> e 15% eram proficientes no tema da pesquisa.

O teste de Shapiro-Wilk mostrou que valores atribuídos pelos juízes não apresentavam aderência à distribuição normal, portanto, foram utilizados a mediana ponderada pelo nível de expertise e o intervalo de confiança para representar o IVC (Quadros de 1 a 5).

Em relação à relevância dos elementos dos diagnósticos de enfermagem, a maioria foi considerada relevante pelos juízes da pesquisa, merecendo destaque os que apresentaram relevância menor que 90%: IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica - Características

Definidoras (CD) - 78,7%, Fatores Relacionados (FR) - 89,4% e População em Risco (PR) - 68,1%; IU Funcional - título e definição - 89,4% e População em Risco (PR) - 87,2%; IU Transitória - Condições Associadas (CA) - 89,4%. Os juízes avaliaram 150 elementos dos diagnósticos de enfermagem e 41 destes foram excluídos do estudo. Para os elementos analisados, os juízes forneceram sugestões que, após discussão entre os autores e nova busca na literatura, foram incorporadas ou descartadas. O IVC dos elementos dos diagnósticos de enfermagem estudados e os resultados do teste de Wilcoxon são mostrados nos Quadros de 1 a 5.

**Quadro 1** – Índice de Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço – Campinas-SP, Brasil, 2019

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária de Esforço				
CD: Perda de urina com o esforço (somente ou predominantemente)	1,000	1,000-1,000	4095	1,000
CD: Resíduo pós-miccional ausente ou pequeno	0,500	0,500-0,625	253	<0,001
CD: Perda de urina na ausência de sintomas de armazenamento vesical	0,750	0,625-0,750	666	<0,001
CD: Perda de pequena quantidade de urina	0,750	0,625-0,750	741	<0,001
FR: Fraqueza dos músculos do assoalho pélvico ou músculos do assoalho pélvico com contração menos efetiva	1,000	1,000-1,000	3741	0,998
FR: Quaisquer fatores que aumentem a pressão intra-abdominal associado a alguma anormalidade fisiológica (muscular ou nervosa)	0,875	0,875-1,000	2556	0,141
FR: Trauma nos músculos ou lesão por desnervação	0,875	0,875-0,875	2080	0,005
FR: Efeitos colaterais da medicação.	0,750	0,750-0,750	406	<0,001
CA: Fraqueza ou dano aos músculos e tecidos conectivos do assoalho pélvico	1,000	1,000-1,000	4095	1,000
CA: Causas não neurogênicas de lesão do assoalho pélvico ou do esfíncter uretral	0,875	0,875-0,875	2016	0,003
CA: Fraqueza ou relaxamento do esfíncter uretral devido a lesão ou doença neurológica	0,875	0,875-0,875	1830	<0,001
CA: Atrofia vulvar ou vaginal	0,750	0,750-0,750	703	<0,001
PR: Homens com ≥ 60 anos	1,000	1,000-1,000	4465	1,000

PR: Mulheres que pariram por via vaginal	0,875	0,750-0,875	1596	<0,001
PR: Multíparas	0,875	0,875-0,875	1953	0,001
PR: Homens pós-prostatectomia	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
PR: Pessoas com peso corporal excessivo	0,875	0,750-0,875	1035	<0,001
PR: Mulheres brancas	0,500	0,500-0,625	171	<0,001
PR: Homens com obesidade abdominal.	0,750	0,625-0,750	435	<0,001
PR: Pessoas com história de cirurgia pélvica prévia	0,750	0,750-0,750	703	<0,001

Legenda: CD: Característica Definidora; FR: Fator Relacionado; CA: Condição Associada; PR: População em Risco; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; V: Teste de Wilcoxon; IC: Intervalo de Confiança.

**Quadro 2** – Índice de Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência – Campinas-SP, Brasil, 2019

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária de Urgência				
CD: Urgência	1,000	1,000-1,000	4656	1,000
CD: Perdas urinárias entre micções de volumes variados, associadas com urgência	0,875	0,750-0,875	1540	<0,001
CD: Frequência urinária aumentada	0,875	0,750-0,875	1431	<0,001
CD: Noctúria	0,750	0,750-0,875	946	<0,001
CD: Capacidade vesical diminuída	0,875	0,750-0,875	1326	<0,001
CD: Resíduo pós-miccional pequeno ou ausente	0,625	0,500-0,625	231	<0,001
CD: Demonstra comportamento adaptativo devido à urgência.	0,750	0,750-0,750	595	<0,001
CD: Sensação de urgência desencadeada por alguns estímulos	0,875	0,875-0,875	1830	<0,001
FR: Fraqueza do assoalho pélvico	0,875	0,875-0,875	2145	0,009
FR: Tabagismo	0,625	0,500-0,625	210	<0,001
FR: Mobilidade restrita/prejudicada	0,750	0,625-0,750	561	<0,001
FR: Efeitos adversos de medicações (poliúria): diuréticos, especialmente agentes de ação rápida	0,875	0,750-0,875	903	<0,001
FR: Constipação crônica.	0,750	0,625-0,750	300	<0,001
FR: Prolapso de órgãos pélvicos	0,875	0,875-0,875	1378	<0,001
FR: Síndrome da hiperatividade da bexiga	1,000	1,000-1,000	3828	0,999
FR: Ingestão excessiva de líquidos	0,750	0,625-0,750	630	<0,001
FR: Consumo de bebidas alcoólicas, cafeína e bebidas carbonatadas	0,750	0,750-0,875	903	<0,001
FR: Restrição da ingestão de líquidos	0,500	0,375-0,500	210	<0,001

CA: Diminuição da capacidade de lidar com os sinais aferentes no cérebro e sinais aferentes anormalmente aumentados da bexiga e/ou da uretra	0,875	0,875-0,875	2145	0,009
CA: Anormalidades da bexiga ou inflamação (como tumores, cálculos, cistite intersticial, síndrome da bexiga dolorosa, infecções ou após radioterapia)	1,000	0,875-1,000	3081	0,736
CA: Insuficiência vascular e doença cardíaca (insuficiência cardíaca congestiva)	0,625	0,625-0,750	171	<0,001
CA: Deficiência de estrogênio com atrofia vulvar ou vaginal	0,750	0,750-0,750	351	<0,001
CA: Saúde mental alterada (ansiedade, depressão, depressão pós-parto, abuso sexual, físico e emocional)	0,750	0,750-0,875	820	<0,001
CA: Diabetes	0,875	0,750-0,875	1225	<0,001
CA: Obstrução infravesical	0,750	0,750-0,875	1081	<0,001
CA: Efeitos colaterais da medicação: Inibidores da colinesterase	0,875	0,750-0,875	903	<0,001
CA: Esvaziamento prejudicado da bexiga	0,875	0,750-0,875	1128	<0,001
CA: Distúrbios do sono (apneia do sono, movimentos periódicos das pernas)	0,500	0,500-0,625	120	<0,001
PR: Indivíduos idosos e aumento da idade	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
PR: Raça/etnia	0,625	0,500-0,625	276	<0,001
PR: Sexo feminino: fatores reprodutivos	0,875	0,875-0,875	1485	<0,001
PR: Pessoas obesas	0,750	0,750-0,875	820	<0,001

Legenda: CD: Característica Definidora; FR: Fator Relacionado; CA: Condição Associada; PR: População em Risco; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; V: Teste de Wilcoxon; IC: Intervalo de Confiança.

**Quadro 3** – Índice de Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária por Hiperatividade Detrusora Neurogênica – Campinas-SP, Brasil, 2019

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária por Hiperatividade Detrusora Neurogênica				
CD: Micção reflexa	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
CD: Micção profilática	0,750	0,625-0,750	666	<0,001
CD: Procurar por um banheiro imediatamente quando em um novo lugar.	0,625	0,500-0,625	351	<0,001
CD: Beber menos líquidos por causa de	0,750	0,750-0,750	1035	<0,001



problemas com o controle da bexiga				
CD: Escolher roupas para vestir que não mostrem se você perdeu urina	0,625	0,500-0,625	231	<0,001
CD: Evitar intimidade sexual	0,625	0,625-0,750	231	<0,001
CD: Micção é induzida por estimulação elétrica das raízes sacrais ou por cateterização	0,875	0,750-0,875	2145	0,009
CD: Perda frequente de pequenos volumes de urina	0,875	0,875-0,875	2145	0,009
FR: Hiperatividade detrusora neurogênica	1,000	1,000-1,000	4656	1,000
FR: Dissinergia Detrusor-Esfínteriana	1,000	0,875-1,000	3403	0,955
FR: Hipersensibilidade da bexiga	0,875	0,875-1,000	2628	0,199
FR: Complacência diminuída da parede vesical	0,875	0,875-1,000	2701	0,272
FR: Ingestão de álcool, cafeína e bebidas carbonatadas	0,750	0,625-0,750	561	<0,001
FR: Ingestão excessiva de líquidos	0,625	0,500-0,625	435	<0,001
FR: Restrição na ingestão de líquidos	0,500	0,500-0,625	300	<0,001
FR: Constipação crônica	0,625	0,500-0,625	300	<0,001
FR: Obesidade	0,625	0,500-0,625	253	<0,001
FR: Vitamina C, cálcio	0,500	0,375-0,500	10	<0,001
FR: Tabagismo	0,625	0,500-0,625	45	<0,001
CA: Lesões suprapontinas	1,000	0,875-1,000	3003	0,646
CA: Lesões pontinas	0,875	0,875-1,000	2850	0,450
CA: Lesões medulares suprasacrais	1,000	0,875-1,000	3240	0,876
CA: Complicações urológicas: Infecção do trato urinário de repetição, Cálculos renais e/ou vesicais, Refluxo vésico-ureteral, Hidronefrose, Insuficiência renal	0,875	0,750-0,875	1653	<0,001
PR: Mulheres obesas	0,625	0,500-0,625	190	<0,001
PR: Idosos	0,750	0,750-0,875	1225	<0,001

Legenda: CD: Característica Definidora; FR: Fator Relacionado; CA: Condição Associada; PR: População em Risco; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; V: Teste de Wilcoxon; IC: Intervalo de Confiança.

**Quadro 4 – Índice de Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Associada à Disabilidade – Campinas-SP, Brasil, 2019**

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária Associada à Disabilidade				
CD: Mobilidade restrita/prejudicada	0,875	0,875-1,000	2701	0,272
CD: Falta de preocupação em ir ao banheiro ou	0,750	0,625-0,750	741	<0,001

com a incontinência em si				
CD: Não saber como chegar ao banheiro.	0,750	0,750-0,875	1275	<0,001
CD: Micção postergada	0,875	0,750-0,875	1540	<0,001
CD: Frequência urinária diminuída	0,625	0,625-0,750	741	<0,001
CD: Urgência miccional	0,750	0,750-0,875	903	<0,001
CD: Uso de manobras para contenção de urina	0,875	0,750-0,875	1275	<0,001
CD: Restrição de líquidos	0,625	0,500-0,750	351	<0,001
CD: Comportamentos adaptativos para evitar a perda de urina	0,750	0,750-0,875	1275	<0,001
FR: Evita ir a sanitários anti-higiênicos	0,750	0,750-0,875	1540	<0,001
FR: Evita ir ao banheiro em situações sociais por constrangimento	0,875	0,750-0,875	1830	<0,001
FR: Comportamento de oposição e provocativo	0,750	0,625-0,750	630	<0,001
FR: Sensações prazerosas associadas à bexiga ou ao reto excessivamente distendidos	0,625	0,500-0,625	351	<0,001
FR: Acostuma-se ao hábito de postergar a micção	0,875	0,875-0,875	1891	0,001
FR: Constipação ou impactação fecal	0,750	0,625-0,750	595	<0,001
FR: Problemas devido ao treino vesical ou dificuldades psicológicas	0,875	0,875-0,875	2016	0,003
FR: Fatores ambientais que interferem na continência	0,875	0,875-1,000	2556	0,141
FR: Aumento da ingestão de líquidos	0,875	0,750-0,875	1035	<0,001
FR: Retenção de líquidos	0,625	0,625-0,750	435	<0,001
FR: Uso de diuréticos	0,875	0,875-0,875	1953	0,001
CA: Comprometimento cognitivo	1,000	1,000-1,000	3916	1,000
CA: Questões motivacionais	0,875	0,875-1,000	2485	0,097
CA: Deficiência intelectual em geral	1,000	0,875-1,000	3240	0,876
CA: Uso de medicamentos que alteram a função do trato urinário ou causam sedação ou confusão	0,875	0,875-0,875	1770	<0,001
CA: Mobilidade/coordenação/destreza manual comprometidas	1,000	1,000-1,000	3741	0,998
CA: Condições clínicas de saúde (doenças osteoarticulares, cardíacas e do trato urinário)	0,875	0,750-0,875	2016	0,003
PR: Meninas.	0,625	0,625-0,750	595	<0,001
PR: Mulheres idosas frágeis	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
PR: Idosos frágeis	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
PR: Crianças	0,750	0,750-0,875	1035	<0,001

Legenda: CD: Característica Definidora; FR: Fator Relacionado; CA: Condição Associada; PR: População em Risco; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; V: Teste de Wilcoxon; IC: Intervalo de Confiança.

**Quadro 5** – Índice de Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista e Transitória – Campinas-SP, Brasil, 2019

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária Mista				
CD: Urgência	1,000	1,000-1,000	3741	0,998
CD: Perda de urina precedida da sensação de urgência	1,000	1,000-1,000	3570	0,988
CD: Perda de urina com esforço ou com a tosse ou com o espirro ou com riso	1,000	1,000-1,000	3741	0,998
CD: Noctúria	0,750	0,750-0,875	1225	<0,001
CD: Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga	0,750	0,750-0,875	1378	<0,001
FR: Flacidez/fraqueza da parede anterior da vagina e/ou atrofia da musculatura estriada	1,000	1,000-1,000	3486	0,976
FR: Incompetência do esfíncter uretral e do colo vesical	1,000	1,000-1,000	3570	0,988
CA: Deficiência de estrogênio	0,875	0,875-0,875	1711	<0,001
CA: Menopausa	0,875	0,875-0,875	2278	0,025
CA: Obesidade	0,875	0,750-0,875	1770	<0,001
CA: Prolapso de órgãos pélvico	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
CA: Diabetes	0,875	0,750-0,875	1891	0,001
CA: Tosse crônica e tabagismo	0,875	0,875-0,875	1891	0,001
PR: Pessoas que já tem um dos tipos de incontinência urinária	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
PR: Pessoas com dificuldades motoras e funcionais.	0,875	0,750-0,875	1596	<0,001
PR: Pessoas com idade avançada	0,875	0,875-0,875	2278	0,025
PR: Raça	0,625	0,500-0,625	153	<0,001
PR: Multíparas	0,875	0,750-0,875	1275	<0,001
PR: Pessoas com a presença prolongada de um tipo de incontinência urinária	0,875	0,875-0,875	1953	0,001
PR: Trauma dos músculos uretrais ou do assoalho pélvico	1,000	1,000-1,000	3570	0,988
Incontinência Urinária Transitória				
CD: Perda de urina causada por fatores reversíveis ou transitórios	1,000	0,875-1,000	3321	0,923
CD: Perda de urina que surge de repente	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
CD: Sinais e sintomas de perda de urina persistem por menos de seis meses	1,000	0,875-1,000	3403	0,955

FR: Delírio	0,750	0,750-0,875	990	<0,001
FR: Infecção/infecção do trato urinário	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
FR: Vaginite atrófica	0,875	0,750-0,875	903	<0,001
FR: Uso de medicações que alterem os níveis normais de neurotransmissores no trato urinário inferior	0,875	0,875-1,000	2485	0,096
FR: Condição psicológica (ansiedade, depressão, depressão pós-parto, abuso sexual, físico e emocional)	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
FR: Produção excessiva de urina.	0,750	0,750-0,875	903	<0,001
FR: Mobilidade reduzida/prejudicada	0,875	0,875-0,875	1953	0,001
FR: Impactação fecal/constipação intestinal	0,750	0,750-0,875	1035	<0,001
FR: Desidratação	0,625	0,500-0,625	253	<0,001
FR: Consumo de irritantes dietéticos	0,750	0,750-0,875	820	<0,001
CA: Mudanças no trato urinário relacionadas à idade	0,750	0,625-0,875	1035	<0,001
CA: Condições que alteram a posição ou inervação da bexiga e do esfíncter	0,875	0,750-0,875	2016	0,003
CA: Condições que resultam em redução da complacência vesical.	0,875	0,875-1,000	2346	0,040
CA: Obstrução infravesical	0,875	0,875-0,875	2211	0,015
CA: Gestação e pós-parto	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
PR: Idosos.	0,875	0,750-0,875	1711	<0,001
PR: Pessoas com alguma doença aguda que podem influenciar na continência ou na produção de urina	1,000	0,875-1,000	3403	0,955

Legenda: CD: Característica Definidora; FR: Fator Relacionado; CA: Condição Associada; PR: População em Risco; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; V: Teste de Wilcoxon; IC: Intervalo de Confiança.

## DISCUSSÃO

A validação de diagnósticos de enfermagem é considerada uma fase essencial para a construção de conhecimentos para a prática clínica, pois fornece embasamento para aperfeiçoar diagnósticos de enfermagem já existentes e para o estabelecimento de novos diagnósticos<sup>(6)</sup> e sua análise permite uma melhor compreensão dos diagnósticos de enfermagem estudados<sup>(2)</sup>. Uma vez que se destina a melhorar a estrutura diagnóstica, é recomendada para todos os seus componentes, ou seja, título, definição, características definidoras, fatores relacionados<sup>(2)</sup> e para os recentemente incorporados pela NANDA-I: condições associadas e populações em risco, para as quais há escassez de estudos nos

diagnósticos relacionados à IU<sup>(3)</sup>. Está baseada na opinião de expertos ou juízes acerca do grau com que cada elemento é indicativo de um determinado diagnóstico de enfermagem<sup>(6)</sup>.

O tempo de atuação clínica tem sido empregado como indicador de experiência, haja vista sua influência na tomada de decisão<sup>(6)</sup>. Destarte, embora a maioria dos juízes (73%) fosse iniciante avançado<sup>(5)</sup>, o fato do tempo médio de experiência dos juízes ser de 16 anos (no mínimo, cinco anos), pode-se considerar que eram avaliadores experientes<sup>(7)</sup>.

A avaliação envolveu seis tipos diferentes de diagnósticos de enfermagem relacionados à IU, exigindo do juiz uma série de conhecimentos específicos sobre o tema e a taxonomia em estudo. Embora a maioria dos juízes tivesse experiência profissional com diagnósticos de enfermagem ou IU, somente um terço ou menos tinha experiência com ambos os temas. Estudos anteriores reportaram dificuldades semelhantes na seleção de juízes<sup>(6)</sup>, uma vez que há um número reduzido de enfermeiros especialistas na área de interesse do diagnóstico a ser validado ou de enfermeiros que o utilizam na prática clínica<sup>(8)</sup>.

Quanto aos aspectos relacionados à análise de conteúdo diagnóstico, embora a maioria dos elementos dos diagnósticos de enfermagem tenha sido considerado relevante pelos juízes (90% ou mais), vale comentar alguns que foram considerados com relevância menor.

Para estabelecimento do diagnósticos de enfermagem IU Transitória, dois fatores são essenciais: o tempo de persistência dos sinais/sintomas de perda urinária e a reversibilidade de sua causa. De fato, muitas vezes esse diagnóstico de enfermagem só poderá ser identificado de forma retrospectiva, por outro lado, caso os sinais e sintomas persistam por mais de seis meses, o diagnóstico de enfermagem deverá ser revisto. Além disso, muitas de suas condições associadas e populações em risco são comuns a outros diagnósticos de enfermagem relacionados à IU e nestes casos, faz-se necessária a análise de todos os seus elementos para que a inferência seja realizada apropriadamente. Desse modo, para que se tornasse mais adequado, o diagnósticos de enfermagem IU Transitória sofreu modificações em quase todos os seus elementos. As sugestões dos juízes incorporadas no estudo com o objetivo de tornar o diagnóstico de enfermagem mais adequado consistiram em alterar alguns dos fatores relacionados como “infecção”, “delírio”, “uso de medicação”(alterado para “uso de medicações que alterem os níveis normais de neurotransmissores no trato urinário inferior”), “vaginite atrófica” para condições associadas, e incluir como população em risco “gestantes e puérperas”<sup>(9)</sup>, “mulheres multíparas e que pariram por via vaginal”<sup>(10-11)</sup>, “pessoas idosas hospitalizadas com doenças agudas” e “pessoas institucionalizadas”<sup>(12)</sup>; “alto Índice de Massa Corporal (IMC) materno e peso do bebê ao nascer maior ou igual a 3,7 Kg”<sup>(10)</sup>; “segundo estágio do trabalho de parto prolongado” e “presença de IU durante a gestação”<sup>(13)</sup>. Embora o

IVC de alguns desses elementos tenha sido menor que 0,85, optou-se por manter os seguintes elementos por sua relevância para a inferência diagnóstica, uma vez que o intervalo de confiança engloba este valor: delírio; vaginite atrófica; produção excessiva de urina; impactação fecal/constipação intestinal; uso de irritantes dietéticos; mudanças no trato urinário relacionadas à idade; idosos.

No diagnóstico de enfermagem IU Funcional, alguns juízes sugeriram alteração no título justificando que este não retrata apropriadamente os elementos desse diagnóstico de enfermagem, dificultando a sua inferência. Como a *International Continence Society* sugere o diagnóstico Incontinência Associada a Disabilidade (*Disability associated incontinence*)<sup>(14)</sup>, este título parece descrever melhor o diagnóstico de enfermagem IU Funcional já que sua definição inclui fatores externos ao trato urinário que interferem no controle miccional. Alguns elementos com IVC menor que 0,85 foram mantidos por serem considerados importantes para a inferência diagnóstica, uma vez que o intervalo de confiança engloba este valor, a saber: não saber como chegar ao banheiro; micção postergada; urgência miccional; uso de manobras para contenção de urina; comportamentos adaptativos para evitar a perda de urina (características definidoras); evita ir a sanitários anti-higiênicos; evita ir ao banheiro em situações sociais por constrangimento; aumento da ingestão de líquidos (fatores relacionados); uso de certos medicamentos (alterado para “uso de medicamentos que alteram a função do trato urinário ou causam sedação ou confusão”); condições médicas (alterado para “condições clínicas de saúde (doenças osteoarticulares, cardíacas e do trato urinário)” (condições associadas) e crianças (população em risco).

O diagnóstico de enfermagem IU Mista é um diagnóstico prevalente<sup>(1)</sup> que compartilha elementos dos diagnósticos de enfermagem IU de Esforço e IU de Urgência, mas não se trata apenas da presença concomitante de sinais e sintomas desses dois diagnósticos. Especula-se que seja um fenômeno diferente, que apresenta etiologia própria, surgindo da interação entre os fatores relacionados à urgência e ao esforço<sup>(15)</sup>. Desse modo, embora os juízes tenham sugerido que fossem acrescentados a este diagnóstico de enfermagem todos os elementos presentes no diagnósticos de enfermagem IU de Esforço e IU de Urgência, a literatura não reitera essa sugestão. Entretanto, foram aceitas sugestões de alteração na posição de elementos tais como: “obesidade”, de fator relacionado para população em risco; “prolapso de órgãos pélvicos (POP)”, de condição associada para fator relacionado, e “trauma dos músculos uretrais ou do assoalho pélvico”, de população em risco para condição associada. O POP é uma condição passível de intervenções de enfermagem de modo independente e, portanto, enquadra-se como fator relacionado. Foram acrescentados ainda

como população em risco “Mulheres que pariram por via vaginal” e “cirurgia para correção da IU de Esforço e de POP”<sup>(16)</sup> como condição associada. Os elementos “noctúria” e “sensação de esvaziamento incompleto da bexiga”, “diabetes”, “dificuldades motoras e funcionais” embora com IVC menor que 0,85, foram mantidos uma vez que o intervalo de confiança engloba este valor, e constituem-se em elementos importantes para melhor compreensão do diagnóstico de enfermagem.

O título do diagnóstico de enfermagem IU Reflexa foi substituído por IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica uma vez que a principal condição associada a este diagnóstico é a hiperatividade detrusora neurogênica. Para este diagnóstico, os juízes sugeriram que fossem acrescentadas as características definidoras: sensibilidade vesical alterada, que pode estar aumentada, diminuída, ausente ou inespecífica<sup>(14)</sup>, uso de dispositivos para reter/conter as perdas urinárias (fraldas, absorventes)<sup>(17)</sup> e volume residual elevado<sup>(17)</sup>. Elementos previamente identificados como fatores relacionados como hiperatividade detrusora neurogênica<sup>(18-20)</sup>, dissinergia detrusor-esfincteriana<sup>(21)</sup>, hipersensibilidade da bexiga<sup>(19)</sup>, complacência diminuída da parede vesical<sup>(20)</sup> são de fato condições associadas uma vez que não são condições passíveis de intervenções de enfermagem independentes, mas auxiliam no processo de inferência diagnóstica. A identificação de condições associadas como as disfunções neurológicas e/ou os danos teciduais como irradiação, cirurgia e infecção, auxiliam na inferência diagnóstica e na sua diferenciação uma vez que os sinais e sintomas são semelhantes a outro diagnóstico de enfermagem, a IU de Urgência. Embora o IVC tenha sido menor que 0,85, mantiveram-se “idosos” como população em risco, uma vez que é um dos grupos mais citados na literatura pesquisada. Foram incluídas como população em risco, por sugestão dos juízes, doenças crônico-degenerativas e lesões encefálicas e medulares traumáticas e não traumáticas. Como condição associada, foi incluído diabetes mellitus<sup>(17)</sup> por sugestão dos juízes. Todavia, como nenhum dos fatores relacionados propostos foi mantido, a exemplo de outros diagnósticos de enfermagem contidos na taxonomia da NANDA-I, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de novos estudos que possam identificar os fatores relacionados a este diagnóstico

Embora haja algumas semelhanças entre o diagnóstico de enfermagem de IU de Urgência e o de IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica, na IU de Urgência revisada neste estudo, buscou-se diferenciar os elementos comuns (especialmente características definidoras e condições associadas), e apresentar alguns fatores relacionados específicos, como a síndrome da hiperatividade detrusora, que é idiopática e comum em pessoas com este diagnóstico e que é responsável pela maior parte dos sinais/sintomas descritos. Alguns juízes

sugeriram a retirada da condição associada “esvaziamento prejudicado da bexiga”, embora tenha apresentado IVC adequado e esta sugestão foi parcialmente aceita. O termo foi substituído por “contratilidade da bexiga prejudicada” por ser mais claro e facilitar a inferência diagnóstica e acrescentada a condição associada “infecção de trato urinário recorrente”<sup>(1)</sup>, uma vez que sinais/sintomas como polaciúria, disúria, urgência miccional e perdas urinárias podem estar associadas à infecção, e hiperatividade de assoalho pélvico<sup>(14)</sup>, menopausa<sup>(1)</sup>, urgência miccional na infância<sup>(1)</sup> e pessoas com disfunções neurogênicas<sup>(22)</sup>, como população em risco. Alguns elementos do diagnóstico de enfermagem foram mantidos uma vez que o intervalo de confiança englobou o valor 0,85: perdas urinárias entre micções de volumes variados, frequência urinária aumentada, noctúria, capacidade vesical diminuída, efeitos adversos de medicações (poliúria): diuréticos (considerado neste estudo como condição associada), consumo de bebidas alcoólicas, cafeína e bebidas carbonatadas, saúde mental alterada (ansiedade, depressão, depressão pós-parto, abuso sexual, físico e emocional), diabetes, obstrução infravesical, efeitos colaterais da medicação - inibidores da colinesterase, gênero feminino - fatores reprodutivos, obesidade (considerado neste estudo como população em risco: “pessoas obesas”).

