

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Janaina Ornelas Thomazini**

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: ANÁLISE DE CONCEITO**

**SÃO CARLOS  
2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Janaina Ornelas Thomazini**

## **INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: ANÁLISE DE CONCEITO**

**Dissertação para obtenção do título de Mestre em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).**

**Área de Concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem.**

**Inserida na linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Anamaria Alves Napoleão**

**SÃO CARLOS – SP  
2011**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

T465iu

Thomazini, Janaina Ornelas.

Incontinência urinária de esforço : análise de conceito /  
Janaina Ornelas Thomazini. -- São Carlos : UFSCar, 2011.  
90 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São  
Carlos, 2011.

1. Diagnóstico de enfermagem - classificação. 2.  
Incontinência urinária. 3. Análise de conceito. I. Título.

CDD: 610.73 (20<sup>a</sup>)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: JANAINA ORNELAS THOMAZINI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 16/02/11  
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão  
(orientadora)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Emilia Campos de Carvalho  
(EERP/USP)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Priscilla Hortense  
(DEnf/UFSCar)

\_\_\_\_\_  
Presidente da Coordenação de Pós-Graduação  
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

## **DEDICATÓRIA**

*Aos pacientes que vivenciam este problema e aos enfermeiros que dedicam seu tempo para uma assistência de qualidade.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À **Jesus Cristo** presente em minha vida todos os dias, iluminando meus caminhos e dando forças para superar os obstáculos.*

*À **Profª. Drª. Anamaria Alves Napoleão**, orientadora, por sua disponibilidade, dedicação, inspiração e pelo exemplo de competência e ética.*

*À minha filha **Lorena**, que apesar de não entender meu compromisso com a pesquisa, foi muito compreensiva com minha ausência quando eu não voltava para casa ou mesmo quando eu estava em casa e continuava ausente como mãe.*

*Ao meu querido companheiro **Evandro**, pela paciência e compreensão. Ele foi responsável para que nossa filha não sofresse ainda mais a minha ausência.*

*À minha **família** pelo apoio e orações.*

*Aos meus **pais** pelos ensinamentos sobre a fé e a religião, por representarem o alicerce que sustenta a nossa família e por muitas vezes assumirem minha filha e meus compromissos diários.*

*À minha **irmã Sabrina**, pela disponibilidade e dedicação como madrinha.*

*A todos os **amigos (as)**, em especial, as que me substituíram nestes dois anos.*

*A todos que colaboraram para a realização deste trabalho de alguma maneira.*

*“Se você conta com alguém que tem menos qualidades que você, isso levará à sua degeneração. Se você conta com alguém com qualidades iguais às suas, você permanece onde está. Somente quando conta com alguém cujas qualidades são superiores às suas é que você atinge uma condição sublime”.*  
*(Dalai Lama)*

## **RESUMO**

THOMAZINI, J.O. **Incontinência Urinária de esforço: análise de conceito**. 2011. 90 f. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos - SP, 2011.

A Incontinência Urinária (IU) é considerada um problema mundial e afeta homens e mulheres. Dos tipos existentes, destaca-se a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) por sua expressiva prevalência. A IUE é apresentada como um diagnóstico de enfermagem (DE) na classificação da *North American Nursing Diagnosis Association – International* (NANDA-I), o que reforça a importância de desenvolvimento de estudos nessa temática por enfermeiros. O texto que resultou da pesquisa realizada teve como objetivos gerais: realizar análise do conceito de incontinência urinária de esforço e comparar o resultado da análise de conceito com o DE “Incontinência urinária de esforço” apresentado na taxonomia II da NANDA-I. A análise de conceito foi realizada com base em Walker e Avant (2005). Uma revisão de literatura foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS. Foram identificados 810 estudos. Desses, 34 fizeram parte da amostra, por incluírem todos os elementos necessários à análise de conceito. Para a identificação dos usos do conceito, foram consultados livros-texto de urologia e materiais obtidos por meio de consulta a *websites* de associações de profissionais. A análise de conceito possibilitou identificar que o conceito IUE é usado principalmente na área da saúde. A comparação com o DE IUE da NANDA-I levou a sugerir que sejam realizados outros estudos que possibilitem a alteração na definição para: “Perda involuntária de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal sem que haja contração do detrusor”. Adequações sugeridas nas características definidoras já existentes foram feitas, com inclusão de: perda involuntária relatada de urina durante relação sexual (climactúria e/ou durante a penetração); perda involuntária observada e/ou relatada de urina durante a gestação; perda de urina durante o teste de esforço (Manobra de Valsalva, Teste da Tosse e Teste de Esforço na posição supina); alterações específicas no teste urodinâmico (como menor pressão de fechamento uretral máxima; menor pressão de perda ao esforço). Em relação aos fatores relacionados, sugere-se “enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico”, substituição do termo “enfraquecimento” por “disfunção” e inclusão de: disfunção do músculo levantador do ânus; disfunção do nervo pudendo; e hipermobilidade do colo

vesical e/ou hiper mobilidade uretral. As consequências estão situadas também nos âmbitos social e psicológico e convergem em prejuízo na qualidade de vida. As referências empíricas, ou possíveis métodos para se confirmar o diagnóstico de IUE, principalmente, são: história, exame físico detalhado e os testes urodinâmicos para a identificação da causa exata. O estudo que resultou neste texto aponta para a possibilidade de contribuições para o diagnóstico “Incontinência urinária de esforço” da NANDA-I e oferece subsídios aos enfermeiros para um melhor entendimento desse problema, o que pode contribuir para uma atuação mais efetiva no planejamento do cuidado aos pacientes que o apresentam.

**Descritores:** Incontinência urinária de esforço. Diagnóstico de enfermagem. Análise de conceito.



## ***ABSTRACT***

THOMAZINI, J.O. **Stress urinary incontinence: concept analysis**. 2011. 90 f. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos - SP, 2011.

Urinary Incontinence (UI) is considered to be a global problem that affects both men and women. Among the existing types of the condition, the Stress Urinary Incontinence (SUI) is more evident, given its expressive prevalence. The SUI is categorized as a nursing diagnosis (ND) according to the North American Nursing Diagnosis Association – International (NANDA-I), a situation that highlights the importance of study development in this area by nurses. The general objectives of this paperwork are: to perform a concept analysis of the stress urinary incontinence, and to compare the concept analysis results to the nursing diagnosis “Stress urinary incontinence” presented at NANDA-I taxonomy II. The concept analysis was preformed based on Walker and Avant (2005). A literature review was performed on the PubMed, CINAHL and LILACS databases. 810 studies were identified, among which 34 studies that included all the necessary elements for the concept analysis were chosen to comprise the sample. In order to identify the concept uses, textbooks on urology and materials obtained through websites of professional associations were consulted. The concept analysis allowed us to point out that the SUI concept is used mainly in the health services area. The comparison to NANDA-I’s SUI nursing diagnosis led to the suggestion that other studies ought to be carried out in order for the definition to be changed to: “Involuntary leakage of urine during activities that increase intra-abdominal pressure, without detrusor contraction” Suggested adaptations have been made to the existing defining characteristics, with the inclusion of: reported involuntary urine leakage during sexual intercourse (climacturia and/or during penetration); observed or reported involuntary urine leakage during pregnancy; urine leakage during stress test (Valsalva Maneuver, Cough Test and Stress Test at supine position); specific alterations at the urodynamic test (such as lower maximum urethral closing pressure; lower leakage pressure upon stress). Regarding the related factors, we suggest that the term “weakening” be replaced with

“dysfunction” on the related factor “weakening of the pelvic floor muscle”. Also among the related factors, we suggest the inclusion of: levator ani muscle dysfunction; pudendal nerve dysfunction; and bladder neck hypermobility and/or urethral hypermobility. The consequences also reflect upon the social and psychological aspects of an individual, resulting in life quality impairment. Empirical references or possible methods for SUI diagnosis confirmation are mainly: history, detailed physical examination and urodynamic tests to identify the exact cause. This study indicates the possibility of contributions to NANDA-I “Stress urinary incontinence” diagnosis, and provides nurses with support for a better understanding of the matter, which may contribute to a more effective approach of the care planning aimed at patients that present this condition.

**Descriptors:** Stress urinary incontinence. Nursing diagnosis. Concept analysis

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b>	Descrição dos artigos selecionados para a análise de conceito de IUE com os respectivos códigos atribuídos. São Carlos. 2010.....	35
<b>Quadro 2</b>	Atributos definidores identificados na análise do conceito de incontinência urinária de esforço. São Carlos. 2010.....	42
<b>Quadro 3</b>	Antecedentes de incontinência urinária de esforço para clientes do sexo masculino e feminino identificados na literatura. São Carlos. 2010.....	47
<b>Quadro 4</b>	Consequências de incontinência urinária de esforço identificadas na literatura. São Carlos. 2010.....	57
<b>Quadro 5</b>	Métodos de mensuração da incontinência urinária de esforço identificados na literatura. São Carlos. 2010.....	61

## ***LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS***

AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
BCCRP-USP	Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
BCo-UFSCar	Biblioteca Comunitária da Universidade Federal de São Carlos
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COMUT	Serviço de Comutação Bibliográfica
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ICS	International Continence Society
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
LILACS	Latin American and Caribbean Health Science Literature Database
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings

NAFC	National Association For Continence
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association - International
PubMed	National Library of Medicine do National Institutes of Health
PE	Processo de Enfermagem
SUNA	Society of Urologic Nurses and Associates

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVO DO ESTUDO</b> .....	<b>20</b>
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
<b>3 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>22</b>
3.1 Análise de conceito.....	23
3.1.1 Seleção do conceito.....	25
3.1.2 Objetivo da análise.....	25
3.1.3 Identificação do uso do conceito.....	26
3.1.4 Determinação dos atributos definidores.....	27
3.1.5 Identificação do caso modelo.....	28
3.1.6 Identificação de casos adicionais.....	29
3.1.7 Identificação de antecedentes e conseqüências.....	32
3.1.8 Definição de referenciais empíricos.....	32
3.2 Revisão de literatura.....	33
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>39</b>
4.1 Análise de conceito.....	40
4.1.1 Identificação do uso do conceito incontinência urinária de esforço.....	40
4.1.2 Determinação dos atributos definidores da incontinência urinária de esforço.....	41
4.1.3 Caso modelo e casos adicionais (relacionado e contrário).....	43
4.1.4 Identificação de antecedentes e conseqüências.....	46
4.1.4.1 Antecedentes.....	46
4.1.4.2 Conseqüências.....	57
4.1.5 Referenciais empíricas.....	60
4.2 Comparação dos dados da análise de conceito com os elementos do diagnóstico de enfermagem “Incontinência urinária de esforço” da NANDA-I (2010).....	65
4.2.1 Enunciado Diagnóstico.....	65
4.2.2 Definição.....	67
4.2.3 Fatores relacionados.....	71
4.2.4 Características definidoras.....	73
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>79</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>89</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

---

A Incontinência Urinária (IU) é definida como a perda involuntária ou descontrolada de qualquer quantidade de urina (Society of Urologic Nurses and Associates, 2010). De acordo com a *International Continence Society-ICS* (2010) e Abrams *et al.* (2002), a incontinência urinária é a perda involuntária de urina considerada como um problema social ou higiênico.

A IU é considerada um problema mundial (MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003). Nos Estados Unidos da América, estima-se que treze milhões de adultos sofrem de IU, entre os quais, onze milhões são mulheres (AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, 1996).

No Brasil, o tema IU tem sido pouco explorado e os estudos sobre dados de prevalência e incidência da IU na literatura nacional são escassos. A maioria das publicações referentes a esse tema é focada na área médica e se relaciona aos métodos diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos, restringindo-se a grupos populacionais específicos (GUARISI *et al.*, 2001; SILVA; SANTOS, 2005).

A IU não é uma doença fatal, mas os sintomas podem influenciar seriamente o desenvolvimento físico, psicológico e social dos indivíduos (ANDERS, 2006; BENTZON; GRAUGAARD-JENSEN; BORRE, 2009; LOPES; HIGA, 2006; MILSOM *et al.*, 2010). Vários autores chamam a atenção sobre as repercussões severas causadas pelos sintomas da IU e o impacto negativo que ocorre na qualidade de vida das pessoas que vivenciam esse problema (ANDERS, 2006; BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007; BENTZON; GRAUGAARD-JENSEN; BORRE, 2009; COLLADO *et al.*, 2009; HERBRUCK, 2008; JIANG *et al.*, 2004; McCALLUM; MOORE; GRIFFITHS, 2001; NYGAARD; HEIT, 2004; RICHTER *et al.*, 2005; TWISS; FLEISCHMANN; NITTI, 2005).

Além disso, os custos dos cuidados com a saúde devido à IU são substanciais e crescentes. A condição impõe um encargo financeiro significativo sobre os pacientes, famílias e organizações de saúde (MILSOM *et al.*, 2010; MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003). A IU é considerada um problema de saúde pública e a assistência à clientela que apresenta esse problema deve ser instituída o mais precoce possível no nível primário de atenção à saúde, por meio de abordagem educacional e intervencionista que valorize a promoção da saúde (RIOS; SILVA, 2010; TAMANINI *et al.*, 2006).

O interesse pela prevenção e promoção da saúde de doenças urológicas como a incontinência urinária vem crescendo nos últimos anos. A



expectativa do Ministério da Saúde, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Urologia, é ampliar em 20% ao ano o número de consultas, visando a melhorar a assistência urológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). A IU não pode ser considerada um problema isolado pelo fato dos sintomas a ela associados terem base fisiopatológica multifatorial (ANDERS, 2006; MILSOM *et al.*, 2010; RIOS; SILVA, 2010; TAMANINI *et al.*, 2006).

Os sintomas da IU são comuns e afetam tanto o sexo masculino como o feminino. Entretanto, a prevalência é menor nos homens, comparada com as mulheres (MILSOM *et al.*, 2010).

Nas mulheres, vários fatores influenciam os índices de prevalência da IU, os quais podem variar de acordo com o tipo de incontinência estudada, a característica da população e a frequência da perda urinária (LOPES; HIGA, 2006). Está comprovado que nas mulheres a IU pode afetar todas as idades, todavia o risco é maior nas mulheres idosas (MILSOM *et al.*, 2010; MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003; SILVA; SANTOS, 2005; SWANSON *et al.*, 2005; TAMANINI *et al.*, 2006; WAETJEN *et al.*, 2009). Nos homens, a epidemiologia da IU não foi tão investigada como nas mulheres. Entretanto, os avanços existentes sobre esse assunto são baseados em estudos populacionais específicos de como os homens foram submetidos à prostatectomia (HERSCHORN *et al.*, 2010; MILSOM *et al.*, 2010).

A IU pode ter inúmeras causas, que podem ser classificadas em vários tipos (ABRAMS *et al.*, 2002; ASSAD, 2000; PRESTI, 2007). Dentre eles, destaca-se a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), definida como a perda involuntária de urina devido ao aumento da pressão intra-abdominal ao espirrar, rir, levantar-se, mudar de posição ou praticar exercícios e/ou quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima, com ausência de contração do detrusor. (ASSAD, 2000; BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007; DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997; PRESTI, 2007; SOBANSKI *et al.*, 2004; SOCIETY OF UROLOGIC NURSES AND ASSOCIATES (SUNA), 2010).

Nas mulheres, as estimativas da IUE variam, dependendo da população estudada, mas, na maioria dos estudos, os autores afirmam que é o sintoma mais comum entre os tipos de IU na saúde feminina (ELIASSON *et al.*, 2004; NEWMAN, 2003; NYGAARD; HEIT, 2004). Embora o homem também desenvolva IUE, sua condição ocorre com menos frequência do que na mulher e

pode ter causas diferentes (ASSAD, 2000; BENTZON; GRAUGAARD-JENSEN; BORRE, 2009; DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997).

Os fatores de risco na mulher são múltiplos, destacando a idade (resultado do processo de envelhecimento), gravidez, paridade, parto vaginal, perimenopausa, obesidade, raça, tabagismo e exercícios físicos de alto impacto, entre outros (ELIASSON *et al.*, 2004; GIRÃO *et al.*, 2002; JIANG *et al.*, 2004; NEWMAN, 2003; NYGAARD; HEIT, 2004).

No homem, a IUE é raramente encontrada; a maior incidência é vista após prostatectomia com ênfase na prostatectomia radical. Embora não haja consenso sobre a etiologia da incontinência urinária pós-prostatectomia, encontramos a deficiência esfinteriana intrínseca e a lesão dos feixes neurovasculares cavernosos, como causa predominante desse tipo de incontinência (ASSAD, 2000; BENTZON; GRAUGAARD-JENSEN; BORRE, 2009; DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997; PALMER *et al.*, 2003; SROUGI, 1999).