O diagnóstico de enfermagem IU de Esforço, por sugestão dos juízes, manteve-se com apenas uma característica definidora: perda de urina com o esforço (somente ou predominantemente), que reúne os atributos essenciais para a formulação deste diagnóstico de enfermagem. Outra sugestão foi acrescentar prolapso de órgãos pélvicos<sup>(23)</sup> como fator relacionado, uma vez que pode ocorrer em decorrência de esforço excessivo e repetitivo, associada a alguma anormalidade muscular ou nervosa do assoalho pélvico<sup>(12)</sup>, menopausa<sup>(1)</sup> como condição associada e pessoas que realizam exercício físico de alta intensidade<sup>(24)</sup>, como população em risco, em especial aquelas que praticam modalidades esportivas que envolvem levantamento de peso, e mulheres jovens e de meia idade<sup>(1)</sup>.

Como ponto forte, esta pesquisa reúne todos os elementos dos diagnósticos de enfermagem relacionados à IU, elucidando-os à luz da literatura especializada e dando subsídios para o estabelecimento de inter-relações entre eles, fato não observado na literatura pesquisada até o momento. Além disso, fornece subsídios para o avanço do conhecimento nas áreas de diagnósticos de enfermagem e disfunções miccionais, facilitando a identificação e diferenciação dos diferentes tipos de incontinência urinária, que poderão ser utilizados na assistência, pesquisa e ensino. Entretanto, tem como limitação o fato de esses elementos não terem sido validados clinicamente em população específica de modo a confirmar os achados aqui apresentados.



## CONCLUSÃO

Sugere-se a manutenção dos quatro diagnósticos de enfermagem analisados na taxonomia da NANDA-I: IU de Urgência, IU de Esforço, IU Associada à Disabilidade (denominado IU Funcional na taxonomia da NANDA-I, versão 2018-2020) e IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica (denominado IU Reflexa na taxonomia da NANDA-I, versão 2018-2020). Sugere-se a inclusão de dois diagnósticos de enfermagem: IU Mista e IU Transitória. A análise dos elementos dos diagnósticos de enfermagem relacionados à IU possibilitou sua melhor compreensão bem como das relações entre os elementos que os compõem, tornando a estrutura diagnóstica mais clara e precisa e, desta forma, podendo vir a facilitar a inferência diagnóstica.

## REFERÊNCIAS

1. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjostrom S, et al. Epidemiology of urinary incontinence (IU) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP), and anal (AI) incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence 6th edition. Tokyo: Consultation on Incontinence; 2017.p.1-141.
2. Pompeo DA, Rossi LA, Paiva L. Content validation of the nursing diagnosis nausea. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):49-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100006>
3. Herdman TH, Kamitsuru S. Nursing diagnoses: definitions and classification 2018-2020. 11th ed. New York: Thieme; 2017.
4. Costa JNC, Lopes MVO, Lopes MHB. Simultaneous concept analysis of diagnoses related to urinary incontinence. Int J Nurs Knowl. 2019 Jul 23. DOI: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12254>. [Epub ahead of print]
5. Benner P. From novice to expert. Am J Nurs [Internet]. 1982 [cited 2018 Jul. 09]; 82(3):402-7. Available from: [https://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1982/82030/From\\_Novice\\_To\\_Expert.4.a.px](https://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1982/82030/From_Novice_To_Expert.4.a.px)
6. Carvalho EC, Mello AS, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRMS. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2008 [citado 2019 Jul.09];10(1):235-40. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>
7. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. Int J Nurs Knowl. 2012; 23(3):134-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>

- 8.Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnóstico de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2008 [citado 2019 Jul. 09];10(2):513-20. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>
- 9.Leroy LS, Lúcio A, Lopes MHBM. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2):200-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080623420160000200004>
- 10.Wesnes SL, Hannestad Y, Rortveit G. Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: a cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96(10): 1214–22. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.13183>
- 11.Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Assessment of urinary incontinence in pregnancy and postpartum: observational study. *Acta Med Port*. 2017; 30(7-8): 568-72. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.7371>
- 12.Salvatore S., Rademakers K., DeLance J, Igawa Y, Koelbl H, Laterza R, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence 6th edition*. Tokyo: International Consultation on Incontinence; 2017.p.361-496.
- 13.Brown S, Gartland D, Donath S, MacArthur C. Effects of prolonged second stage, method of birth, timing of caesarean section and other obstetric risk factors on postnatal urinary incontinence: An Australian nulliparous cohort study. *BJOG*. 2011;118(8): 991–1000. DOI: [10.1111/j.1471-0528.2011.02928.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02928.x)
- 14.D’Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodynam*. 2019; 38(2):433-77. DOI: <https://doi.org/10.1002/nau.23897>
- 15.Minassian VA, Yan X, Pilzek AL, Platte R, Stewart WF. Does transition of urinary incontinence from one subtype to another represent progression of the disease? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2018; 29(8):1179-85. DOI:10.1007/s00192-018-3596-4
- 16.Minassian VA, Stewart WF, Hirsch AG. Why do stress and urge incontinence co-occur much more often than expected? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008; 19(10):1429–40. DOI:10.1007/s00192-008-0647-2
- 17.Apostolidis A, Drake MJ, Emmanuel A, Gajewski J, Hamid R, Heesakkers J, et al. Neurologic urinary and faecal incontinence. Committee 10. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence 6th edition*. Tokyo: International Consultation on Incontinence; 2017.p.1093-308.

- 18.Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosler P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynam*. 2002; 21(2):167-78. DOI: <https://doi.org/10.1002/nau.10052>
- 19.Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jul. 09]; 87(8): 543-50. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2013/0415/p543.pdf>
- 20.Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017; 6(3): 17042. DOI: 10.1038/nrdp.2017.42.
- 21.Haab F. Chapter 1: the conditions of neurogenic detrusor overactivity and overactive bladder. *Neurourol Urodynam*. 2014;33(S3): S2–S5.<sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>DOI: <https://doi.org/10.1002/nau.22636>
- 22.Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2017; 28(5): 687–96. DOI: 10.1007/s00192-017-3314-7
- 23.Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Sandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society joint report on the terminology for female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourol Urodynam*. 2016; 35: 137-68. DOI:10.1002/nau.22922
- 24.Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):187-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100025>.

## 6. DISCUSSÃO GERAL

Tratando-se de uma condição tão prevalente<sup>1</sup> como a incontinência urinária e que traz repercussões negativas na qualidade de vida<sup>6-7,31</sup> do indivíduo e suas famílias, faz-se necessária a adequada identificação dos diferentes subtipos desta condição, para que possam ser direcionadas as estratégias para o seu manejo e prevenção e para a elaboração de políticas públicas.

Por ser uma condição multifatorial, a assistência à pessoa com incontinência urinária envolve a atuação de diferentes profissionais da equipe multidisciplinar. Desse modo, para que o cuidado seja efetivo, é necessário que a comunicação entre os profissionais envolvidos seja clara, sem ruídos. Assim, a utilização de estratégias que visam uniformizar a linguagem entre os diferentes profissionais que prestam assistência a pessoa com incontinência e que visam aumentar o corpo de conhecimentos de cada profissão, deve ser estimulada nos diversos âmbitos de assistência à saúde.

A enfermagem utiliza taxonomias para a formulação de diagnósticos que ajudam a aumentar a precisão da inferência diagnóstica e, conseqüentemente, a escolha de intervenções apropriadas aos fenômenos identificados. Todavia, em algumas áreas de conhecimento, como no caso das disfunções miccionais, ainda são necessários mais estudos que tornem o corpo de conhecimento nesta área mais robusto e que possam ser facilmente aplicáveis pelo enfermeiro na sua assistência. Destarte, utilizar estratégias para padronizar termos comumente utilizados, pode tornar as taxonomias utilizadas mais claras e precisas, bem como facilitar a comunicação entre os enfermeiros e equipe multiprofissional.

Os resultados obtidos durante o mapeamento cruzado<sup>32</sup> realizado entre a taxonomia da NANDA-I, versão 2015-2017, e a terminologia da *International Continence Society* (ICS), publicada em 2002<sup>13</sup> e 2010<sup>14</sup>, evidenciou a necessidade de uniformização de termos comumente utilizados na área, bem como da construção de definições operacionais e conceituais que facilitassem a compreensão desses termos e a acurácia diagnóstica.

Esse mapeamento permitiu identificar que alguns termos já utilizados amplamente pela ICS apresentaram correlação positiva (1:1) com DE da NANDA-I, ou seja, o conceito de uma terminologia correspondeu perfeitamente ou teve equivalência com o significado de um termo de outra. Isso ocorreu com os seguintes DE: Retenção Urinária, IU de Urgência e IU de Esforço e alguns sinais, sintomas e observações urodinâmicas propostos pela ICS. Entretanto, o número de correlações 1:1 foi pequeno, o que limita a precisão e rapidez na realização do

diagnóstico, bem como dificulta a comparação de dados de pesquisas e o ensino na área, indicando a necessidade de revisão dos termos das duas taxonomias<sup>32</sup>.

Do mesmo modo, durante o mapeamento cruzado realizado entre as características definidoras da NANDA-I, versão 2018-2020, com sinais, sintomas e observações urodinâmicas das publicações da ICS de 2002 e 2010, observou-se que muitos dos termos presentes nas duas taxonomias, não puderam ser mapeados ou não apresentaram conexões 1:1. De fato, a correspondência de todos os termos entre duas taxonomias é muito rara, uma vez que cada taxonomia tem focos de atenção diferentes e muitas vezes são específicas para determinadas profissões, como no caso da NANDA-I. A revisão constante dos termos de taxonomias utilizadas em determinadas áreas de atenção permitiria a comparação de dados que poderiam ser utilizados em pesquisas epidemiológicas e de custos relacionados aos cuidados, bem como facilitariam o raciocínio clínico durante a inferência diagnóstica e o ensino.

Os mapeamentos cruzados realizados entre os termos da ICS e os elementos dos DE relacionados à eliminação urinária da NANDA-I evidenciaram a necessidade de revisão contínua dessas terminologias e ajudaram a definição de quais elementos deveriam ser revisados para que a taxonomia de diagnósticos utilizada pelos enfermeiros pudesse facilitar a identificação/diferenciação dos diferentes tipos de incontinência urinária.

A última versão do manual de diagnósticos da NANDA-I publicada em 2018<sup>2</sup>, apresenta cinco diagnósticos de enfermagem com foco no problema relacionados à incontinência urinária. Para cada diagnóstico, apresenta as características definidoras, seus fatores relacionados, condições associadas ao diagnóstico e populações em risco de desenvolvê-lo. Embora a IU seja um fenômeno prevalente nos diferentes grupos etários, alguns desses diagnósticos não sofreram nenhuma revisão desde a sua proposição ou foram revisados há mais de 30 anos como é o caso da IU por Transbordamento. Além das dificuldades já mencionadas relacionadas à não utilização de uma linguagem padronizada, questiona-se se, de fato, os enfermeiros estão identificando apropriadamente as disfunções miccionais uma vez que existem poucos estudos na literatura de enfermagem relacionados ao tema. Percebe-se, todavia, que alguns diagnósticos são pouco claros, muitas vezes imprecisos, com termos que geram ambiguidade e dificultam a inferência diagnóstica.

Ao analisar simultaneamente os conceitos dos diagnósticos relacionados à incontinência urinária da taxonomia da NANDA-I, versão 2018-2020, pode-se identificar as lacunas existentes e comparar elementos que são comuns a alguns diagnósticos e que geram confusão no processo de diferenciação diagnóstica. A revisão integrativa realizada permitiu

identificar, à luz do estado da arte atual, as evidências para a sugestão da exclusão, inclusão e modificação de alguns diagnósticos relacionados à incontinência urinária da taxonomia da NANDA-I. Desse modo, dos cinco diagnósticos revisados, não foram encontradas evidências na literatura do IU por Transbordamento, proposto pela NANDA-I em 2006, considerado como um sinal/sintoma do DE de Retenção Urinária. Para os demais diagnósticos revisados, dois mantiveram os mesmos títulos, a saber: IU de esforço, IU de Urgência. Para o IU Reflexa, devido à natureza dos fatores etiológicos encontrados, optou-se pela alteração no título para IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica, uma vez que essa alteração tornaria o diagnóstico mais claro, visto que a perda urinária neste caso está relacionada à micção reflexa em decorrência de distúrbios neurológicos. O DE IU Funcional teve seu título alterado para Incontinência Associada à Disabilidade, termo proposto pela ICS<sup>33</sup> no documento publicado em 2019, após sugestão dos juízes durante o processo de validação de conteúdo, uma vez que o título proposto pela NANDA-I e identificado na revisão, causava confusão e não retratava os elementos desse diagnóstico que se referem a perda urinária associada a fatores externos ao trato urinário. Durante a revisão integrativa, surgiram dois novos diagnósticos de enfermagem: IU Mista, que é a perda urinária associada com urgência, com esforço físico, espirro e tosse, e a IU Transitória, que se refere à súbita perda de urina nos últimos seis meses e resultante de causas reversíveis.

Da mesma forma que no mapeamento cruzado, durante a análise simultânea de conceitos, quando comparados os elementos dos DE revisados com os DE contidos na NANDA-I, versão 2018-2020, houve correspondência parcial, tanto semântica quanto operacional, entre eles.

Outro aspecto que merece destaque é que alguns diagnósticos apresentam antecedentes comuns, embora tenham fisiopatologia diferente o que reforça a importância de identificar apropriadamente os elementos que são exclusivos para cada diagnóstico para torná-lo de mais fácil reconhecimento e diferenciação. Além disso, a correta identificação do subtipo de IU pode dar subsídios para intervenções de enfermagem específicas para cada subtipo, tornando o cuidado de enfermagem mais efetivo e seguro.

Os estudos de validade de conteúdo diagnóstico permitem uma maior aproximação dos fenômenos estudados da prática assistencial uma vez que, por meio do julgamento de expertos na área de conhecimento em questão e da revisão da literatura especializada, é possível inserir e ou remover elementos importantes para inferência diagnóstica.

Uma vez identificados na literatura os elementos de cada diagnóstico e construídas as respectivas definições operacionais e conceituais destes elementos, foram submetidos à

avaliação de enfermeiros expertos no tema de disfunções miccional e diagnósticos de enfermagem. Dos 150 elementos avaliados, foram excluídos 41 por apresentarem IVC menor que 0,85. Todos os diagnósticos analisados tiveram componentes modificados ou algum elemento incorporado ou excluído por sugestão dos juízes.

O DE de IU Transitória, proposto após a revisão da literatura, teve todos os seus elementos modificados, uma vez que para que o diagnóstico seja realizado apropriadamente é preciso observar o tempo de persistência dos sinais e sintomas de perda urinária e a reversibilidade de sua causa e em muitos casos é necessário a análise de todos os seus elementos para que a inferência seja realizada apropriadamente, já que muitas de suas condições associadas e populações em risco são comuns a outros diagnósticos. Desse modo, dentre as sugestões dos juízes para que o diagnóstico se tornasse mais claro, estavam a mudança de alguns FR para CA e a inclusão de algumas PR.

O DE IU Funcional teve seu título alterado para Incontinência Urinária Associada à Disabilidade, uma vez que o título atual não retrata apropriadamente os elementos do DE, dificultando sua inferência. O título proposto parece refletir melhor os fatores que compõe o diagnóstico, uma vez que fica mais claro que são fatores externos ao trato urinário que interferem no controle miccional.

O DE de IU Mista foi proposto neste estudo e já é mencionado na literatura pesquisada amplamente, uma vez que é uma condição prevalente<sup>1</sup>, que compartilha elementos dos DE IU de Esforço e de Urgência, embora não se trate apenas da presença concomitante desses dois diagnósticos, mas de uma condição com fisiopatologia própria que resulta da interação dos fatores relacionados urgência e ao esforço<sup>34</sup>.

O DE de IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica, após avaliação do IVC, teve todos os fatores relacionados propostos excluídos e não houveram novas sugestões dos juízes para inclusão destes fatores. Dessa forma, faz-se necessário a realização de estudos que possam identificar apropriadamente os fatores relacionados a este diagnóstico, que sejam passíveis de intervenção do enfermeiro de modo independente.

O DE de IU de Esforço manteve apenas uma característica definidora: perda de urina como esforço (somente ou predominantemente) e nele também foram acrescentados outros elementos importantes para a identificação do diagnóstico como o prolapso de órgãos pélvicos como fator relacionado.

Para o DE de IU de Urgência, buscou-se a diferenciação de elementos comuns (especialmente CD e CA) entre os DE de IUU e IUHDN. A IU de Urgência apresenta alguns fatores relacionados específicos, como, por exemplo, a Síndrome da Hiperatividade Detrusora,

que é idiopática e comum em pessoas com este diagnóstico e que é responsável pela maior parte dos sinais/sintomas descritos<sup>35</sup>.

Dessa forma, a realização da revisão integrativa da estrutura conceitual e teórica dos elementos que compõem os diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária, incluindo título, definição, características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e populações em risco foi fundamental para a confirmação dos elementos já existentes e identificação de novos elementos que poderão dar maior clareza e precisão aos diagnósticos estudados. Além disso, forneceu subsídios para a elaboração das definições operacionais e conceituais de todos os elementos dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, que embora não tenham sido submetidos à validação, deram suporte teórico para melhor compreensão do fenômeno durante o processo de julgamento dos juízes que participaram da pesquisa

A análise do conteúdo diagnóstico por juízes expertos na área de disfunções miccionais e diagnósticos de enfermagem permitiu o refinamento dos elementos encontrados na literatura, e incluindo elementos não identificados na revisão, porém presentes na assistência à pessoa com IU, aperfeiçoando a estrutura proposta.

Dessa forma, embora a IU seja um fenômeno prevalente nos diversos grupos etários e populações, que interfere na qualidade de vida do indivíduo e de sua família, com impacto nos custos relacionados à saúde, ainda há necessidade de maior atenção por parte do enfermeiro, uma vez que foram encontrados poucos estudos realizados pelos enfermeiros na área, o que reflete a importância deste estudo, haja vista a necessidade de atualização dos DE propostos pela NANDA-I.

O estudo tem como limitações: a falta de descritores mais específicos para a busca nas bases de dados; a existência de poucos estudos com elevado nível de evidência; o fato de terem sido identificados poucos juízes com elevado grau de expertise (expert e proficiente) na área de incontinência urinária e diagnósticos de enfermagem e os elementos dos diagnósticos estudados não terem sido validados clinicamente em população específica, de modo a confirmar os achados aqui apresentados.

Como perspectiva futura, esta análise de conteúdo poderá subsidiar a elaboração de teorias de médio alcance que facilitarão a compreensão dos fenômenos envolvidos e a aplicabilidade dos conceitos identificados nesta pesquisa.



## 7. CONCLUSÃO

A análise dos elementos dos DE relacionados à IU possibilitou melhor compreensão dos elementos destes diagnóstico e de suas inter-relações, tornando a estrutura diagnóstica mais clara.

Além da revisão dos diagnósticos já existentes na taxonomia atual da NANDA-I, versão 2018-2020, permitiu a proposição de dois diagnósticos novos com foco no problema identificados durante a revisão de literatura: IU Mista e IU Transitória, prevalentes e já descritos na literatura especializada, bem como a falta de evidências durante as buscas, permitiu a exclusão da análise do IU por Transbordamento, presente na NANDA-I, versão 2018-2020.

A análise simultânea de conceitos permitiu a identificação de semelhanças e diferenças entre os diagnósticos, bem como da presença de elementos exclusivos a cada um deles que facilitarão a inferência diagnóstica, diferenciando-o dos demais, dando maior clareza e precisão ao diagnóstico estudado.

Este estudo fornece subsídios para a formulação dos diferentes tipos de incontinência urinária de forma mais acurada, utilizando uma linguagem padronizada já amplamente conhecida. Isso facilitará o cuidado prestado, a segurança do paciente e a realização de pesquisas na área.

A utilização de um sistema de linguagem padronizada dos diferentes subtipos de incontinência urinária poderá direcionar e incrementar os cuidados à pessoa afetada por esse problema e sua família, uma vez que permite a comunicação mais efetiva entre os diferentes membros da equipe, a continuidade dos cuidados prestados, e a comparação destes dados em pesquisas.

## REFERÊNCIAS

- 1 Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjostrom S, et al. Epidemiology of urinary incontinence (IU) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP), and anal (AI) incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence 6th edition. Tokyo: Consultation on Incontinence; 2017.p.1-141.
- 2 Leandro, TA, Araujo, TL, Cavalcante, TF, Lopes, MVO, Oliveira, TMF, Lopes, ACM. Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com

- acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Dec 08]; 49 (6): 923-30. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000600923&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600923&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000600007>.
- 3 Santos, CRS, Santos, VLCG. Prevalence of Urinary Incontinence in a Random Sample of the Urban Population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. *Rev Lat Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2019 Dec 08]; 18 (5): 903-10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000500010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000500010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000500010>.
  - 4 Menezes, MAJ, Hashimoto, SY, Santos VLG. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(4):436–40. doi:10.1097/WON.0b013e3181aaf446
  - 5 Betteloni, JJ, Santos, VLCG. Incontinência urinária em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 08]; 25: e2970. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100416&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100416&lng=en). Epub Jan 08, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2139.2970>.
  - 6 Mota, RL. Female urinary incontinence and sexuality. *Int Braz J Urol*. 2017; 43(1): 20-8. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2016.0102.
  - 7 Saboia, DM, Firmiano, MLV, Bezerra, KC, Vasconcelos Neto, JA, Oriá, MOB, Vasconcelos, CTM. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51: e03266. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>
  - 8 International Continence Society. History of the International Continence Society. Acessado em 27 de abril de 2017. Disponível em: <https://www.ics.org/about>.
  - 9 Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp):134-41.
  - 10 Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2018-2020. 11<sup>a</sup>. Ed. Porto Alegre, RS: Editora Artmed, 2018.
  - 11 Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem:

- tipos, modelos e componentes validados. *Rev Eletronica Enferm.* 2008;10(2): 513-20.
- 12 Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem e prática da pesquisa. *Anais do I Encontro Pernambucano de Diagnósticos de Enfermagem.* 1987; 15-17; Recife, Brasil, p.1-15.
  - 13 Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardization of terminology of lower tract function: report from the standardization sub committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21(2):167-78.
  - 14 Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghman B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29: 4-20.
  - 15 Lee JY, Park H-A. Development and validation of detailed clinical models for nursing actions in perinatal care. *Int J Med Inform.* 2017; 102: 103-10.
  - 16 Bittencourt GKGD, Moreira MASP, Meira LCS, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(4):495-501.
  - 17 Nonino FOL, Napoleão AA, Carvalho EC, Filho JFP. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: Uma revisão de literatura. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(6): 872-7.
  - 18 Ferreira AM, Rocha EM, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Nursing diagnosis in intensive care: Cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2016; 69(2): 285-93.
  - 19 Haase J, Leidy N, Coward D, Britt T, Penn P. Simultaneous concept analysis: a strategy for developing multiple interrelated concepts. In: Rodgers B, Knafl K (Editors). *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications.* Philadelphia (USA): WB Saunders Company. 2000, pp.209-99.
  - 20 Lopes MVO, Silva VM. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM, organizadoras. *PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem.* 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, v. 4, p. 31-74.
  - 21 Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing.* 5th ed. Prentice Hall, 2010. 243p.

- 22 Martins QCS, Meireles PF, Rabelo ER, Aliti GB. Definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2 (2): 420-33.
- 23 Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–553.
- 24 Mangueira SO. Revisão do diagnóstico de enfermagem processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool. 2014. 184f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2014.
- 25 Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins, 2011.
- 26 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
- 27 Pasquali L (Org). Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP. 1999
- 28 Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 23(3):134-9.
- 29 Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs* [Internet]. 1982 [cited 2018 Jul. 09]; 82(3):402-7. Available from:  
[https://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1982/82030/From\\_Novice\\_To\\_Expert.4.a.px](https://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1982/82030/From_Novice_To_Expert.4.a.px)
- 30 Diniz CM. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente [dissertation]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; 2017.
- 31 Kwak Y, Kwon H, Kim Y. Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging Ment Health*. 2016; 20(7); 719-26, doi: 10.1080/13607863.2015.1033682
- 32 Lopes, MHBM, Costa JN, Silva AF. Mapeamento cruzamento entre a International Continence Society - ICS e a NANDA-I: Terminologia dos diagnósticos relacionados a Eliminação Urinária. In: Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM, organizadoras. PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos

de enfermagem. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

- 33 D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodynam*. 2019;38(2):433-77. doi: 10.1002/nau.23897.
- 34 Minassian VA, Yan X, Pilzek AL, Platte R, Stewart WF. Does transition of urinary incontinence from one subtype to another represent progression of the disease? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2018; 29(8):1179-85. DOI:10.1007/s00192-018-3596-4
- 35 Salvatore S., Rademakers K., DeLance J, Igawa Y, Koelbl H, Laterza R, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence* 6th edition. Tokyo: International Consultation on Incontinence; 2017.p.361-496.

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1 - Estratégia de pesquisa e termos usados nos estudos incluídos na revisão integrativa.**

<b>Tipo de IU</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Vocabulário controlado/Vocabulário não-controlado</b>	<b>Estratégia de Busca</b>	<b>Artigos encontrados (n)</b>	<b>Artigos selecionados para leitura na íntegra (n)</b>
IU Esforço	Pubmed	Urinary Incontinence, Stress; Urinary Stress Incontinence; Incontinence, Urinary Stress; Stress Incontinence, Urinary; Signs and Symptoms Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnoses; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.	Urinary Incontinence, Stress OR Urinary Stress Incontinence OR Incontinence, Urinary Stress OR Stress Incontinence, Urinary AND Signs AND Symptoms OR Lower Urinary Tract Symptoms AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnoses AND Examinations OR Examinations AND Diagnoses AND Epidemiology.  Filters: Year (2004 to 2018); Language (English).	6	-
	Scopus	Urinary Incontinence, Stress; Urinary Stress Incontinence; Incontinence, Urinary Stress; Stress Incontinence, Urinary; Signs and Symptoms Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking;	Urinary Incontinence, Stress OR Urinary Stress Incontinence OR Incontinence, Urinary Stress OR Stress Incontinence, Urinary AND Signs and Symptoms OR Lower Urinary Tract Symptoms AND	640	13

		History Taking, Medical; Diagnoses; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.	Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnoses OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.  Limitador de resultados: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).		
	EMBASE	Stress incontinence; Lower urinary tract symptom; Anamnesis; Diagnosis; Epidemiology.	Stress incontinence AND lower urinary tract symptom OR anamnesis OR diagnosis AND epidemiology.  Limitador de resultados: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).	3.248	-
	CINAHL	Stress Urinary Incontinence; Signs and Symptoms; Patient History Taking; Diagnosis; Epidemiology.  Vocabulário não controlado: Lower Urinary Tract Symptoms.	Stress Urinary Incontinence AND Signs and Symptoms OR "Lower Urinary Tract Symptoms" OR Patient History Taking OR Diagnosis AND Epidemiology.  Limitador de resultados: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish); Type (full text).	10.012	-



	BVS	Urinary Incontinence, Stress; Urinary Stress Incontinence; Incontinence, Urinary Stress; Stress Incontinence, Urinary; Signs and Symptoms; Symptoms and Signs; Clinical Observation; Clinical Observations; Complaints and Symptoms; Signs; Symptoms; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.	Urinary Incontinence, Stress OR Urinary Stress Incontinence OR Incontinence, Urinary Stress OR Stress Incontinence, Urinary AND Signs and Symptoms OR Symptoms and Signs OR Clinical Observation OR Clinical Observations OR Complaints and Symptoms OR Signs OR Symptoms OR Symptoms and Complaints OR Lower Urinary Tract Symptoms AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.  Limitador de resultados: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).	2	-
	Busca Manual*				4
IU de Urgência	Pubmed	Urinary Incontinence, Urge; Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Diurnal Enuresis; Nocturnal Enuresis; Lower urinary tract symptom; Medical History Taking;	Urinary Incontinence, Urge OR Urinary Bladder, Overactive OR Urinary Incontinence OR Diurnal Enuresis OR Nocturnal Enuresis OR Urinary Urge Incontinence OR Urge Incontinence OR Incontinence,	32	16

		Diagnosis; Epidemiology.	Urge OR Lower urinary tract symptoms AND Medical History Taking OR Diagnosis AND Epidemiology.  Filters: Language (English); Year: 2004 to 2018).		
	Scopus	Urinary Incontinence, Urge; Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Urinary Urge Incontinence; Urge Incontinence; Incontinence, Urge; Diurnal Enuresis; Nocturnal Enuresis; Lower urinary tract symptom; Medical History Taking; Diagnosis; Epidemiology.	Urinary Incontinence, Urge OR Urinary Bladder, Overactive OR Urinary Incontinence OR Diurnal Enuresis OR Nocturnal Enuresis OR Urinary Urge Incontinence OR Urge Incontinence OR Incontinence, Urge OR Lower urinary tract symptoms AND Medical History Taking OR Diagnosis AND Epidemiology.  Limitador de resultados: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).	146	12
	EMBASE	Urge incontinence; Urinary urgency; Urine incontinence; Lower urinary tract; Symptom; Anamnesis; Diagnosis; Epidemiology.	Urge incontinence OR Urinary urgency OR Urine incontinence OR Lower urinary tract symptom AND Anamnesis OR Diagnosis AND Epidemiology  Limitador de resultados: Year (2004 to 2018); Language	60	3

			(English, Portuguese and Spanish).		
	CINAHAL	Urge Incontinence; Urinary incontinence; Nocturnal Enuresis; Enuresis; Patient History Taking; Physical examination; Diagnosis; Epidemiology.	Enuresis Nocturnal OR Enuresis AND Diagnosis OR Patient History Taking OR Physical Examination AND Epidemiology AND Urge incontinence OR Urinary Incontinence OR Urge Urinary Incontinence  Limitador de resultados: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish); Type (full text).	136	14
	BVS	Urinary Incontinence, Urge; Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Urinary Urge Incontinence; Urge Incontinence; Incontinence, Urge; Diurnal Enuresis; Nocturnal Enuresis; Lower urinary tract symptom; Medical History Taking; Diagnosis; Epidemiology.	Urge incontinence OR Urinary Incontinence OR Urge Urinary Incontinence OR Urinary Incontinence, Urge OR Urinary Incontinence, Urge OR Urinary Urge Incontinence OR Incontinence, Urge OR Lower urinary tract symptom OR Enuresis Nocturnal OR Diurnal Enuresis AND Diagnosis OR Patient History Taking OR Physical Examination AND Epidemiology.  Limitador de resultados: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and	19	15

			Spanish).		
	Busca Manual				38
IU Reflexa	Pubmed	Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Incontinence, Urinary; Urinary Incontinence, Urge; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose OR Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.	Urinary Bladder, Overactive AND Urinary Incontinence OR Incontinence, Urinary OR Urinary Incontinence, Urge OR Lower Urinary Tract Symptoms AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses.  Limitador de resultados: Year (1996 to 2018); Language (English).	1.482	23
	Scopus	Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Incontinence, Urinary; Urinary Incontinence, Urge; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.	Overactive Bladder OR Overactive Urinary Bladder OR Bladder, Overactive OR Overactive Detrusor OR Detrusor, Overactive OR Overactive Detrusor Function OR Detrusor Function, Overactive OR Urinary Bladder, Overactive OR Urinary Incontinence OR Urinary Urge Incontinence OR Lower urinary tract symptom AND Medical History Taking OR Diagnosis AND Epidemiology.	23	4

			Limitador de resultados: Year (1996 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).		
	EMBASE	Overactive bladder; Neurogenic bladder; Urge incontinence; Urinary urgency; Urine incontinence; Lower urinary tract symptom; Anamnesis; Diagnosis; Epidemiology.	Overactive bladder OR Neurogenic bladder AND Urge incontinence OR Urinary urgency OR Urine incontinence OR Lower urinary tract symptom AND Anamnesis OR Diagnosis AND Epidemiology.  Limitador de resultados: Year (1996 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).	760	22
	CINAHL	Urinary Incontinence; Urge Urinary Incontinence; Reflex Urinary Incontinence; Reflex Incontinence (NANDA); Total Urinary Incontinence; Overactive Bladder; Bladder, Neurogenic; Patient History Taking; Diagnosis; Epidemiology.	Urinary Incontinence OR Urge Urinary Incontinence OR Reflex Urinary Incontinence OR Reflex Incontinence (NANDA) OR Total Urinary Incontinence AND Overactive Bladder OR Bladder, Neurogenic AND Patient History Taking OR Diagnosis AND Epidemiology.  Limitador de resultados: Year (1996 to 2018); Language (English, Portuguese and	1	-

			Spanish); Type (full-text).		
	BVS	Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Urinary Urge Incontinence; Lower urinary tract symptoms; Medical History Taking; Diagnosis; Epidemiology.	Urinary Bladder, Overactive AND Urinary Incontinence OR Urinary Urge Incontinence OR Lower urinary tract symptoms AND Medical History Taking OR Diagnosis AND Epidemiology.  Limitador de resultados: Year (1996 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).	5	-
	Busca Manual*				38
IU Funcional	Pubmed	Mental disorders; Depression; Depressive disorders; Urinary incontinence; Urination disorders; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.  Vocabulário não controlado: Behavior disorders; Neuropsychiatric disorders; Psychiatric disorders; Functional Urinary Incontinence;	Mental disorders OR “Behavior disorders” OR “Neuropsychiatric disorders” OR “Psychiatric disorders” OR Depression OR Depressive disorders AND “Functional Urinary Incontinence” OR “Functional Incontinence” OR Urinary incontinence OR Urination disorders OR “Dysfunctional voiding” OR Lower Urinary Tract Symptoms AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and	4	-

		Functional Incontinence; Dysfunctional voiding.	Diagnoses) AND Epidemiology.  Limitador: Year (1996 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).		
	Scopus	Mental disorders; Depression; Depressive disorders; Urinary incontinence; Urination disorders; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.  Vocabulário não controlado: Behavior disorders; Neuropsychiatric disorders; Psychiatric disorders; Functional Urinary Incontinence; Functional Incontinence; Dysfunctional voiding.	Mental disorders OR “Behavior disorders” OR “Neuropsychiatric disorders” OR “Psychiatric disorders” OR Depression OR Depressive disorders AND “Functional Urinary Incontinence” OR “Functional Incontinence” OR Urinary incontinence OR Urination disorders OR “Dysfunctional voiding” OR Lower Urinary Tract Symptoms AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses) AND Epidemiology.  Limitador: Year (1996 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).	324	2
	EMBASE	Mental disorders; Depression; Depressive disorders; Urine incontinence;	Mental disorders OR “Behavior disorders” OR “Neuropsychiatric disorder” OR “Psychiatric disorder” OR	18	-

		<p>Micturition disorder; Lower Urinary Tract Symptom; Anamnesis OR Diagnosis; Epidemiology.</p> <p>Vocabulário Não controlado: Behavior disorders; Neuropsychiatric disorder; Psychiatric disorder; Functional Urinary Incontinence; Functional Incontinence; Dysfunctional voiding.</p>	<p>Depression OR Depressive disorders AND “Functional Urinary Incontinence” OR “Functional Incontinence” (OR Urine incontinence OR Micturition disorder OR “Dysfunctional voiding” OR Lower Urinary Tract Symptom Anamnesis OR Diagnosis Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (1996 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).</p>		
	CINAHL	<p>Mental disorders; Behavioral and Mental Disorders; Depression; Urinary Incontinence; Functional Urinary Incontinence; Lower Urinary Tract Symptoms; Urination disorder; Dysfunctional voiding; Patient History Taking; Diagnosis; Epidemiology.</p> <p>Vocabulário não controlado: Depressive disorders; Neuropsychiatric disorder; Psychiatric disorder.</p>	<p>Mental disorders OR Behavioral and Mental Disorders OR “Neuropsychiatric disorder” OR “Psychiatric disorder” OR Depression or “Depressive disorders” AND Urinary Incontinence OR Functional Urinary Incontinence OR Lower Urinary Tract Symptoms OR Urination disorder OR Dysfunctional voiding AND Patient History Taking OR Diagnosis AND Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (1996 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish); Type (full-text).</p>	23	1



	BVS	Mental disorders; Behavior disorders; Neuropsychiatric disorders; Psychiatric disorders; Depression; Depressive disorders; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking; Medical Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology Vocabulário não controlado: Functional Urinary Incontinence; Functional Incontinence; Urinary Incontinence; Urination disorders; Dysfunctional voiding.	Mental disorders OR Behavior disorders OR Neuropsychiatric disorders OR Psychiatric disorders OR Depression OR Depressive disorders AND Functional Urinary Incontinence OR Functional Incontinence OR Urinary Incontinence OR Urination disorders OR Dysfunctional voiding OR Lower Urinary Tract Symptoms AND Medical History Taking OR History Taking, Medical Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.  Limitador: Year (1996 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).	1	-
	Busca Manual*				11
IU por Transbordamento	Pubmed	Urinary retention; Residual volume; Residual urine; Post void residual; Chronic urinary retention; Urinary bladder, neurogenic; Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Incontinence, Urinary; Urinary Incontinence, Urge;	“Overflow incontinence” OR “Overflow urinary incontinence” OR Urinary Incontinence OR Incontinence, Urinary OR Residual urine OR Post void residual OR Chronic urinary retention OR Urinary retention OR Residual volume OR Urinary bladder, neurogenic OR Lower Urinary Tract Symptoms	6.104	13

		<p>Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.</p> <p>Vocabulário não controlado: Overflow incontinence; Overflow urinary incontinence; Detrusor underactivity; Underactive bladder; Impaired contractility; Detrusor hyperactivity with impaired contractile function; Voiding dysfunction; Bladder dysfunction; Bladder ischemia; Non-obstructive; Voiding dysfunction; Obstructive voiding dysfunction.</p>	<p>AND “Detrusor underactivity” OR “Underactive bladder” OR “Impaired contractility” OR “Detrusor hyperactivity with impaired contractile function” OR “Voiding dysfunction” OR “Bladder dysfunction” OR “Bladder ischemia” OR “Non-obstructive voiding dysfunction” OR “Obstructive voiding dysfunction” AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).</p>		
	Scopus	<p>Urinary retention; Residual volume; Residual urine; Post void residual; Chronic urinary retention; Urinary bladder, neurogenic; Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Incontinence, Urinary; Urinary Incontinence, Urge;</p>	<p>“Overflow incontinence” OR “Overflow urinary incontinence” OR Urinary Incontinence OR Incontinence, Urinary OR Residual urine OR Post void residual OR Chronic urinary retention OR Urinary retention OR Residual volume OR Urinary bladder, neurogenic OR Lower Urinary Tract Symptoms</p>	310	10

		<p>Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.</p> <p>Vocabulário não controlado: Overflow incontinence; Overflow urinary incontinence; Detrusor underactivity; Underactive bladder; Impaired contractility; Detrusor hyperactivity with impaired contractile function; Voiding dysfunction; Bladder dysfunction; Bladder ischemia; Non-obstructive; Voiding dysfunction; Obstructive voiding dysfunction.</p>	<p>AND “Detrusor underactivity” OR “Underactive bladder” OR “Impaired contractility” OR “Detrusor hyperactivity with impaired contractile function” OR “Voiding dysfunction” OR “Bladder dysfunction” OR “Bladder ischemia” OR “Non-obstructive voiding dysfunction” OR “Obstructive voiding dysfunction” AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).</p>		
	EMBASE	<p>Urine retention; Residual volume; Postvoid residual urine volume; Neurogenic bladder; Urine incontinence Lower Urinary Tract Symptom; Anamnesis; Diagnosis; Epidemiology.</p>	<p>“Overflow incontinence” OR “Overflow urinary incontinence” OR “Detrusor underactivity” OR “Underactive bladder” OR “Voiding dysfunction” OR “Bladder dysfunction” OR “Impaired contractility” OR “Detrusor hyperactivity with impaired contractile function” OR “Non-obstructive voiding</p>	69	8

		<p>Vocabulário não controlado:          Overflow incontinence; Overflow urinary incontinence;          Detrusor underactivity;          Underactive bladder;          Voiding dysfunction; Bladder dysfunction;          Impaired contractility; Detrusor hyperactivity with impaired contractile function;          Non-obstructive voiding dysfunction; Obstructive voiding dysfunction; Bladder ischemia;          Residual urine; Post void residual; Chronic urinary retention.</p>	<p>dysfunction” OR” Obstructive voiding dysfunction” OR          “Bladder ischemia” OR          “Residual urine” OR “Post void residual” OR “Chronic urinary retention” OR Urine retention          OR Residual volume OR          Postvoid residual urine volume          OR Neurogenic bladder          OR Urine incontinence OR          Lower Urinary Tract Symptom AND Anamnesis OR Diagnosis AND Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (2004 to 2018);          Language (English, Portuguese and Spanish).</p>		
	CINAHL	<p>Urinary Incontinence;          Bladder, Neurogenic; Overactive Bladder;          Patient History Taking;          Diagnosis;          Epidemiology.</p> <p>Vocabulário não controlado:          Overflow incontinence; Overflow urinary incontinence;          Detrusor underactivity;          Underactive bladder;          Voiding dysfunction; Bladder dysfunction;          Impaired contractility; Detrusor</p>	<p>“Overflow incontinence” OR          “Overflow urinary incontinence” OR          “Detrusor underactivity” OR          “Underactive bladder” OR          “Voiding dysfunction” OR          “Bladder dysfunction” OR          “Impaired contractility” OR          “Detrusor hyperactivity with impaired contractile function” OR          “Non-obstructive voiding dysfunction” OR          Obstructive voiding dysfunction” OR          “Bladder ischemia” OR          “Residual urine” OR “Post void residual” OR “Chronic urinary</p>	143	5

		hyperactivity with impaired contractile function; Non-obstructive voiding dysfunction; Obstructive voiding dysfunction; Bladder ischemia; Residual urine; Post void residual; Chronic urinary retention.	retention” OR Urinary Incontinence OR Bladder, Neurogenic Patient History Taking OR Diagnosis OR Epidemiology.  Limitador: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish); Type (full text).		
	BVS	Urinary retention; Residual volume; Urinary bladder, neurogenic; Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Incontinence, Urinary Urinary Incontinence, Urge; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.  Vocabulário não controlado: Overflow incontinence; Overflow urinary incontinence; Detrusor underactivity; Underactive bladder; Voiding dysfunction; Bladder dysfunction;	“Overflow incontinence” OR “Overflow urinary incontinence” OR Urinary Incontinence OR Incontinence, Urinary OR Residual urine OR Post void residual OR Chronic urinary retention OR Urinary retention OR Residual volume OR Urinary bladder, neurogenic OR Lower Urinary Tract Symptoms AND “Detrusor underactivity” OR “Underactive bladder” OR “Impaired contractility” OR “Detrusor hyperactivity with impaired contractile function” OR “Voiding dysfunction” OR “Bladder dysfunction” OR “Bladder ischemia” OR “Non-obstructive voiding dysfunction” OR “Obstructive voiding dysfunction” AND Medical History Taking OR History	-	-

		Impaired contractility; Detrusor hyperactivity with impaired contractile function; Non-obstructive voiding dysfunction; Obstructive voiding dysfunction; Bladder ischemia; Residual urine; Post void residual; Chronic urinary retention.	Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.  Limitador: Year (2004 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).		
	Busca Manual*				5
IU Mista	Pubmed	Urinary incontinence; Urination disorders; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.  Vocabulário não controlado: Mixed Urinary Incontinence; Mixed Incontinence; Dysfunctional voiding.	“Mixed Urinary Incontinence” OR “Mixed Incontinence OR Urinary incontinence Urination disorders OR “Dysfunctional voiding” OR Lower Urinary Tract Symptoms AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.  Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).	1	-
	Scopus	Urinary incontinence; Urination disorders; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis;	“Mixed Urinary Incontinence” OR “Mixed Incontinence OR Urinary incontinence Urination disorders OR “Dysfunctional voiding” OR	15	-

		<p>Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.</p> <p>Vocabulário não controlado: Mixed Urinary Incontinence; Mixed Incontinence; Dysfunctional voiding.</p>	<p>Lower Urinary Tract Symptoms AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).</p>		
	EMBASE	<p>Mixed Urinary; Incontinence; Urine incontinence; Micturition disorder; Lower Urinary Tract Symptom; Anamnesis; Diagnosis; Epidemiology</p> <p>Vocabulário não controlado: Dysfunctional voiding.</p>	<p>Mixed Urinary Incontinence OR Urine incontinence OR Micturition disorder OR “Dysfunctional voiding” OR Lower Urinary Tract Symptom AND Anamnesis OR Diagnosis AND Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).</p>	2.643	4
	CINAHL	<p>Urinary incontinence; Lower Urinary Tract Symptoms; Urination disorder; Patient History Taking; Diagnosis; Epidemiology.</p> <p>Vocabulário não controlado:</p>	<p>“Mixed Urinary Incontinence” OR “Mixed Incontinence” OR Urinary incontinence OR Lower Urinary Tract Symptoms OR Urination disorder OR “Dysfunctional voiding” AND Patient History Taking OR Diagnosis AND</p>	83	3

		Mixed Urinary Incontinence; Mixed Incontinence; Dysfunctional voiding.	Epidemiology.  Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish); Type (full text).		
	BVS	Urinary incontinence; Urination disorders; Lower Urinary Tract Symptoms; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.  Vocabulário não controlado: Mixed Urinary Incontinence; Mixed Incontinence; Dysfunctional voiding.	“Mixed Urinary Incontinence” OR “Mixed Incontinence OR Urinary incontinence Urination disorders OR “Dysfunctional voiding” OR Lower Urinary Tract Symptoms AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.  Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).	-	
	Busca Manual*				13
IU Transitória	Pubmed	Urinary incontinence; Urination disorders; Lower Urinary Tract Symptoms; Frail elderly; Delirium; Infection; Atrophic vaginitis; Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions;	“Transient Urinary Incontinence” OR Urinary incontinence OR Urination disorders OR “Dysfunctional voiding” OR Lower Urinary Tract Symptoms AND “Older adults” OR Frail elderly AND Delirium AND Infection AND Atrophic vaginitis AND	39	1



		<p>Mobility Limitation; Fecal Impaction; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.</p> <p>Vocabulário não controlado: Transient Urinary Incontinence; Dysfunctional voiding; Older adults; Pharmaceuticals; Psychological condition; Excess urine output; Reduced mobility; Stool impaction.</p>	<p>Pharmaceuticals OR Drug- Related Side Effects and Adverse Reactions AND “Psychological condition” AND “Excess urine output” AND “Reduced mobility” or “Mobility Limitation” AND “Stool impaction” or “Fecal Impaction” AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).</p>		
	Scopus	<p>Urinary incontinence; Urination disorders; Lower Urinary Tract Symptoms; Frail elderly; Delirium; Infection; Atrophic vaginitis; Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions; Mobility Limitation; Fecal Impaction; Medical History Taking; History Taking, Medical;</p>	<p>“Transient Urinary Incontinence” OR Urinary incontinence OR Urination disorders OR “Dysfunctional voiding” OR Lower Urinary Tract Symptoms AND “Older adults” OR Frail elderly AND Delirium AND Infection AND Atrophic vaginitis AND Pharmaceuticals OR Drug- Related Side Effects and Adverse Reactions AND “Psychological condition” AND</p>	-	-

		<p>Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology Vocabulário não controlado: Transient Urinary Incontinence; Dysfunctional voiding; Older adults; Pharmaceuticals; Psychological condition; Excess urine output; Reduced mobility; Stool impaction.</p>	<p>“Excess urine output” AND “Reduced mobility” or “Mobility Limitation” AND “Stool impaction” or “Fecal Impaction” AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).</p>		
	EMBASE	<p>Urine incontinence; Micturition disorder; Lower Urinary Tract Symptom; Frail elderly; Delirium; Infection; Atrophic vaginitis; Adverse Drug Reactions; Limited mobility; Feces impaction; Anamnesis; Diagnosis; Epidemiology. Vocabulário não controlado: Transient Urinary Incontinence; Dysfunctional voiding; Older adults; Pharmaceuticals; Psychological condition;</p>	<p>“Transient Urinary Incontinence” OR Urine incontinence OR Micturition disorder OR “Dysfunctional voiding” OR Lower Urinary Tract Symptom AND “Older adults” OR Frail elderly AND Delirium AND Infection AND Atrophic vaginitis AND Pharmaceuticals or Adverse Drug Reactions AND “Psychological condition” AND “excess urine output” AND “Limited mobility” AND “Feces impaction” AND Anamnesis OR Diagnosis AND Epidemiology</p>	-	

		Excess urine output	Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).		
	CINAHL	Urinary incontinence; Frail elderly; Delirium; Infection; Drug-Related Side Effects; Adverse Reactions; Impaired Physical Mobility; Fecal Impaction; Lower Urinary Tract Symptoms; Urination disorder; Patient History Taking; Diagnosis; Epidemiology.  Vocabulário não controlado: Transient Urinary Incontinence; Dysfunctional voiding; Older adults; Atrophic vaginitis; Pharmaceuticals; Psychological condition; Excess urine output; Reduced mobility; Stool impaction.	“Transient Urinary Incontinence” OR Urinary incontinence AND “Older adults” OR frail elderly AND Delirium AND Infection AND “Atrophic vaginitis” AND Pharmaceuticals OR Drug- Related Side Effects and Adverse Reactions AND “Psychological condition” AND “Excess urine output” AND “Reduced mobility” OR “Impaired physical mobility” AND “Stool impaction” OR Fecal Impaction AND Lower Urinary Tract Symptoms OR Urination disorder OR “Dysfunctional voiding” AND Patient History Taking OR Diagnosis AND Epidemiology.  Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish); Type (full text).	-	
	BVS	Urinary incontinence; Urination disorders; Lower Urinary Tract Symptoms; Frail elderly;	“Transient Urinary Incontinence” OR Urinary incontinence OR Urination disorders OR “Dysfunctional	-	

		<p>Delirium; Infection; Atrophic vaginitis; Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions; Mobility Limitation; Fecal Impaction; Medical History Taking; History Taking, Medical; Diagnosis; Diagnose; Diagnoses and Examinations; Examinations and Diagnoses; Epidemiology.</p> <p>Vocabulário não controlado: Transient Urinary Incontinence; Dysfunctional voiding; Older adults; Pharmaceuticals; Psychological condition; Excess urine output; Reduced mobility; Stool impaction.</p>	<p>voiding” OR Lower Urinary Tract Symptoms AND “Older adults” OR Frail elderly AND Delirium AND Infection AND Atrophic vaginitis AND Pharmaceuticals OR Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions AND “Psychological condition” AND “Excess urine output” AND “Reduced mobility” or “Mobility Limitation” AND “Stool impaction” or “Fecal Impaction” AND Medical History Taking OR History Taking, Medical OR Diagnosis OR Diagnose OR Diagnoses and Examinations OR Examinations and Diagnoses AND Epidemiology.</p> <p>Limitador: Year (2010 to 2018); Language (English, Portuguese and Spanish).</p>		
	Busca Manual*			9	9

Fonte: Dados da pesquisadora. \*Inclui: busca nas listas de referências dos artigos pesquisados, no *International Journal of Nursing Knowledge* e *Neurourology and Urodynamics*.

**Apêndice 2 - Carta aos Juízes**

Campinas, de julho de 2018.

Prezado Senhor (nome do Juíz)

Meu nome é Juliana Neves da Costa, sou enfermeira e doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Estou desenvolvendo um estudo intitulado “**Análise de diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária**”, que será parte do meu projeto de tese, sob orientação da Profª Drª Maria Helena Baena de Moraes Lopes e co-orientação do Prof. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

O estudo tem como objetivos analisar o conteúdo dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária da taxonomia da NANDA-I, a saber: Incontinência Urinária Funcional, Incontinência Urinária por Transbordamento, Incontinência Urinária por Esforço, Incontinência Urinária Reflexa e Incontinência Urinária por Urgência. Todos os elementos que compõem os diagnósticos como rótulo, definição, características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e populações em risco, deverão ser avaliados quanto à sua relevância e representatividade para o diagnóstico a fim de padronizar a linguagem utilizada e facilitar a precisão na formulação diagnóstica.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar como juiz da análise de conteúdo destes diagnósticos. Reiteramos que sua participação e experiência profissional muito contribuirão para o alcance dos objetivos propostos. Na eminência de sua concordância, queira por gentileza, responder este e-mail, para enviarmos o *link* da pesquisa, com maior detalhamento do projeto e os elementos a serem avaliados com as devidas orientações, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deverá assinado caso concorde em participar do estudo. Gostaríamos ainda de solicitar sua indicação de outro profissional que possa participar como juiz de nossa pesquisa.