Os indivíduos que apresentam IU requerem uma abordagem multidisciplinar especializada por meio da qual receberão intervenções combinadas para atender as necessidades físicas, psicológicas e sociais (ANDERS, 2006; ERCOLANO, 2008; DOYLE-LINDRUD, 2007; MILNE; SPIERS; MOORE, 2008; SILVA; SANTOS, 2005).

Os enfermeiros são integrantes essenciais na prevenção e tratamento da IU e desempenham um papel importante na elaboração do plano assistencial e educacional, juntamente com os pacientes que vivenciam esse problema e seus familiares (ANDERS, 2006; HERBRUK, 2008; LOPES; HIGA, 2006). Para que haja consistência nas intervenções de enfermagem na prática clínica é primordial que os enfermeiros tenham conhecimento sobre o assunto, pois assim podem lançar mão de estratégias para facilitar e melhorar a assistência às pessoas com IUE, além de proporcionar cuidados individualizados e com qualidade (ANDERS, 2006; CUNNINGHAM, 2006; HERBRUK, 2008; KO; SAWATZKY, 2008).

Assim como em outras áreas, os enfermeiros que prestam cuidados aos pacientes da urologia devem estar aptos a realizar uma avaliação adequada dos pacientes, elaborar os diagnósticos de enfermagem pertinentes, planejar e implementar a assistência e avaliar os resultados obtidos (NAPOLEÃO; BARCELLOS; KAWAI, 2008). Assim, considera-se de suma importância que o

enfermeiro utilize o Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico previsto na legislação profissional de enfermagem brasileira (COFEN, 2009).

O PE possibilita ao enfermeiro determinar os aspectos das respostas aos problemas de saúde ou processos vitais que necessitam de intervenções; auxilia na tomada de decisões; enfatiza a resolução dos problemas por prioridades e na avaliação dos resultados (GARCIA; NÓBREGA, 2005; PAUL; REEVES, 2000). A operacionalização do PE se dá em cinco etapas sequenciais e inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2005; GAIDZINSKI, 2008).

Uma maior ênfase é dada à segunda etapa, diagnóstico de enfermagem (DE), que constitui a base para a seleção das intervenções e alcance dos resultados junto aos pacientes. Os DE representam a realidade clínica e são úteis a todos os profissionais de enfermagem em seus diferentes contextos. Por ser um julgamento clínico aos problemas de saúde reais e/ou potenciais, devem ser sempre estudados e revisados (HELLAND, 1995; NANDA, 2008); eles constituem uma etapa complexa do PE. Desde sua criação, pesquisas frequentes são realizadas para o desenvolvimento dessa etapa. Assim, os pesquisadores estão sempre ampliando o conhecimento das metodologias de validação de diagnóstico para garantir pesquisas de qualidade (CARVALHO *et al.*, 2008; CHAVES *et al.*, 2008).

A *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I), ao longo dos anos, vem trabalhando na padronização da linguagem de DE. Atualmente a Taxonomia II dos DE da NANDA-I é um dos sistemas de classificação mais conhecidos internacionalmente; apresenta uma estrutura multiaxial com classificação objetiva e ampla dos DE. Dessa forma, consegue reduzir erros de classificação e apresenta flexibilidade na inclusão e alteração dos mesmos (GAIDZINSKI, 2008; HARDIKER *et al.*, 2006; NANDA-I, 2008).

Na classificação da NANDA-I, o DE “Incontinência urinária de esforço” foi proposto em 1986, revisado em 2006 e se encontra no domínio três, “Eliminação e Troca”, e na classe um, “Função Urinária” (NANDA-I, 2010). É definido como “perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal”. Os fatores relacionados são: “alta pressão intra-abdominal; deficiência intrínseca do esfíncter uretral; enfraquecimento da musculatura pélvica e mudanças degenerativas da musculatura pélvica”. As características definidoras são: “perda involuntária e

observada de pequenas quantidades de urina ao espirrar, rir, tossir, durante esforço, na ausência de contração do detrusor, na ausência de distensão excessiva da bexiga e sob esforço” (NANDA-I, 2010).

Compete aos enfermeiros explorarem cientificamente os DE no sentido de analisá-los, validá-los e testá-los quanto a sua aplicabilidade na prática clínica a grupos específicos (NAPOLEÃO, 2005).

Autores chamam a atenção para a necessidade de pesquisas referentes à validação dos DE, considerando a realidade de cada país e usando uma metodologia científica que resulte em dados confiáveis que permitam aperfeiçoá-los para sua aplicação nos diferentes contextos. Ressaltam ainda que os DE precisam ser estudados com precisão e baseados em evidências (GARCIA, 1998; LUNNEY, 2008; MELO, 2004; POMPEO, 2007).

Diante do exposto, a relevância do presente estudo está na busca de evidências em relação ao DE “Incontinência urinária de esforço”, com vistas ao alcance de melhorias em relação ao cuidado da enfermagem por meio da precisão na elaboração desse diagnóstico que deve representar a realidade clínica do indivíduo com IUE.

Propõe-se, então, realizar um estudo sobre a IUE, atendendo a primeira etapa do modelo de validação proposta por Hoskins (1989), a análise de conceito, e assim, contribuir para o desenvolvimento da classificação dos DE da NANDA-I.

## ***2 OBJETIVO DO ESTUDO***

---

## **2.1 Objetivo geral**

Realizar análise do conceito incontinência urinária de esforço de acordo com o modelo de Walker e Avant (2005) e comparar o resultado da análise de conceito com o diagnóstico de enfermagem “Incontinência urinária de esforço” apresentado na taxonomia II da NANDA-I.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Realizar revisão de literatura sobre incontinência urinária de esforço em bases científicas de dados.
- Identificar os atributos, os antecedentes, as consequências e as referências empíricas da IUE.
- Verificar a pertinência do enunciado diagnóstico e da definição apresentada na NANDA-I (2010) para IUE.
- Comparar os atributos da incontinência urinária de esforço identificados na literatura com as características definidoras do DE Incontinência urinária de esforço da NANDA-I (2010).
- Comparar os antecedentes da IUE identificados na literatura com os fatores relacionados do DE Incontinência urinária de esforço da NANDA-I (2010).

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

---

### **3.1 Análise de conceito**

Desde a criação da linguagem de diagnósticos de enfermagem foi identificada a necessidade de realização de estudos de validação. Um diagnóstico de enfermagem é válido quando é bem fundamentado em evidências e capaz de “resistir” à crítica dos enfermeiros (FEHRING, 1987).

Para garantir qualidade nas pesquisas de validação de diagnóstico, os pesquisadores devem buscar estratégias estruturadas para delinear a metodologia e, assim, permitir amostras ampliadas para formulação dos fenômenos dos diagnósticos em estudos, e em seguida, analisar o conceito (CARVALHO *et al.*, 2008).

Entre os estudos necessários para o desenvolvimento da taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, Lunney (2008) cita a análise de conceito. Esse método é apresentado por Hoskins (1989, 1997) como a primeira etapa de validação de um diagnóstico de enfermagem. Essa autora afirma que a análise de conceito determina os atributos definidores de um conceito e remete a estudos realizados por Walker e Avant (2005) como referência.

Segundo Walker e Avant (2005), análise de conceito é basicamente um exame cauteloso e a descrição de uma palavra ou termo e seus usos, associada a uma explicação de outras palavras ou termos relacionados.

A palavra conceito expressa ocorrências da realidade. Assim, as palavras utilizadas para designar um conceito devem significar ideias semelhantes para diferentes pessoas (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

O conceito de uma palavra está relacionado à compreensão que temos dela e ao uso que faremos da mesma. O conceito e o significado da palavra são paralelos ou estão na mesma área lógica. Analisar conceito é apresentar usos diversos da palavra em diferentes contextos da vida real. Porém, devem-se apresentar situações reais, repetidas, imaginárias para refletir sobre o uso da palavra, assim, obtendo clareza na formação do conceito (WILSON, 2005).

As etapas descritas por Walker e Avant (2005) são modificações das técnicas de análise de conceito propostas por Wilson em sua obra publicada em 1963. Wilson (2005) afirma que o significado de uma palavra são os elementos importantes que aparecem nos variados usos dela, tornando-a compreensiva. Esse autor sugere técnicas de análise de conceito para agrupar as características encontradas e usa certas palavras para descrever tais grupos, considerando a



experiência do pesquisador, assim, reduzindo as limitações do conceito (WILSON, 2005).

Para Walker e Avant (2005), o objetivo da análise de conceito é investigar a estrutura e o uso do conceito. Trata-se de um processo no qual os elementos básicos do conceito são examinados, distinguindo a semelhança e a diferença entre outros determinados conceitos. Dessa forma, os autores mencionam conceito como contendo as características definidoras que permitem decidir quais fenômenos estão compatíveis ou não com ele, isto é, representam categorias de informações que contêm atributos definidores.

A análise de conceito resulta em uma definição operacional precisa e reflete em uma base teórica adequada. Assim, produz para o pesquisador um entendimento dos atributos fundamentais, define claramente o problema e permite a construção de hipóteses que refletem com precisão as relações entre o conceito. Uma análise de conceito, necessariamente, deve ser uma análise descritiva da palavra e da sua utilização (WALKER; AVANT, 2005)

Estudos na enfermagem como os de Aita; Snider, (2003); Allvin et al., (2006) e Green; Polk (2009), utilizaram o modelo análise de conceito proposto por Walker e Avant (2005) e obtiveram resultados satisfatórios.

A análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005) foi o método de escolha para o desenvolvimento do presente estudo. De acordo com essas autoras, oito etapas que se interagem devem ser percorridas. As oito etapas proposta por Walker e Avant (2005, p. 65) são:

1-selecionar um conceito. 2-determinar os objetivos da análise. 3-identificar todos os usos do conceito que você puder descobrir. 4-determinar os atributos definidores. 5-identificar um caso modelo. 6-identificar casos adicionais como caso borderline, caso contrário, caso relacionado, caso inventado e caso ilegítimo. 7-identificar antecedentes e consequências. 8-definir referências empíricas do conceito estudado (WALKER; AVANT, 2005).

Para uma melhor apresentação desse referencial, as etapas serão descritas separadamente, a seguir.

### **3.1.1 Seleção do conceito**

A seleção do conceito deve ser cuidadosa; ele deve estar relacionado com o seu trabalho e com a sua necessidade. Geralmente, deve refletir um tópico de grande interesse para o pesquisador e ser importante no programa de pesquisa para o desenvolvimento teórico futuro na sua área. Conceitos inexplorados ou incompletos podem ser identificados na prática de enfermagem, em pesquisas ou em teorias já existentes em que os conceitos não estão tão claros e sua análise pode ser útil para a expansão do pensamento (WALKER; AVANT, 2005).

O conceito escolhido para análise no presente estudo foi o de “Incontinência Urinária de Esforço”, fenômeno que atinge pessoas do sexo masculino e feminino em diferentes faixas etárias e que pode resultar em alteração negativa na qualidade de vida.

Essa escolha se fundamenta na relevância do conhecimento desse problema para a enfermagem, considerando seus diferentes contextos de atuação e na crença da necessidade de uma maior abrangência do conhecimento relativo ao mesmo, com vistas a assegurar uma assistência de qualidade aos clientes que vivenciam essa experiência.

Ademais, esse fenômeno é apresentado como um diagnóstico de enfermagem da NANDA-I, e sua revisão, cremos, contribuirá para os estudos futuros de validação desse diagnóstico e para uma melhor fundamentação na sua escolha por parte dos enfermeiros.

### **3.1.2 Objetivo da análise**

A segunda etapa é determinar o propósito da análise e possibilitar responder a seguinte questão: “Por que estou fazendo esta análise?”<sup>1</sup> O propósito pode ser esclarecer o significado de um conceito existente para desenvolver uma

---

<sup>1</sup> A expressão “Por que estou fazendo esta análise?” foi utilizada por WALKER; L. O.; AVANT, K. C. *Strategies for theory construction in nursing*. 4. ed. United States of América: Pearson Prentice Hall, 2005. p 66.

definição ou para adicionar ao conceito já existente. O propósito sempre deve ser mantido claro na mente do pesquisador enquanto ele trabalha na determinação dos atributos definidores (WALKER; AVANT, 2005).

No momento da procura dos atributos definidores, é útil relembrar o propósito da análise para que a seleção seja sempre relacionada ao uso específico do conceito escolhido pelo pesquisador (WALKER; AVANT, 2005). O objetivo da análise pode estar relacionado em distinguir o uso da linguagem do conceito (linguagem comum ou científica), esclarecer um significado do conceito, desenvolver uma definição operacional ou rever uma teoria existente (WALKER; AVANT, 2005).

O objetivo da análise de conceito é identificar se o diagnóstico de enfermagem “Incontinência Urinária de Esforço”, conforme apresentado na NANDA-I, é capaz de contemplar os diferentes fatores que podem levar à IUE, assim como suas manifestações clínicas nos diferentes grupos de indivíduos vulneráveis a esse problema clínico.

### ***3.1.3 Identificação do uso do conceito***

Por meio de consulta a dicionários, enciclopédias, colegas e literatura disponível, deve-se identificar todos os usos possíveis do conceito. Nesse estágio inicial, é importante não se limitar a somente um aspecto do conceito e consultar outras fontes da literatura que não somente na área da saúde em revistas médicas e de enfermagem, uma vez que isso pode resultar em viés no entendimento da real natureza do conceito (WALKER; AVANT, 2005).

Ignorar aspectos biológicos de um conceito e focar apenas os psicossociais pode, por exemplo, privar o pesquisador de obter informações valiosas (WALKER; AVANT, 2005).

Essa revisão de literatura ajudará o pesquisador a sustentar ou validar sua escolha final dos atributos definidores (WALKER; AVANT, 2005).

Uma vez identificados todos os usos do conceito, tanto comuns quanto científicos, deve-se decidir se serão considerados todos os aspectos de seu uso ou somente aqueles pertinentes ao seu uso científico. Os objetivos da análise auxiliam a guiar o pesquisador em relação a essa decisão (WALKER; AVANT, 2005).

No presente estudo, para o desenvolvimento dessa etapa da análise de conceito, levou-se em conta que um importante fator que influenciou a escolha pelo estudo do conceito de incontinência urinária de esforço foi o fato de se tratar de um diagnóstico de enfermagem presente na taxonomia da NANDA-I. Ademais, julgou-se ainda que a incontinência urinária de esforço deriva de um conceito que já existe, qual seja, o conceito “incontinência urinária”, e que o termo “esforço” se refere a um julgamento sobre um tipo de incontinência urinária possível de se identificar.

Sendo assim, as buscas em relação aos usos desse conceito, além das bases científicas de dados utilizadas na busca para a identificação dos atributos definidores e demais elementos dessa análise de conceito, foram utilizados o DeCS da Biblioteca Virtual em Saúde, livros texto de urologia e materiais obtidos por meio de consulta a *websites* de associações de profissionais (médicos, enfermeiros e associações multidisciplinares) que se dedicam ao estudo da temática, como a *International Continence Society* (ISC), no endereço eletrônico <http://www.icsoffice.org/>, a *National Association For Continence* (NAFC), no endereço eletrônico <http://www.nafc.org/> e a *Society of Urologic Nurses and Associates* (SUNA), no endereço eletrônico <http://www.sun.org/>, dentre outros.

### **3.1.4 Determinação dos atributos definidores**

Walker e Avant (2005) afirmam que a determinação dos atributos definidores constitui o “coração” da análise de conceito <sup>2</sup>.

À medida que o pesquisador examina as diferentes instâncias em que o conceito é utilizado, ele deve fazer anotações das características do conceito que aparece com maior frequência. Essa lista de características, denominada atributos definidores ou características definidoras, funciona muito como um critério para se fazer um diagnóstico diferencial em medicina (WALKER; AVANT, 2005).

---

<sup>2</sup> A expressão “coração” foi utilizada em 2005, por L. O. Walker e K. C. Avant, para destacar a etapa de determinação dos atributos definidores na análise de conceito.

Os atributos definidores ajudam, então, a nomear as ocorrências de fenômenos específicos e permite ao pesquisador um amplo discernimento entre o conceito (WALKER; AVANT, 2005).

Os atributos definidores podem modificar ao longo do tempo ou quando usados em contextos diferentes. Depois de buscar significados possíveis dos exemplos do conceito, é necessário decidir quais serão mais úteis e proporcionarão maior ajuda em relação aos objetivos da análise que está sendo realizada (WALKER; AVANT, 2005).

O esforço está em apresentar grupos de atributos definidores mais frequentes que estão associados com o conceito em estudo e que podem permitir ao pesquisador o mais amplo discernimento sobre o conceito (WALKER; AVANT, 2005).

Depois de buscar todas as características do conceito, é absolutamente necessário decidir quais serão mais úteis e proporcionarão maior ajuda em relação aos objetivos da análise (WALKER; AVANT, 2005). Considerar o contexto em que o conceito será usado (por exemplo, social ou relativo ao cuidado de enfermagem) é uma decisão importante.

### ***3.1.5 Identificação do caso modelo***

Nessa etapa, o pesquisador apresentará um caso sobre o conceito estudado. O caso modelo é um exemplo do uso do conceito no qual são demonstrados todos os atributos definidores. O caso modelo pode vir em primeiro lugar na análise e pode ser desenvolvido concomitantemente com a busca dos atributos, ou surgir depois que os atributos forem provisoriamente determinados (WALKER; AVANT, 2005).

Conforme Wilson (1928), texto no qual se baseou Walker e Avant (2005), quando se sente perdido na análise de um conceito, deve-se selecionar um caso modelo, um caso em que se diz “Bem, se isso não é um bom exemplo; então nada será”<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> A expressão “Bem, se isso não é um bom exemplo; então nada será” foi utilizada em 1928, por J. Wilson, em consonância com selecionar um caso modelo.

O caso modelo pode ser exemplo da vida real, achado na literatura ou até mesmo construído pelo pesquisador. Pode ser um exemplo de situações da enfermagem ou não, o que dependerá do pesquisador. Quando o conceito em estudo é familiar, o caso modelo, frequentemente, virá em primeiro lugar, porque, devido à familiaridade com o conceito, as circunstâncias sobre o mesmo são conhecidas e, então, os atributos definidores já conhecidos por experiência são comparados com os identificados (WALKER; AVANT, 2005).

Enquanto se trabalha ativamente na análise dos atributos do conceito por meio do caso modelo, é realizada uma reflexão comparativa constante, o que Wilson (2005) denomina de diálogo interno. Isso ajuda a compreender a estrutura interna do conceito e então ter clareza sobre seu significado e contexto.

No entanto, frequentemente é útil e, às vezes, necessário, que um ou dois colegas reflexivos ouçam os exemplos do pesquisador para identificar falhas ou erros na análise dos atributos definidores, não percebidos até então, especialmente se o conceito tem vários sinônimos ou conceitos relacionados que se sobrepõem ao conceito de interesse (WALKER; AVANT, 2005).

No estudo que resultou neste texto, optou-se por elaborar um modelo fictício sobre uma cliente do sexo feminino. Esse caso foi elaborado após a identificação dos atributos definidores, realizada por meio da análise dos artigos elegidos para o estudo. Pela proximidade que possuem com os atributos definidores, durante a elaboração do caso modelo automaticamente foram incluídos as referências empíricas encontradas.

O caso elaborado foi amplamente discutido com a orientadora, que possui experiência na área de enfermagem médico-cirúrgica e mais especificamente no cuidado a clientes com problemas urológicos.

### **3.1.6 Identificação de casos adicionais**

Pode ser difícil escolher os atributos definidores que representam de maneira próxima o conceito de interesse; eles podem sobrepor alguns conceitos relacionados. Assim, inspecionar casos adicionais é considerado outra parte da reflexão comparativa (WALKER; AVANT, 2005).

Nessa etapa, apresentam-se casos semelhantes ou contrários ao conceito de interesse, assim, ajudando no julgamento sobre quais atributos definidores ou características do conceito são essenciais. Portanto, o propósito básico dos casos adicionais é conseguir decidir o que se considera e o que não se considera como atributos definidores para o conceito em estudo (WALKER; AVANT, 2005).

Os casos sugeridos por Walker e Avant (2005) são borderline, caso relacionado, caso contrário, caso inventado e caso ilegítimo. Esses casos também podem ser exemplos da vida real, podem originar da literatura ou serem construídos por você.

O caso borderline se refere a exemplos que contêm a maioria dos atributos definidores do conceito ou até mesmo todas as características. Entretanto, a diferença é substancialmente a duração de tempo ou a intensidade da ocorrência. Esses casos, de alguma maneira, tornam-se inconsistentes quando comparados aos atributos do conceito em estudo, e como tal, ajudará a perceber porque o caso modelo não é inconsistente, assim, esclarecendo os pensamentos sobre os atributos definidores do conceito de interesse (WALKER; AVANT, 2005).

Casos relacionados são exemplos de conceitos que estão ligados ao conceito em estudo, mas não contêm todos os atributos definidores. De alguma maneira, eles são associados ao conceito principal; são aqueles casos que demonstram ideias muito semelhantes para o conceito principal, mas que diferem a partir do exame minucioso do caso. Assim, ajudam a esclarecer o que conta e o que não conta como atributos definidores do conceito em análise. O caso relacionado ajuda a entender de que modo o conceito em estudo se encaixa na rede de conceitos que o rodeiam (WALKER; AVANT, 2005).

Casos relacionados demonstram ideias muito similares às do conceito principal, mas que se diferem quando examinadas com maiores detalhes (WALKER; AVANT, 2005).

A apresentação de casos contrários ou contra-exemplos também possibilita identificar os melhores atributos definidores do conceito em estudo (WALKER; AVANT, 2005) e possibilita ao pesquisador dizer: “Bem, seja lá o que for tal conceito, isto eu sei que não é.”<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> A expressão “Bem, seja lá o que for tal conceito, isto eu sei que não é.” foi utilizada em 1928, por J. Wilson, em consonância com a apresentação do caso contra-exemplo ou caso contrário.

Pode-se então identificar, por meio do caso contrário, atributos que não se referem ao conceito em estudo (WALKER; AVANT, 2005).

O caso inventado inclui ideias fora da nossa própria experiência, muitas vezes parecendo-se com ficção científica. Conforme Walker e Avant (2005, p. 72) ele é útil ao se examinar um conceito muito familiar ou comum, tal como “homem” ou “amor”.

Nem todas as análises precisam de casos inventados. Se o caso modelo e outros casos ajudam a completar a análise, sem dificuldade ou ambiguidade, provavelmente, não precisa ser usado o caso inventado (WALKER; AVANT, 2005).

O último tipo de caso, apresentado por Walker e Avant (2005), é o caso ilegítimo. Neste caso, escreve-se um exemplo utilizando o termo do conceito incorretamente ou fora do contexto. Esse tipo de caso nem sempre é incluído em uma análise de conceito, ele é útil quando se tiver um significado para o termo que for completamente diferente de todos os outros.

Depois de escolher e construir os casos necessários, deve-se colocá-los juntos e comparar os atributos definidores mais de uma vez para garantir que todos eles foram descobertos, pois assim, a imprecisão ou a contradição irá se tornar aparente. A análise não está completa até que não existam sobreposições e contradições entre os atributos definidores e o caso modelo (WALKER; AVANT, 2005).

Os casos adicionais também são considerados técnicas aplicadas para análise. De acordo com Wilson (1928), nem todas as técnicas utilizadas para a análise são igualmente úteis em determinados conceitos. Portanto, para cada conceito devem ser escolhidos quais casos serão úteis para a análise, uma vez que, dependendo do conceito de interesse, nem todos os casos transmitirão como resultado uma ideia clara do conceito. Porém, na escolha dos casos, é interessante enfatizar os usos da palavra (Wilson, 2005).

Nesse sentido, por estar analisando um conceito concreto, considerou-se que nem todos os casos adicionais são adequados para apresentação, como por exemplo, o caso borderline, pois o tempo e a intensidade com que um cliente vivencia a incontinência urinária de esforço não modificam o seu conceito.

Dessa forma, em virtude da natureza do conceito estudado, optou-se pelo desenvolvimento dos casos adicionais: relacionado e contrário, com a escolha de

---



um caso relacionado de incontinência urinária de urgência e contrário de continência urinária.

### **3.1.7 Identificação de antecedentes e consequências**

Segundo Walker e Avant (2005), os antecedentes e as consequências podem focar, consideravelmente, os contextos sociais nos quais o conceito geralmente é usado. Eles são também úteis no refinamento dos atributos definidores (WALKER; AVANT, 2005). Os antecedentes, assim como o nome os define, são acontecimentos que ocorrem anteriormente à ocorrência do conceito. Assim, um antecedente não pode também ser um atributo definidor do mesmo conceito (WALKER; AVANT, 2005).

Por outro lado, as consequências acontecem como resultado da ocorrência do conceito. Em outras palavras, são os resultados do conceito. Elas são úteis para determinar ideias, variáveis ou relações que podem fornecer importantes direcionamentos para novas pesquisas (WALKER; AVANT, 2005).

### **3.1.8 Definição de referenciais empíricos**

A etapa final da análise de conceito é determinar as referências empíricas para os atributos definidores. Walker e Avant (2005) iniciam esse tópico afirmando que, quando uma análise de conceito está em fase de conclusão, surge a pergunta “Se formos medir o conceito ou determinar sua existência no mundo real, como faríamos?”<sup>5</sup>

Por outro lado, afirmam que as referências empíricas são classes ou categorias de um fenômeno real que, por sua existência ou presença, demonstram a

---

<sup>5</sup> A expressão “Se formos medir o conceito ou determinar sua existência no mundo real, como faríamos?” foi utilizada por WALKER; L. O.; AVANT, K. C. *Strategies for theory construction in nursing*. 4. ed. United States of América: Pearson Prentice Hall, 2005. p 73.

ocorrência do próprio conceito e que em muitos casos os atributos definidores e as referências empíricas serão idênticos (WALKER; AVANT, 2005).

Afirmam ainda que, uma vez identificados, são úteis para o desenvolvimento de instrumentos, porque estão ligados às bases teóricas do conceito, assim, contribuindo para a validação de conteúdo e de construto de um novo instrumento (WALKER; AVANT, 2005).

Sendo assim, nesta etapa serão apresentados os instrumentos e métodos possíveis de determinação da existência de cada atributo identificado.

### **3.2 Revisão de literatura**

A busca na literatura bem definida é fundamental e requer habilidade e conhecimento do investigador para identificar e localizar estudos sobre o tópico de interesse escolhido (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

As palavras-chave para o levantamento dos artigos a serem analisados foram identificadas com a investigação de descritores por meio do Portal Brasileiro da Informação Científica CAPES pelo site ([www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br)) nas bases de dados das terminologias em saúde: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), disponível em <http://desc.bvs.br> e *Medical Subject Heading* (MeSH), através da MEDLINE/PubMed (via *National Library of Medicine*), disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

Considerando o conceito em estudo, a estrutura dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e dos elementos a serem identificados para a análise de conceito, no presente estudo foram escolhidos os descritores exatos (controlados) identificados no DeCS: “Incontinência Urinária de Esforço”, “sinais e sintomas” e “causas”; e no MeSH “Urinary Incontinence, Stress”; “Stress urinary incontinence”; “signs and symptoms”; “causality”; “etiology”.

Após a leitura dos resumos, verificou-se uma predominância de estudos realizados com mulheres. Para ampliar o campo de busca e, considerando um estudo realizado anteriormente, que evidenciou que a IUE é rara entre homens e

sua maior incidência está nos pacientes submetidos à prostatectomia radical, então, foi incluído o descritor exato do DeCs “Prostatectomia” e do MeSH “Prostatectomy”.

Para o processo de busca da literatura, as bases de dados informatizadas escolhidas foram:

- CINAHL (*Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), que foi acessada por meio do portal de periódicos CAPES, disponível em < <http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=ip.uid&profile=ehost&defaultdb=c8h>>.
- LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), em < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>>.
- PubMed serviço da *U.S. National Library of Medicine do National Institutes of Health*, que engloba mais de 19 milhões de citações para artigos biomédicos da MEDLINE e revistas científicas relacionadas à vida.

O critério estabelecido para a inclusão dos artigos foi:

- Artigos na íntegra que abordam todos os elementos necessários à análise de conceito da IUE.

Os critérios estabelecidos para a exclusão dos artigos foram:

- Artigos duplicados;
- Publicação que se refere à carta editorial;
- Artigos com abordagem de tratamentos conservadores farmacológicos ou não farmacológicos e intervenções cirúrgicas para IUE, exceto quando apresentam avaliação do paciente antes do tratamento.

Não foram estabelecidos limites de ano e idioma para a busca, que foi realizada no mês de abril de 2010. Foi utilizado o formulário avançado em todos os cruzamentos. O operador booleano utilizado entre as palavras-chave foi “AND”.

Nos cruzamentos da base de dados CINAHL foram identificados 81 resumos, e após a análise desses, excluídas 77 publicações e incluídas 4. Uma das referências excluídas não apresentava resumo e também não foi possível obter o texto na íntegra on-line ou pelo sistema COMUT. Na base de dados LILACS foram identificados 06 estudos, excluídos 05 e incluído 01. Na base de dados PubMed foram identificados 723 estudos, excluídos 603 e incluídos 120.

A amostra da revisão de literatura foi composta, então, por 125 artigos na íntegra.

As publicações que fazem parte da amostra foram localizadas por meio do portal de periódicos CAPES, acessado por meio da Biblioteca Comunitária da Universidade Federal de São Carlos (BCo-UFSCar); de consulta ao acervo dessa Biblioteca; consulta ao acervo da Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (BCCRP-USP) e pelo serviço de Comutação Bibliográfica – COMUT, da BCo-UFSCar.

Neste texto, os artigos na íntegra foram separados em subgrupos e salvos em pastas no formato eletrônico, conforme o ano da publicação; a organização nessas pastas foi realizada por ordem numérica.

Os 125 artigos na íntegra que fizeram parte da amostra foram lidos. Em seguida, foi realizada uma síntese em uma planilha do Excel sobre dados de identificação, base de dados em que foram identificados e sobre quais elementos da análise de conceito abordavam.

Dos 125 estudos analisados na íntegra, foram selecionados 34 por incluírem todos os elementos necessários à análise de conceito. Os artigos selecionados são apresentados a seguir, no Quadro 1.

Para o desenvolvimento da etapa três, “identificação do uso do conceito”, foram considerados para análise os 125 estudos inicialmente identificados.

<b>Código do estudo</b>	<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>
1	HERSCHORN, S. <i>et al.</i>	Surgical treatment of stress incontinence in men	2010	Neurourology and Urodynamics
2	MORGAN, D. M. <i>et al.</i>	Levator ani defect status and lower urinary tract symptoms in women with pelvic organ prolapse.	2010	Int Urogynecol J
3	COLLADO, A. <i>et al.</i>	Qué pacientes com incontinência de esfuerzo trás prostatectomía radical se benefician de la indicación de invance?	2009	Arch. Esp. Urol.,
4	BENTZON, D. N.; GRAUGAARD-JENSEN, G.; BORRE, M.	Urethral pressure profile 6 months after radical prostatectomy may be diagnostic of sphincteric incontinence:	2009	Scandinavian Journal of Urology and Nephrology

		preliminary data after 12 months' follow-up.		
5	WAETJEN, L. E. <i>et al.</i>	Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence.	2009	Obstetrics and Gynecology
6	CHEN, C. C. G. <i>et al.</i>	Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery.	2009	Surgery for Obesity and Related Diseases
7	HERBRUCK, L. F.	Stress urinary incontinence: an overview of diagnosis and treatment options.	2008	Urologic Nursing
8	MELIN, I. <i>et al.</i>	Sexual function in obese women: impact of lower urinary tract dysfunction.	2008	International Journal of Obesity
9	MAHDY, A.; ELMISSIRY, M.; GHONIEM, G.	Recurrent stress urinary incontinence after dislodged screws in patient with bone-anchored suburethral sling.	2008	Urology
10	WESNES, S. L. <i>et al.</i>	Urinary incontinence during pregnancy.	2007	Obstetrics & Gynecology
11	LOIZAGA, I. A. <i>et al.</i>	Climacturia, un síntoma a tener en cuenta tras prostatectomía radical.	2007	Actas Urológicas Españolas
12	BARROS, J. D.; LUCENA, A. C. T.; ANSELMO, C. W. S. F.	Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura.	2007	An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb.
13	TANNENBAUM, C.; CORCOS, J.; ASSALIAN, P.	The relationship between sexual activity and urinary incontinence in older women.	2006	Journal of the American Geriatrics Society
14	ANDERS K.	Recent developments in stress urinary incontinence in women.	2006	Nursing Standard.
15	SCARPA, K. P. <i>et al.</i>	Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, São Paulo, Brazil.	2006	International Urogynecology Journal