Cientes de sua valiosa contribuição, agradecemos antecipadamente pela participação. Colocamo-nos à disposição para maiores e eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

**Juliana Neves da Costa**  
Pesquisadora  
Faculdade de Enfermagem  
Universidade Estadual de  
Campinas  
Fones: (85) 996041835  
julianancosta@yahoo.com.br

**Profª Drª Maria Helena  
Baena de Moraes Lopes**  
Orientadora  
Docente da Faculdade  
Enfermagem Unicamp  
email:  
mhbaenaml@yahoo.com.br

**Prof. Marcos Venícios de  
Oliveira Lopes**  
Co-Orientador  
Docente do Departamento  
de Enfermagem da  
Universidade Federal do  
Ceará – email:  
marcos@ufc.br

### Apêndice 3 – Questionário para Caracterização dos Juízes

#### QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ (anos completos)

Atuação profissional atual: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação profissional: \_\_\_\_\_ (anos completos)

Em que áreas já atuou profissionalmente? \_\_\_\_\_

Titulação acadêmica: ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

Área/Tema da Especialização: \_\_\_\_\_

Área/Tema da Dissertação do Mestrado: \_\_\_\_\_

Área/Tema da Tese de Doutorado: \_\_\_\_\_

Por gentileza, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 1 e 2):

1 – Desenvolveu como autor ou orientador estudo na temática Terminologias/Classificações de Enfermagem:

( ) Monografia de graduação

( ) Monografia de especialização

( ) Dissertação

( ) Tese

( ) Artigos científicos

( ) Outros

Se sim, qual terminologia? \_\_\_\_\_

2 – Desenvolveu como autor ou orientador estudo na temática Incontinência Urinária:

( ) Monografia de graduação

( ) Monografia de especialização

( ) Dissertação

( ) Tese

( ) Artigos científicos

( ) Outros

3 – Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa na temática Terminologia de Enfermagem?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

4 – Utiliza/utilizou diagnósticos de enfermagem em sua prática assistencial?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

5 - Utiliza/utilizou diagnósticos de enfermagem em sua prática docente?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

6 – Presta/prestou assistência a pessoas com incontinência urinária?

( ) Sim ( ) Não

## Apêndice 4 - Elementos dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária e suas respectivas definições

### 1. Incontinência Urinária de Esforço (IUE)

Perda súbita de pequenas quantidades de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal e não está associada a nenhum senso de urgência para urinar<sup>1-3</sup>.

#### 1.1. Características Definidoras

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Perda de urina com o esforço (somente ou predominantemente) <sup>4</sup> .	A pressão intravesical excede a resistência uretral como resultado do aumento da pressão intra-abdominal na ausência de uma contração do detrusor <sup>4-6</sup> .	Queixa ou observação de perda involuntária de urina em sincronia com esforço ou exercício físico ou espirros ou tosse na ausência de contração do detrusor observada no estudo urodinâmico, não associada a qualquer senso de urgência para urinar <sup>4-7</sup> . O teste de estresse da tosse é utilizado na avaliação da incontinência urinária (IU). O paciente tosse e a visualização da perda de urina sincrônica com a tosse confirma a presença de IUE <sup>8</sup> .

## 1.2. Fatores Relacionados

FATORES RELACIONADOS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Fraqueza dos músculos do assoalho pélvico ou músculos do assoalho pélvico com contração menos efetiva <sup>4,9-10</sup> .	Músculos do assoalho pélvico menos efetivos em termos de força e resistência e incoordenação entre os músculos do assoalho pélvico e o músculo abdominal inferior <sup>4, 9-11</sup> . Hiper mobilidade uretral e /ou deficiência intrínseca do esfíncter são as principais consequências dessas alterações <sup>12-13</sup> .	Queixa ou observação ao exame físico de (1) ausência de contração dos músculos do assoalho pélvico (nenhuma contratilidade muscular detectável ao redor do dedo do examinador), (2) contração dos músculos do assoalho pélvico fraca (contratilidade detectável) <sup>14</sup> . Observação da hiper mobilidade uretral durante o Q-tip consiste em um deslocamento uretral a 308 graus da horizontal quando o paciente está em posição de litotomia enquanto faz esforço. Um teste de esforço na tosse positivo tem alta sensibilidade e especificidade para diagnosticar a IUE. Nesse teste, a perda uretral observada é provocada por uma série de tosses forçadas na posição supina ou em pé com a bexiga confortavelmente cheia (~ 300 ml). Após o esvaziamento da bexiga, um teste de esforço na posição supina positivo pode ser sugestivo de deficiência intrínseca do esfíncter <sup>13</sup> .



<p>Quaisquer fatores que aumentem a pressão intra-abdominal associado a alguma anormalidade fisiológica (muscular ou nervosa)<sup>4,15</sup>.</p>	<p>Condições que aumentam a pressão intra-abdominal, como obesidade, tosse crônica ou esforço respiratório devido à asma, tabagismo ou doença crônica do trato respiratório, atividade física extenuante, constipação crônica ou gravidez<sup>4,15-18</sup> podem causar danos ao suporte dos músculos do assoalho pélvico<sup>4,15</sup> e, consequentemente, perda urinária durante o aumento da pressão abdominal.</p>	<p>Queixa ou observação de condições que aumentam a pressão intra-abdominal, como obesidade, tosse crônica, constipação, atividade física extenuante ou gravidez<sup>4,15-18</sup>, podem causar danos ao suporte dos músculos do assoalho pélvico<sup>4,15</sup>. O teste de estresse da tosse é um teste clínico utilizado na visualização direta da incontinência urinária (IU). O paciente tosse e a visualização da perda de urina sincrônica com a tosse confirma a presença de IU)<sup>8</sup>.</p>
<p>Prolapso de Órgãos Pélvicos<sup>19</sup>.</p>	<p>É a descida de uma ou mais das seguintes estruturas ao nível do hímen ou além: parede anterior da vagina, parede posterior da vagina, útero (cérvix) ou apix da vagina (cicatriz da cúpula vaginal ou do manguito após histerectomia)<sup>19-20</sup>. POP pode levar a SUI oculta<sup>21</sup>.</p>	<p>O exame para POP deve ser feito com a mulher com a bexiga vazia (e se possível o reto vazio) e na posição na qual a mulher percebe a máxima extensão do prolapso, utilizando um espelho ou palpação digital. A presença de qualquer sinal de prolapso deve ser correlacionada com sintomas de POP. O prolapso pode estar pior depois de longos períodos na posição supina<sup>19-20</sup>. Sintomas de POP: queixa de “bolo” na vagina, pressão ou peso na região pélvica, sangramento, secreção, infecção relacionada a ulceração do prolapso, necessidade de reposicionar manualmente o prolapso ou de aplicar pressão manual para a vagina ou períneo ou reto para auxiliar na micção ou defecação e dor nas costas associadas ao prolapso<sup>20</sup>. Sinais de POP: descida de uma ou mais paredes vaginais: anterior, posterior, útero (colo do útero) ou o ápice da vagina (cicatriz da cúpula vaginal ou do manguito após histerectomia)<sup>5,20</sup>.</p>

### 1.3. Condições Associadas

CONDIÇÃO ASSOCIADA	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Fraqueza ou dano aos músculos e tecidos conectivos do assoalho pélvico <sup>1,4, 15,18, 22-23</sup> .	Músculos e tecidos conjuntivos do assoalho pélvico são fracos ou danificados, resultando em incontinência associada ao aumento da pressão intra-abdominal, comprometendo o suporte uretral e alterações que resultam em incapacidade de fechar a uretra, por exemplo, radiação, isquemia, frouxidão muscular, lesão do tecido conjuntivo ... <sup>1,4, 15,18, 22-23</sup> .	Queixa ou observação de fraqueza ou dano nos músculos do assoalho pélvico e tecidos conjuntivos que resultam em perda de urina associada ao esforço, tosse, espirro, atividade física. Observa-se durante o exame físico de (1) ausência de contração dos músculos do assoalho pélvico (nenhuma contratilidade muscular detectável ao redor do dedo do examinador), (2) contração dos músculos do assoalho pélvico fraca (contratilidade detectável) <sup>14</sup> .
Causas não neurogênicas de lesão do assoalho pélvico ou do esfíncter uretral <sup>1,4, 18, 24-27</sup> .	Ocorre como resultado de lesão do mecanismo esfinteriano durante a cirurgia, lesão direta do esfíncter e devido a gravidez, parto, perda do suporte do colo da bexiga devido à excisão excessiva da parte superior da vagina ou paramétrio, cirurgia pélvica ou prostática, trauma pelo uso de cateter, esfincterectomia ...) <sup>1,4, 18, 24-27</sup> . Dano à coaptação uretral - por exemplo, dano resultante do uso contínuo de cateter, parto) <sup>1,4,15</sup> . Na gestação, ocorrem alterações no tecido conectivo, ou seja, a fáscia torna-se mais elástica e vulnerável. As mudanças hormonais durante a gestação ou o remodelamento anormal do colágeno podem ser importantes no desenvolvimento da IUE <sup>28</sup> .	Queixa ou observação de danos/ "lágrimas" na uretra, ânus ou músculos perineais resultantes de cirurgia, lesão direta do esfíncter e devido a gravidez e parto prévios <sup>18,24,27</sup> .

Fraqueza ou relaxamento do esfíncter uretral devido a lesão ou doença neurológica <sup>1,27</sup> .	Pode ser causada por perda de inervação (a neuropatia autonômica pode causar perda de inervação do músculo liso na porção proximal da uretra e lesão na medula espinhal causa desnervação do esfíncter estriado e do assoalho pélvico) ou por trauma no músculo (trauma pode causar lesão por desnervação ou danos diretos ao músculo em si - uso de cateter de demora) <sup>1</sup> . Fatores neurológicos: danos ao plexo sacral e nervo podendo podem levar a IUE <sup>21</sup> .	Queixa ou observação de sensibilidade ou contração ausente ou reduzida da uretra ou da musculatura do assoalho pélvico causada por perda de inervação, durante o exame físico. Avalia-se o tônus e contratilidade do esfíncter anal introduzindo-se o dedo indicador no ânus do paciente e solicitando que contraia o esfíncter anal. Avalia-se a sensibilidade perineal com algodão ou objeto com ponta romba, bem nos dermatômos de L2 a S4. Testa-se a presença dos reflexos (bulbocavernoso e clítoro-cavernoso, cremastérico, cutâneo anal) <sup>29</sup> .
Menopausa <sup>30</sup> .	A menopausa é a interrupção permanente da menstruação principalmente devido à parada da produção hormonal ovariana <sup>31</sup> .	Mulheres com IUE experimentam uma redução na síntese de colágeno afetando diretamente o tecido conjuntivo peri-uretral <sup>32</sup> (Minassian et al, 2008). Há um aumento do pico de IUE, peri-menopausa <sup>30</sup> .

#### 1.4. População em Risco

POPULAÇÃO EM RISCO	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Mulheres jovens e de meia idade <sup>30</sup> .	Entre mulheres jovens e de meia idade <sup>30</sup> . Após a quinta década de vida, a idade não é um fator de risco para a IUE pura <sup>16</sup> .	A prevalência aumenta com a idade em geral. Em mulheres, a prevalência é alta na idade acima de 30 anos <sup>4</sup> e entre 40-59 anos. Há novo pico de prevalência entre 75 e 79 anos em mulheres, sem aumento significativo da prevalência entre mulheres acima de 80 anos de idade <sup>33-34</sup> .
Homens com idade $\geq 60$ anos <sup>30</sup> .	Em homens, há um aumento da prevalência com o aumento da idade acima de 60 anos <sup>30</sup> .	Aumenta a prevalência de IU em homens $\geq 60$ anos, com pico no grupo acima de 85 anos ou mais <sup>30, 33-34</sup> . Há diminuição do tecido conectivo <sup>30</sup> .

Mulheres que pariram por via vaginal <sup>30</sup> .	Mulheres que tiveram parto por via vaginal <sup>30,35</sup> . Compressão direta e tração do nervo pudendo durante o parto por via vaginal são umas das principais causas de IUE <sup>28</sup> .	Parto por via vaginal (espontâneo ou assistido) <sup>30,35</sup> . Mecanismos pelos quais o parto vaginal pode contribuir para o trauma do assoalho pélvico: 1. Trauma muscular; 2. Dano do tecido conectivo; 3. Lesão do nervo; 4. Danos vasculares <sup>28</sup> .
Múltiparas <sup>30,35</sup> .	Um ou mais partos aumentam o risco de IUE. Há trauma neuromuscular durante o parto <sup>28</sup> .	Um único parto está associado a 1,3-1,6 mais chances de UI e mais partos aumentam o risco de 1,5-2,0 vezes <sup>30</sup> .
Homens pós-prostatectomia <sup>30</sup> .	Lesão do esfíncter após prostatectomia simples e ressecção transuretral da próstata <sup>36</sup> . É uma causa iatrogênica de IU masculina devido a lesão neurovascular e/ou do músculo esfíncteriano <sup>30</sup> .	Queixa ou observação de tecido cicatricial na parte dorsal do esfíncter externo e, embora o recrutamento ativo resulte frequentemente em mecanismo de fechamento adequado, o esfíncter permanece aberto em repouso <sup>36</sup> . A lesão neurovascular e/ou do músculo esfíncteriano resulta em incompetência do esfíncter uretral, alterações no comprimento da uretra ou estenoses pós-operatórias <sup>37</sup> .
Pessoas com peso corporal excessivo <sup>16,38</sup> .	O termo peso excessivo refere-se ao peso absoluto em quilogramas além do que é considerado peso normal para a altura de uma pessoa <sup>38</sup> .	Sobrepeso: Índice de Massa Corporal (IMC) 25-29,9kg/m <sup>2</sup> ; Obeso: IMC $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> <sup>39-40</sup> .
Pessoas que realizam exercício físico de alta intensidade <sup>41-43</sup> .	Exercícios físicos intensos na região abdominal <sup>41-43</sup> .	Exercícios físicos que aumentam pressão intra-abdominal, como a prática de ginástica, basquetebol, voleibol e handbal e crossfit <sup>41-43</sup> .

## 2. Incontinência Urinária de Urgência (IUU)

É a queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida de urgência<sup>5</sup>.

### 2.1. Características Definidoras

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Urgência <sup>5,44</sup> .	Urgência é a queixa de um desejo súbito e incontrolável de urinar, que é difícil de adiar <sup>5,44</sup> ; medo de perder urina <sup>45</sup> .	Queixa ou observação de tempo de alerta reduzido, definido como o tempo desde o início súbito da urgência até o momento da micção voluntária ou incontinência <sup>46</sup> . Em alguns casos, é acompanhada de desconforto ou dor <sup>47</sup> .
Perdas urinárias entre micções de volumes variados, associadas com urgência <sup>5,44,48</sup> .	Perda de urina precedida por um desejo súbito e incontrolável de urinar <sup>5</sup> . Paciente normalmente perde a urina no caminho para o banheiro, de volumes variados <sup>4</sup> .	Queixa ou observação de volume variável de perda de urina, que pode variar de mínima a grandes perdas, caso todo o volume da bexiga seja esvaziado <sup>4</sup> .
Frequência urinária aumentada <sup>5,44</sup> .	É a queixa do paciente que a micção ocorre mais frequentemente que o que ele considera normal <sup>5,44</sup> .	Queixa ou observação de redução do intervalo entre as micções (<2h), que por sua vez, leva ao aumento da frequência urinária (> 8 por dia) e volumes urinados reduzidos (<200 ml), presumindo que a entrada/saída de líquidos permanece relativamente constante <sup>15,20,46</sup> .
Noctúria <sup>5</sup> .	É a queixa do indivíduo de acordar à noite para urinar <sup>5</sup> .	É a queixa que o indivíduo tem que acordar à noite uma ou mais vezes para urinar. Cada micção é precedida e seguida de sono <sup>5</sup> .

Capacidade vesical diminuída <sup>46</sup> .	Capacidade da bexiga reduzida, com volumes urinados reduzidos, presumindo que a entrada/saída de líquidos permanece relativamente constante <sup>46</sup> .	Queixa ou observação de volumes urinados reduzidos (menos de 200 ml por micção), independentemente do volume de líquidos ingerido <sup>15,46</sup> .
Sensação de urgência desencadeada por alguns estímulos <sup>15,48</sup> .	Sensação de urgência com gatilhos ambientais ou estímulos fortemente associados à micção <sup>15,48</sup> .	Queixa de urgência ou perda de urina que ocorre quando a pessoa é exposta a fatores desencadeantes ambientais, estímulos fortemente associados à micção, como trava da porta/chave e água corrente <sup>15,48</sup> .

## 2.2. Fatores Relacionados

FATORES RELACIONADOS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Fraqueza do assoalho pélvico <sup>49, 50</sup> .	Falta de capacidade de contrair apropriadamente o esfíncter e/ou o assoalho pélvico para evitar a perda urinária após atividades que aumentem a pressão intra-abdominal ou para inibir a contração do detrusor <sup>49, 50</sup> .	Queixa ou observação de falta de habilidade de contrair o esfíncter e/ou o assoalho pélvico para evitar a perda urinária após atividades que aumentem a pressão intra-abdominal e inibir a contração do detrusor para evitar a perda de urina para a uretra proximal <sup>49</sup> . Verificar visualmente e durante o exame vaginal e/ou retal, por meio do toque, a contração dos músculos do assoalho pélvico <sup>50</sup> .

<p>Prolapso de órgãos pélvicos<sup>19,28,51</sup>.</p>	<p>Prolapso de órgãos pélvicos refere-se a uma queda, deslize ou deslocamento para baixo de uma parte de um órgão localizado na cavidade pélvica (útero e/ou aos diferentes compartimentos vaginais e seus órgãos vizinhos, como bexiga, reto ou intestino)<sup>19</sup>. Existem várias teorias sobre a fisiopatologia da síndrome da hiperatividade da bexiga em mulheres com prolapso, incluindo a obstrução infravesical levando a hiperdistensão da bexiga, alteração na liberação de citocinas afetando a função do músculo detrusor e urina residual na uretra provocando uma contração do detrusor<sup>51</sup>.</p>	<p>Sintomas de prolapso do órgão pélvico (POP): um desvio da sensação normal, estrutura ou função, experimentada pelas mulheres em referência à posição de seus órgãos pélvicos. Os sintomas são geralmente piores nos momentos em que a gravidade pode piorar o prolapso (por exemplo, após longos períodos em pé ou exercício) e melhorar quando a gravidade não é um fator, por exemplo, deitada de supino. O prolapso pode ser mais proeminente em momentos de esforço abdominal, por exemplo, defecação<sup>5,20</sup>. Sinais de POP: descida de uma ou mais paredes vaginais: anterior, posterior, útero (colo do útero) ou o ápice da vagina (cicatriz da cúpula vaginal ou do manguito após histerectomia)<sup>5,20</sup>.</p>
<p>Síndrome da hiperatividade da bexiga<sup>4,5</sup>.</p>	<p>Urgência urinária, com ou sem incontinência, geralmente acompanhada de aumento da frequência urinária e/ou noctúria, na ausência de infecção do trato urinário ou outra doença detectável<sup>5,44</sup>.</p>	<p>Queixa de urgência urinária, com ou sem incontinência, geralmente acompanhada de aumento da frequência urinária e/ou noctúria, na ausência de infecção do trato urinário ou outra doença detectável<sup>5,44</sup>.</p>

<p>Consumo de bebidas alcoólicas, cafeína e bebidas carbonatadas <sup>4,49,52-54</sup>.</p>	<p>Beber ou comer alimentos com cafeína, refrigerantes e/ou álcool aumenta rapidamente o volume da bexiga, o que pode precipitar a urgência e a hiperatividade do detrusor pela ativação de receptores de estiramento. O álcool pode reduzir a consciência do enchimento da bexiga e age como diurético<sup>50</sup>.</p>	<p>Queixa ou observação do consumo de bebidas ou ingestão de alimentos com cafeína ou álcool: mais do que o recomendado (200 ml/dia ou duas xícaras de café). A cafeína é encontrada não apenas no café, mas também no chá, chá verde, bebidas carbonatadas, refrigerantes, chocolate e uma ampla variedade de medicamentos, incluindo inibidores de apetite, diuréticos, analgésicos e descongestionantes. Os refrigerantes carbonatados, além do processo de carbonatação, contêm adoçantes artificiais, como acessulfame de potássio, aspartame e sacarina sódica, e conservantes e antioxidantes, incluindo ácido ascórbico e ácido cítrico. Não é estabelecida a dose recomendada por dia. Álcool (Etanol: EtOH) recomendado doses baixa a moderadas (&lt;2-3 bebidas padrão por dia). Uma bebida padrão é de aproximadamente 12-14 g de etanol, o que corresponde a 355 mL (12 oz.) de cerveja, 148 mL (5 oz.), de vinho, ou 44 mL (1,5 oz.), de 80-prova licor<sup>54</sup>.</p>
---	---	---



### 2.3. Condições Associadas

CONDIÇÃO ASSOCIADA	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Diminuição da capacidade de lidar com os sinais aferentes no cérebro e sinais aferentes anormalmente aumentados da bexiga e/ou da uretra <sup>28</sup> .	Os sintomas complexos de síndrome da hiperatividade da bexiga podem ser causado por uma ou mais das seguintes condições: hiperatividade detrusora, urgência sensorial, baixa complacência vesical e poliúria <sup>55</sup> . Isso resulta na perda do controle voluntário da micção; normalmente causa hiperatividade detrusora de origem neurogênica e/ou dissinergia detrusor-esfincteriana, retenção urinária devido à perda da contratilidade da bexiga <sup>50</sup> . Pode haver hiperatividade do detrusor de causa central, bem como incapacidade de reconhecer a necessidade de urinar ou usar o banheiro e de transpor barreiras ambientais <sup>4</sup> .	A inibição cortical da bexiga é prejudicada, causando hiperatividade neurogênica do detrusor e/ou dissinergia detrusor-esfincteriana, retenção urinária e baixa capacidade vesical funcional <sup>49-50</sup> .
Anormalidades da bexiga ou inflamação (como tumores, cálculos, cistite intersticial, síndrome da bexiga dolorosa, infecções ou após radioterapia) <sup>49-50,56-57</sup> .	Inflamação com ativação de vias aferentes sensoriais e/ou anormalidades intravesicais podem precipitar a hiperatividade detrusora e aumentar a urgência e a frequência urinária <sup>49,50</sup> .	Queixa ou observação de sinais ou sintomas de infecção do trato urinário e/ou aumento da frequência miccional que é um mecanismo usado para controlar a dor na bexiga <sup>50</sup> .
Saúde mental alterada (ansiedade, depressão, depressão pós-parto, abuso sexual, físico e emocional) <sup>28,53</sup> .	A ansiedade crônica e a disfunção miccional aprendida podem causar sintomas de armazenamento <sup>49-50,57</sup> .	Queixa ou observação de instabilidade de humor, ansiedade, falta de concentração e sintomas associados à hiperatividade da bexiga <sup>49-50</sup> .

Diabetes <sup>50,57-62</sup> .	Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas <sup>63</sup> . Visão embaçada, visão dupla, excesso de ingestão de líquidos, poliúria, diurese osmótica e aumento da apetite <sup>50</sup> .	Queixa ou observação de três dos seguintes critérios: 1. Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual $\geq 200$ mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições. 2. Glicemia de jejum $\geq 126$ mg/dl (7 mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia. 3. Glicemia de 2h pós-sobrecarga de 75g de glicose $\geq 200$ mg/dl <sup>63</sup> .
Obstrução infravesical <sup>28,49,50</sup> .	A obstrução pode alterar a sensibilidade do músculo liso e pode contribuir tanto para a hiperatividade do detrusor quanto para a retenção urinária <sup>50</sup> . Causas de obstrução infravesical: iatrogênica, disfunção do colo da bexiga, dissinergia detrusor-esfincteriana, hipertrofia benigna da próstata ou hiperplasia ou prolapso de órgãos pélvicos <sup>28,49-50</sup> .	Queixa ou observação de sinais e sintomas de obstrução infravesical. A obstrução infravesical é o termo genérico para obstrução durante a micção e é caracterizada pelo aumento da pressão do detrusor e redução da taxa de fluxo na urina. Geralmente é diagnosticada durante o estudo fluxo/pressão. A obstrução pode contribuir para a hiperatividade detrusora e retenção urinária <sup>49</sup> e a queixa do homem de sintomas de armazenamento e miccionais como urgência, incontinência, frequência, noctúria, hesitação, intermitência, fluxo lento e fraco e sensação de esvaziamento incompleto <sup>5,50</sup> . Nas mulheres: exame vaginal: evidência de prolapso ou deficiência hormonal; prolapso anterior da parede vaginal durante a manobra de Valsalva: verificar cistocele e hiper mobilidade uretral <sup>50</sup> . Em homens: exame retal digital e a utilização adequada de testes de antígeno prostático específico <sup>50</sup> .

Efeitos colaterais da medicação: Inibidores da colinesterase <sup>49,50</sup> .	Esses agentes poderiam, teoricamente, contribuir para a hiperatividade do detrusor e causar poliúria ou contribuir para a urgência e a frequência, aumentando os níveis de acetilcolina <sup>49,50</sup> .	Queixa ou observação de sintomas de armazenamento, como urgência, incontinência, frequência, noctúria, associados à hiperatividade detrusora após o uso de inibidores da colinesterase.
Contratilidade prejudicada da bexiga <sup>50</sup> .	Contratilidade da bexiga prejudicada pode ser causada pelo uso de anticolinérgicos, antiparkinsonianos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores, naercóticos, sedativos e hipnóticos. Essas drogas podem diminuir a contratilidade da bexiga e prejudicar o esvaziamento vesical <sup>50</sup> .	Queixa ou observação de sintomas de armazenamento, esvaziamento ou pós-miccionais e uso concomitante drogas que podem diminuir a contratilidade da bexiga e prejudicar o esvaziamento vesical <sup>50</sup> .
Infecção de Trato Urinário Recorrente <sup>64</sup> .	A presença de pelo menos duas ITU sintomáticas e diagnosticadas por um médico nos últimos 12 meses <sup>44</sup> . Urinary incontinence may occur during symptomatic UTI and existing UI may worsen during UTI <sup>64</sup> .	A recorrência de pelo menos duas infecções do trato urinário nos últimos 12 meses, sintomáticas e diagnosticadas por um médico. A confirmação requer a presença significativa de microorganismos e piúria (de bacteriúria > 100.000 UFC/ml em amostra urinada ou >1.000 UFC em espécie cateterizada ou piúria >10 WBC/mm <sup>3</sup> ) <sup>19,44</sup> .
Hiperatividade de Assoalho Pélvico	Músculos do assoalho pélvico que não relaxam ou podem contrair quando o relaxamento é funcionalmente necessário, por exemplo, durante a micção ou defecação <sup>19</sup> .	Observação do tônus aumentado dos músculos do assoalho pélvico, clinicamente determinado pelo aumento da resistência ao movimento passivo durante o exame físico <sup>19</sup> .
Efeitos adversos de medicações (poliúria): diuréticos, especialmente agentes de ação rápida <sup>49-50,52</sup> .	Alguns diuréticos aumentam rapidamente o volume da bexiga, o que pode precipitar a urgência e a hiperatividade do detrusor pela ativação dos receptores de estiramento <sup>50</sup> .	Queixa ou observação de poliúria ocasionada pelo uso de diuréticos. A poliúria é definida como a produção de mais de 2,8 litros de urina em 24 horas em adultos <sup>5</sup> .

Urgência miccional na infância <sup>30</sup> .	Queixa de um desejo súbito e incontrolável de urinar, que é difícil de adiar <sup>5</sup> ; medo de perder urina <sup>14</sup> , durante a infância	Urgência miccional na infância é um preditor de urgência na fase adulta <sup>30</sup> .
Menopausa <sup>31,64</sup> .	A menopausa é a interrupção permanente da menstruação principalmente devido à parada da produção hormonal ovariana <sup>31</sup> . Os mecanismos central e local de ação hormonal podem estar envolvidos na mediação do efeito diferencial do estrogênio. Os estrogênios estimulam as vias colinérgicas que podem promover o relaxamento do músculo detrusor <sup>64</sup> .	Um declínio nos níveis de estrogênio após a menopausa pode resultar em perda do controle central da bexiga devido à redução da estimulação do centro de micção no cérebro, resultando em um aumento na prevalência da IU de urgência após a menopausa <sup>64</sup> .