16	SWANSON, J. G. <i>et al.</i>	Urinary incontinence: common problem among women over 45.	2005	Canadian Family Physician
17	RICHTER, H. E. <i>et al.</i>	Factors associated with incontinence frequency in a surgical cohort of stress incontinent women.	2005	American Journal of Obstetrics and gynecology
18	TWISS, C.; FLEISCHMANN, N.; NITTI, V. W.	Correlation of abdominal leak point pressure with objective incontinence severity in men with post-radical prostatectomy stress incontinence.	2005	Neurourology and Urodynamics
19	JIANG, K. <i>et al.</i>	Exercise and urinary incontinence in women.	2004	Obstetrical and Gynecological Survey
20	NYGAARD, I; HEIT, M.	Stress urinary incontinence.	2004	Obstet Gynecol.
21	ELIASSON, K. <i>et al.</i>	Prevalence of urinary leakage in nulliparous women with respect to physical activity and micturition habits.	2004	Int. Urogynecol J
22	ULLRICH, N. F. E; COMITER, C. V.	The male sling for stress urinary incontinence: urodynamic and subjective assessment.	2004	The Journal of urology
23	PEEKER, I.; PEEKER, R.	Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives.	2003	Journal of Midwifery and Women's Health
24	NEWMAN, D. K.	Stress urinary incontinence in women: involuntary urine leakage during physical exertion affects countless women.	2003	Am. J. Nurs
25	McCALLUM, T. J.; MOORE, K. N.; GRIFFITHS, D.	Urinary incontinence after radical prostatectomy: implications and urodynamics.	2001	Urologic Nursing
26	FICAZZOLA, M. A.; NITTI, V. W.	The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and	1998	The Journal of Urology

		correlation of symptoms with urodynamic findings.		
27	DESAUTEL, M. G.; KAPOOR, R.; BADLANI, G. H.	Sphincteric incontinence: the primary cause of post-prostatectomy incontinence in patients with prostate cancer.	1997	Neurourology and Urodynamics
28	SOBANSKI, A. <i>et al.</i>	Analysis of obstetrical and gynaecological history of women with urinary stress incontinence.	2004	Wiad Lek.
29	SCHÄR, G.; SARLOS, D.	Urinary incontinence in the woman: pathophysiology and diagnosis.	2003	Ther Umsch.
30	MARSH, D. W.; LEPOR, H.	Predicting continence following radical prostatectomy.	2001	Curr Urol Rep.
31	ELIA, G.	Stress urinary incontinence in women: removing the barriers to exercise.	1999	Physician and Sportsmedicine
32	BUZELIN, J-M.	Incontinence urinaire de la femme. Quel bilan? Quel traitement?	1998	Annales D' Urologie
33	GONZÁLEZ-CHAMORRO, F. <i>et al.</i>	Clinical and neuro-urodynamic assessment of radical prostatectomy.	1996	Arch Esp Urol.
34	ROSENZWEIG, B. A. <i>et al.</i>	Prevalence of abnormal urodynamic test results in continent women with severe genitourinary prolapse.	1992	Obstetrics and Gynecology

**Quadro 1.** Descrição dos artigos selecionados para a análise de conceito de IUE com os respectivos códigos atribuídos. São Carlos. 2010.

Para a extração das informações dos estudos analisados, um instrumento foi elaborado e submetido à análise de oito pesquisadores na área de enfermagem médico-cirúrgica, sendo cinco doutores, duas estudantes de doutorado e uma estudante de mestrado em enfermagem (APÊNDICE A).

## ***4 RESULTADOS E DISCUSSÃO***

---



Primeiramente estão apresentados os resultados relativos à análise de conceito e, posteriormente, a análise dos elementos do diagnóstico de enfermagem “incontinência urinária de esforço” da NANDA-I (2010).

#### **4.1 Análise de conceito**

Os resultados relativos às etapas de identificação do uso do conceito, determinação dos atributos definidores, identificação dos casos modelo e adicionais, identificação dos antecedentes e consequências e definição das referências empíricas serão apresentados nos itens subsequentes.

##### **4.1.1 Identificação do uso do conceito incontinência urinária de esforço**

A revisão de literatura possibilitou identificar que o conceito de incontinência urinária de esforço é largamente utilizado na área da saúde. A predominância das publicações sobre esse conceito se encontra na medicina, mais especificamente nas especialidades de urologia, ginecologia e obstetrícia, geriatria e neurologia. Foi ainda identificado o uso desse conceito na enfermagem, fisioterapia, educação física, psicologia e serviço social.

Não foram identificadas mudanças significativas na definição de incontinência urinária de esforço nos documentos consultados. Entretanto, conforme esperado, no âmbito da psicologia e serviço social, a abordagem realizada junto aos clientes com incontinência urinária de esforço difere daquela realizada nas demais disciplinas, com maior ênfase dada às consequências da incontinência urinária, vinculadas ao comprometimento psicológico e social, tais como a diminuição da auto-estima, ansiedade, alteração no humor, depressão, limitação social, isolamento social e problemas financeiros.

Na medicina, enfermagem, fisioterapia e educação física, além da ênfase nas alterações biológicas, também é identificada a abordagem do comprometimento psicológico e social resultante da incontinência urinária.

#### **4.1.2 Determinação dos atributos definidores da incontinência urinária de esforço**

Atributos ou características definidoras se referem às características do conceito e ajudam a nomear a ocorrência do fenômeno específico e também a distinguir o fenômeno de outros semelhantes ou relacionados. Walker e Avant (2005) destacam a necessidade de listar as características do conceito que aparecem com frequência nos textos analisados (WALKER; AVANT, 2005).

Os atributos definidores identificados nos artigos selecionados para a análise de conceito foram listados, amplamente discutidos (entre aluna e orientadora), agrupados (quando palavras diferentes eram utilizadas para designar o mesmo atributo e quando os atributos identificados eram mais específicos e deviam ser agrupados dentro de um termo mais geral) e refinados (Quadro 2).

<b>Atributos</b>	<b>Código do estudo</b>
Perda involuntária de urina observada durante a manobra de Valsalva	1; 2; 9; 17; 18; 19; 26; 27; 29; 34
Perda involuntária de urina ao tossir	1; 2; 4; 5; 6; 9; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 20; 21; 24; 26; 28; 29; 31; 32; 34
Uso de fraldas ou absorventes urinários (a partir de 1 por dia)	3; 4; 9; 21; 22; 27; 30; 33
Relato de perda de urina ao rir	4; 5; 13; 15; 16; 24; 28
Relato de perda de urina ao espirrar	5; 6; 12; 14; 15; 20; 21; 24; 28; 31
Resultado de Pad test 24h de 2 a 164g.	3; 25

Perda involuntária de urina observada nos testes de esforço na posição supina	2; 7
Relato de perda de urina durante o trabalho diário (atividades de rotina, trabalho físico).	4; 28; 31
Relato de perda de urina associada à atividade física (ginástica, corrida, atividade aeróbica, esportes com bola, caminhar, saltar, alto impacto)	5; 6; 8; 12; 13; 14; 15; 16; 19; 20; 21; 24; 29; 31; 33
Relato de perda de urina em atletas durante as atividades esportivas de alto impacto e exaustivas	12; 19; 21; 24
Relato de perda involuntária de urina aos diferentes tipos de esforço	14; 23; 24; 32; 33; 34
Relato de perda de urina ao se levantar/ficar de pé	6; 15; 21
Relato de perda de urina ao pegar um objeto no chão	5
Relato de perda de urina durante a relação sexual (homens e mulheres)	8; 11; 13; 24
Relato de perda de urina durante o orgasmo - climactúria (homens e mulheres)	11; 13; 24
Relato de perda de urina durante a penetração (mulheres)	13; 24
Relato de incapacidade de participar de atividades sociais pela perda urinária	8
Relato de perda de urina na gestação	10
Relato de "ficar molhado" por urina em doença respiratória com tosse severa (Ex: crises de asma, doença pulmonar obstrutiva)	16; 20
Relato de incômodo por perda de urina	22

Relato de experiência de perda de urina ao sair da cama pela manhã	24
Alterações específicas no teste urodinâmico (menor pressão de fechamento uretral máxima; menor pressão de perda ao esforço)	4; 9; 20; 22; 25; 26; 27

**Quadro 2.** Atributos definidores identificados na análise do conceito de incontinência urinária de esforço. São Carlos. 2010.

#### **4.1.3 Caso modelo e casos adicionais (relacionado e contrário)**

De acordo com Walker e Avant (2005), devem-se colocar juntos os casos construídos e comparar os atributos definidores mais de uma vez para garantir que todos os atributos foram descobertos.

##### **- Caso modelo**

Maria, uma mulher de 55 anos de idade, casada, escriturária aposentada de um hospital, cadastrada na Unidade de Saúde da Família (USF) no bairro Moreira, chegou a este serviço para uma consulta de enfermagem. Trata-se de uma cliente que participa frequentemente de atividades desenvolvidas na USF dentro do programa de Saúde da Mulher. Apresenta 1,60m de altura e 77,0 Kg (IMC = 30,1Kg/m<sup>2</sup>). Tem história de cinco gestações, sendo um aborto, quatro partos normais (com episiotomia nos dois primeiros) e período expulsivo de três partos prolongados. Apresenta queixa atual de ondas de calor e ansiedade. Relata ao enfermeiro que apresenta um problema que lhe incomoda muito, mais ou menos há seis meses, mas está constrangida em falar sobre esse assunto. Maria, então, relata apresentar perda de urina todas as vezes que tosse, espirra ou ri. Nota essa perda também quando limpa sua casa e arrasta os móveis ou abaixa para pegar algo do chão, uma vez que sente, logo em seguida, sua roupa molhada. Maria participa de atividades físicas para adultos e idosos do bairro, frequenta aulas de vôlei, alongamento e atividades aeróbicas, como corrida e caminhada, entretanto, diz que vem faltando ultimamente, pois sente muita vergonha e constrangimento durante as aulas. Relata que quando vai se levantar do chão, na sua aula de alongamento,

perde urina involuntariamente e percebe sua roupa de ginástica molhada e com cheiro de urina. Durante a corrida ou caminhada e ao jogar vôlei, com o impacto do pé contra o chão, também vivencia perda de urina e se sente molhada em seguida. Após cerca de trinta minutos de consulta, relata ainda que está com problemas em sua relação conjugal, pois vem evitando relações sexuais pelo motivo de perda de urina durante as mesmas. Relata, ainda, que está evitando participar com seu esposo e até mesmo sozinha de atividades sociais pelo motivo da perda de urina. Afirma que tem feito uso de absorvente urinário, sendo que, em alguns dias, é necessário o uso contínuo. O enfermeiro Roberto realizou teste de esforço em posição ginecológica, orientando-a a tossir e a fazer manobra de Valsalva, quando então foi observada perda de urina em um lenço de papel colocado abaixo do meato urinário. Esse teste foi realizado na posição supina, com o mesmo resultado. De acordo com o protocolo existente na unidade, Roberto orientou Maria a realizar pad test de 24 horas e diário miccional de 3 dias. O resultado do Pad Test de vinte quatro horas foi de 30g e o diário miccional confirmava as informações fornecidas por Maria durante a consulta. Maria passou, então, por uma consulta com o urologista, que solicitou teste urodinâmico no qual foi constatada menor pressão de fechamento uretral máxima e menor pressão de perda ao esforço (teste de tosse), com ausência de contração do músculo detrusor, confirmando o diagnóstico de incontinência urinária de esforço. Roberto aplicou um questionário disponível na unidade para avaliação da qualidade de vida de pessoas com incontinências e, de acordo com o escore obtido, foi constatado impacto negativo na qualidade de vida de Maria.

#### **- Caso relacionado**

No ambulatório de incontinência urinária, foi admitida para consulta de enfermagem, Adriana, uma mulher de 43 anos, auxiliar de enfermagem, casada, que possui dois filhos, ambos nascidos de parto cesariano. Adriana menciona sentir uma vontade forte e súbita de urinar, com perda de urina na roupa, antes mesmo de chegar ao banheiro. Ela relata também que é como se sua bexiga estivesse se contraindo nessas situações e que quando sai com sua família para almoçar ou jantar, precisa sentar-se perto do banheiro e não pode beber cerveja e nem muito líquido, pois sente uma vontade súbita de urinar, praticamente sem aviso, quase sempre acompanhada de perda de urina na roupa. Também diz ocorrer necessidade de urinar em períodos curtos. Menciona que durante a noite precisa levantar umas

três vezes da cama para ir ao banheiro com vontade de urinar, algumas vezes chegando a molhar a roupa de dormir e tendo que tomar banho durante a madrugada. Adriana afirma gostar muito de café, ingerindo várias xícaras durante as atividades de trabalho no plantão noturno. Ela conta ter realizado várias vezes tratamento médico para infecção urinária, uma vez que apresenta infecções urinárias repetidas. Quando indagada sobre hábitos intestinais, menciona constipação e evacuação uma vez por semana, com fezes endurecidas. Ela pratica vôlei duas vezes por semana, durante uma hora em seu bairro; não apresenta perda urinária durante as atividades. Também não apresenta perda urinária associada à tosse, riso ou durante as atividades diárias. Afirma que perde urina somente quando apresenta anteriormente uma forte sensação de urgência para urinar. À inspeção dos genitais, observa-se ausência de prolapso ou outro tipo de lesões. Em posição ginecológica, foi orientada a realizar manobra de Valsalva com resultado negativo. No resultado do teste urodinâmico, solicitado pelo urologista, apresenta instabilidade do músculo detrusor pela hiperatividade e irritabilidade da bexiga.

#### **- Caso contrário**

Lurdes, sexo feminino, aposentada, 56 anos, católica, viúva, mora com dois netos maior de idade, é uma cliente cadastrada na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Alegria. Ela começou a integrar o grupo de hipertensão arterial e tem frequentado as reuniões assiduamente. Pratica atividade física regularmente, como caminhada e vôlei, e realiza o serviço de casa sem ajuda. Tem história de três gestações, um parto cesareano e dois partos normais. Lourdes é bastante comunicativa e participa frequentemente das atividades sociais do bairro onde reside. Compareceu na USF para consulta de enfermagem de rotina. Apresenta 1,55m de altura e 77,0 Kg (IMC = 32,2Kg/m<sup>2</sup>). Relata à enfermeira Sabrina não apresentar queixa alguma. A enfermeira continua o diálogo coletando dados clínicos relacionados à eliminação urinária. Quando indagada sobre o padrão de eliminações urinárias, Lurdes não se queixa e menciona que vai ao banheiro para urinar em torno de 6 vezes ao dia. Quando questionada sobre a perda de urina na roupa ou durante os esforços, afirma que, em algumas vezes após tomar o diurético, sente vontade de urinar e vai até o banheiro em torno de duas vezes em um período mais curto, mas consegue chegar até o vaso sanitário sem perder urina no caminho e nunca ficou com suas roupas íntimas molhadas. Relata que até hoje cuida de suas plantas e horta no fundo de casa, pega peso ao carregar o regador cheio de água,

fica abaixada horas para cuidar de suas plantas, faz todo serviço de casa e não perde urina durante essas atividades. Foi questionada sobre a perda de urina quando pratica atividade física, tosse, espirra ou rir, ao que ela responde negativamente, reforçando que sua calcinha permanece seca o dia todo e que nunca usou absorvente urinário. No exame físico, a enfermeira Sabrina realizou teste de esforço em posição ginecológica, orientando-a a tossir e a fazer manobra de Valsalva e observou que o lenço de papel que foi colocado abaixo do meato urinário permaneceu seco.

Após a reflexão comparativa entre o caso modelo e os dois casos adicionais construídos, conseguiu-se julgar quais são os atributos definidores para o conceito em estudo, atingindo um dos propósitos dessa análise.

A elaboração do caso modelo, possibilitou um melhor agrupamento dos atributos definidores apresentados no Quadro 2, uma vez que esses se encontravam da forma como haviam sido identificados na literatura; em alguns casos, diferentes termos apresentados faziam parte de uma mesma categoria, tornando-se redundantes. A elaboração do caso relacionado auxiliou na identificação dos atributos essenciais para a IUE. Em relação ao caso contrário entende-se que não houve contribuição para fins de identificação desses atributos.

#### ***4.1.4 Identificação de antecedentes e consequências***

Walker e Avant (2005) consideram de suma importância o sétimo passo da análise de conceito, no qual, consegue-se analisar os contextos sociais em que o conceito é usado por meio da identificação dos antecedentes e das consequências encontradas.

##### ***4.1.4.1 Antecedentes***

Os antecedentes precedem o aparecimento ou a ocorrência do conceito (WALKER; AVANT, 2005), ou seja, referem-se às causas ou fatores

relacionados a eles. No Quadro 3, estão apresentados os antecedentes do conceito de incontinência urinária de esforço identificados na literatura consultada.

Os antecedentes foram apresentados especificando-se se foram identificados em artigos realizados com pacientes do sexo masculino ou feminino, devido ao fato de alguns terem sido identificados somente em estudos que abordavam mulheres e outros somente em estudos com homens.