#### 2.4. População em Risco

POPULAÇÃO EM RISCO	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Indivíduos idosos e aumento da idade <sup>16, 28, 39, 65-66</sup> .	Avanço da idade <sup>16, 39, 65-66</sup> . O envelhecimento está associado ao aumento da concentração de colágeno e ao desenvolvimento de fibrose, com redução da capacidade da bexiga. Alterações estroma-músculo detrusor modificam as propriedades contráteis com o desenvolvimento de contrações involuntárias do detrusor. Clinicamente, essas alterações causam urgência, incontinência urinária e noctúria <sup>67</sup> .	Indivíduos idosos (acima de 75 anos de idade) e avanço da idade <sup>16, 28, 39, 65-66</sup> .

Sexo feminino: fatores reprodutivos <sup>30</sup> .	Fatores reprodutivos: gravidez, paridade, tipo de parto, menopausa, período pós-menopausa e cirurgia pélvica (histerectomia), cirurgia prévia anti-incontinência <sup>30,39, 56,66</sup> .	Fatores reprodutivos: gravidez, paridade, tipo de parto, menopausa, período pós-menopausa e cirurgia pélvica (histerectomia), cirurgia prévia anti-incontinência <sup>30,39, 56,66</sup> .
Pessoas obesas <sup>16, 39, 52, 68</sup> .	Obesidade: o aumento do peso da parede abdominal pode aumentar a pressão intra-abdominal e induzir uma diminuição da elasticidade da bexiga, diminuir a força do músculo detrusor, aumentar as contrações involuntárias do músculo detrusor, diminuir a capacidade de postergar a micção e diminuir a pressão de fechamento uretral <sup>68-69</sup> .	Obesidade: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ <sup>38-39,66</sup> . A hipótese é que a obesidade pode promover a IU, aumentando a pressão intra-abdominal levando ao estresse crônico no assoalho pélvico que pode levar a danos estruturais e disfunção neurológica resultando na IU <sup>70</sup> .
Pessoas com disfunções neurogênicas <sup>16</sup> .	Danos nas vias inibitórias centrais ou a sensibilização das vias aferentes podem levar ao surgimento de contrações involuntárias do detrusor <sup>28</sup> .	Muitas doenças neurológicas predispõe pacientes à hiperatividade detrusora neurogênica, como por exemplo, esclerose múltipla, lesão medular e mielodisplasias <sup>28</sup> .

### 3. Incontinência Urinária Mista (IUM)\*

É perda involuntária de urina associada à urgência e também ao esforço físico ou ao espirro ou à tosse<sup>4,20, 71</sup>.

#### 3.1. Características Definidoras

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Urgência <sup>72</sup> .	Urgência é a queixa de um desejo súbito e incontrolável de urinar, que é difícil de postergar <sup>5</sup> ; medo de perda urinária <sup>44</sup> .	Queixa ou observação de tempo de alerta reduzido, definido como o tempo desde o início súbito da urgência até o momento da micção voluntária ou incontinência <sup>45</sup> . Em alguns casos, é acompanhada de desconforto ou dor <sup>46,72-73</sup> .

Perda de urina associada a urgência <sup>72</sup> .	Perda de urina precedida por um desejo súbito e intenso de urinar; paciente normalmente perde a urina no caminho para o banheiro <sup>4</sup> .	Queixa ou observação de perda urinária de volume variável, de mínima a grande quantidade (como se todo o volume da bexiga tivesse sido esvaziado) <sup>4</sup> ; calças molhadas antes de alcançar o banheiro <sup>72</sup> .
Perda de urina com esforço físico ou com a tosse ou com o espirro ou com riso <sup>72</sup> .	A perda de urina ocorre em situações em que a pressão intravesical excede a resistência uretral como resultado do aumento da pressão intra-abdominal na ausência de uma contração do detrusor <sup>4-7</sup> .	Queixa ou observação de perda involuntária de urina que ocorre em sincronia com esforço físico, ou com espirro ou com a tosse na ausência de uma contração do detrusor observada no estudo urodinâmico ou não associada à sensação de urgência para esvaziar a bexiga <sup>4,5,6-7</sup> . Quando a incontinência foi objetivamente demonstrada pelo exame físico ou pelo estudo urodinâmico <sup>68,74-76</sup> ou anotados no diário miccional; Teste de esforço na tosse: mostra perda urinária durante tosse <sup>4</sup> .
Noctúria <sup>72</sup> .	É a queixa de acordar à noite para urinar <sup>5</sup> .	É a queixa de acordar à noite uma ou mais vezes para urinar. Cada micção é precedida e seguida pelo sono <sup>5</sup> .
Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga <sup>20,72</sup> .	Queixa de que não sente a bexiga vazia após ter cessado a micção <sup>20,43</sup> .	Queixa de que não sente a bexiga vazia após ter cessado a micção <sup>20,43</sup> .

### 3.2. Fatores Relacionados

FATORES RELACIONADOS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Flacidez/fraqueza da parede anterior da vagina e do assoalho pélvico <sup>77</sup> e/ou atrofia da musculatura estriada <sup>75</sup> .	É consequência da anormalidade do tecido conjuntivo resultante de um insulto às estruturas de sustentação do assoalho pélvico <sup>77</sup> .	Queixa ou observação de falta de habilidade contrair o esfíncter e/ou o assoalho pélvico para inibir a contração do detrusor e evitar a perda de urina para a uretra proximal <sup>20,48,49</sup> . Verificar visualmente e durante o exame de toque vaginal e/ou retal a força de contração dos músculos do assoalho pélvico <sup>49</sup> .
Incompetência do esfíncter uretral e do colo vesical <sup>74</sup> .	Fraqueza ou dano aos músculos e tecidos conjuntivos do assoalho pélvico, comprometendo o suporte uretral devido à radiação, isquemia, frouxidão muscular, lesão do tecido conectivo ...) que resultam em incapacidade de fechamento uretral <sup>1,4,15,22-23</sup> .	Queixa ou observação de fraqueza ou dano nos músculos e tecidos conjuntivos que resultam em perda de urina associada a esforço, tosse, espirro e atividade física. O esfíncter uretral e o colo vesical incompetentes permitem que a urina entre na uretra proximal durante a atividade física, desencadeando uma contração involuntária do detrusor causando urgência e incontinência urinária <sup>74</sup> .
Obesidade <sup>64,78-80</sup> .	Obesidade: o aumento do peso da parede abdominal eleva a pressão intra-abdominal e induz uma diminuição da elasticidade da bexiga, diminuição da força do músculo detrusor, aumento das contrações involuntárias do músculo detrusor, diminuição da capacidade de postergar a micção e diminuição da pressão de fechamento uretral <sup>64,68-69</sup> .	Obesidade: Índice de massa corporal (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ <sup>38-39,66</sup> . A obesidade pode promover a IU, aumentando a pressão intra-abdominal levando ao estresse crônico do assoalho pélvico que pode levar a danos estruturais e disfunção neurológica resultando em IU <sup>70</sup> .

Prolapso de órgãos pélvicos <sup>64</sup> .	<p>Prolapso de órgão pélvico refere-se a uma queda, deslize ou deslocamento para baixo de uma parte de um órgão localizado na região pélvica<sup>19</sup>. Pode levar à hiperatividade detrusora devido a obstrução infravesical levando a hiperdistensão da bexiga, alteração na liberação de citocinas afetando a função do músculo detrusor e urina residual na uretra provocando uma contração do detrusor<sup>50</sup>.</p> <p>Anatomicamente, o prolapso em estágio inicial está associado à hiper mobilidade da junção uretrovesical que, por sua vez, está associada à IU de esforço. No entanto, com o avanço do prolapso, uretra pode permanecer ocluída por compressão do órgão prolapsado que pode levar a uma melhora nos episódios de IUE<sup>64</sup>.</p>	<p>Sintomas do prolapso e órgãos pélvicos (POP): um desvio da sensação, estrutura ou função normal experimentada pelas mulheres em relação à posição de seus órgãos pélvicos. Os sintomas são geralmente piores nos momentos em que a gravidade pode piorar o prolapso (por exemplo, após longos períodos em pé ou exercício) e melhores quando a gravidade não é um fator<sup>5,20</sup>.</p> <p>Sinais de POP: descida de uma ou mais paredes vaginais anteriores, parede vaginal posterior, útero (colo do útero) ou o ápice da vagina (cicatriz da cúpula vaginal ou do manguito) após histerectomia<sup>5,20,64</sup>.</p>
---	---	---

### 3.3. Condições Associadas

CONDIÇÃO ASSOCIADA	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Deficiência de estrogênio <sup>4,48-49,55-56</sup> .	O efeito da diminuição dos níveis de estrogênio nos tecidos periuretrais pode contribuir para a hiperatividade detrusora induzida por inflamação e a uretrite contribuindo para os sintomas estrogênio <sup>4,48-49</sup> .	Queixa ou observação de uma mucosa vaginal pálida, fina, seca e brilhante ou perda de sua rugosidade <sup>49</sup> .



Menopausa <sup>64</sup> .	A menopausa é a interrupção permanente da menstruação principalmente devido à parada da produção hormonal ovariana <sup>31</sup> . Os mecanismos central e local de ação hormonal podem estar envolvidos na mediação do efeito diferencial do estrogênio. Os estrogênios estimulam as vias colinérgicas que podem promover o relaxamento do músculo detrusor <sup>64</sup> .	Um declínio nos níveis de estrogênio após a menopausa pode resultar em perda do controle central da bexiga devido à redução da estimulação do centro de micção no cérebro, resultando em um aumento na prevalência da IU de urgência após a menopausa. Mulheres com IUE experimentam uma redução na síntese de colágeno afetando diretamente o tecido conjuntivo peri-uretral. Níveis alterados de colágeno nos tecidos peri-uretrais também podem levar à IU de urgência através da ativação de receptores de estiramento local <sup>64</sup> .
Diabetes <sup>16</sup> .	Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas <sup>62</sup> .	Queixa ou observação de três dos seguintes critérios: 1. Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual $\geq 200$ mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições. 2. Glicemia de jejum $\geq 126$ mg/dl (7 mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia. 3. Glicemia de 2h pós-sobrecarga de 75g de glicose $\geq 200$ mg/dl <sup>62</sup> . Visão embaçada, visão dupla, excesso de ingestão de líquidos, poliúria, aumento do apetite <sup>49</sup> .

Tosse crônica e tabagismo <sup>16,78</sup> .	Fumar cigarros ou outros produtos com nicotina pode causar tosse crônica, com aumento da pressão intra-abdominal, ou induzir aumento da atividade detrusora <sup>70</sup> .	Queixa ou observação da atividade ou hábito de fumar cigarros, etc <sup>81</sup> . O tabagismo pode induzir o aumento da pressão intra-abdominal causada pela tosse crônica em fumantes ou pelo aumento da atividade detrusora, induzido pela nicotina <sup>70</sup> .
Trauma dos músculos uretrais ou do assoalho pélvico <sup>1,4,15</sup> .	O trauma no músculo pode causar lesão por desnervação ou danos diretos ao assoalho pélvico ou aos próprios músculos da uretra levando a não coaptação uretral (por exemplo, danos resultantes de cirurgia pélvica prévia, como histerectomia) <sup>1,4,15-16,78</sup> .	Queixa ou observação de danos uretrais, ânus ou músculos perineais resultantes de cirurgia pélvica prévia, como histerectomia ou prostatectomia.
Partos por via vaginal <sup>64</sup> .	Estudos sugerem efeito protetivo da cesárea na IUE (OR 0,56) e na IUM (OR 0,70) <sup>30</sup> .	Partos por via vaginal aumentam o risco de IUM <sup>64</sup> .
Cirurgia para correção de IUE e POP <sup>64</sup> .	O POP pode levar a obstrução infravesical, hiperatividade detrusora e IUE latente que fica evidente após redução do POP. Está reconhecido que a cirurgia para correção do POP pode melhorar a disfunção miccional e evidenciar a IUE oculta pelo alívio da oclusão uretral causada pela obstrução infravesical <sup>28</sup> . Por outro lado, a cirurgia de correção da IUE pode levar à obstrução infravesical e à IUU <sup>30</sup> .	A cirurgia para correção IUE e do POP estão associadas de IUU de novo e urgência <sup>30</sup> .

### 3.4. População em Risco

POPULAÇÃO EM RISCO	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Pessoas que já tem um dos tipos de IU <sup>64,68,71</sup> .	As pessoas que têm um subtipo de IU, como a IUE, tem risco aumentado da manifestação de outro subtipo, como a IUU <sup>64,68,71</sup> . Pelo menos 65% dos pacientes com IUE apresentam urgência ou IUU associadas.	A disfunção do esfíncter uretral e a disfunção da bexiga podem coexistir nos indivíduos <sup>1-5,75</sup> .
Pessoas com dificuldades motoras e funcionais <sup>16,79</sup> .	A dificuldade de se mover facilmente de um lugar para outro devido a uma doença ou incapacidade ou dor. A mobilidade prejudicada pode interferir com a capacidade de uso do toalete e pode precipitar a IUU <sup>48-49</sup> .	Queixa ou observação da dificuldade em se mover facilmente de um lugar para outro devido a uma doença ou incapacidade ou dor.
Pessoas com idade avançada <sup>16,71,78</sup> .	O envelhecimento aumenta a prevalência de IUE e IUU, e os dois tipos frequentemente coexistem, levando à IUM <sup>4</sup> . A IUM é o subtipo mais prevalente no final da idade adulta <sup>16</sup> .	A prevalência de IUM, aumentou consistentemente na 8ª a 10ª décadas ( $P \leq 0,005$ ) <sup>79</sup> . A incidência de IUM aumenta com a idade e tem sido relatado que 55,5% das mulheres incontinentes com mais de 60 anos tem este tipo de IU <sup>74</sup> . A incidência de IUM aumenta de forma constante com o aumento da idade (55 a 55 anos: $n = 62$ , 0,9%) <sup>82</sup> .
Múltiparas <sup>16,78,80</sup> .	Número de partos aumenta o risco de IUE como um fator de risco independente. A gestação e o parto podem levar à ruptura da estrutura e da inervação do assoalho pélvico, resultando em um aumento do risco de subtipos de IU. É possível que o efeito cumulativo de insultos de múltiplos partos produza uma cascata de eventos irreversíveis no tecido conectivo que impactam tanto	Um único parto está associado a 1,3-1,6 mais chances de UI e mais partos aumentam o risco em 1,5-2,0 vezes.

	a estabilidade do músculo detrusor quanto as estruturas de suporte pélvico, levando a uma prevalência maior do que o esperado de IUM <sup>64</sup> .	
Pessoas com presença prolongada de um tipo de IU <sup>78,80</sup> .	A presença prolongada de um tipo de IU pode aumentar o risco de aparecimento do outro tipo <sup>78,80</sup> .	Presença de um tipo de IU (UII ou SUI) aumenta o risco de outro tipo e em consequência da IUM.

\*Este diagnóstico não está presente na Taxonomia da NANDA-I 2018-2020.

#### 4. Incontinência por Hiperatividade Detrusora Neurogênica (IUHDN)\*

É a perda de urina devido a contrações involuntárias do detrusor causada por doença neurológica<sup>5,27</sup>.

##### 4.1. Características Definidoras

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Micção reflexa <sup>83-84</sup> .	É a perda de urina quando o volume da bexiga excede o limiar de micção ou quando ocorrem manobras desencadeadoras <sup>83-84</sup> .	Queixa ou observação de manobras espontâneas ou desencadeadas, que provocam episódios intermitentes de perda urinária <sup>83-85</sup> , como por exemplo, mudança na posição do corpo (de supino para vertical) ou com estimulação sensorial, como água corrente, lavagem das mãos, tempo frio, chegada à porta da frente de casa <sup>4,15,47</sup> , acariciar a parte interna da coxa ou uma mudança repentina na temperatura da pele perineal ou distensão da bexiga <sup>85</sup> .
Micção é induzida por estimulação elétrica das raízes sacrais ou por cateterização <sup>83</sup> .	Esvaziar a bexiga utilizando recursos auxiliares <sup>83</sup> .	Queixa ou observação do uso de estimulação elétrica da raiz sacral ou cateterização para esvaziar a bexiga <sup>83</sup> .

Perda frequente de pequenos volumes de urina <sup>85</sup> .	É a perda frequente de pequenos volumes de urina <sup>85</sup> .	Queixa ou observação de perda frequente de pequenos volumes de urina <sup>85</sup> .
Sensibilidade vesical alterada <sup>43,86</sup> .	Sensações anormais experienciadas durante o enchimento da bexiga ou durante a passagem de urina pela uretra <sup>43,86</sup> .	Queixa de sensações anormais como: sensação vesical aumentada, urgência, sensação vesical diminuída, sensação vesical ausente, sensação vesical não específica (atípica) <sup>43,86</sup> .
Uso de dispositivos externos para reter/conter as perdas urinárias <sup>29</sup> .	Uso de dispositivos externos tipo preservativos ou fraldas/absorventes para reter/conter as perdas urinárias.	Queixa e/ou observação do uso de dispositivos externos tipo preservativos ou fraldas/absorventes para reter/conter as perdas urinárias <sup>29</sup> .
Volume residual elevado <sup>29</sup> .	Volume elevado de urina na bexiga após a micção	A medida "imediate" (até 60 segundos após a micção) do resíduo pós-miccional com técnicas ultrassônicas sugere volume acima de 50 ml como elevado <sup>43</sup> . No cateterismo uretral (com até 10 minutos de atraso após a micção) os limites superiores de normalidade são de 50 ou 100 ml <sup>20</sup> .

#### 4.2. Fatores Relacionados

FATORES RELACIONADOS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
----------------------	----------------------	-----------------------

### 4.3. Condições Associadas

CONDIÇÃO ASSOCIADA	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Lesões suprapontinas <sup>27</sup> .	Pacientes com lesões acima da ponte (prosencéfalo ou mesencéfalo); eles geralmente continuam a ter contrações reflexas do detrusor, mas com regulação cerebral e inibição central prejudicadas <sup>27</sup> .	Lesões neurológicas suprapontinas diferem de outros insultos neurológicos porque levam à perda de inibição tônica do centro pontino da micção (PMC). Isso pode levar à hiperatividade detrusora espontânea, que é diferente da hiperatividade detrusora que ocorre após a lesão medular supra-sacral. As lesões suprapontinas são caracterizadas por disfunção na fase de armazenamento da bexiga <sup>27</sup> .
Lesões pontinas <sup>27</sup> .	Lesões no encéfalo podem causar hiperatividade detrusora neurogênica ou hipocontratilidade do detrusor e até mesmo dissinergia detrusor-esfincteriana (DDE) de acordo com a localização e extensão da lesão <sup>27</sup> .	O tegmento pontino dorsal foi estabelecido como a sede do centro de micção. Lesões neste nível são raras, mas podem levar a hiperatividade detrusora e dissinergismo detrusor-esfincteriano. Isso pode ocorrer na atrofia de múltiplos sistemas <sup>29</sup> .
Lesões medulares suprasacrais <sup>27,85</sup> .	Incontinência associada a hiperatividade detrusora neurogênica são comuns. A dissinergia detrusor-esfincteriana também pode ocorrer, frequentemente resultando em significativo resíduo pós-miccional e bexiga com altas pressões intravesicais <sup>27,85</sup> .	As contrações do detrusor não sustentadas são observadas frequentemente e levam ao esvaziamento incompleto da bexiga. A complacência do detrusor durante o enchimento da bexiga pode estar prejudicada. A alteração da função do centro medular simpático na medula espinhal toraco-lombar pode alterar o controle da pressão arterial. Lesões acima do nível da medula espinhal T6 podem colocar o paciente em risco de disreflexia autonômica (DA) <sup>27,85</sup> .

Complicações urológicas: Infecções do trato urinário recorrentes, Cálculos renais e/ou vesicais, Refluxo vésico-ureteral, Hidronefrose, Insuficiência renal <sup>85</sup> .	Presença de complicações como infecções do trato urinário, cálculos urinários, alterações no trato urinário superior (hidronefrose, refluxo vesicoureteral, insuficiência renal) ou cirurgia urológica (ampliação vesical, cistopatia, derivação urinária) <sup>85</sup> .	Dissinergismo detrusor esfinteriano pode causar esvaziamento incompleto da bexiga e hiperatividade detrusora prolongada e de grande amplitude. Podem ocorrer alterações estruturais da bexiga, resultando em fibrose do detrusor, baixa complacência e refluxo vesico-ureteral. Quando combinado com infecções trato urinário recorrentes, pode ocorrer insuficiência renal <sup>29</sup> .
Hiperatividade detrusora neurogênica <sup>4,5,13</sup> .	Hiperatividade detrusora neurogênica é definida como a ocorrência de contrações involuntárias no detrusor em uma pessoa com lesão neurológica <sup>4,5</sup> .	É a contração mensurável do músculo detrusor não inibida, espontânea ou provocada durante o enchimento da bexiga identificada durante o estudo urodinâmico <sup>13</sup> .
Dissinergia detrusor-esfinteriana (DDE) <sup>85,87</sup> .	O esfíncter não relaxa adequadamente quando o detrusor se contrai e causa obstrução infravesical funcional <sup>85</sup> .	DDE é definida como uma contração do detrusor concomitante com uma contração involuntária do músculo estriado uretral e/ou periuretral, identificada no estudo urodinâmico <sup>5, 85</sup> .
Hipersensibilidade da bexiga <sup>13</sup> .	As vias aferentes são hiperexcitadas e o urotélio libera mediadores para inflamação e infecção que são responsáveis pela hiperatividade da bexiga <sup>13</sup> .	Na hipótese uroteliogênica da síndrome da hiperatividade da bexiga, as células uroteliais são alvos de neurotransmissores liberados pelos nervos e para sinais de outros tipos celulares e podem ser células musculares, intersticiais e vasos sanguíneos mediados pela noradrenalina e adrenalina (via $\beta$ 3-adrenérgicos receptores), acetilcolina (via receptores M3 muscarínicos), Ca <sup>2+</sup> (via atividade da subfamília do canal catiônico potencial receptor transiente A membro 1 (TRPA1) e subfamília do canal catiônico potencial receptor transiente V (TRPV) canais) e ATP (via purinoceptores P2X e os receptores purinérgicos acoplados à proteína G, P2Y) <sup>13</sup> .

Complacência diminuída da parede vesical <sup>13</sup> .	Refere-se à perda da distensibilidade normal da parede da bexiga e resulta em maior pressão de enchimento intravesical <sup>5, 85</sup> .	É medida durante o estudo urodinâmico e a complacência é calculada dividindo a variação de volume pela mudança na pressão do detrusor durante aquela mudança no volume da bexiga. Valor de complacência menor que 20 ml/cm H <sub>2</sub> O é considerado baixo <sup>5,83</sup> . Na complacência baixa, a bexiga não se distende, o que causa aumento da pressão, desconforto durante o enchimento e capacidade vesical diminuída <sup>13</sup> .
Diabetes mellitus <sup>29</sup> .	Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas <sup>62</sup> . Pode causar cistopatia em decorrência do diabetes <sup>29</sup> .	Queixa ou observação de três dos seguintes critérios: 1. Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual $\geq 200$ mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições. 2. Glicemia de jejum $\geq 126$ mg/dl (7 mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia. 3. Glicemia de 2h pós-sobrecarga de 75g de glicose $\geq 200$ mg/dl <sup>62</sup> .

#### 4.4. População em Risco

POPULAÇÃO EM RISCO	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Idosos <sup>47</sup> .	O processo de envelhecimento afeta a estrutura e a função das redes neurais do trato urinário inferior e supra-espinhal necessárias para o controle da função da bexiga e da continência <sup>47</sup> .	$\geq 60$ anos de idade <sup>47</sup> .



Pessoas com doenças crônicas degenerativas (Alzheimer, Parkinson) <sup>29</sup> .	Doenças neurológicas que predisõem hiperatividade detrusora neurogênica <sup>29</sup> .	Danos nas vias inibitórias centrais, sensibilização das vias aferentes, podem desencadear reflexos miccionais primitivos e contrações involuntárias do detrusor <sup>29</sup> .
Pessoas com lesões cerebrais e medulares traumáticas e não traumáticas <sup>29</sup> .	Doenças neurológicas que predisõem hiperatividade detrusora neurogênica <sup>29</sup> .	Danos nas vias inibitórias centrais, sensibilização das vias aferentes, podem desencadear reflexos miccionais primitivos e contrações involuntárias do detrusor <sup>29</sup> .

\*Na taxonomia da NANDA-I 2018-2020, o título deste diagnóstico é IU Reflexa.

## 5. Incontinência Urinária associada a Disabilidade (IUD)

É a perda de urina causada por fatores externos ao trato urinário que interferem na capacidade de responder de maneira socialmente apropriada ao desejo de urinar, como chegar ao banheiro ou usar instalações sanitárias<sup>5,88-89</sup>.

### 5.1. Características Definidoras

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Mobilidade restrita/prejudicada <sup>48-49,86</sup> .	Dificuldade de se mover facilmente de um lugar para outro devido a uma doença ou incapacidade ou dor. A mobilidade prejudicada pode interferir na capacidade de uso do toalete e pode precipitar a incontinência de urgência <sup>48-49,86</sup> .	Queixa ou observação da dificuldade de se mover facilmente de um lugar para outro devido a uma doença ou incapacidade ou dor <sup>86,90</sup> .
Não saber como chegar ao banheiro <sup>90</sup> .	As pessoas não sabem como chegar ao banheiro devido ao declínio cognitivo <sup>90</sup> .	Queixa ou observação de que as pessoas não sabem ou não reconhecem mais como chegar ao banheiro <sup>90</sup> .
Micção postergada <sup>91-92</sup>	É o hábito de postergar a micção usando manobras de contenção da perda urinária com possível incontinência devido a grande repleção vesical <sup>92</sup> .	Queixa ou observação de que o indivíduo posterga conscientemente a micção até que haja incontinência <sup>92</sup> .

Urgência miccional <sup>91-92</sup> .	Urgência é a queixa de um desejo súbito e incontrolável de urinar, que é difícil de postergar <sup>5</sup> ; medo de perda urinária <sup>44</sup> .	Queixa de que o desejo miccional se torna muito forte e a pessoa ou corre para o banheiro para urinar ou molha sua roupa <sup>92</sup> .
Uso de manobras para contenção de urina <sup>91-92</sup> .	A pessoa adia a iminente micção até ser compelida pela urgência, usa manobras de contenção das perdas repetidamente <sup>92</sup> .	Queixa ou observação de usar manobras para contenção de urina como aduzir as coxas, cruzar pernas, saltar de uma perna a outra, contrair os músculos do assoalho pélvico e o esfíncter uretral externo (o assoalho pélvico é levantado e as contrações do detrusor reduzidas); sentar-se no calcanhar ou posicionar-se de cócoras, mover-se para a frente e para trás de uma forma inquieta, segurar o abdômen e genitais, etc. <sup>91-92</sup> .
Comportamentos adaptativos para evitar a perda de urina <sup>89</sup> .	Envolve tanto comportamentos ativos quanto a restrição de comportamentos e estratégias cognitivas, como a ruminação, utilizados para evitar a perda de urina <sup>93</sup> .	Queixa ou observação de comportamento adaptativo devido à urgência. Comportamentos como mapeamento de banheiros, uso de cuecas e roupas escuras sem botões, saídas limitadas devido ao medo de perdas <sup>89</sup> ; uso excessivo de fraldas <sup>92</sup> .