<b>Antecedentes</b>	<b>Código do estudo Sexo masculino</b>	<b>Código do estudo - Sexo feminino</b>
Deficiência intrínseca esfíncteriana	1; 9; 18; 22; 26; 27	7; 12; 14; 20
Diminuição do tônus esfíncteriano	3; 4	24
Lesão do esfíncter (trauma cirúrgico)	4; 25; 27	-----
Hipermobilidade uretral (danos nos ligamentos e músculos)	-----	7; 17; 20
Danos uretral (Homem - estenose devido à anastomose uretrovesical; Mulher - rigidez e cicatriz uretral devido à cirurgia e radioterapia)	3; 22; 33	14; 20
Hipermobilidade do colo vesical (posicionamento anatômico; descida do colo vesical; danos nos ligamentos e músculos do colo vesical)	-----	12; 14; 19; 20; 32
Disfunção da musculatura do assoalho pélvico (dano ou lesão do assoalho pélvico; lesão da inervação ou desnervação parcial do assoalho pélvico; lesão neuromuscular; diminuição da transmissão do sinal neural - danos do suprimento nervoso ao músculo)	1	2; 6; 7; 12; 14; 15; 19; 20; 21; 23; 24; 31; 34
Enfraquecimento do assoalho pélvico	-----	15; 16; 17; 19; 21; 24



Aumento da pressão intra-abdominal (Obesidade, aumento do IMC, constipação intestinal, gestação; tosse crônica)	26	5; 6; 7; 8; 12; 14; 16; 19; 20; 21; 24; 31; 34
Disfunção do músculo levantador do ânus (por lesão)	-----	2; 7; 15; 20
Disfunção do nervo pudendo (por lesão)	-----	2; 7; 14; 15; 20; 23
Alterações hormonais (diminuição de estrógeno)	-----	12; 24
Falhas do apoio muscular dos órgãos pélvicos (fáscia endopélvica)	-----	19; 20; 31
Pressão intravesical excede a pressão intrauretral	-----	14; 19; 23

**Quadro 3.** Antecedentes de incontinência urinária de esforço para clientes do sexo masculino e feminino identificados na literatura. São Carlos. 2010.

#### - Antecedentes no Homem

Nos estudos analisados, os antecedentes da IUE encontrados em relação aos homens foram: diminuição do tônus esfinteriano, deficiência esfinteriana intrínseca e lesão do esfíncter por trauma cirúrgico.

Segundo Desautel; Kapoor; Badlani (1997), a etiologia mais comum da IU nos pacientes que se submeteram à prostatectomia é o prejuízo ou dano ao esfíncter. Para esses autores, esse tipo de IU é denominado incontinência esfinteriana e diagnosticada pelo valor da pressão do ponto de vazamento, sendo considerado IUE quando esse valor é menor do que 100 cmH<sub>2</sub>O, com a manobra de Valsalva.

No estudo de Ficazzola e Nitti (1998), realizado com pacientes após a prostatectomia radical, a disfunção intrínseca do esfíncter foi demonstrada em 90% dos pacientes e é definida como incontinência associada com o aumento da pressão intra-abdominal. Nesse estudo, com o auxílio do teste urodinâmico, concluiu-se com precisão que a causa da IUE foi a deficiência intrínseca do esfíncter.

Nos estudos de Herschorn *et al.* (2010), Twiss; Fleischmann; Nitti (2005) e Ullrich; Comiter (2004), a deficiência intrínseca esfinteriana e a disfunção da bexiga foram identificadas como possíveis causas de incontinência urinária em

pacientes que se submeteram à prostatectomia radical. Entretanto, a maioria dos pacientes apresentou a deficiência intrínseca do esfíncter como a principal causa, assim, o tipo de incontinência em destaque nessa clientela foi a IUE.

A diminuição da resistência do esfíncter pode ser devido ao tecido cicatricial da anastomose uretral e/ou a diminuição do comprimento funcional da uretra (HERSCHORN *et al.*, 2010).

A disfunção vesical na IU após a prostatectomia é considerada um componente secundário, porém, pode estar associada à disfunção do esfíncter. Assim, todas as vezes que houver essa associação, o tipo de incontinência deixa de ser denominado IUE e passa a ser incontinência urinária mista (HERSCHORN *et al.*, 2010; TWISS; FLEISCHMANN; NITTI, 2005; ULLRICH; COMITER, 2004). A IU mista no prostatectomizado é rara, ocorrendo em apenas 10% (HERSCHORN *et al.*, 2010).

De acordo com os estudos de Bentzon; Graugaard-Jensen; Borre (2009); Collado *et al.* (2009); os pacientes que vivenciam IUE após prostatectomia também apresentam uma diminuição do tônus esfíncteriano.

Esse achado foi comprovado por meio de teste urodinâmico através da mensuração da pressão de fechamento uretral máxima, que foi menor do que os parâmetros considerados normais (BENTZON; GRAUGAARD-JENSEN; BORRE, 2009; COLLADO *et al.*, 2009).

O resultado do teste urodinâmico em paciente com recorrência de IUE após a colocação de Sling suburetral também foi consistente com a deficiência esfíncteriana. O que comprovou a deficiência esfíncteriana no teste foi o valor da pressão do ponto de vazamento igual ou menor que 82 cmH<sub>2</sub>O, com a manobra de Valsalva (MAHDY; ELMISSIRY; GHONIEM, 2008).

Outra causa evidenciada da IUE no paciente submetido à prostatectomia, durante a análise, foi lesão esfíncteriana causada por trauma cirúrgico. Essa lesão também ocasiona a redução da pressão de fechamento uretral máxima ao esforço comprovada durante a manobra de Valsalva (BENTZON; GRAUGAARD-JENSEN; BORRE, 2009; DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997; McCALLUM; MOORE; GRIFFITHS, 2001).

No estudo de Desautel; Kapoor; Badlani (1997), dos pacientes que desenvolveram a IUE após terem se submetido à prostatectomia radical, 59,0% apresentavam lesão esfíncteriana. Esses autores ainda confirmam, por meio dos

resultados do teste urodinâmico, que não houve disfunção da bexiga nesses pacientes, apenas a lesão esfinteriana, assim comprovando o diagnóstico de IUE (DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997).

No homem, após a prostatectomia radical, poderá ocorrer estenose uretral pela anastomose uretrovesical ou atrofia uretral pela cicatrização da anastomose. Além disso, pode acontecer em associação certa rigidez na área do colo vesical e uma diminuição do tônus esfinteriano. Isso também afetará o esfíncter uretral e, conseqüentemente, ocasionará o não fechamento total da uretral, possibilitando o desenvolvimento da IUE (COLLADO *et al.*, 2009; ULLRICH; COMITER, 2004). Em um estudo realizado por González-Chamorro *et al.* (1996), já se mostrava que a incontinência pós prostatectomia radical poderia ser devida à instabilidade ou obstrução da junção uretrovesical.

O estado do assoalho pélvico no homem após a prostatectomia radical pode influenciar a IUE, mas não é considerado causa isolada. Também pode ocorrer lesão da inervação do assoalho pélvico, possibilitando o desenvolvimento da IUE (HERSCHORN *et al.*, 2010).

Segundo Ficazzola e Nitti (1998), a IUE no homem tem como fator principal o prejuízo do mecanismo esfinteriano ocorrido durante a cirurgia da próstata, mas está associada, geralmente, com o aumento da pressão abdominal, embora em casos graves a IUE pode, também, ser associada à pressão gravitacional.

A deficiência intrínseca do esfíncter uretral é elucidada nessa análise como a principal causa da IUE no homem após a prostatectomia. No presente estudo, optou-se por considerar as demais causas relacionadas ao esfíncter uretral como a diminuição do tônus/enfraquecimento esfinteriano; a lesão do esfíncter ou qualquer outra incompetência do esfíncter uretral em uma mesma categoria, denominando-a de disfunção intrínseca uretral.

Observa-se que no homem os danos ocorridos na uretra e rigidez na área do colo vesical são considerados causas e estão interligados diretamente com a disfunção esfinteriana uretral. Todos os danos contribuem para anormalidades no mecanismo de fechamento total da uretra e assim desenvolvem a IUE.

A disfunção da musculatura do assoalho pélvico no homem também foi considerada consequência da prostatectomia radical. Essa disfunção auxilia no

desenvolvimento da IUE, mas não é considerada causa isolada, e sim associada com a deficiência esfíncteriana.

Portanto, está claro que no homem a principal causa da IUE é a deficiência ou a disfunção intrínseca do esfíncter uretral devido à prostatectomia radical, que geralmente, está associada ao aumento da pressão intra-abdominal.

#### **- Antecedentes na Mulher**

Quando são analisados os estudos sobre a IUE na mulher, a deficiência intrínseca do esfíncter é pouco enfatizada, apenas é citada associada a inúmeras outras causas.

A IUE na mulher pode ocorrer como resultado de danos uretrais, tais como: cicatriz uretral, rigidez uretral (consequência de cirurgias vaginais, radioterapia, uretrite crônica) e a atrofia uretral, os quais afetam o fechamento uretral completo, consequentemente causando problemas no mecanismo esfíncteriano uretral (ANDERS, 2006; NYGAARD; HEIT, 2004).

Além disso, a falha no mecanismo esfíncteriano uretral também pode ser decorrente da hiper mobilidade e do posicionamento anatômico do colo vesical e da uretra proximal associado ou não com a insuficiência intrínseca esfíncteriana (BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007).

As mulheres que apresentam hiper mobilidade ou descida do colo vesical e da uretra proximal e, consequentemente, uma diminuição da transmissão do sinal neural através da junção neuromuscular terá diminuição da eficiência da contração muscular e da uretra. Assim, havendo alteração do gradiente de pressão entre a bexiga e a uretra, quando há um aumento da pressão intra-abdominal, a pressão vesical excede a pressão de fechamento uretral, ocorrendo um vazamento de urina sem que haja a contração do músculo detrusor (ANDERS, 2006; BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007; PEEKER, I.; PEEKER, R., 2003).

Para não haver IUE na mulher, o posicionamento do colo vesical e da uretra devem estar corretos. Dependendo da fragilidade das estruturas de ligamentos e apoio do músculo do assoalho pélvico, um incorreto posicionamento é originado, ocorrendo a transmissão da pressão abdominal apenas à bexiga, assim, conduzindo a IUE. Quando o mecanismo de sustentação da uretra e do colo vesical é perdido, há o desenvolvimento da hiper mobilidade anatômica do colo vesical e da uretra, causando a perda da capacidade de fechamento uretral durante episódios de

aumento da pressão intra-abdominal, ocasionando, dessa maneira, a IUE (BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007; BO; KVARSTEIN; NYGAARD, 2005).

Segundo Buzelin (1998), o principal mecanismo da continência urinária na mulher consiste no apoio do colo vesical na musculatura pélvica. A hiper mobilidade do colo vesical impossibilita esse apoio e assim não ocorre o fechamento dessa região durante o aumento da pressão abdominal, desencadeando a IUE.

Esportes radicais e de alto impacto em mulheres também resultam em fraco apoio ao colo vesical, com evidências de hiper mobilidade do colo vesical ocasionando IUE, além de prolapso da parede vaginal anterior (JIANG *et al.*, 2004).

Outro fator associado como causa de IUE é a lesão do nervo do esfíncter uretral (nervo pudendo), que pode ocasionar má condução de impulsos nervosos, proporcionando o não fechamento completo da uretra (ANDERS, 2006).

Quando há danos no nervo pudendo ocorrem mudanças no tempo de condução (latências), ocasionadas por perda da integridade das grandes fibras mielínicas do nervo e os tempos de condução tornam-se prolongados, acarretando a IUE (PEEKER, I.; PEEKER, R., 2003).

Durante os difíceis partos vaginais, o ramo do nervo pudendo que supre o esfíncter uretral pode ser danificado. Também pode estar associado a esse problema a lesão do músculo levantador do ânus, levando a IUE na mulher. (MORGAN *et al.*, 2010).

Traumas durante o parto normal podem proporcionar a descida do colo vesical, a desnervação parcial dos músculos pélvicos e a neuropatia do nervo pudendo. Como consequência, podem ocorrer a hiper mobilidade da uretra e deficiência intrínseca do esfíncter uretral, assim ocorrendo uma menor pressão durante o fechamento uretral. Quando há um aumento da pressão intra-abdominal, a consequência é manifestada pela IUE (NYGAARD; HEIT, 2004).

Para Nygaard e Heit (2004), existem vários fatores que afetam a pressão uretral, entre eles a posição do colo vesical, a integridade do músculo do esfíncter uretral, a integridade do músculo liso uretral, a integridade do nervo uretral (nervo pudendo), plexos vasculares e dos tecidos que oferecem apoio para a uretra.

Eliasson *et al.* (2004) confirmam, em uma revisão de literatura, que a hiper mobilidade uretral é uma das causas de IUE.

Anders (2006); Nygaard e Heit (2004); Rosenzweig *et al.* (1992) afirmam que o aumento da pressão intra-abdominal tem grande impacto na IUE. O aumento da pressão intra-abdominal pode ser ocasionado pela tosse crônica ou massa abdominal-pélvica (HERBRUCK, 2008). A obesidade também pode causar um aumento da pressão abdominal e ser um fator desencadeante da IUE (CHEN *et al.*, 2009; HERBRUCK, 2008; NEWMAN, 2003).

Entre as mulheres gestantes de trinta e seis semanas é bastante comum o relato de perda urinária associada ao aumento da pressão abdominal (ELIASSON *et al.*, 2004).

A maior pressão intra-abdominal nas mulheres de meia-idade que leva à IUE, provavelmente é ocasionada pelo ganho de peso e elevado índice de massa corpórea (IMC), o que, teoricamente, pode sobrecarregar o mecanismo de continência ao longo do tempo, levando ao desenvolvimento de IUE em mulheres continentas e piorar a IU em mulheres incontinentes (WAETJEN *et al.*, 2009).

Mulheres em torno dos 45 anos de idade, considerando um enfraquecimento do tônus muscular pélvico e também alterações neurológicas na função do assoalho pélvico que apresentam aumento da pressão intra-abdominal por constipação intestinal, habitualmente realizam esforços durante as evacuações, podendo afetar o mecanismo de controle da continência urinária e contribuir para o desenvolvimento da IUE (NEWMAN, 2003; SWANSON *et al.*, 2005). Na mulher, o aumento da adiposidade abdominal provoca um aumento da pressão intra-abdominal, e se a pressão uretral estiver comprometida, também poderá ocorrer a IUE (MELIN *et al.*, 2008).

Normalmente, quando a pressão intra-abdominal aumenta durante a tosse ou ao exercício físico, a continência normal é mantida porque isso resulta em aumento da pressão direta e compressão mecânica do esfíncter uretral contra a fáscia de apoio endopélvica da vagina. Esse mecanismo ajuda no fechamento do esfíncter uretral. Durante a prática esportiva de alto impacto, como a vigorosa corrida, ginástica ou aeróbica intensa, é possível que a pressão intra-abdominal se eleve o suficiente para permitir que a pressão intra-vesical supere a pressão intra-uretral. Esse aumento excessivo pode suprimir até mesmo um princípio do mecanismo de funcionamento da continência, levando à IUE (JIANG *et al.*, 2004).

Eliasson *et al.* (2004) confirmam que o sobrepeso (IMC maior ou igual a 25 Kg/m<sup>2</sup>) e esportes de alto impacto elevam a pressão intra-abdominal e,

portanto, implicam grandes forças no músculo do assoalho pélvico, desencadeando a IUE. Elia (1999) também confirma que o súbito aumento da pressão intra-abdominal com atividade física exaustiva pode ocasionar a IUE.

Segundo Barros; Lucena; Anselmo (2007), o aumento brusco da pressão intra-abdominal durante a atividade física, associado às disfunções dos músculos do períneo são as principais causas da IUE. Os autores explicam que, com os exercícios físicos, a pressão intra-abdominal se eleva o suficiente, dessa forma, a contração dos músculos abdominais assegura o aumento da pressão intra-abdominal. Entretanto, se existir relaxamento dos músculos do períneo, que condiciona a conseqüente diminuição da pressão intra-uretral, a pressão intravesical excede a pressão intra-uretral, ocorrendo perda urinária por esforço.

Os esportes de alto impacto geram carga repetida sobre a musculatura perineal, além de gerar uma pressão intra-abdominal frequente e excessiva, que não será transmitida de forma homogênea à uretra e a bexiga tende a reduzir a eficácia mecânica do assoalho pélvico e/ou produzir alterações na composição de alguns músculos, que pode também causar danos físicos diretamente no assoalho pélvico como a separação da fâscia pubocervical da parede lateral pélvica (BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007; JIANG *et al.*, 2004).

Os exercícios físicos de alto impacto aumentam a pressão intra-abdominal e causam disfunção das estruturas de apoio pélvico (ELIA, 1999).

Alguns fatores de risco da IUE, tais como força durante a micção, atividade de alto impacto e asma aumentam a pressão sobre o assoalho pélvico. No entanto, ainda não está claro se esses fatores são causais ou apenas revelam debilidade do assoalho pélvico (ELIASSON *et al.*, 2004).

Particularmente, em mulheres mais jovens ocorre lesão neuromuscular durante o parto vaginal, muitas vezes antecipando o desenvolvimento de distúrbios ou doenças que envolvem a musculatura do assoalho pélvico, podendo desencadear a IUE (NEWMAN, 2003).

A IUE entre as mulheres jovens nulíparas está fortemente associada com a disfunção do assoalho pélvico, especialmente, nas mulheres que praticam atividades esportivas de alto impacto (ELIASSON *et al.*, 2004).

A musculatura do assoalho pélvico forte e funcional, provavelmente, ajuda a apoiar os órgãos quando há aumento da pressão intra-abdominal, entretanto, as mulheres grávidas apresentam distúrbios da função (disfunção) da

musculatura do assoalho pélvico, podendo ser deterioração crônica e progressiva da função neuromuscular pélvico-vaginal (ELIASSON *et al.*, 2004).

Morgan *et al.* (2010) e Rosenzweig *et al.* (1992) afirmam que a causa da IUE em mulheres com prolapso genitourinário é a disfunção do assoalho pélvico. Já Herbruck (2008) e Anders (2006) apresentam várias causas da IUE. Entre elas, a disfunção do assoalho pélvico. Segundo Anders (2006), essa disfunção pode ser devida à lesão no músculo do assoalho pélvico.

A obesidade também foi referida como passível de acarretar distúrbios do assoalho pélvico. No estudo realizado por Chen *et al.* (2009), 75,0% das mulheres obesas apresentavam distúrbios no assoalho pélvico comparado com 44,0% das pacientes não obesas. Nesse estudo, a prevalência da IUE no grupo de obesas foi de 60,0% e no grupo com peso considerado normal (IMC 23 Kg/m<sup>2</sup>) foi de 28,0%.

As mulheres com IUE mostraram sinais de danos à inervação (danos neurais) da musculatura do assoalho pélvico como consequência da gravidez e do parto, assim afetando a força do músculo (PEEKER, I.; PEEKER, R., 2003).

Scarpa *et al.* (2006) sugerem que talvez as mulheres sejam mais propensas a danos nos nervos durante a gravidez e alterações musculares durante o parto normal. Herbruck (2008) aponta que danos aos nervos durante o parto de bebês com peso excessivo e a segunda fase do trabalho de parto prolongada podem oferecer às mulheres grande risco de desenvolverem IUE. Newman (2003) afirma que a desnervação parcial do assoalho pélvico também pode ocorrer, muitas vezes, como resultado de uma cirurgia pélvica, como a histerectomia.

Quanto ao enfraquecimento do assoalho pélvico como causa da IUE, Scarpa *et al.* (2006), sugerem que seja devido à deficiência de colágeno pré-existente, agravada pela remodelação do colágeno durante a gravidez.

O tônus muscular pélvico pobre nas mulheres por volta dos 45 anos pode afetar o controle da continência urinária (SWANSON *et al.*, 2005). Segundo Eliasson *et al.* (2004), as mulheres nulíparas, também podem ter enfraquecimento da musculatura pélvica. Na mulher, a flacidez ou enfraquecimento do músculo do assoalho pélvico irá reduzir a tensão no complexo do esfíncter, tornando-se insuficiente para manter firme o fechamento da uretra quando aumenta a pressão vesical (NEWMAN, 2003).



O efeito nocivo da nicotina nos fumantes e a falta de nutrientes adequados nas mulheres com transtornos alimentares podem enfraquecer a fásia endopélvica, enfraquecimento esse que poderá resultar em IUE (JIANG *et al.*, 2004; RICHTER *et al.*, 2005).

A musculatura do assoalho pélvico é constituída por dois tipos de fibras: tipo I e tipo II. As fibras tipo I são de contração lenta, cujas células são resistentes à fadiga, consomem mais oxigênio, importantes na manutenção da continência em repouso e responsáveis pela manutenção do tônus muscular. As fibras tipo II são de contração rápida, caracterizando-se por se fatigarem rapidamente. Com o aumento da pressão intra-abdominal, promovem rápida resposta contrátil no assoalho pélvico, principalmente na região periuretral. Existem 70,0% de fibras tipo I e 30,0% de fibras tipo II. As fibras de contração lenta do assoalho pélvico (tipo I) são para manter o tônus muscular estável (ZUCCHI *et al.*, 2003).

A inatividade, o envelhecimento e os danos do nervo podem conduzir a uma diminuição da proporção fibras tipo II, em relação ao tipo I, no músculo do assoalho pélvico, causando a IUE (NEWMAN, 2003).

Na maioria dos casos, o parto normal substancialmente reduz a capacidade do assoalho pélvico de se contrair (uma semana até dois meses após o parto), não sendo mais possível recrutar o número máximo de unidades motoras durante uma contração voluntária (PEEKER, I.; PEEKER, R., 2003).

Scarpa *et al.* (2006) confirmam que durante a gravidez há alterações anatômicas e fisiológicas no músculo do assoalho pélvico, o que ocasiona diminuição da contração. Também podem ocorrer danos ao assoalho pélvico como consequência de lesão direta no músculo ou no nervo elevador do ânus. Herbruck (2008) afirma que a disfunção do músculo levantador do ânus contribui para IUE nas mulheres. Cerca de 20% das mulheres apresentam um defeito visível nos músculos levantadores do ânus após o parto vaginal. Dessa forma, apresentam diminuição da força muscular, podendo assim, não auxiliar no fechamento uretral completo (NYGAARD; HEIT, 2004).

Vários sintomas do trato urinário inferior estão relacionados à integridade do músculo levantador do ânus. Morgan *et al.* (2010) afirmam que quando há lesão no músculo levantador do ânus as mulheres podem apresentar prolapso urogenital juntamente com sintomas de IUE. Entretanto, os sintomas de

IUE são maiores nas mulheres com pequenas disfunções do músculo levantador do ânus do que nas mulheres com graves disfunções (MORGAN *et al.*, 2010).

Na mulher, outro fator é a diminuição de estrógeno, que leva à deterioração e enfraquecimento dos tecidos musculares da mucosa uretral e vaginal, com redução na tensão do complexo esfinteriano, que se torna insuficiente para manter a uretra fechada firmemente quando aumenta a pressão vesical. Além disso, há um declínio simultâneo na produção de muco dentro da uretra, enfraquecendo-a e reduzindo a pressão de fechamento uretral (NEWMAN, 2003).

Exercícios repetidos de alto impacto, praticados por atletas do sexo feminino, além de causarem danos e/ou fadiga no assoalho pélvico, podem levar a alterações hormonais. Além disso, os atletas muitas vezes têm amenorréia de origem hipotalâmica, resultando em baixos níveis de estrógeno. A função uretral está intimamente relacionada à produção hormonal ovariana (estrógeno). Portanto, há relação entre a atividade física exaustiva e a deficiência hormonal, o que explica a possibilidade de ocorrência de IUE nas atletas do sexo feminino (BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007).

Diante do exposto, pode-se inferir que a IUE na mulher possui antecedentes variados e interrelacionados, o que é confirmado por Anders (2006), que afirma que as causas da IUE na mulher são multifatoriais e estão associadas entre si.

#### **4.1.4.2 Consequências**

As consequências da incontinência urinária de esforço identificadas na literatura pesquisada demonstram, em seu conjunto, prejuízo para as pessoas que vivenciam esse problema, tanto na dimensão biológica, quanto na psicológica e social.

No Quadro 4 estão apresentadas as consequências identificadas.

<b>Consequências da IUE</b>	<b>Código do estudo</b>
Prejuízo na qualidade de vida	3; 4; 7; 12; 14; 17; 18; 19; 20; 22; 25 29
Interferência nas atividades diárias	4; 12; 16; 20; 24; 32

Impacto negativo nas atividades sociais	4; 12; 14; 19; 21; 24; 28; 31
Efeitos psicológicos em geral	14; 19; 21; 24
Sintomas depressivos	5; 13; 14; 25; 28
Ansiedade	5; 12; 25
Constrangimento	12; 14; 24
Mau humor, irritabilidade	5
Sentimento de medo	5; 12; 13; 24
Aumento de custos financeiros	14
Interferência na atividade sexual	4; 8; 11; 13; 24
Mudanças no estilo de vida	7; 25
Sintomas de incômodo	7; 12; 14; 16; 22; 23; 25
Incapacidade de participar de atividades físicas	12; 21; 24; 25; 31
Prejuízo no desempenho dos atletas	12
Prejuízo emocional	8; 14; 24
Impacto negativo da auto-estima e auto-imagem corporal	8; 13; 24; 25
Sentimento de frustração	8; 14
Problemas de higiene	12; 28

**Quadro 4.** Consequências de incontinência urinária de esforço identificadas na literatura. São Carlos. 2010.

Identificou-se que as consequências da IUE ocorrem nos âmbitos psicológico e social. No âmbito psicológico foram considerados os sintomas depressivos, ansiedade, impacto negativo da auto-estima e auto-imagem corporal, sentimento de medo, prejuízo emocional, sentimento de frustração e angústia, mau humor e irritabilidade.

A gravidade dos sintomas, os efeitos da IUE e a combinação com o uso de absorventes urinários foram fortemente associados com o risco de depressão (STOFFEL *et al.*, 2009).

O sentimento de frustração, a diminuição da auto-estima e o medo de ter odor desagradável são também relatados como consequência da IU. Esses aspectos interferem na saúde emocional, assim, afetando, intensamente, o psicológico (MELIN *et al.*, 2008; NEWMAN, 2003).

Um estudo que avaliava a IU pós prostatectomia radical e a qualidade de vida identificou nos homens aumento da ansiedade, depressão e baixa auto-estima (McCALLUM; MOORE; GRIFFITHS, 2001). É relatado também que a IUE pode acarretar efeitos psicológicos dolorosos e angustiantes. Várias mulheres tornam-se deprimidas e enfrentam dificuldades para discutir o problema com amigos, família ou profissionais (ANDERS, 2006).

Diferentes autores citam a ocorrência de sintomas emocionais identificados em pacientes com IUE, o que, conseqüentemente, possui efeito negativo na qualidade de vida (ANDERS, 2006; JIANG *et al.*, 2004; McCALLUM; MOORE; GRIFFITHS, 2001). No âmbito social igualmente há evidências de impacto negativo relacionado à IUE.

Em um estudo realizado com mulheres, é afirmado que a IUE interrompe rotinas diárias e leva as mulheres a evitar atividades sociais, como ir ao ginásio, sala de jantar com os amigos (NEWMAN, 2003).

Um estudo realizado em Pernambuco aponta que 38,6% das mulheres com IUE relatam ter afetadas suas atividades diárias e 36,5% as atividades sociais (BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007).

Conforme estudos realizados por Anders (2006); Melin *et al.* (2008), as mulheres que vivenciam a IU, principalmente a IUE, apresentam incapacidade de participar das atividades físicas de lazer e das atividades sociais, como viagens.

Schär e Sarlos (2003) afirmam que a perda urinária é também referida como um problema higiênico e social que preocupa as mulheres tanto em idade reprodutiva como na perimenopausa, o que leva a uma deterioração da vida e isolamento social. Barros, Lucena, Anselmo (2007) e Sobanski *et al.* (2004) citam o constrangimento e o isolamento social devido aos sintomas e problema de higiene da IUE.

Há ainda relato de que os homens com IUE persistente diminuem a prática de atividades físicas, as atividades sociais e o tempo longe de casa. Por conseguinte, isolam-se do convívio social (McCALLUM; MOORE; GRIFFITHS, 2001). Pelo constrangimento causado pela IUE, as pessoas se intimidam e não procuram ajuda profissional (ANDERS, 2006; BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007; NEWMAN, 2003).

A IUE gera gastos com o tratamento, dispositivos e custos nos cuidados de rotina, ocasionando problemas econômicos (ANDERS, 2006;

HERBRUCK, 2008), podendo piorar ainda mais a qualidade de vida, assim como os incômodos (HERBRUCK, 2008).

Há uma relação significativamente negativa entre a IUE e a atividade sexual, devida ao medo de perder urina durante a relação sexual. A perda da auto-estima, a imagem corporal afetada pela IUE também são relatadas como fatores que podem interferir na diminuição da atividade sexual, disfunção sexual e depressão, ou seja, uma má qualidade da relação conjugal (TANNENBAUM; CORCOS; ASSALIAN, 2006). Outros autores citam também que a IUE afeta a atividade sexual, causando problemas durante a relação (BENTZON; GRAUGAARD-JENSEN; BORRE, 2009; MELIN *et al.*, 2008; NEWMAN, 2003). Também Loizaga *et al.* (2007), em um estudo com homens, confirma influência negativa da IUE na vida sexual e acrescenta que esse problema causa desconforto, tanto para o paciente, quanto para sua esposa.

No estudo de Barros; Lucena e Anselmo (2007), sobre a IUE em atletas do sexo feminino, 54,4% das mulheres relataram que a IUE afeta suas atividades físicas. Essas autoras afirmam que a incontinência urinária de esforço não é considerada uma ameaça à vida, mas tem repercussões severas na qualidade de vida.

Diante do exposto, identifica-se que as consequências da IUE para as pessoas que a vivenciam estão situadas principalmente nos âmbitos sociais e psicológicos.

O impacto negativo na qualidade de vida devido a IUE foi citado por vários autores e apesar de ter sido apresentado individualmente como uma consequência, conclui-se que as demais consequências identificadas nos âmbitos psicológico e social, convergem em prejuízo na qualidade de vida.

#### **4.1.5 Referenciais empíricas**

Apresentam-se, nesta etapa, os métodos e instrumentos encontrados na literatura possíveis de determinar a existência do conceito em estudo.

<b>Métodos de mensuração</b>	<b>Código do estudo</b>
História	1; 6; 7; 9; 13; 17; 18; 20; 22; 23; 24; 26; 27; 28; 29; 31; 32
Exame Físico	1; 7; 17; 18; 20; 22; 24; 26; 29; 31; 32; 33
Teste Urodinâmico	1; 3; 4; 7; 9; 14; 17; 18; 20; 22; 24; 25; 26; 27; 29; 31; 32; 33; 34
Diário Miccional (3 ou 7 dias)	1; 7; 17; 18; 20; 29; 31
Pad Test (Teste de pesagem de absorventes urinários)	3; 4; 12; 18; 25; 27
Número de absorventes urinários ou fraldas usadas ao dia	3; 9; 18; 30; 33
Questionário de auto-avaliação dos sintomas de incontinência urinária	5; 17; 18; 30; 33
Cistouretroscopia	1; 22; 27
Manobra de Valsalva ou Teste da tosse no exame físico	2; 7; 20; 29; 31
Inspeção visual (toalha de papel imediatamente após a tosse ou teste de esforço de Valsalva).	2
Cistoscopia	3; 9; 29
Uretrocistografia	1
Ultrassonografia	1; 29
Ressonância para avaliar o músculo levantador do ânus	2
Q-Tip Test (Teste para avaliar a hiper mobilidade da uretra)	7; 17

**Quadro 5.** Métodos de mensuração da incontinência urinária de esforço identificados na literatura. São Carlos. 2010.

Diferentes autores concordam que a avaliação inicial de um paciente com queixas de IUE deve consistir em coleta de dados com entrevista, história

completa do paciente e exame físico (BUZELIN, 1998; ELIA, 1999; FICAZZOLA; NITTI, 1998; HERBRUCK, 2008; HERSCHORN *et al.*, 2010; NYGAARD; HEIT, 2004; RICHTER *et al.*, 2005; SCHÄR; SARLOS, 2003; TWISS; FLEISCHMANN; NITTI, 2005; ULLRICH; COMITER, 2004).

Na coleta de dados, é necessária informação da quantia de absorventes urinários ou fraldas usadas ao dia pelo paciente (COLLADO *et al.*, 2009; GONZÁLEZ-CHAMORRO *et al.*, 1996; MAHDY; ELMISSIRY; GHONIEM, 2008; MARSH; LEPOR, 2001; TWISS; FLEISCHMANN; NITTI, 2005).

Na avaliação do paciente, o diário miccional é recomendado e considerado como um critério objetivo para se obter informações necessárias na comprovação do diagnóstico de IUE (ELIA, 1999; NYGAARD; HEIT, 2004; SCHÄR; SARLOS, 2003; TWISS; FLEISCHMANN; NITTI, 2005). O diário miccional é um método confiável para avaliar a frequência de perda involuntária de urina. Ele tem a vantagem do paciente documentar a ocorrência da incontinência em seu ambiente habitual, diariamente, desse modo, minimizando o erro (RICHTER *et al.*, 2005).