## 5.2. Fatores Relacionados

FATORES RELACIONADOS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Evita ir a sanitários anti-higiênicos <sup>92</sup> .	A falta de banheiros higiênicos apropriados pode precipitar o adiamento da micção e a realização de manobras de contenção de perdas urinárias <sup>92</sup> .	Queixa ou observação de as pessoas que evitam uso de banheiros pouco higiênicos.

Evita ir ao banheiro em situações sociais por constrangimento <sup>92</sup> .	A falta de privacidade e intimidade nos banheiros pode precipitar o adiamento da micção e a realização de manobras de contenção de perdas urinárias <sup>92</sup> .	Queixa ou observação de que evitam ir ao banheiro em situações sociais como restaurantes ou em festas por constrangimento.
Acostumar-se ao hábito de postergar a micção <sup>92</sup> .	Frequentemente posterga a micção até o último minuto às vezes por causa de uma relutância em usar o banheiro como resultado de ansiedade social ou preocupação com a atividade escolar ou um jogo <sup>92</sup> .	Queixa ou observação de tornar-se absorvido em atividades lúdicas e ignorar a necessidade de micção com frequência ou pelo receio de que outros tomem sua vez ou lugar em jogos de computador no momento em que for ao banheiro <sup>92</sup> .
Problemas devido ao treino vesical ou dificuldades psicológicas <sup>94</sup> .	Quando um objetivo desejado é regularmente perseguido (por exemplo, todas as tardes ir jogar com os amigos), essas ações se tornam mentalmente associadas ao objetivo ("Eu gostaria de continuar continente e jogar, então devo adiar a micção") e tais comportamentos serão então ativados automaticamente por estímulos ambientais <sup>92</sup> .	Queixa ou observação de que uma meta desejada ou antecipada ("Eu posso continuar jogando e permanecer continente") é alcançada de maneira satisfatória com uma ação específica (realizando manobra para postergar a micção) <sup>92</sup> .
Fatores ambientais que interferem na continência <sup>88-89</sup> .	As barreiras sanitárias incluem elementos no ambiente físico que interferem com a higiene ou com o alcance ao banheiro e um ambiente de cuidado onde a continência é dependente dos cuidadores <sup>88-89</sup> .	Banheiros e corredores de acesso mal iluminados ou mal sinalizados; portas e ambientes estreitos; pisos desnivelados e molhados e tapetes; assentos do toalete muito baixos, ausência de barras de apoio; localização distante das áreas de estar, ou com escadas para acessá-los ou com caminhos bloqueados por móveis, lixo ou equipamentos; banheiros superlotados e em número insuficiente; dispositivos difíceis de remover, como fraldas com botões e cintos, cuecas para adultos ou uso de cateteres externos; uso de medicamentos para tratar a

		agitação; número insuficiente de enfermeiros qualificados para avaliar a continência e desenvolver um plano de tratamento; falhas na atuação do cuidador <sup>88</sup> .
Aumento da ingestão de líquidos <sup>89</sup> .	A incontinência urinária pode ser exacerbada pelo aumento do volume de líquidos circulante devido ao aumento da ingestão de líquidos <sup>89</sup> .	Queixa ou observação de ingestão excessiva de líquidos, ou seja, ingestão de volume diário superior a seis ou oito copos em 24 h (ou seja, aproximadamente 2000 ml ou mais de 30 ml/kg de peso corporal em 24 h) <sup>15,53,70</sup> .
Uso de diuréticos <sup>89</sup> .	A incontinência urinária pode ser exacerbada pelo uso de diuréticos para problemas médicos coexistentes <sup>89</sup> .	Alguns diuréticos aumentam rapidamente o volume da bexiga, o que pode precipitar a urgência e a hiperatividade do detrusor pela ativação dos receptores de estiramento <sup>49</sup> .

### 5.3. Condições Associadas

CONDIÇÃO ASSOCIADA	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Comprometimento cognitivo <sup>86,88-90</sup> .	Comprometimento cognitivo e/ou perda da capacidade de realizar atos necessários para a higiene de forma independente <sup>88</sup> . O comprometimento cognitivo pode limitar a capacidade do indivíduo de ativar uma sequência complexa de comportamentos necessários para a manutenção da continência <sup>88</sup> , por não estar consciente quanto à possibilidade de perda de urina <sup>86</sup> .	Queixa ou observação de dificuldade em aprender como remover e aplicar produtos para incontinência; dificuldade de adaptação a um novo ambiente e aprendizado da localização e uso do banheiro; pouca atenção e concentração; falta de recordação de diretrizes culturalmente determinadas para micção adequada; incapacidade de reconhecer um banheiro ou mictório; incapacidade de gerenciar roupas durante a toalete; marcha e deambulação difíceis; dificuldade de executar instruções de várias etapas; incapacidade de sequenciar os passos necessários para usar um

		<p>banheiro; incapacidade de resolver problemas como o que fazer com um produto de contenção já utilizado e como acionar a descarga do vaso sanitário; problemas em responder apropriadamente ao desejo de urinar ou de comunicar necessidade de usar o banheiro; incapacidade de localizar suprimentos necessários para higiene quando no banheiro; chamar o banheiro por outros nomes; apatia: perda de interesse em ser continente; agressividade com cuidadores durante a toalete; ansiedade que pode ser exacerbada quando realiza a toalete<sup>88</sup>. Ele pode ser avaliado pelo Mini-Mental Status Exam, que inclui perguntas sobre o seguinte: ano, estação, dia e data; questões de memória e matemática; e perguntas de linguagem que acessam a capacidade de entender e seguir instruções faladas e escritas. O clínico deve avaliar a orientação (pessoa, local, horário), memória (a curto e longo prazo) e a capacidade de ler e seguir instruções simples<sup>88</sup>.</p>
--	--	--

Questões motivacionais <sup>88-89,95</sup> .	Incapacidade ou falta de vontade para acessar instalações sanitárias como resultado de transtornos psicológicos <sup>89</sup> .	Queixa ou observação de questões motivacionais como depressão ou outros transtornos psiquiátricos que podem resultar em funcionamento físico, mental e social prejudicado, o que pode afetar o desejo e a capacidade de ser continente <sup>88</sup> . Ele poderia ser avaliado com Escala de Depressão Geriátrica e Escala de Cornell para Dependência na demência. É importante avaliar a dor, a fadiga, a estabilidade na marcha e o medo de cair <sup>88</sup> .
Deficiência intelectual em geral <sup>96</sup> .	Incapacidade de identificar o desejo miccional ou de acessar instalações sanitárias ou executar ações para a toalete secundárias à deficiência intelectual <sup>96</sup> .	Observação de deficiência intelectual profunda (com um coeficiente de inteligência - QI - abaixo de 20) tem a maior taxa de incontinência <sup>96</sup> .
Uso de medicamentos que alteram a função do trato urinário ou causam sedação ou confusão <sup>89</sup> .	Medicamentos que aumentam a frequência ou volume urinário, causam sedação ou confusão, ou causam retenção urinária, têm sido associados à incontinência urinária <sup>89</sup> .	Queixa ou observação de sintomas urinários de armazenamento (urgência, frequência), poliúria, impactação fecal ou constipação, sedação, imobilidade, retenção urinária com transbordamento, delírio, imobilidade, relaxamento muscular, efeitos anticolinérgicos, rigidez, incontinência urinária de esforço, relaxamento uretral associados ao uso de medicamentos <sup>89</sup> .

Mobilidade/coordenação/destr eza manual comprometidas <sup>88- 90</sup> .	A incontinência pode ser causada por qualquer fator que interfira na capacidade de executar a sequência de habilidades motoras finas e grossas necessárias para a higiene independente, como a mudança para uma instalação adequada e a remoção de roupas e higiene pessoal <sup>88</sup> .	A observação ou a queixa de trauma musculoesquelético, contraturas articulares e descondicionamento; fratura do quadril ou do ombro; deformidades articulares e dor causada por artrite; doenças neuromusculares <sup>88,90</sup> . A avaliação do equilíbrio e da marcha também pode ser útil ao identificar barreiras à continência. Indivíduos incontinentes com tais problemas estão em alto risco de quedas e podem limitar sua própria mobilidade por causa do medo de cair, a locomoção independente pode ser restringida por cuidadores, criando assim uma barreira à continência <sup>88</sup> .
Condições clínicas de saúde (doenças osteoarticulares, cardíacas e do trato urinário) <sup>89</sup> .	Condições médicas que interferem na destreza manual e contribuem para a incontinência <sup>89</sup> .	Queixa ou observação de condições médicas que interferem na destreza manual ou mobilidade ou causam poliúria e aumento da frequência ou urgência miccional.

#### 5.4. População em Risco

POPULAÇÃO EM RISCO	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Mulheres idosas frágeis <sup>89</sup> .	Na maioria das vezes a incontinência ocorre em mulheres idosas frágeis com diminuição do desempenho funcional <sup>89</sup> .	A prevalência de incapacidades na mobilidade e limitações funcionais é alta em mulheres com incontinência urinária, especialmente na faixa etária de 40 a 59 anos <sup>97</sup> .
Idosos frágeis <sup>98-100</sup> .	A incontinência urinária está relacionada à gravidade da comorbidade e ao comprometimento funcional e pode ser um marcador precoce de fragilidade <sup>100</sup> .	Em idosos, com mais de 70 anos, com função física prejudicada, com aumento de fragilidade e incapacidade <sup>97</sup> e adultos com deficiência de desenvolvimento têm maior risco para o desenvolvimento de incontinência decorrente de comprometimento físico e/ou

		cognitivo <sup>98</sup> . Algumas mudanças na função da bexiga associadas ao envelhecimento também contribuem para aumentar o risco nessa população <sup>88</sup> .
Crianças <sup>101</sup> .	Crianças que postergam a micção, SNMNE (enurese noturna secundária não monossintomática) ou incontinência anal não retentiva estão em risco <sup>101</sup> .	Crianças acima de cinco anos de idade.

## 6. Incontinência Urinária Transitória (IUT)\*

É queixa de perda de urina que surge de repente, dura menos de seis meses e resulta de causas reversíveis<sup>102</sup>.

### 6.1. Características Definidoras

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Perda de urina causada por fatores reversíveis ou transitórios <sup>103</sup> .	Perda de urina é causada por fatores reversíveis ou transitórios <sup>103</sup> .	Queixa ou observação de perda de urina que é causada por fatores reversíveis ou transitórios <sup>103</sup> .
Perda de urina que surge de repente <sup>102</sup> .	Perda de urina que surge de repente <sup>102</sup> .	Queixa ou observação de que a perda de urina começa repentinamente sem uma lesão permanente como uma lesão neurológica associada, por exemplo.
Sinais e sintomas de perda de urina persistem por menos de seis meses <sup>102</sup> .	A perda de urina é limitada a seis meses e não é permanente e cessa quando a condição que provocou a incontinência é resolvida <sup>102, 103</sup> .	Queixa ou observação da perda aguda de urina que é limitada a seis meses de duração.



## 6.2. Fatores Relacionados

FATORES RELACIONADOS	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Mobilidade reduzida/prejudicada <sup>28,86</sup> .	Dificuldade de se mover facilmente de um lugar para outro devido a uma doença ou incapacidade ou dor. A mobilidade prejudicada pode interferir com a capacidade de uso do toalete e pode precipitar a incontinência de urgência <sup>48-49,28,86,103</sup> .	Queixa ou observação da dificuldade em se mover facilmente de um lugar para outro devido a uma doença aguda ou incapacidade temporária ou dor.
Impactação fecal/constipação intestinal <sup>28</sup> .	Queixa de que os movimentos intestinais são infrequentes e/ou incompletos e/ou há necessidade de esforço frequente ou assistência manual para defecar <sup>104</sup> . Hábitos intestinais ruins e constipação ou impactação fecal podem contribuir para obstrução infravesical e comprimir a bexiga e, assim, reduzir a capacidade vesical <sup>48-49</sup> .	Queixa de constipação ou observação em exame digital de reto cheio de fezes fragmentadas ou endurecidas; bexiga cheia (bexiga distendida) e distensão colônica; mensuração do resíduo pós-miccional por ultra-som ou cateter <sup>49</sup> . Critérios diagnósticos de Roma III para constipação funcional: a. Deve incluir dois ou mais dos seguintes critérios: 1. esforço durante pelo menos 25% das defecações; 2. fezes irregulares ou duras pelo menos 25% das defecações; 3. sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações; 4. sensação de obstrução anorretal/bloqueio por pelo menos 25% das defecações; 5. manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo: evacuação manual, suporte do assoalho pélvico); 6. menos de 3 defecações por semana. b. Fezes macias raramente estão presentes sem o uso de laxantes. c. Critérios insuficientes para a síndrome do intestino irritável. Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico <sup>104</sup> .

<p>Consumo de irritantes dietéticos<sup>103</sup>.</p>	<p>A cafeína pode contribuir tanto para a IUE quanto para IUU. O consumo de cafeína aumenta a pressão na bexiga durante o estudo urodinâmico. É encontrada no café, chá, muitos tipos de refrigerantes (especialmente colas), chocolate e medicamentos como anacin, excedrin e midol. Outros tipos de alimentos e bebidas que têm sido associados com alteração na continência incluem bebidas carbonatadas, leite ou derivados do leite, adoçantes artificiais, como nutrasweet, açúcar, mel, xarope de milho, frutas cítricas e sucos, alimentos altamente condimentados e até mesmo refrigerantes descafeinados. As bebidas alcoólicas afetam o controle da bexiga porque aumentam o volume urinário, alteram a cognição e produzem sedação<sup>103</sup>.</p>	<p>Queixa ou observação do consumo de bebidas ou alimentos com cafeína ou álcool: mais do que o recomendado (200 mg/dia ou duas xícaras de café). A cafeína é encontrada no café, no chá, chá verde, bebidas carbonatadas, refrigerantes, chocolate e uma ampla variedade de medicamentos, incluindo inibidores de apetite, diuréticos, analgésicos e descongestionantes<sup>70</sup>. Os refrigerantes carbonatados, além do processo de carbonatação, contêm adoçantes artificiais, como acessulfame de potássio, aspartame e sacarina sódica, e conservantes e antioxidantes, incluindo ácido ascórbico e ácido cítrico. Não é estabelecida a dose recomendada por dia. Álcool (Etanol: EtOH) recomendado é de doses baixa a moderada (&lt;2-3 bebidas padrão por dia). Uma bebida padrão é de aproximadamente 12-14 g de etanol, o que corresponde a 355 mL (12 oz.) de cerveja, 148 mL (5 oz.) de vinho, ou 44 mL (1,5 oz.), de 80 ml de prova licor<sup>53</sup>.</p>
--	---	---

### 6.3. Condições Associadas

CONDIÇÃO ASSOCIADA	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Delírio <sup>28,103</sup> .	É definido como um estado confusional agudo caracterizado por déficits cognitivos e distúrbios comportamentais <sup>28,103</sup> .	É um estado confusional caracterizado por falta de atenção e desorientação flutuantes. Seu início ocorre ao longo de horas ou dias. A alteração na função cognitiva compromete a capacidade do indivíduo de reconhecer e responder adequadamente à sensação de bexiga cheia <sup>28,103</sup> .
Infecção/infecção do trato urinário (ITU) <sup>128,103</sup> .	É um achado microbiológico de bacteriúria e piúria, geralmente acompanhada de sinais/sintomas como aumento da sensação vesical, urgência, frequência urinária aumentada, disúria, incontinência urinária de urgência e/ou dor no trato urinário inferior <sup>20</sup> .	Queixa ou observação de: 1. bacteriúria > 100.000 UFC/ml de amostra por micção voluntária ou > 1.000 UFC /ml por amostra cateterizada, 2. piúria > 10WBC/mm <sup>3</sup> com sinais e sintomas como sensação aumentada da bexiga, urgência, frequência, disúria, IUU e/ou dor no trato urinário inferior <sup>20</sup> .
Vaginite atrófica <sup>28,103</sup> .	É a atrofia dos tecidos urogenitais causada pela diminuição dos níveis de estrogênio. Dentro do trato urinário, essa atrofia resulta em adelgaçamento do epitélio uretral, esclerose dos tecidos periuretrais e queixas subjetivas persistentes ou recorrentes de frequência urinária aumentada, urgência, disúria e incontinência. A pH vaginal aumenta, elevando o risco de infecções vaginais recorrentes <sup>28,103</sup> .	É a observação de atrofia da mucosa vaginal, friabilidade, erosões e hemorragias puntiformes <sup>28</sup> .
Uso de medicações que alterem os níveis normais de neurotransmissores no trato urinário inferior <sup>28,103</sup> .	Qualquer medicamento que altere os níveis normais de neurotransmissores no trato urinário inferior pode contribuir para a IU <sup>103</sup> .	Queixa ou observação do uso de qualquer um desses medicamentos: Sedativos/hipnóticos: redução da percepção sensorial do enchimento da bexiga e confusão temporária (delírio) em idosos e

		<p>podem exacerbar qualquer comprometimento pré-existente na mobilidade<sup>103</sup>; Álcool: possui efeitos sedativos e diuréticos<sup>103</sup> (Ermer-Seltum, 2006);</p> <p>Anticolinérgicos: retenção urinária, incontinência por transbordamento, delírio, impactação fecal<sup>103</sup>;</p> <p>Antipsicóticos: ações anticolinérgicas, sedação, rigidez, imobilidade; Antidepressivos (tricíclicos): ações anticolinérgicas, sedação; Anti-parkinsonianos: ações anticolinérgicas, sedação;</p> <p>Analgésicos narcóticos: efeitos semelhantes aos associados ao uso de tranquilizantes e álcool, delírio transitório, sedação e imobilidade, produzir constipação e retenção urinária<sup>103</sup>, antagonistas adrenérgicos: produzir relaxamento da musculatura lisa na colo da bexiga e uretra, que pode causar ou piorar a IUE em mulheres; Agonistas adrenérgicos: aumentam a resistência uretral e podem contribuir para problemas de esvaziamento ou até mesmo incontinência por transbordamento<sup>103</sup>;</p> <p>Bloqueadores dos canais de cálcio: efeito relaxante no músculo detrusor, que pode precipitar retenção urinária e causa aumento da produção de urina à noite, resultando em noctúria e enurese e pode causar constipação que pode resultar em obstrução do fluxo ou aumento da contratilidade da bexiga e IUU<sup>103</sup>; Diuréticos potentes: poliúria, frequência aumentada, urgência; Tiazolidinedionas dos AINEs: diurese noturna por retenção de líquidos; Inibidores da enzima conversora de</p>
--	--	--

		angiotensina: a tosse induzida por medicamento precipita a IUE em mulheres que têm assoalho pélvico fraco e em alguns homens após prostatectomia <sup>103</sup> ; vincristina: retenção urinária devido neuropatia <sup>28</sup> ; nicotina: instabilidade do detrusor e os sintomas resultantes de urgência, frequência aumentada e IUU <sup>103</sup> .
Condição psicológica (ansiedade, depressão, depressão pós-parto, abuso sexual, físico e emocional) <sup>28,103</sup> .	Condições psicológicas como a depressão podem alterar o nível de interesse do paciente no autocuidado e na manutenção da continência. O paciente que está lidando com a depressão também pode estar tomando medicamentos com potenciais efeitos adversos na continência ou pode estar com mobilidade reduzida ou outros problemas médicos que afetam a continência <sup>28,103</sup> .	Queixa ou observação de qualquer condição psicológica, como depressão, que possa resultar de uma grande cirurgia ou do diagnóstico de uma doença grave ou hospitalização ou possa estar com mobilidade reduzida ou outros problemas médicos que afetam a continência <sup>28,103</sup> .
Produção excessiva de urina <sup>28</sup> .	É definido como a produção de mais de 2,8 litros de urina em 24 horas em adultos <sup>5</sup> . O débito urinário aumentado também pode causar incontinência, especialmente em indivíduos com mobilidade reduzida (se o paciente não puder chegar ao banheiro com rapidez suficiente para evitar a perda urinária), alteração do estado mental ou motivação, especialmente se também apresentam hiperatividade detrusora <sup>28,103</sup> .	Queixa ou observação da produção de mais de 2,8 litros de urina em 24 horas em adultos <sup>5</sup> .

<p>Condições que alteram a posição ou inervação da bexiga e do esfíncter<sup>103</sup>.</p>	<p>Efeito de qualquer lesão no plexo hipogástrico inferior causada por procedimentos cirúrgicos na região pélvica seja por causar alterações na posição da bexiga, mas principalmente por algum grau de ruptura do suprimento nervoso à bexiga ou ao esfíncter uretral (ou ambos). Qualquer lesão do plexo hipogástrico inferior (por cirurgia (histerectomia, prostatectomia, procedimentos de suspensão do colo da bexiga, infiltração tumoral, infecção ou inflamação) ou após o parto, podem produzir graus variados de desnervação e disfunção miccional<sup>103</sup>.</p>	<p>A disfunção miccional e a IU são complicações potenciais após alguns procedimentos cirúrgicos envolvendo os órgãos pélvicos (cólon, reto, próstata ou órgãos reprodutivos femininos). A incontinência não é incomum após procedimentos ginecológicos, como histerectomia radical, procedimentos anti-incontinência e procedimentos para corrigir o prolapso dos órgãos pélvicos<sup>103</sup>.</p>
<p>Condições que resultam em redução da complacência vesical<sup>103</sup>.</p>	<p>A baixa complacência vesical refere-se à perda da distensibilidade normal e resulta em maior pressão de enchimento intravesical<sup>85</sup>. A complacência vesical é a relação entre a mudança no volume da bexiga e a mudança na pressão do detrusor<sup>5</sup>. A má complacência pode ser causada por uma alteração estrutural nos elementos musculares ou do tecido conjuntivo da parede da bexiga ou por uma alteração funcional, como uma alteração no tônus da musculatura lisa resultante de uma lesão ou processo neurológico. As causas mais comuns déficit de complacência são o processo inflamatório que levam a alterações fibróticas dentro da parede da bexiga; condições</p>	<p>Na complacência diminuída, a bexiga não se distende apropriadamente, o que causa aumento de pressão intravesical, desconforto durante o enchimento e capacidade vesical diminuída. Este padrão é típico após a radioterapia pélvica, ou pode resultar de períodos prolongados de cateterização permanente<sup>13</sup>. A complacência é calculada dividindo a variação do volume pela variação na pressão do detrusor na capacidade máxima da bexiga. É expressa em ml/ cmH2O<sup>5</sup>.</p>

	específicas incluem cistite química, radioterapia pélvica e cistite intersticial <sup>103</sup> .	
Obstrução infravesical <sup>103</sup> .	<p>A obstrução pode alterar a sensibilidade do músculo liso e pode contribuir tanto para a hiperatividade do detrusor quanto para a retenção urinária<sup>49</sup>. A causa mais comum de obstrução infravesical em homens é a hiperplasia benigna da próstata (HBP). Outras causas incluem câncer de próstata, estenoses uretrais e contratura do colo vesical após cirurgia prostática, crescimento do tecido cicatricial dentro da uretra, estrias uretrais podem resultar de cirurgia transuretral, uso por longo período de um cateter uretral de demora, lesões uretrais traumáticas e algumas doenças sexualmente transmissíveis. Nas mulheres, a obstrução infravesical é geralmente causada por uma das duas condições: 1. um procedimento cirúrgico que comprime ou aperta especificamente o colo da bexiga e a uretra, como nos procedimentos anti-incontinência, ou 2. certos tipos de prolapso de órgãos pélvicos que alteram o posição da saída da bexiga. As estenoses uretrais são incomuns em mulheres, mas podem ocorrer após o parto, trauma pélvico ou cirurgia vaginal<sup>103</sup>.</p>	<p>Queixa ou observação de sinais e sintomas de obstrução infravesical. A obstrução infravesical é o termo genérico para obstrução durante a micção e é caracterizada pelo aumento da pressão do detrusor e redução da taxa de fluxo na micção. Geralmente é diagnosticada avaliando-se os valores sincrônicos de fluxo e pressão do detrusor. A obstrução pode contribuir para a hiperatividade detrusora e retenção urinária<sup>48</sup> e a queixa do homem de sintomas de armazenamento e de esvaziamento como urgência, incontinência, frequência, noctúria, hesitação, intermitência, fluxo lento e fraco e sensação de esvaziamento incompleto<sup>5,49</sup>. Nas mulheres: exame vaginal: evidência de prolapso ou deficiência hormonal; prolapso anterior da parede vaginal durante a manobra de Valsalva: verificar cistocele e hipermobilidade uretral<sup>49</sup>. Em homens: exame retal digital e a utilização adequada de testes de antígeno prostático específico<sup>49</sup>.</p>

Gestação e pós-parto <sup>28,105-110</sup> .	Perda urinária na gestação ou no pós-parto de etiologia multifatorial: mudanças hormonais que afetam a composição do colágeno e coaptação da uretra, alterações anatômicas como no ângulo uretrovesical, lesão por desnervação e lesões traumáticas e vasculares <sup>28,105-111</sup> .	Queixa ou observação de perda urinária que ocorre durante a gestação e/ou até 6 meses do pós-parto <sup>28,105-110</sup> .
--	--	--

#### 6.4. População em Risco

POPULAÇÃO EM RISCO	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Idosos <sup>28,103</sup> .	Pessoas >65 anos de idade <sup>28,103</sup> . Alterações que ocorrem no trato urinário como resultado do envelhecimento incluem uma capacidade reduzida de postergar a micção, aumento da frequência de contrações involuntárias do detrusor, diminuição da força das contrações do detrusor, aumento do volume de urina residual pós-miccional e aumento do volume de urina produzida à noite. Nos homens, o aumento prostático pode produzir obstrução progressiva à eliminação urinária, que é tipicamente evidenciada por um agravamento gradual dos sintomas, como frequência, urgência e esvaziamento incompleto da bexiga, retenção urinária e incontinência por transbordamento. Nas mulheres, a atrofia urogenital pode causar frequência urinária aumentada, urgência e disúria, e também pode contribuir para a diminuição na função do esfíncter; essas mulheres podem ter IUU, IUE ou IUM <sup>103</sup> .	Pessoas >65 anos de idade <sup>28,103</sup> .