Por meio do diário miccional (três ou sete dias), pode-se avaliar o tipo, o padrão e a gravidade da IUE (HERBRUCK, 2008). Segundo Herschorn *et al.* (2010), o diário miccional de sete dias é confiável, podendo ser considerado padrão ouro.

No exame físico, a ênfase é dada ao exame pélvico detalhado. Dentre os testes realizados no exame físico para averiguar a presença de IUE existem a manobra de Valsalva e o teste de esforço da tosse (HERBRUCK, 2008; NYGAARD; HEIT, 2004). Esses testes também contribuem para determinar a descida da junção uretrovesical e a comprovação do relaxamento da musculatura vaginal, causas de IUE na mulher (HERBRUCK, 2008).

Na realização do teste de esforço da tosse ou na manobra de Valsalva é empregada a técnica de inspeção de saída de urina ao esforço. Nesse teste, pode-se colocar uma toalha de papel no meato urinário para facilitar a visualização da perda urinária (MORGAN *et al.*, 2010).

Os sintomas típicos da IUE relatados na consulta, juntamente com o resultado positivo do teste de esforço realizado por meio do exame físico, sustentam o diagnóstico de IUE (SCHÄR; SARLOS, 2003).

O teste Q-Tip é uma simples ferramenta que pode ser usada no exame físico pélvico para avaliação da existência de hiper mobilidade da uretra, considerada

uma das causas da IUE na mulher (HERBRUCK, 2008; RICHTER *et al.*, 2005). No teste Q-Tip um swab ou cotonete estéril é colocado na uretra, quando então, é solicitado que o paciente realize a manobra de Valsalva. O movimento do Q-Tip com o esforço maior que trinta graus no plano horizontal indica hiper mobilidade uretral (HERBRUCK, 2008; RICHTER *et al.*, 2005).

A aplicação de diferentes questionários de auto-relato de sintomas foi identificada como auxiliar no diagnóstico e avaliação da gravidade da IUE. Entre outros itens, esses questionários abordam a frequência, o volume da perda urinária, o uso de absorvente usado ao dia e o grau de incômodo gerado pela IU (GONZÁLEZ-CHAMORRO *et al.*, 1996; RICHTER *et al.*, 2005; SWANSON *et al.*, 2005; TANNENBAUM; CORCOS; ASSALIAN, 2006).

A avaliação urodinâmica contribui para classificar o tipo de IU e pode confirmar a causa, tanto em homens como mulheres. É considerada valiosa ferramenta na precisão do diagnóstico de IU (ANDERS, 2006; BENTZON; GRAUGAARD-JENSEN; BORRE, 2009; HERBRUCK, 2008; McCALLUM; MOORE; GRIFFITHS, 2001; NYGAARD; HEIT, 2004; ULLRICH; COMITER, 2004;). Pode proporcionar avaliação clínica referente ao funcionamento da bexiga, mecanismo esfinteriano e ao padrão de eliminação da urina (FICAZZOLA; NITTI, 1998; GONZÁLEZ-CHAMORRO *et al.*, 1996; HERBRUCK, 2008; ULLRICH; COMITER, 2004;).

Considera-se como teste complementar junto aos pacientes com IUE o *Pad-test* (teste do absorvente urinário). A importância desse teste se dá na avaliação do volume da perda urinária. Ele serve para mensurar a gravidade da incontinência urinária tanto para homens como mulheres. O *Pad-test* é apresentado na literatura como uma forma objetiva e confiável de medir a gravidade da IU e tem apresentado resultados consistentes nos que vivenciam a IUE (DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997; TWISS; FLEISCHMANN; NITTI, 2005). Portanto, o sistema *Pad-test* é um teste de pesagem de absorventes, que quantifica a gravidade da incontinência urinária (DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997).

O *pad-test* de uma hora é amplamente utilizado porque é padronizado e mais fácil de aplicar (HERSCHORN *et al.*, 2010). Já a mensuração de vinte quatro horas é mais fidedigna (McCALLUM; MOORE; GRIFFITHS, 2001; NEWMAN, 2003; TWISS; FLEISCHMANN; NITTI, 2005).



Twiss; Fleischmann; Nitti (2005), em seu estudo, apontam que o *Pad-test* pode ser também útil em comprovar o grau de deficiência esfinteriana, mais do que a medida da pressão abdominal do ponto de vazamento. Entretanto, relatam que para determinar um verdadeiro valor clínico para esse parâmetro é necessária a medida do *Pad-test*, juntamente com a medida da pressão abdominal.

Para identificar a causa da IUE, pode ser utilizada a cistouretroroscopia, que avalia anormalidades anatômicas, tais como anastomose vesicouretral ou estreitamento uretral (DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997; ULLRICH; COMITER, 2004). Na revisão integrativa realizada por Herschorn *et al.* (2010), os autores apontam a utilidade da cistouretroroscopia na verificação da integridade da parede uretral na face anterior (mecanismo de incontinência esfinteriana distal pós-ressecção transuretral da próstata), contração voluntária do assoalho pélvico e o estado da bexiga.

A cistoscopia pode fornecer informações importantes associada com o estudo urodinâmico, pois juntos avaliarão o tônus do esfíncter externo e a anastomose uretrovesical (COLLADO *et al.*, 2009).

Outras investigações radiográficas podem fornecer informações importantes para o clínico, dentre elas a uretrorostografia pode ser usada para demonstrar uma fístula, estenose ou divertículo uretral; ultrassonografia que é amplamente usada, não apenas para avaliar o trato urinário superior e inferior, mas também para avaliar o pós esvaziamento da urina residual (HERSCHORN *et al.*, 2010; SCHÄR; SARLOS, 2003); já a cistografia pode demonstrar uma abertura no colo da bexiga quando suspeita de desnervação (após ressecção abdominoperineal do reto); e a ressonância serve para avaliar o músculo levantador do ânus (MORGAN *et al.*, 2010).

No caso de recorrência da incontinência urinária após cirurgia ou alguns distúrbios miccionais é indicada a ultrassonografia perineal, a cistoscopia em conjunto com o estudo urodinâmico para avaliar a causa da IUE (SCHÄR; SARLOS, 2003).

Conclui-se que é de suma importância para diagnosticar a IUE a coleta de dados, incluindo a entrevista, a história do paciente e o exame físico com alguns testes mencionados acima, tais como: o Q-Tip, a manobra de Valsalva e o teste de esforço da tosse, que podem ser realizados nessa fase considerada avaliação inicial. Também é de grande importância para confirmar o diagnóstico e auxiliar na

descoberta da causa da IUE o teste urodinâmico. Alguns exames e testes que foram encontrados na análise de conceito são utilizados para mensurar e quantificar a gravidade da IUE como o *Pad-test* e o diário miccional. Os exames radiográficos ou radiológicos servem para investigar com mais detalhes as causas da IUE.

#### **4.2 Comparação dos dados da análise de conceito com os elementos do diagnóstico de enfermagem “Incontinência urinária de esforço” da NANDA-I (2010)**

Os resultados da análise, tais como a definição operacional, a lista de atributos definidores e os antecedentes, fornecem ao pesquisador uma excelente forma de avaliar o conceito, assim, conseguindo desenvolver uma linguagem padronizada para descrever a prática de enfermagem, o que resulta em um crescimento da linguagem na literatura teórica e na pesquisa (WALKER; AVANT, 2005).

Segundo Walker e Avant (2005), os diagnósticos de enfermagem são descritos por três componentes: o problema de saúde, a etiologia e os sinais e sintomas que o definem.

Nessa fase do estudo, primeiramente, realizou-se uma comparação dos achados da análise do conceito com cada elemento do diagnóstico de enfermagem “incontinência urinária de esforço” da NANDA-I (2010). Posteriormente, foram sugeridas adequações na definição, nos fatores relacionados e nas características definidoras desse diagnóstico.

##### **4.2.1 Enunciado Diagnóstico**

Na classificação da NANDA-I (2010), o diagnóstico “incontinência urinária de esforço” encontra-se no Domínio 3: “Eliminação e troca” e pertence à Classe 1: “Função urinária”.

O domínio três, definido como “secreção e excreção de produtos residuais do organismo” e a classe um “processo de secreção, reabsorção e excreção de urina” (NANDA-I, 2010). De acordo com esse estudo, considera-se pertinente o domínio e a classe onde se localizam esse diagnóstico. O enunciado diagnóstico é um termo ou expressão concisa que representa um padrão de indícios relacionados e estabelece um nome ao diagnóstico de enfermagem (NANDA-I, 2010).

A Taxonomia II da NANDA-I (2010) é multiaxial, composta por sete eixos que são necessários na construção do enunciado diagnóstico, os quais definem a dimensão da resposta humana e é representado e nomeado por meio de valores.

O eixo um (conceito do diagnóstico), o eixo dois (sujeito do diagnóstico) e o eixo três (julgamento) são componentes essenciais de um diagnóstico de enfermagem. Em alguns casos, no enunciado diagnóstico o conceito contém o julgamento e não o sujeito. Nesses casos, de forma implícita, o sujeito é o indivíduo (NANDA-I, 2010).

Para o Diagnosis Development Committee, os três eixos citados acima são exigências na submissão do diagnóstico; os demais podem ser usados para elucidar o diagnóstico (NANDA-I, 2010). O conceito diagnóstico é a parte fundamental do diagnóstico, a raiz do enunciado. Descreve a “reação humana”; pode ter um ou mais substantivos, mas cada um deles contribui para um sentido único ao conceito (NANDA-I, 2010).

No caso do diagnóstico “incontinência urinária de esforço” da NANDA-I (2010), o conceito diagnóstico é “incontinência de esforço”; o julgamento não está separado, o conceito contém o julgamento; e o sujeito, indivíduo, está implícito no enunciado.

Conforme a NANDA-I (2010), o eixo quatro, localização, descreve as partes, regiões do corpo e/ou funções relacionadas; o eixo cinco, idade, refere-se à idade da pessoa, que é o sujeito do diagnóstico; o eixo seis, tempo, descreve a duração do conceito diagnóstico; e o eixo sete, a situação do diagnóstico, refere-se à realidade ou potencialidade do problema, ou à categoria do diagnóstico.

No diagnóstico em estudo, são usados os eixos quatro, localização, com o valor “urinário” e sete, situação do diagnóstico, com o valor “real”.

Nesse contexto, considera-se que o enunciado “incontinência urinária de esforço” é adequado e de fácil compreensão para os enfermeiros na prática clínica e ensino, além de ser conhecido no âmbito da pesquisa na área da saúde.

#### **4.2.2 Definição**

A “incontinência urinária de esforço” é apresentada na NANDA-I (2010), como um diagnóstico de enfermagem real. Trata-se de um fenômeno com repercussão relevante nos âmbitos biológico, psicológico e social, incluindo aspectos econômicos. A definição da IUE é apresentada por diferentes autores com algumas variações.

De acordo com a International Continence Society-ICS (2010) e Abrams *et al.* (2002), a incontinência urinária é definida como “perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico”.

Segundo Abrams *et al.* (2002), a incontinência de esforço, observada na urodinâmica durante a cistometria, é definida como a “perda involuntária de urina durante o aumento da pressão abdominal, na ausência de contração do detrusor”.

A *National Association for Continence* (2010) aponta que a incontinência urinária de esforço ocorre devido à debilidade dos músculos do assoalho pélvico e/ou deficiência do esfíncter uretral, causando o “vazamento de urina da bexiga durante o exercício, tossir, espirrar, rir, ou qualquer movimento corporal que exerce uma pressão sob a bexiga”, assim, a uretra é incapaz de permanecer fechada perdendo urina para o meio externo. Nessa situação, a anormalidade ou a fraqueza está associada ao assoalho pélvico, rede de músculos que suportam a uretra e órgãos pélvicos.

De acordo com a Society of Urologic Nurses and Associates (2010), a incontinência de esforço é a “perda de urina devido ao aumento da pressão abdominal, quando espirrar, rir, levantar, mudar de posição ou exercício”.

No DeCS da Biblioteca Virtual em Saúde, o termo para designar a incontinência urinária de esforço em inglês é “urinary incontinence, stress”; em espanhol “incontinencia urinaria de esfuerzo”; e, em português, “incontinência urinária por estresse” é definida em português como “liberação involuntária de urina,

resultante da atividade física que aumenta a pressão abdominal sobre a bexiga urinária sem contração do detrusor ou bexiga superdistendida”.

O conceito de incontinência urinária de esforço é baseado em dados clínicos e urodinâmicos, ou seja, corresponde a um sintoma (perda involuntária de urina durante esforço físico), a um sinal (identificação da perda de urina pela uretra, sincrônica ao aumento de pressão abdominal) e a uma condição (perda de urina quando a pressão vesical excede a pressão uretral, na ausência de atividade do detrusor), para Girão (2002).

Para Tanagho, Mcaninch, (2007), a incontinência urinária de esforço existe quando ocorre eliminação de urina em associação com esforço físico (exemplo: tosse, gargalhada, levantamento de uma cadeira), associado à debilidade do apoio do assoalho pélvico permitindo a hiper mobilidade dos seguimentos vesicouretrais, o que, por sua vez, compromete a eficiência da musculatura esfinteriana, enfraquecendo os mecanismos esfinterianos. Os pacientes queixam-se de perda de urina apenas com esforço na posição ortostática”.

Campbell (2010), sobre a incontinência urinária de esforço, afirma ser a perda de pequenas quantidades de urina ao tossir, rir, espirrar, exercício ou outros movimentos que aumentam a pressão intra-abdominal e, assim, aumentam a pressão sobre a bexiga. As alterações físicas decorrentes da gravidez, parto e menopausa frequentemente causam a incontinência de esforço e, nos homens é um problema comum após a prostatectomia”.

Incontinência urinária de esforço é descrita como um vazamento que acontece com tosse, espirros, ao exercitar, rir, levantar objetos pesados, e outros movimentos que exercem pressão sobre a bexiga. É o tipo mais comum de incontinência. Ela pode ser tratada e às vezes curada (MEDIC8, 2010).

Tannenbaum; Corcos e Assalian (2006) definem a incontinência de esforço como a perda urinária ao rir, tossir ou fazer exercício.

Esse termo, para Nygaard e Heit (2004), descreve o sinal, ou seja, a observação de vazamento de urina da uretra, sincrônico com a tosse ou esforço e quando ela é confirmada durante o teste urodinâmico, identifica-se pela perda de urina pela uretra, coincidido com o aumento da pressão abdominal (por exemplo, durante a tosse ou espirro), mas na ausência de contração do detrusor. Anteriormente, esse termo no teste urodinâmico era designado como diagnóstico de “incontinência de esforço real”.

De acordo com Scarp (2006), a incontinência urinária de esforço apresenta perda de urina, considerando diferentes tipos de esforço como tossir, rir e, também, quando o cliente queixa-se de escape de urina involuntariamente por fatores de precipitação sob esforço, ou exercícios, ou espirros, ou tosse, ou ao levantar-se, ou outras atividades físicas.

Conforme relato de Desautel, Kapoor, Badlani (1997), a incontinência urinária de esforço, após resultado do teste urodinâmico, é definida como a perda involuntária de urina de forma passiva ou esforço induzido pela manobra de Valsalva, na ausência de contração do detrusor.

Para Peeker, I.; Peeker, R. (2003), trata-se de perda involuntária de urina que ocorre quando a contração do detrusor está ausente e a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima.

Newman (2003) afirma que a Incontinência urinária de esforço é a perda involuntária de urina durante esforço físico ou ao tossir, espirrar ou rir e a contração do detrusor não está envolvida.

Sobanski (2004) descreve a incontinência urinária de esforço como a perda involuntária de urina durante o aumento da pressão intra-abdominal com o trabalho físico, tossir, espirrar e rir.

A IUE é definida por Elia (1999) como “perda de urina na fase de armazenamento que se segue a um aumento súbito da pressão intra-abdominal, sem contração vesical concomitante”.

Quanto à classificação da incontinência urinária de esforço, segundo Richter (2005), há várias dimensões de gravidade ou classificação, incluindo a frequência dos episódios, o volume de perda de urina e o impacto da incontinência sobre a qualidade de vida.

A incontinência urinária de esforço pode ser classificada de várias maneiras. Segundo Girão (2002), a classificação pode ser considerada de acordo com a intensidade do esforço para ocorrer a perda de urina, a quantidade perdida ou os ângulos de inclinação da uretra, entretanto, relata que toda tentativa de classificar a IUE é fatalmente incompleta. Esse autor a classifica em tipos 0, I, IIa, IIb, e III.

Bentzon, Graugaard-Jensen e Borre (2009) classificam a incontinência urinária de 0-3. 0 - pacientes que ficaram secos e não usam fraldas, considerando-os continentemente, mesmo se relataram perda de uma ou duas gotas de urina durante aumento severo de pressão abdominal (tosse e riso); 1 - Incontinência leve uso

ocasional de fraldas durante o trabalho; 2- Incontinência moderada uso contínuo de uma fralda por dia e 3 - incontinência severa paciente com vazamento quase constante, sem controle da urina em posição vertical (ortostática) com uso contínuo de várias fraldas por dia.