Gestantes e puérperas parto <sup>28,105-110</sup> .	Perda urinária na gestação ou no pós-parto de etiologia multifatorial: mudanças hormonais que afetam a composição do colágeno e coaptação da uretra, alterações anatômicas como no ângulo uretrovesical, lesão por desnervação e lesões traumáticas e vasculares <sup>28,105-111</sup> .	Queixa ou observação de perda urinária que ocorre durante a gestação e/ou até 6 meses do pós-parto <sup>28,105-110</sup> .
Pessoas com alguma doença aguda que podem influenciar na continência ou na produção de urina <sup>28</sup> .	Pessoas com doença aguda, incluindo insuficiência cardíaca congestiva, trombose venosa profunda, infecção, apneia do sono, diabetes mellitus descontrolada, diabetes insípido, toxicidade por drogas (como intoxicação por lítio); distúrbios nefrogênicos, desequilíbrio hidroeletrólítico ou hospitalização <sup>28,103</sup> .	Queixa ou observação de doença aguda, incluindo insuficiência cardíaca congestiva, trombose venosa profunda, infecção, apneia do sono, diabetes mellitus descontrolada, diabetes insípido, toxicidade por drogas (como intoxicação por lítio); distúrbio nefrogênico, desequilíbrio hidroeletrólítico ou hospitalização <sup>28,103</sup> .
Mulheres que pariram por via vaginal <sup>110</sup> .	Mulheres que pariram por via vaginal, com bebês com peso ao nascer maior ou igual a 3540 gramas, com circunferência da cabeça maior ou igual a 36 cm e episiotomia <sup>110</sup> .	Mecanismos pelos quais o parto vaginal pode contribuir para o trauma do assoalho pélvico: 1. Trauma muscular; 2. Dano do tecido conectivo; 3. Lesão do nervo; 4. Danos vasculares <sup>28</sup> . A lesão no nervo podendo ser devido a combinação do dano direto e da lesão devido à tração causada pelo alargamento do canal vaginal durante o parto por via vaginal <sup>105</sup> .
Segundo estágio do trabalho de parto prolongado <sup>107</sup> .	Segundo estágio do trabalho de parto inicia-se com a completa dilatação da cérvix e o segundo estágio do trabalho de parto é considerado prolongado quando tem duração superior a duas horas (da dilatação até o nascimento) sem analgesia regional ou é superior a 3 horas com analgesia <sup>107</sup> .	Aumentado risco de IU pós-parto associada ao segundo estágio do trabalho de parto prolongado independentemente se o nascimento foi espontâneo ou assistido com fórceps ou com extração à vácuo <sup>107</sup> .
Mulheres multíparas <sup>109</sup> .	Há trauma neuromuscular durante o parto <sup>28</sup> .	Um único parto está associado a 1,3-1,6 mais chances de UI e mais partos aumentam o risco de 1,5-2,0 vezes <sup>30</sup> .

Pessoas institucionalizadas <sup>28</sup> .	Pessoas que vivem em instituições para cuidado diário (homecare)	Pessoas que vivem em instituições para cuidado diário (homecare).
Alto IMC materno pré-gestacional e bebês pesados <sup>105</sup> .	IMC materno pré-gestacional acima de 25 e peso do bebê ao nascer maior ou igual a 3,7 Kg.	Fatores associados ao surgimento da IU e persistência por três meses após o parto <sup>105</sup> .

\*Este diagnóstico não está presente na Taxonomia da NANDA-I 2018-2020.

## Referências

1. Doughty BD, Burns P. Pathology and management of stress incontinence. In: Doughty BD. Urinary & fecal incontinence: Current management concepts. Georgia, USA: Mosby Elsevier. 2006. p.77-107.
2. Franco I. Functional bladder problems in children: <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Pediatr Clin N Am*. 2012; 59(4):783–817. doi: 10.1016/j.pcl.2012.05.007
3. Herdman TH, Kamitsuru S. Nursing diagnoses: Definitions and classification 2018-2020. New York, USA: Thieme. 2017.
4. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013; 87(8): 543- 50.
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosler P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynam*. 2002;21(2):167-78. doi: 10.1002/nau.10052
6. Committee on Practice Bulletins - Gynecology and the American Urogynecologic Society. Urinary incontinence in women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2015;21(6):304-14. doi: 10.1097/SPV.0000000000000231.
7. Chen SH. Differential diagnosis of urinary incontinence. *Tzu Chi Med J*. 2007; 19:53-59.
8. Guralnick ML, Fritel X, Tarcan T, Espuna-Pons M, Rosier PFWM. ICS Educational Module: Cough stress test in the evaluation of female urinary incontinence: Introducing the ICS-Uniform Cough Stress Test. *Neurourol Urodynam*. 2018;37(5):1849–55. doi: 10.1002/nau.23519.

9. Morin M, Bourbonnais D, Gravel D, Dumoulin C, Lemieux MC. Pelvic floor muscle function in continent and stress urinary incontinent women using dynamometric measurements. *Neurourol Urodynam*. 2014;23(7): 668-74. doi: 10.1002/nau.20069
10. Devreese A, Staes F, Weerdt W, Feys H, van Assche A, Penninchx F, et al. Clinical evaluation of pelvic floor muscle function in continent and incontinent women. *Neurourol Urodynam*. 2004; 23(3): 190-7. doi:10.1002/nau.20018
11. Deegan EG, Stothers L, Kavanagh A, Macnab AJ. Quantification of pelvic floor muscle strength in female urinary incontinence: A systematic review and comparison of contemporary methodologies. *Neurourol Urodynam*. 2018; 37(1):33–45. doi: 10.1002/nau.23285
12. Osman NI, Li Marzi V, Cornu JN, Drake MJ. Evaluation and classification of stress urinary incontinence: current concepts and future directions. *Eur Urol Focus*. 2016; 2(3): 238-44. doi: 10.1016/j.euf.2016.05.006.
13. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;6(3):17042. doi: 10.1038/nrdp.2017.42.
14. Sobhgol SS, Charandabee SMA. Related factors of urge, stress, mixed urinary incontinence and overactive bladder in reproductive age women <sup>[1]</sup>in Tabriz, Iran: A cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19 (3):367–73. doi:10.1007/s00192-007-0437-2
15. O'Dell KK, Labin LC. Common problems of urination in nonpregnant women: Causes, current management, and prevention strategies. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(3): 159–73. doi:10.1016/j.jmwh.2006.01.003
16. Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2017; 28(5): 687–96. doi: 10.1007/s00192-017-3314-7

17. Li D, Xu Y, Nie Q, Li Y, Mao G. Predictors of urinary incontinence between abdominal obesity and non-obese male adults. *Postgrad Med.* 2017; 129(7): 747-55. doi: 10.1080/00325481.2017.1357419.
18. Gordon B, Shorter B, Isodi KK, Moldwin RM. Obesity with comorbid stress urinary incontinence in women: A narrative review to inform dietetics practice. *J Acad Nutr Diet.* 2017; 117(6): 889-907. doi: 10.1016/j.jand.2016.09.024.
19. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Sandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society joint report on the terminology for female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourol Urodynam.* 2016; 35: 137-68. DOI 10.1002/nau.22922
20. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society(ICS) joint point report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodynam.* 2010; 29(1): 4-20. doi: 10.1002/nau
21. DeLancey JOI. Why do women have stress urinary incontinence? *Neurourol Urodynam.* 2010; 29:S13–S17. doi: 10.1002/nau.20888
22. Serati M, Topazio L, Bogani G, Constantini E, Pietropaolo A, Palleschi G, et al. Urodynamics useless before surgery for female stress urinary incontinence: Are you sure? Results from a multi-center single nation database. *Neurourol Urodynam.* 2016;35(7): 809-12. doi: 10.1002/nau.22804.
23. Jha S, Walters SJ, Bortolami O, Dixon S, Alshreef A. Impact of pelvic floor muscle training on sexual function of women with urinary incontinence and a comparison of electrical stimulation versus standard treatment (IPSU trial): A randomised controlled trial. *Physiotherapy.* 2018; 104(1): 91-7. doi: 10.1016/j.physio.2017.06.003

24. Ficazzola MA, Nitti VW. The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and correlation of symptoms with urodynamic findings. *J Urol*. 1998; 160(4): 1317-20.
25. Laterza RM, Sievert KD, de Ridder D, Vierhout ME, Haab F, Cardozo L, et al. Bladder function after radical hysterectomy for cervical cancer. *Neurourol Urodynam*. 2015; 34(4):309-15. doi: 10.1002/nau.22570
26. Thruhelvam N, Cruz F, Kirby M, Tubaro A, Chapple CR, Sievert KD. A review of detrusor overactivity and the overactivity bladder after prostate cancer treatment. *BJU Int*. 2015; 116(6): 853-61. doi: 10.1111/bju.13078
27. Drake MJ, Apostolidis A, Cocci A, Emmanuel A, Gajewski JB, Harrison SCW et al. Neurogenic lower urinary tract dysfunction: Clinical management recommendations of the Neurologic Incontinence Committee of the Fifth International Consultation on Incontinence 2013. *Neurourol Urodynam*. 2016; 35(6): 657–65. doi:10.1002/nau.23027
28. Salvatore S, Rademakers K, DeLancey J, Igawa Y, Koelbl H, Laterza RM, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. Committee 4. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. *Incontinence 6th edition*. Tokyo: International Consultation on Incontinence. 2017. p. 361-496.
29. Apostolidis A, Drake MJ, Emmanuel A, Gajewski J, Hamid R, Heesakkers J et al. Neurologic urinary and faecal incontinence. Committee 10. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. *Incontinence. 6th Edition*. Tokyo: 6th International Consultation on Incontinence; 2016. p.1093-308.
30. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjostrom S, Tikkinen KAO. Epidemiology of urinary incontinence (IU) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP), and anal (AI) incontinence. Committee 1. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. *Incontinence 6th edition*. Tokyo: International Consultation on Incontinence. 2017.p.1-141

31. Filho JFL, Baccaro LFC, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Neto AMP. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015; 37(4): 152-8. <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005282>
32. Anger TJ, Saigal CS, Stothers L, Thom DH, Rodriguez LV, Litwin MS, et al. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling men: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol.* 2006; 176(5): 2103-8. doi: 10.1016/j.juro.2006.07.029
33. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Zopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: Results of the EPIC Study. *Eur Urol.* 2006; 50(6): 1306–15. doi:10.1016/j.eururo.2006.09.019
34. Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, et al. Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* 2016; 70(1): 148–58. doi: 10.1016/j.eururo.2016.01.037.
35. Staskin D, Tubaro A, Norton PA, Ashton-Miller JA. Mechanisms of continence and surgical cure in female and male SUI: Surgical research initiatives. *Neurourol Urodyn.* 2011; 30(5):704–07. doi: 10.1002/nau.21139.
36. Hoyland K, Vasdev N, Abrof A, Boustead G. Post-radical prostatectomy incontinence: etiology and prevention. *Rev Urol.* 2014; 16(4): 181-8.
37. Wesnes SL. Weight and urinary incontinence: The missing links. *Int Urogynecol J.* 2014; 25(6): 725–9. doi: 10.1007/s00192-013-2268-7.
38. Hunskaar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets

- for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodynam.* 2008; 27(8): 749–57. doi: 10.1002/nau.20635.
39. Troko J, Bach F, Tooze-Hobson P. Predicting urinary incontinence in women in later life: A systematic review. *Maturitas.* 2016; 94:110–6. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.09.006
  40. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1): 187-92.
  41. Hagošvska M, Svihra J, Buková A, Dracková D, Svihrová V. Prevalence and risk of sports types to stress urinary incontinence in sportswomen: A cross-sectional study. *Neurourol Urodynam.* 2018; 37: 1957-64. doi: 10.1002/nau.23538
  42. Yang J, Cheng JW, Wagner H, Lohman E, Yang SH, Krishinger GA, et al. The effect of high impact crossfit exercises on the stress urinary incontinence in physically active women. *Neurourol Urodynam.* 2019; 38: 749-56. doi: 10.1002/nau.23912
  43. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodynam.* 2019;38(2):433-77. doi: 10.1002/nau.23897.
  44. Drake MJ. Do we need a new definition of the overactive bladder syndrome? ICI-RS 2013. *Neurourol Urodynam.* 2014; 33(5), 622-4. doi: 10.1002/nau.22609
  45. Starkman JS, Dmochowski RR. Urgency assessment in the evaluation of overactive bladder (OAB). *Neurourol Urodynam.* 2008; 27 (1): 13–21. doi:10.1002/nau.20472
  46. Cardozo L, Chapple CR, Dmochowski R, Fitzgerald MP, Hanno P, Michel MC et al. Urinary urgency – translating the evidence base into daily clinical practice. *Int J Clin Pract.* 2009; 63(12): 1675–82. doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02205.x



47. Morris CL. Urge urinary incontinence and the brain factor. *Neurourol Urodynam.* 2013; 32(5): 441–8. <https://doi.org/10.1002/nau.22357>
48. Ouslander JG. Management of overactive bladder. *N Engl J Med.* 2004; 350(8): 786-99. doi: 10.1056/NEJMra032662
49. Krissoovich M. Pathology and management of the overactive bladder. In: Doughty BD. *Urinary & fecal incontinence: Current management concepts.* Georgia: Mosby Elsevier. 2006. p.109-65
50. de Boer TA, Salvatore S, Cardozo L, Chapple C, Kelleher C, van Kerrebroeck P, et al. Pelvic organ prolapse and overactive bladder. *Neurourol Urodynam.* 2010; 29(1): 30-9. doi: 10.1002/nau.20858.
51. Rosenberg MT, Newman DK, Tallman CT, Page SA. Overactive bladder: Recognition requires vigilance for symptoms. *Cleve Clin J Med.* 2007; 74 (Suppl 3): S21-29.
52. Ikeda Y, Nakagawa H, Ohmori-Matsuda K, Hozawa A, Masamune Y, Nishino Y, et al. Risk factors for overactive bladder in the elderly population: A community-based study with face-to-face interview. *Int J Urology.* 2011; 18(3): 212–18. doi: 10.1111/j.1442-2042.2010.02696.x.
53. Robinson D, Giarenis I, Cardozo L. You are what you eat: The impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptoms. *Maturitas.* 2014; 79(1): 8–13. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.06.009
54. Blaivas JG. Overactive bladder and the definition of urgency. *Neurourol Urodynam.* 2007; 26(6):757–8. doi: 10.1002/nau.20429
55. Wyndaele JJ, De Wachter S. The sensory bladder (1): An update on the different sensations described in the lower urinary tract and the physiological mechanisms behind them. *Neurourol Urodynam.* 2008; 27(4): 274–8. doi:10.1002/nau.20510

56. Rantell A. Assessment and diagnosis of overactive bladder in women. *Nurs Stand*. 2013; 27(52): 35-40. doi:10.7748/ns2013.08.27.52.35.e7389
57. Pinna C, Zanardo R, Puglisi L. Prostaglandin-release impairment in the bladder epithelium of streptozotocin-induced diabetic rats. *Eur J Pharmacol*. 2000; 388(3):267-73. doi:10.1016/s0014-2999(99)00833-x
58. Tong YC, Cheng JY, Wan WC. Effects of Ba-Wei-Die-Huang-Wan on the cholinergic function and protein expression of M2 muscarinic receptor of the urinary bladder in diabetic rats. *Neurosci Lett*. 2002;330(1):21-4. doi: 10.1016/s0304-3940(02)00713-9
59. Yamaguchi C, Sakakibara R, Uchiyama T, Yamamoto T, Ito T, Liu Z, et al. Overactive bladder in diabetes: <sup>[18F]</sup> A peripheral or central mechanism? *Neurourol Urodynam*. 2007; 26(6): 807–13. <https://doi.org/10.1002/nau.20404>
60. Danforth KN, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Goldstein F. Type 2 Diabetes Mellitus and risk<sup>[18F]</sup> of stress, urge and mixed urinary incontinence. *J Urol*. 2009;181(1):193-7. doi: 10.1016/j.juro.2008.09.007
61. Yuan Z, Tang Z, He C, Tang W. Diabetic cystopathy: A review. *J Diabetes*. 2015;7(4): 442-7. doi: 10.1111/1753-0407.12272
62. Oliveira JEP, Vencio S (Org.). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016 [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes: A.C. Farmacêutica; 2016 [acesso em 2019 Ago 26]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
63. Diaz DC, Robinson D, Bosch R, Constantini E, Cotterill N, Espuna-Pons M, et al. Initial assessment of urinary incontinence in adult female and female patients. Committee 5A. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. *Incontinence*. 6th Edition. Tokyo: 6th International Consultation on Incontinence; 2016. p.497-540.

64. Minassian VA, Stewart WF, Hirsch AG. Why do stress and urge incontinence co-occur much more often than expected? *Int Urogynecol J*. 2008; 19: 1429–40. doi: 10.1007/s00192-008-0647-2
65. Botlero R, Davis SR, Urquhart DM, Shortreed S, Bell RJ. Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community-dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. *Maturitas*. 2009; 62(2):134–9. doi: 10.1016/j.maturitas.2008.12.017
66. Gamble TL, Du H, Sand PK, Botros SM, Rurak M, Goldberg RP. Urge incontinence: Estimating environmental and obstetrical risk factors using an identical twin study. *Int Urogynecol J*. 2010; 21(8): 939–46. doi: 10.1007/s00192-010-1140-2
67. Burti JS, Santos AMB, Pereira RAR, Zambon JP, Marques AP. Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012; 54(2): e42-6. doi: 10.1016/j.archger.2011.04.004.
68. Khullar V, Cardozo L, Dmochowski R. Mixed incontinence: Current evidence and future perspectives. *Neurourol Urodynam*. 2010;29(4):618–22. doi: 10.1002/nau.20907.
69. Menezes M, Pereira M, Hextall A. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*. 2010; 65(2):167–71. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.10.004
70. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract*. 2009; 63(8): 1177–91. <http://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02078.x>
71. Deng DY. Urinary incontinence in women. *Med Clin North Am*. 2010; 95(1): 101–9. doi: 10.1016/j.mcna.2010.08.022.
72. Woodtli A. Mixed incontinence: A new nursing diagnosis? *Nurs Diagn*. 1995; 6(4): 135-42.

73. Clemens JQ, Bogart LM, Liu K, Pham C, Suttorp M, Berry S. Perceptions of “urgency” in with interstitial cystitis/bladder pain syndrome or overactive bladder. *Neurourol Urodynam.* 2011; 30(3):402–5. doi: doi.org/10.1002/nau.20974
74. Digesu GA, Salvatore S, Fernando R, Khullar V. Mixed urinary symptoms: What are the urodynamic findings? *Neurourol Urodynam.* 2008; 27(5): 372-5. doi: 10.1002/nau.20530
75. Porena M, Costantini E, Lazzeri M. Mixed incontinence: How best to manage it? *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2013; 8:7–12. <https://doi.org/10.1007/s11884-012-0161-8>
76. Myers DL. Female mixed urinary incontinence: A clinical review. *JAMA.* 2014;311(19):2007-14. doi: 10.1001/jama.2014.4299.
77. Petros P. The integral system. *Cent European J Urol.* 2011; 64(3): 110–9. <http://doi.org/10.5173/ceju.2011.03.art1>
78. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2008;111:324–31. doi: 10.1097/01.AOG.0000267220.48987.17.
79. Komesu YM, Schrader RM, Ketai LH, Rogers RG, Dunivan GC. Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence in middle-aged/older women: The importance of incontinence history. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(5):763–72. doi: 10.1007/s00192-015-2888-1
80. Minassian VA, Yan XY, Pitcavage J, Stewart WF. Mixed incontinence masked as stress induced urgency urinary incontinence. *J Urol.* 2016; 196(4): 1190-5. doi: 10.1016/j.juro.2016.04.084
81. The Oxford English Dictionary [Internet]. Oxford: Oxford University Press, c2018 [acesso em 2019 Ago 26]. Disponível em: <https://www.oed.com/>

82. Townsend MK, Danforth KN, Lifford KL, Rosner B, Curhan GC, Resnick NM, et al. Incidence and remission of urinary incontinence in middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197(2): 167.e1-167.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.041
83. Stohrer M, Goepel M, Kondo A, Kramer G, Madersbacher H, Millard R, et al. The standardization of terminology in neurogenic lower urinary<sup>[1]</sup>tract dysfunction<sup>[SEP]</sup> with suggestions for diagnostic procedures. *Neurourol Urodynam.* 1999;18 (2):139–58.
84. de Groat WC, Griffiths D, Yoshimura N. Neural control of the lower urinary tract. *Compr Physiol.* 2015; 5(1): 327–96. <sup>[1]</sup><sup>[SEP]</sup> doi: 10.1002/cphy.c130056.
85. Gray ML. Pathology and management of reflex incontinence/neurogenic bladder. In: Doughty BD. *Urinary & fecal incontinence: Current management concepts.* Georgia: Mosby Elsevier. 2006. p.21-54.
86. Gajewski JB, Drake MJ. Neurological lower urinary tract dysfunction essential terminology. *Neurourol Urodynam.* 2018; 37:S25-S31. doi: 10.1002/nau.23758
87. Haab F. Chapter 1: The conditions of neurogenic detrusor overactivity and overactive bladder. *Neurourol Urodynam.* 2014; 33(S3): S2–S5.<sup>[1]</sup><sup>[SEP]</sup> <https://doi.org/10.1002/nau.22636>
88. Thompson DL. Pathology and management of functional factors contributing to incontinence. In: Doughty B.D. *Urinary & fecal incontinence: Current management concepts.* Georgia: Mosby Elsevier. 2006. p. 167-85.
89. Elkadry <sup>[1]</sup><sup>[SEP]</sup>E. Functional urinary incontinence in women. *J Pelvic Med Surg.* 2006; 12(1): 1–13. doi: 10.1097/01.spv.0000199622.01729.ac
90. Sakakibara R. Dementia and lower urinary tract dysfunction. In: Corcos J, Ginsberg, Karsenty G. *Textbook of the neurogenic bladder.* New York: CRC Press. 2016. p.179-98.

91. Kuhn S, Natale N, Siemer S, Stoeckle M, von Gontard M. Clinical differences in daytime wetting subtypes: Urge incontinence and postponed voiding. *J Urol.* 2009;182(4): 1967-72. doi: 10.1016/j.juro.2009.03.023
92. von Gontard A, Niemczyk J, Wagner J, Equit M. Voiding postponement in children—A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016; 25:809–20.
93. Molinuevo B, Batista-Miranda JE. Under the tip of the iceberg: Psychological factors in incontinence. *Neurourol Urodynam.* 2012;31:669–71. <https://doi.org/10.1002/nau.21216>
94. Nijman RJM. Classification and treatment of functional incontinence in children. *BJU Int.* 2000; 85(Suppl 3): 45-6.
95. von Gontard A. Does psychological stress affect LUT function in children?: ICI-RS 2011. *Neurourol Urodynam.* 2012; 31(3): 344–8. <https://doi.org/10.1002/nau.22216>
96. von Gontard A, de Jong TPVM, Rantell A, Nieuwhof-Leppink A, Badawi JK, Cardozo <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>L. Do we manage incontinence in children and adults with special needs adequately? ICI-RS 2014. *Neurourol Urodynam.* 2016; 35(2): 304-6. [doi.org/10.1002/nau.22823](https://doi.org/10.1002/nau.22823)
97. Greer JA, Xu R, Propert RJ, Arya LA. Urinary Incontinence and Disability in Community-Dwelling Women: A Cross-Sectional Study. *Neurourol Urodynam.* 2015; 34(6): 539–43, 2015. doi: 10.1002/nau.22615
98. Chaing JC, Ouslander J, Schnelle J, Reuben DB. Dually incontinent nursing home residents: clinical characteristics and treatment differences. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48(6): 673-6. doi:10.1111/j.1532-5415.2000.tb04727.x
99. Bortz WM 2nd. A conceptual framework of frailty: A review. *J Gerontol A Sci Med Sci.* 2002; 57(5); M283-8.

100. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson II T, Palmer MH, Wagg A, Fourth International Consultation on Incontinence. Incontinence in the frail elderly: Report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodynam*. 2010; 29(1):165-78. doi: 10.1002/nau.20842
101. von Gontard A, Niemczyk J, Weber M, Equit M. Specific behavioral comorbidity in a large sample of children with functional incontinence: Report of 1,001 cases. *Neurourol Urodynam*. 2015; 34(8): 763–8. doi.org/10.1002/nau.22651
102. Dowling-Castronovo A, Specht JK. Assessment of transient urinary incontinence in older adults. *Am J Nurs*. 2009; 109(2): 62-71. doi: 10.1097/01.NAJ.0000345392.52704.6d.
103. Ermer-Seltum J. Assessment and management of acute or transient urinary incontinence. In: Doughty BD. *Urinary & fecal incontinence: Current management concepts*. Georgia: Mosby Elsevier. 2006. p.55-75
104. Sultan AH, Monga A, Lee J, Emmanuel A, Norton C, Santoro G, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2017; 28(1): 5-31. doi: 10.1007/s00192-016-3140-3
105. Glazener C, Herbison G, MacArthur C, Lancashire R, McGee M, Grant A, Wilson P. New postnatal urinary incontinence: Obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG*. 2006;113(2):208–17. doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00840.x
106. MacArthur C, Glazener CMA, Don Wilson P, Lancashire RJ, Herbison GP, Grant AM. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: A six-year longitudinal study. *BJOG*. 2006;113:218–24. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00818.x
107. Brown S, Gartland D, Donath S, MacArthur C. Effects of prolonged second stage, method of birth, timing of caesarean section and other obstetric risk factors on

- postnatal urinary incontinence: An Australian nulliparous cohort study. *BJOG*. 2011;118(8): 991–1000. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02928.x
- 108.Leroy LS, Lúcio A, Lopes MHBM. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2): 200-7. doi: 10.1590/S0080-623420160000200004.
- 109.Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Costa F. Assessment of urinary incontinence in pregnancy and postpartum: Observational study. *Acta Med Port*. 2017; 30(7-8): 568-572. doi: 10.20344/amp.7371.
- 110.Wesnes SL, Hannestad Y, Rortveit G. Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: A cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96(10): 1214–22. doi: 10.1111/aogs.13183.
- 111.Rogers RG, Leeman LL. Postpartum genitourinary changes. *Urol Clin N Am*. 2007; 34 (1): 13-21. doi: 10.1016/j.ucl.2006.10.005



## ANEXOS

### Anexo 1 – Instrumento de coleta de dados adaptado do estudo de Mangueira (2014) (periódicos e livros)

#### Parte I – Caracterização do Estudo

Título:

Autores:

País de publicação:

Ano de publicação:

Área: ( ) Enfermagem ( ) ICS ( ) Outra:

Base de dados: ( ) Pubmed ( ) CINAHL ( ) EMBASE ( ) Scopus ( ) BVS ( ) Livro

Temática:

Objetivos:

Método:

Participantes:

Nível de evidência: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) VI ( ) VII

#### Parte 2 – Análise dos elementos que compõem os conceitos

Tipo de elemento do conceito*	Elemento citado no estudo	Presente na NANDA-I		Presente na ICS		Apresenta definição conceitual ou referente empírico para o elemento? Qual?
		sim	não	sim	não	

\*C: consequente; A: antecedente; AE: atributos essenciais

**Anexo 2 – TCLE Juízes da Pesquisa Análise de Conteúdo Diagnóstico****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***Análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados a incontinência urinária*

**Pesquisadores:** Juliana Neves da Costa, Maria Helena Baena de Moraes Lopes,  
Marcos Venícios de Oliveira Lopes

**Número do CAAE:** (72414117.3.0000.5404)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. As duas vias deverão ser assinadas ao seu término e todas as páginas deverão ser rubricadas por você ou seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pelas pessoas por ele delegadas.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

**Justificativa e objetivos:**

Este estudo tem como objetivo analisar o conteúdo dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária da taxonomia da NANDA-I, a saber: Incontinência Urinária por Esforço, Incontinência Urinária por Urgência, Incontinência Urinária Reflexa (cujo título foi modificado para Incontinência Urinária por Hiperatividade Detrusora Neurogênica), Incontinência Urinária Funcional (cujo título foi modificado para Incontinência Urinária Associada a Disabillidade) e dois novos diagnósticos identificados durante a revisão da literatura: Incontinência Urinária Mista e Incontinência Urinária Transitória. Todos os elementos que compõem os diagnósticos como rótulo, definição, características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e populações em risco deverão ser avaliados quanto à sua relevância e representatividade para o referido diagnóstico de enfermagem a fim de padronizar a linguagem utilizada e facilitar a precisão na formulação diagnóstica.

**Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a preencher um questionário, com algumas perguntas em relação ao perfil sócio-demográfico e acadêmico, que farão a caracterização dos juízes e o instrumento de avaliação dos elementos que compõem os diagnósticos de incontinência urinária, com instruções específicas sobre os critérios de avaliação de cada item. O tempo para preenchimento dessas informações será de no máximo 45 minutos em cada uma das etapas do processo de análise.

**Desconfortos e riscos:**

Você **não** deve participar deste estudo caso não seja um especialista na área de incontinência urinária, diagnóstico de enfermagem e/ou na metodologia utilizada neste projeto. Ao participar desta pesquisa, poderá se sentir desconfortável em responder essas questões e caso isso seja percebido e/ou manifestado claramente, a pesquisadora estará preparada para minimizar esse desconforto através do esclarecimento de possíveis dúvidas ou da interrupção da pesquisa.

**Benefícios:**

Terá como benefício indireto a possibilidade de participar da análise do conteúdo de diagnósticos de enfermagem que poderão ser utilizados na avaliação de pessoas com incontinência urinária e em pesquisas no tema, agregando cientificidade à prática e ao cuidados dos indivíduos com incontinência urinária.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e que os dados obtidos durante a pesquisa serão manipulados adequadamente, tomando-se todas as medidas necessárias para manter o sigilo e a privacidade das suas informações médicas, seu nome jamais será divulgado e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Você e/ou seu representante legal também terão livre acesso aos dados da pesquisa se o assim o desejarem. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado, a não ser que a lei exija o contrário. Todos os documentos gerados durante a pesquisa apresentarão apenas as letras iniciais do seu nome, garantindo assim o sigilo em relação às informações fornecidas e a confidencialidade dos dados obtidos com a pesquisa.

Esta autorização não tem data de validade. Ao assinar este documento, você está autorizando o uso e a divulgação das informações obtidas para as finalidades do estudo, futuramente, a qualquer momento. Você poderá retirar a sua autorização a qualquer momento.

Se você retirar sua autorização, a sua participação no estudo será finalizada e a equipe do estudo suspenderá a coleta das suas informações. Além disso, a equipe do estudo irá parar de usar as informações obtidas e interromperá a divulgação das mesmas. No entanto, para preservar a integridade científica do estudo, a equipe do estudo poderá necessitar do uso ou divulgação de informações obtidas antes de você ter retirado sua autorização. Informações sobre este estudo ficarão disponíveis na internet no site da Plataforma Brasil ([www.saude.gov.br/plataformabrasil](http://www.saude.gov.br/plataformabrasil)), que é uma plataforma nacional e contém informações em português. A sua confidencialidade será mantida e o site não irá conter informações pessoais que possam identificá-lo.

#### **Ressarcimento:**

Não haverá prejuízos financeiros para você, portanto, não haverá necessidade de ressarcimento de despesas. A entrevista será realizada por meio de correio eletrônico, sem prejuízos ao seu atendimento, horário de trabalho ou estudo.

#### **Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Juliana Neves da Costa, e-mail: [julianancosta@yahoo.com.br](mailto:julianancosta@yahoo.com.br), telefone: 85 996041835, ou na Faculdade de Enfermagem. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - [SEP]Distrito Barão Geraldo - Campinas - SP - [SEP]Fone: (019) 3521.8820 - E-mail: [cpgfenf@unicamp.br](mailto:cpgfenf@unicamp.br).

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br). O horário de funcionamento é de 8 as 17 horas, de segunda a sexta-feira.

O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

O CEP é o responsável pela avaliação de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem estar do participante da pesquisa. Tem a função de assegurar se todos os procedimentos éticos relacionados a pesquisa em seres humanos foram obedecidos e se o participante da pesquisa está ciente dos possíveis riscos e benefícios decorrentes da sua participação no estudo e se estes foram informados e esclarecidos adequadamente.

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

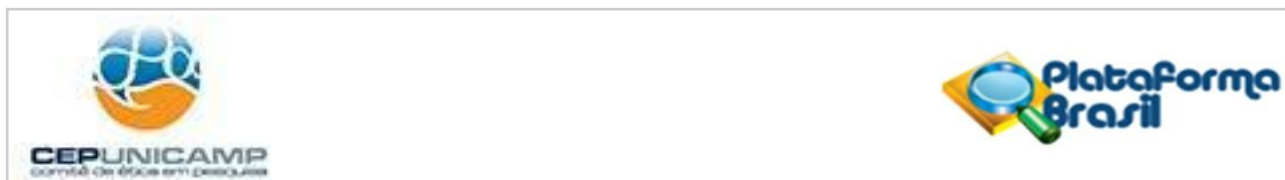
(Assinatura do participante da pesquisa ou nome e assinatura do responsável LEGAL)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

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

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do pesquisador)

**Anexo 3 – Submissão ao CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

**Pesquisador:** Juliana Neves da Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 72414117.3.0000.5404

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.903.352

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma emenda que visa inserir a instituição coparticipante "Associação das Pioneiras Sociais-DF".

**Objetivo da Pesquisa:**

Mantidos em relação ao projeto original.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Mantidos em relação ao projeto original.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Segundo informações do pesquisador responsável contempladas no documento anexado "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1216655\_E1.pdf 06/09/2018 21:20:22 ": "A maior parte da amostra dos Enfermeiros Assistenciais que serão recrutados para o estudo são funcionários da Instituição Coparticipante e esta exige que o Presente Projeto seja submetido para análise e possível aprovação."

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

Na avaliação desta emenda foi analisado o documento anexado "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1216655\_E1.pdf 06/09/2018 21:20:22"

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

Emenda aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.
- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_121665_5_E1.pdf	06/09/2018 21:20:22		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_CEP_12_set_2017.pdf	12/09/2017 11:27:23	Juliana Neves da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_12_set_2017.pdf	12/09/2017 11:26:48	Juliana Neves da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_12_set_2017.pdf	12/09/2017 11:25:04	Juliana Neves da Costa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_12_set_2017.pdf	12/09/2017 11:23:47	Juliana Neves da Costa	Aceito
Outros	AtestadoMatricula2017.pdf	13/06/2017 13:05:02	Juliana Neves da Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CEP.pdf	18/05/2017 10:31:38	Juliana Neves da Costa	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/05/2017 21:42:08	Juliana Neves da Costa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 19 de  
Setembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Renata Maria dos**  
**Santos Celeghini**  
**(Coordenador(a))**



## **ASOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS-DF / REDE SARAH**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Elaborado pela Instituição Coparticipante**

### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
RELACIONADOS A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

**Pesquisador:** Juliana Neves da Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 72414117.3.3001.0022

**Instituição Proponente:** ASSOCIACAO DAS PIONEIRAS SOCIAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.103.968

#### **Apresentação do Projeto:**

A padronização da linguagem utilizada no contexto do cuidado à saúde justifica-se pela necessidade de facilitar a comunicação entre os membros da equipe, facilitar o entendimento dos termos utilizados e a comparação de informações entre as diversas áreas envolvidas. O adequado entendimento dos termos empregados facilitará a identificação mais precisa dos fenômenos e acurácia nos diagnósticos realizados e, em consequência, a identificação de intervenções e resultados mais apropriados. No que se refere à função urinária, há uma crescente busca pela padronização dos termos utilizados, expressa na literatura pela presença de organizações e sociedades nacionais e internacionais que objetivam promover maior entendimento das disfunções do trato urinário e utilizar uma linguagem compreensível a todos os profissionais interessados nesta área de conhecimento. Na Enfermagem, destaca-se a taxonomia de diagnósticos da NANDA-I, que contém nove diagnósticos de enfermagem na classe função urinária, sendo cinco destes de incontinência urinária. Entretanto, observa-se que apesar do crescente número de publicações na área de validação diagnóstica, a maioria dos diagnósticos de incontinência urinária contidos nessa taxonomia, estão desatualizados e apresentam termos pouco claros que dificultam a inferência e a diferenciação entre os diagnósticos dessa classe. Há incongruência entre diversos termos utilizados nessa taxonomia de diagnósticos de enfermagem e linguagens internacionalmente utilizadas e difundidas na área de disfunções do trato urinário inferior, como a padronização proposta pela Sociedade Internacional de Continência. Diante do exposto, observa-se a necessidade reunir e revisar os diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária entre as taxonomias da NANDA-I e da Sociedade Internacional de Continência, a fim de propor mudanças que facilitem a identificação mais acurada desses fenômenos e a

comunicação entre os diferentes membros da equipe multidisciplinar.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos deste estudo são:

Revisar a estrutura conceitual e teórica dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária da NANDA-I, versão 2015-2017

Estabelecer os limites conceituais entre diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária que apresentem similaridades entre seus componentes.

Identificar a estrutura de novos diagnósticos relacionados à incontinência que não estão incluídos na taxonomia da NANDA-I, versão 2018-2020.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos, visto que a intervenção relativa a terceiros é a aplicação de questionário a profissionais da área de enfermagem. Caso os participantes apresentem algum grau de desconforto ao responder as questões, e caso isso seja percebido e/ou manifestado claramente, a pesquisadora estará preparada para minimizar este desconforto através do esclarecimento de possíveis dúvidas ou de interrupção da pesquisa.

Entre os benefícios deste estudo destacam-se (1) a ampliação do conhecimento sobre o conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária e (2) a avaliação da NANDA-I em relação a sua relevância, clareza e precisão.

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

O estudo será realizado em quatro etapas:

- (1) Mapeamento Cruzado das características definidoras e fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária (IU) propostos pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I, 2015-2017) e a terminologia da Sociedade Internacional de Continência (ICS).
- (2) Análise simultânea de conceitos dos diagnósticos de enfermagem de IU da taxonomia da NANDA-I.
- (3) Análise de conteúdo diagnóstico por juízes com expertise na área.
- (4) Desenvolvimento de uma teoria de médio alcance para estabelecimento das inter-relações entre os diagnósticos de enfermagem identificados nas etapas anteriores.

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

Os termos de apresentação obrigatória são suficientes e estão adequados.

### **Recomendações:**

Vide item subsequente.

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

Inserido documentos "ProjetoJulianaNevesp1V2" e "ProjetoJulianaNevesp2V2" com correções e complementações de referências, termos técnicos e descrição detalhada de como será realizada a normalização dos termos na fase do mapeamento cruzado que será realizado de forma manual pelo pesquisador.

**RECOMENDAÇÕES DO CEP - APS**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-APS recomenda aos Pesquisadores:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel);
3. Apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do projeto a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final);
4. Realizar a guarda do material de pesquisa (dados, TCLE, formulário, questionário, entrevistas) por 05 anos após o término da mesma;

**MODELO PARA A ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA****A) DADOS DO PROJETO**

1. CAAE:
2. Pesquisador Responsável:
3. Pesquisadores Assistentes (orientador (a): se houver
4. Título do projeto:

**B) DADOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

1. Total de sujeitos recrutados em cada local e no total:
2. Total de sujeitos incluídos no estudo em cada local e no total:
3. Total de sujeitos retirados/descontinuados em cada local e no total:

4. Principais razões de retirada/descontinuação:

5. Total de sujeitos que concluíram o estudo em cada local e no total:

6. Total de eventos sérios ocorridos em cada local e no total:

7. Condutas adotadas em relação aos eventos adversos graves:

8. Houve pedido de indenização por danos causados por este estudo por algum dos participantes? (Se sim, favor descrever a ocorrência, ressaltando o motivo que a impulsionou e a conduta tomada.)

#### C) RESULTADOS OBTIDOS

(Descreva resumidamente os resultados e os benefícios resultantes da pesquisa. Se necessário, anexar tabelas, quadros, figuras ou gráficos, para melhor entendimento dos resultados obtidos.)

#### D) DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Ocorreu a divulgação dos resultados para a Instituição na qual os dados foram coletados?

( ) Sim. Qual a forma?

( ) Não. Especificar o motivo:

A pesquisa gerou apresentação de trabalhos? Publicações?

( ) Sim. Qual a forma?

( ) Não. Especificar o motivo:

Ocorreu a divulgação dos resultados para a Instituição no qual os dados foram coletados?

#### E) DIFICULDADES ENCONTRADAS

(Relatar as dificuldades encontradas na condução da pesquisa.)

#### F) SUGESTÕES

Apontar sugestões de medidas que poderiam ser adotadas no âmbito da Instituição, com vistas a dinamizar as atividades de pesquisa e as atividades do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Associação das Pioneiras Sociais.

Cidade (Estado) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_.

Assinatura do Pesquisador Responsável

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP - APS de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se a favor da situação "APROVADO" para o projeto de pesquisa proposto.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoJulianaNevesp2V2.pdf	28/12/2018 12:05:10	Mauren Alexandra Sampaio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoJulianaNevesp1V2.pdf	28/12/2018 12:04:40	Mauren Alexandra Sampaio	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TeseJulianaNeves.pdf	02/10/2018 15:01:01	LUIZ GUILHERME NADAL NUNES	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_CEP_12_set_2017.pdf	12/09/2017 11:27:23	Juliana Neves da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_12_set_2017.pdf	12/09/2017 11:26:48	Juliana Neves da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_12_set_2017.pdf	12/09/2017 11:25:04	Juliana Neves da Costa	Aceito
Outros	AtestadoMatricula2017.pdf	13/06/2017 13:05:02	Juliana Neves da Costa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 28 de Dezembro de 2018

**Assinado por:**

**Mauren  
Alexandra  
Sampaio  
(Coordenador(a))**

## Anexo 4 - Permissões dos editores do capítulo e artigo publicados

### Mapeamento Cruzado entre International Continence Society e a NANDA-I: terminologia dos diagnósticos relacionados à eliminação urinária

Geraldo Francisco Huff

19 de agosto de 2019 14:17



RES: PRONANDA - Utilização de capítulo em tese

[Detalhes](#)

Para: Juliana Costa, Cc: Fernanda Rosa Oliveira, Rogerio Ribeiro Duarte

**Prezada Sra. Juliana**

Por tratar-se de produto editorial acadêmico e sem fins comerciais e também por ser derivado dos diagnósticos da NANDA, podemos autorizar a sua solicitação.

A ressalva é a de que você realize os devidos créditos bibliográficos.

Abraço, às ordens e também obrigado pela sua contribuição ao PRONANDA.

**Geraldo Francisco Huff**

Coordenador Geral | Produção Editorial  
(51) 3095-9661 FAX (51) 3025-2555 | (51) 99341-3590  
[www.secad.com.br](http://www.secad.com.br)  
Porto Alegre | RS | Jerônimo de Ornelas, 670 Sala 02



De: Juliana Costa [<mailto:julianancosta@yahoo.com.br>]

Enviada em: sexta-feira, 16 de agosto de 2019 21:15

Para: Fernanda Rosa Oliveira <[foliveira@secad.com.br](mailto:foliveira@secad.com.br)>

Assunto: PRONANDA - Mapeamento cruzado entre ICS e NANDA-I, terminologia dos diagnósticos relacionados a Eliminação Urinária

Boa noite!

Gostaria de solicitar permissão para re utilizar o material incluindo no capítulo abaixo, publicado por sua editora em minha tese de doutorado. Esta tese é exclusivamente para uso acadêmico e não será usada para fins comerciais ou quaisquer outros fins. Eu pretendo fazer uma impressão da minha tese e esta cópia será destinada à biblioteca da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas). Além disso, uma versão eletrônica da tese será disponibilizada no repositório de teses da Universidade.

Desde já, agrade a atenção,

Atenciosamente,

Juliana Neves da Costa

<Mapeamento cruzado entre ICS e NANDA-I\_RevOrgAnamaria-RevMHelena-29\_12\_2016.docx>

### Simultaneous concept analysis of diagnoses related to urinary incontinence.

#### JOHN WILEY AND SONS LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Aug 23, 2019

This Agreement between University of Campinas -- Juliana da Costa ("You") and John Wiley and Sons ("John Wiley and Sons") consists of your license details and the terms and conditions provided by John Wiley and Sons and Copyright Clearance Center.

License Number	4655041274174
License date	Aug 23, 2019
Licensed Content Publisher	John Wiley and Sons
Licensed Content Publication	International Journal of Nursing Terminologies and Classifications
Licensed Content Title	Simultaneous Concept Analysis of Diagnoses Related to Urinary

Incontinence	
Licensed Content Author	Maria Helena Baena de Moraes Lopes, Marcos Venicios Oliveira Lopes, Juliana Neves da Costa Licensed
Content Date	Jul 23, 2019
Licensed Content Volume	0
Licensed Content Issue	0
Licensed Content Pages	15
Type of use	Dissertation/Thesis
Requestor type	Author of this Wiley article
Format	Print and electronic
Portion	Full article
Will you be translating?	No
Title of your thesis/dissertation	Análise dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinaria
Expected completion date	Dec 2019-08-28
Expected size (number of pages)	200
Requestor Location	University of Campinas Tessalia Vieira Camargo Street Campinas, Sao Paulo 13083-970 Brazil
Publisher Tax ID	EU826007151
Total	0.00 USD
Terms and conditions	

## TERMS AND CONDITIONS

This copyrighted material is owned by or exclusively licensed to John Wiley & Sons, Inc. or one of its group companies (each a "Wiley Company") or handled on behalf of a society with which a Wiley Company has exclusive publishing rights in relation to a particular work (collectively "WILEY"). By clicking "accept" in connection with completing this licensing transaction, you agree that the following terms and conditions apply to this transaction (along with the billing and payment terms and conditions established by the Copyright Clearance Center Inc., ("CCC's Billing and Payment terms and conditions"), at the time that you opened your RightsLink account (these are available at any time at <http://myaccount.copyright.com>).

### Terms and Conditions

- The materials you have requested permission to reproduce or reuse (the "Wiley Materials") are protected by copyright.
- You are hereby granted a personal, non-exclusive, non-sub licensable (on a stand- alone basis), non-transferable, worldwide, limited license to reproduce the Wiley Materials for the purpose specified in the licensing process. This license, and any CONTENT (PDF or image file) purchased as part of your order, is for a one-time use only and limited to any maximum distribution number specified in the license. The first instance of republication or reuse granted by this license must be completed within two years of the date of the grant of this license (although copies prepared before the end date may be distributed thereafter). The Wiley Materials shall not be used in any other manner or for any other purpose, beyond what is granted in the license. Permission is granted subject to an appropriate acknowledgement given to the author, title of the material/book/journal and the publisher. You shall also duplicate the copyright notice that appears in the Wiley publication in your use of the Wiley

Material. Permission is also granted on the understanding that nowhere in the text is a previously published source acknowledged for all or part of this Wiley Material. Any third party content is expressly excluded from this permission.

- With respect to the Wiley Materials, all rights are reserved. Except as expressly granted by the terms of the license, no part of the Wiley Materials may be copied, modified, adapted (except for minor reformatting required by the new Publication), translated, reproduced, transferred or distributed, in any form or by any means, and no derivative works may be made based on the Wiley Materials without the prior permission of the respective copyright owner. For STM Signatory Publishers clearing permission under the terms of the [STM Permissions Guidelines](#) only, the terms of the license are extended to include subsequent editions and for editions in other languages, provided such editions are for the work as a whole in situ and does not involve the separate exploitation of the permitted figures or extracts. You may not alter, remove or suppress in any manner any copyright, trademark or other notices displayed by the Wiley Materials. You may not license, rent, sell, loan, lease, pledge, offer as security, transfer or assign the Wiley Materials on a stand-alone basis, or any of the rights granted to you hereunder to any other person.
- The Wiley Materials and all of the intellectual property rights therein shall at all times remain the exclusive property of John Wiley & Sons Inc, the Wiley Companies, or their respective licensors, and your interest therein is only that of having possession of and the right to reproduce the Wiley Materials pursuant to Section 2 herein during the continuance of this Agreement. You agree that you own no right, title or interest in or to the Wiley Materials or any of the intellectual property rights therein. You shall have no rights hereunder other than the license as provided for above in Section 2. No right, license or interest to any trademark, trade name, service mark or other branding ("Marks") of WILEY or its licensors is granted hereunder, and you agree that you shall not assert any such right, license or interest with respect thereto.
- NEITHER WILEY NOR ITS LICENSORS MAKES ANY WARRANTY OR REPRESENTATION OF ANY KIND TO YOU OR ANY THIRD PARTY, EXPRESS, IMPLIED OR STATUTORY, WITH RESPECT TO THE MATERIALS OR THE ACCURACY OF ANY INFORMATION CONTAINED IN THE MATERIALS, INCLUDING, WITHOUT LIMITATION, ANY IMPLIED WARRANTY OF MERCHANTABILITY, ACCURACY, SATISFACTORY QUALITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, USABILITY, INTEGRATION OR NON-INFRINGEMENT AND ALL SUCH WARRANTIES ARE HEREBY EXCLUDED BY WILEY AND ITS LICENSORS AND WAIVED BY YOU.
- WILEY shall have the right to terminate this Agreement immediately upon breach of this Agreement by you.
- You shall indemnify, defend and hold harmless WILEY, its Licensors and their respective directors, officers, agents and employees, from and against any actual or threatened claims, demands, causes of action or proceedings arising from any breach of this Agreement by you.
- IN NO EVENT SHALL WILEY OR ITS LICENSORS BE LIABLE TO YOU OR ANY OTHER PARTY OR ANY OTHER PERSON OR ENTITY FOR ANY SPECIAL, CONSEQUENTIAL, INCIDENTAL, INDIRECT, EXEMPLARY OR PUNITIVE DAMAGES, HOWEVER CAUSED, ARISING OUT OF OR IN CONNECTION WITH THE DOWNLOADING, PROVISIONING, VIEWING OR USE OF THE MATERIALS REGARDLESS OF THE FORM OF ACTION, WHETHER FOR BREACH OF CONTRACT, BREACH OF WARRANTY, TORT, NEGLIGENCE, INFRINGEMENT OR OTHERWISE (INCLUDING, WITHOUT LIMITATION, DAMAGES BASED ON LOSS OF PROFITS, DATA, FILES, USE, BUSINESS OPPORTUNITY OR CLAIMS OF THIRD PARTIES), AND WHETHER OR NOT THE PARTY HAS BEEN ADVISED OF THE



POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. THIS LIMITATION SHALL APPLY NOTWITHSTANDING ANY FAILURE OF ESSENTIAL PURPOSE OF ANY LIMITED REMEDY PROVIDED HEREIN.

- Should any provision of this Agreement be held by a court of competent jurisdiction to be illegal, invalid, or unenforceable, that provision shall be deemed amended to achieve as nearly as possible the same economic effect as the original provision, and the legality, validity and enforceability of the remaining provisions of this Agreement shall not be affected or impaired thereby.
- The failure of either party to enforce any term or condition of this Agreement shall not constitute a waiver of either party's right to enforce each and every term and condition of this Agreement. No breach under this agreement shall be deemed waived or excused by either party unless such waiver or consent is in writing signed by the party granting such waiver or consent. The waiver by or consent of a party to a breach of any provision of this Agreement shall not operate or be construed as a waiver of or consent to any other or subsequent breach by such other party.
- This Agreement may not be assigned (including by operation of law or otherwise) by you without WILEY's prior written consent.
- Any fee required for this permission shall be non-refundable after thirty (30) days from receipt by the CCC.
- These terms and conditions together with CCC's Billing and Payment terms and conditions (which are incorporated herein) form the entire agreement between you and WILEY concerning this licensing transaction and (in the absence of fraud) supersedes all prior agreements and representations of the parties, oral or written. This Agreement may not be amended except in writing signed by both parties. This Agreement shall be binding upon and inure to the benefit of the parties' successors, legal representatives, and authorized assigns.
- In the event of any conflict between your obligations established by these terms and conditions and those established by CCC's Billing and Payment terms and conditions, these terms and conditions shall prevail.
- WILEY expressly reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.
- This Agreement will be void if the Type of Use, Format, Circulation, or Requestor Type was misrepresented during the licensing process.
- This Agreement shall be governed by and construed in accordance with the laws of the State of New York, USA, without regards to such state's conflict of law rules. Any legal action, suit or proceeding arising out of or relating to these Terms and Conditions or the breach thereof shall be instituted in a court of competent jurisdiction in New York County in the State of New York in the United States of America and each party hereby consents and submits to the personal jurisdiction of such court, waives any objection to venue in such court and consents to service of process by registered or certified mail, return receipt requested, at the last known address of such party.

## **WILEY OPEN ACCESS TERMS AND CONDITIONS**

Wiley Publishes Open Access Articles in fully Open Access Journals and in Subscription journals offering Online Open. Although most of the fully Open Access journals publish open access articles under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) License only, the subscription journals and a few of the Open Access Journals offer a choice of Creative Commons Licenses. The license type is clearly identified on the article.

**The Creative Commons Attribution License**

The [Creative Commons Attribution License \(CC-BY\)](#) allows users to copy, distribute and transmit an article, adapt the article and make commercial use of the article. The CC-BY license permits commercial and non-

**Creative Commons Attribution Non-Commercial License**

The [Creative Commons Attribution Non-Commercial \(CC-BY-NC\)License](#) permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.(see below).

**Creative Commons Attribution-Non-Commercial-NoDerivs License**

The [Creative Commons Attribution Non-Commercial-NoDerivs License](#) (CC-BY-NC-ND) permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, is not used for commercial purposes and no modifications or adaptations are made. (see below)

**Use by commercial "for-profit" organizations**

Use of Wiley Open Access articles for commercial, promotional, or marketing purposes requires further explicit permission from Wiley and will be subject to a fee.

Further details can be found on Wiley Online Library <http://olabout.wiley.com/WileyCDA/Section/id-410895.html>

Other Terms and Conditions:

v1.10 Last updated September 2015

Questions? [customercare@copyright.com](mailto:customercare@copyright.com) or +1-855-239-3415 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.

---

**Anexo 5 – Declaração de Direitos Autorais**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

**DECLARAÇÃO**

As cópias de artigos de minha autoria ou de minha co-autoria, já publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas ou anais de congressos sujeitos a arbitragem, que constam da minha Dissertação/Tese de Mestrado/Doutorado, intitulada "Análise de Conteúdo dos Diagnósticos de Enfermagem relacionados à incontinência Urinária", não infringem os dispositivos da Lei nº9. 610/98, nem o direito autoral de qualquer editora.

Campinas, 06/01/2020

Juliana Neves da Costa

Autor (a) Juliana Neves da Costa  
RG nº. 275643093

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Orientador (a) Maria Helena Baena de Moraes Lopes  
RG nº. 10715286-1



Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP – Caixa Postal: 6.111  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Campinas/SP - CEP: 13.083-970  
Fone: (19) 3521-8861 - E-MAIL: cpg@fcm.unicamp.br

Scanned with  
CamScanner