A classificação da incontinência urinária considerada por Desautel; Kapoor; Badlani (1997), é associada ao número de absorventes diários. Quando o paciente usa um ou dois absorventes diários, a incontinência urinária é classificada como leve; quando usa de dois a cinco absorventes diários - incontinência moderada; quando apresenta perda incontrolável constante, é classificada como incontinência grave.

Subjetivamente, de acordo com a frequência da perda urinária aos esforços, as classes de incontinência urinária de esforço foram chamadas por Scarp (2006), como: Intensidade Baixa – pacientes apresentavam sintomas de escape de urina uma vez por semana; Intensidade Moderada – sintomas de escape de urina muitas vezes por semana; e Intensidade Grave – sintomas de escape de urina durante o dia todo.

Conforme Newman (2003), a classificação da incontinência urinária de esforço está relacionada ao grau de esforço, sendo que a IUE Mínima pode ocorrer pela perda de urina após tossir, rir, ou espirrar; a IUE Moderada ocorre pela perda de urina com atividades como jogar golfe ou simplesmente caminhar em um espaço ou lugar; e a IUE Grave pela perda de urina com atividades mais vigorosas como exercício aeróbico.

Koelbl *et al.* (2010) mencionam que está sendo estudada há algum tempo uma nova classificação para IUE, baseada nas causas e que integrará como elementos interrelacionados a hipermobilidade e a disfunção uretral.

A NANDA-I (2010) define o diagnóstico “Incontinência urinária de esforço” como: “Perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal”. A partir dos dados obtidos no presente estudo, sugere-se que algumas modificações podem ser feitas nessa definição.

Autores como Bentzon, Graugaard-Jensen e Borre (2009) e Scarp (2006) descrevem o grau III ou grave de IUE como uma perda de urina quase que constante, durante o dia todo. Sendo assim, sustentada pela classificação, sugere-se a retirada da palavra “repentina” na definição de incontinência urinária de esforço da NANDA-I.

Ainda de acordo com a literatura consultada, a palavra “involuntária” foi sugerida para inclusão, pois os achados clínicos e urodinâmicos confirmam que a pessoa que vivencia a incontinência urinária de esforço perde urina involuntariamente, assim, durante as atividades de esforço apresentam, independentemente da vontade de urinar, a perda de urina. Autores e associações de continência e urologia afirmam isso quando definem a incontinência urinária de esforço ou quando demonstram resultados urodinâmicos (ABRAMS, 2002; BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE - DeCs, 2010; DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997; GIRÃO, 2002; INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY, 2010; NEWMAN, 2003; PEEKER, I.; PEEKER, R., 2003; SCARPA, 2006; SOBANSKI, 2004).

Existe também a afirmação de que na incontinência urinária de esforço a perda de urina involuntária acontece sem que haja contração do detrusor. Os resultados dos testes urodinâmicos corroboram essa afirmação, então, sugere-se a inclusão “sem que haja contração do detrusor” na definição do diagnóstico IUE da NANDA (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE - DeCs, 2010; DESAUTEL; KAPOOR; BADLANI, 1997; ELIA, 1999; GIRÃO, 2002; NEWMAN, 2003; NYGAARD; HEIT, 2004; PEEKER, I.; PEEKER, R., 2003).

Dessa forma, diante dos dados obtidos nessa análise de conceito, considera-se que a definição do diagnóstico incontinência urinária de esforço da NANDA-I poderia ser: “Perda involuntária de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal sem que haja contração do detrusor”. Ressalta-se, no entanto, a necessidade de continuidade das etapas de validação para identificar se esta seria a melhor definição para o diagnóstico de enfermagem IUE.

#### **4.2.3 Fatores relacionados**

Um dos componentes da análise de conceito apresentado por Walker e Avant (2005) são os antecedentes, que, por sua vez, têm relação com a etiologia do problema. Os antecedentes são considerados um dos componentes dos diagnósticos de enfermagem reais, os fatores relacionados.



Os fatores relacionados para IUE apresentados na NANDA-I são:

- Alta pressão intra-abdominal;
- Deficiência intrínseca do esfíncter uretral;
- Enfraquecimento da musculatura pélvica;
- Mudanças degenerativas da musculatura pélvica.

A partir da análise de conceito realizada, os antecedentes identificados foram:

- Disfunção intrínseca do esfíncter uretral;
- Enfraquecimento da musculatura pélvica;
- Disfunção da musculatura do assoalho pélvico por lesão neuromuscular e diminuição da transmissão do sinal neural;
- Disfunção do músculo levantador do ânus (músculo que compõe a musculatura do assoalho pélvico);
- Disfunção do nervo pudendo por lesão ou neuropatia;
- Hiper mobilidade do colo vesical e hiper mobilidade uretral;

Vale ressaltar que não foram identificados antecedentes na análise de conceito realizada referente ao fator relacionado: Mudanças degenerativas da musculatura pélvica.

Por outro lado a hiper mobilidade do colo vesical e uretral não consta entre os fatores relacionados apresentados atualmente na NANDA-I.

Com relação à musculatura do assoalho pélvico, a sugestão seria a substituição do termo “enfraquecimento” por “disfunção” por tratar de um termo mais abrangente, uma vez que o enfraquecimento está relacionado à deficiência de colágeno, enquanto que o termo disfunção abrangeria além do enfraquecimento, as possíveis lesões neuromusculares e diminuição da transmissão do sinal neural do assoalho pélvico, além da disfunção do músculo levantador do ânus. Então, sugere-se a redação “Disfunção da musculatura do assoalho pélvico”.

Em relação ao fator relacionado alta pressão intra-abdominal, de acordo com os resultados da análise de conceito, está elucidado que, tanto no homem como na mulher, a IUE ocorrerá necessariamente quando da ocorrência de atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, no entanto esta condição por si só não constitui causa da IUE.

#### **4.2.4 Características definidoras**

Walker e Avant (2005) apresentam como outro resultado da análise de conceito os atributos definidores que têm relação com os componentes do diagnóstico de enfermagem denominados característica definidora.

Segundo a NANDA-I (2010), as características definidoras do diagnóstico de enfermagem são indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real, de bem-estar ou de promoção da saúde.

As características definidoras apresentadas na NANDA-I (2010) para o DE IUE são:

- Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao espirrar;
- Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar;
- Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao rir;
- Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao rir;
- Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao tossir;
- Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao tossir;
- Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina durante esforço;
- Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina sob esforço.
- Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor;
- Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor;
- Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga;
- Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga;

Na análise de conceito realizada, vale ressaltar que não foram identificadas as seguintes características definidoras apresentadas na NANDA-I (2010): perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga e relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga como atributos definidores do conceito de IUE.

A partir de uma análise comparativa dos dados obtidos nessa análise de conceito com o que é apresentado na NANDA-I em relação às características definidoras, sugere-se a inclusão dos seguintes atributos:

- Perda involuntária relatada de urina durante relação sexual (climactúria, penetração);
- Perda involuntária relatada de urina durante a gestação;
- Perda observada de urina durante o teste de esforço (Manobra de Valsalva, Teste da Tosse e Teste de Esforço na posição supina);
- Alterações específicas no teste urodinâmico (como menor pressão de fechamento uretral máxima; menor pressão de perda ao esforço).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Na análise de conceito realizada, foram identificados atributos definidores, antecedentes, consequências e referências empíricas relativos à IUE. Além de uma visão mais abrangente sobre o assunto, o estudo desses elementos possibilitou ainda uma análise preliminar do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I “incontinência urinária de esforço”, quanto à pertinência de seu enunciado, sua definição e uma comparação de atributos e antecedentes com as características definidoras e fatores relacionados.

O método utilizado foi considerado adequado para o alcance dos objetivos propostos.

Em relação aos atributos definidores, foram identificados: perda involuntária de urina observada durante a manobra de Valsalva, perda involuntária de urina ao tossir, relato de perda de urina ao rir; relato de perda de urina ao espirrar, uso de fraldas ou absorventes urinários (a partir de uma por dia), resultado de Pad test 24h de 2 a 164g, perda involuntária de urina observada nos testes de esforço na posição supina, relato de perda de urina durante o trabalho diário (atividades de rotina, trabalho físico), além de relato de perda de urina involuntária nas seguintes situações: associada à atividade física (ginástica, corrida, atividade aeróbica, esportes com bola, caminhar, saltar, alto impacto), por atletas durante as atividades esportivas de alto impacto e exaustivas, aos diferentes tipos de esforço, ao levantar/ficar de pé, ao pegar um objeto no chão, durante a relação sexual (homens e mulheres), durante o orgasmo - climactúria (homens e mulheres), durante a penetração (mulheres), incapacidade de participar de atividades sociais pela perda urinária, gestação, doença respiratória com tosse severa (Exemplo: crises de asma, doença pulmonar obstrutiva), ao sair da cama pela manhã. Também foram identificados: relato de experiência de perda de urina e de incômodo por perda de urina.

Em relação aos antecedentes, foram identificados: deficiência intrínseca esfinteriana, diminuição do tônus esfinteriano, lesão do esfínter (trauma cirúrgico), hipermobilidade uretral (danos nos ligamentos e músculos), danos uretral (homem - estenose devido à anastomose uretrovesical; mulher - rigidez e cicatriz uretral devido à cirurgia e radioterapia, hipermobilidade do colo vesical (posicionamento anatômico; descida do colo vesical; danos nos ligamentos e músculos do colo vesical), disfunção da musculatura do assoalho pélvico (dano ou lesão do assoalho pélvico; lesão da inervação ou desnervação parcial do assoalho

pélvico; lesão neuromuscular; diminuição da transmissão do sinal neural (danos do suprimento nervoso ao músculo), enfraquecimento do assoalho pélvico, aumento da pressão intra-abdominal (obesidade, aumento do IMC, constipação intestinal, gestação, tosse crônica, disfunção do músculo levantador do ânus (por lesão), disfunção do nervo pudendo (por lesão), alterações hormonais (diminuição de estrógeno), falhas do apoio muscular dos órgãos pélvicos (fáscia endopélvica), pressão intravesical excede a pressão intrauretral.

Em relação aos referenciais empíricos, foi identificado que, para que se possa determinar a existência da IUE ou mensurá-la é de suma importância a coleta de dados, incluindo a entrevista, a história do paciente, o exame físico e alguns testes, tais como: a manobra de Valsalva, o Teste de Esforço da tosse e o Q-Tip, que podem ser realizados durante o exame físico. Também é de grande importância o teste urodinâmico. Outros exames e testes foram encontrados na análise de conceito, porém, são utilizados para mensurar e quantificar a gravidade da IUE.

As consequências da IUE identificadas são relativas a prejuízos tanto na dimensão biológica, quanto na psicológica e social. Porém, a ênfase está no âmbito social e psicológico. Com clareza, os sintomas da IUE refletem negativamente na qualidade de vida do pacientes e seus familiares. Além disso, os custos com os cuidados são substanciais e crescentes sobre os pacientes, famílias e organizações de saúde.

A análise de conceito realizada aponta para a possibilidade de contribuições para o diagnóstico de enfermagem “Incontinência urinária de esforço”, da NANDA-I. No entanto, entende-se que as demais etapas de um estudo de validação devem ser percorridas, especialmente diante da complexidade da temática.

Em relação à verificação do enunciado e da definição do diagnóstico da NANDA-I “incontinência urinária de esforço”, conclui-se que o enunciado é adequado e de fácil compreensão para os enfermeiros na prática clínica e ensino, além de ser esse o termo utilizado no âmbito da pesquisa na área da saúde. Quanto à definição do diagnóstico, a sugestão proposta no estudo que resultou neste texto é a de que poderia vir a ser modificada para “Perda involuntária de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal sem que haja contração do detrusor”.

Em relação à comparação dos antecedentes identificados na análise de conceito com os fatores relacionados da NANDA-I, sugere-se que possa haver,

no fator relacionado “enfraquecimento da musculatura pélvica”, a substituição do termo enfraquecimento por disfunção, que é mais abrangente; e inclusão de disfunção do músculo levantador do ânus; disfunção do nervo pudendo, hiper mobilidade do colo vesical e/ou hiper mobilidade uretral.

Espera-se que este texto contribua para os estudos de enfermeiros generalistas e especialistas que atuam na atenção básica e especializada, com subsídios para um melhor entendimento do fenômeno “incontinência urinária de esforço” e para a sistematização da assistência de enfermagem, com vistas a uma abordagem satisfatória por parte do enfermeiro e a um cuidado de qualidade direcionado aos pacientes que vivenciam essa experiência.

Considera-se importante a realização de novos estudos com o DE “incontinência urinária de esforço”, especialmente em relação às demais etapas do processo de validação diagnóstica para fortalecer a argumentação teórica construída e sustentar o DE em estudo.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. *et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**, v. 21, n. 2, p. 167-178, 2002.

AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (AHCPR). **Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update**. Estados Unidos da América, marc. 1996. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/clinic/uioverview.htm>>. Acesso em 10 dez. 2010.

AITA, M.; SNIDER, L. The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 41, n. 3, p. 223-232, feb. 2003.

ALFARO-LeFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALLVIN, R. *et al.* Postoperative recovery: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 57, n. 5, p. 552-558, mar. 2007.

ANDERS, K. Recent developments in stress urinary incontinence in women. **Nursing Standard**, v. 20, n. 35, p. 48-54, may. 2006.

ASSAD, L. A. D. Urinary incontinence in older Men. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, v. 16, n. 1, p. 33-53, sep. 2000.

BARROS, J. D.; LUCENA, A. C. T.; ANSELMO, C. W. S. F. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura. **An. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco**, v. 52, n. 2, p. 173-180, 2007.

BENTZON, D. N.; GRAUGAARD-JENSEN, G.; BORRE, M. Urethral pressure profile 6 months after radical prostatectomy may be diagnostic of sphincteric incontinence: preliminary data after 12 months' follow-up. **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology**, v. 43, n. 2, p. 114-118, jan. 2009.



BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). Descritores em Ciência da Saúde - DeCs: Incontinência urinária de esforço. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/> Acesso em: 13 fevereiro 2010.

BO, K.; KVARSTEIN, B.; NYGAARD, I. Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years. **Obstetrics and Gynecology**, v. 105, n. 5, part 1, p. 999-1005, may. 2005. Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.2.4a/ovidweb.cgi?&S=PKKKFPEOKKDDHPLONCCLLBGCHCGGAA00&Browse=Top+Children%7cYES%7cS.sh.15.17.22.26%7c84%7c60>. Acesso em: 14 dez. 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. [online] Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. [capturado 3 fev. 2010] Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34>. Acesso em: 25 maio. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais Saúde: direito de todos. Brasília, DF, 2005. 127p.

BUZELIN, J-M. Incontinence urinaire de la femme. Quel bilan? Quel traitement? **Annales D' Urologie**, v. 32, n. 2, p. 83-88, 1998.

CAMPBELL, S. C. **Urinary incontinence**, 2010. Disponível em: [http://www.wikidoc.org/index.php/Urinary\\_incontinence](http://www.wikidoc.org/index.php/Urinary_incontinence) Acesso em: 19 de outubro 2010.

CARVALHO, E. C. *et al.* Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>. Acesso em: 25 abr. 2009.

CHAVES, E. C. L. *et al.* Validação de diagnóstico de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/> Acesso em: 08 fev. 2009.

CHEN, C. C. G. *et al.* Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 5, n. 4, p. 411-415, jul/aug. 2009.

COLLADO, A. *et al.* Qué pacientes com incontinência de esforço trás prostatectomía radical se benefician de la indicación de invance? **Archivos Españoles de Urologia**, v. 62, n. 10, p. 851-859, 2009.

CUNNINGHAM, R. S. Clinical practice guideline use by oncology advanced practice nurses. **Applied Nursing Research**, v. 19, n. 3, p. 126-133, aug. 2006.

DESAUTEL, M. G.; KAPOOR, R.; BADLANI, G. H. Sphincteric incontinence: the primary cause of post-prostatectomy incontinence in patients with prostate cancer. **Neurourology and Urodynamics**, v. 16, n. 3, p. 153-160, 1997.

DOYLE-LINDRUD, S. Prostate câncer: a chronic illness. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 11, n. 6, p. 857-861, dec. 2007.

ELIA, G. Stress urinary incontinence in women: removing the barriers to exercise. **Physician and Sportsmedicine**, v. 27, n. 1, p. 39-44,50-52,94-96, jan. 1999.

ELIASSON, K. *et al.* Prevalence of urinary leakage in nulliparous women with respect to physical activity and micturition habits. **International Urogynecology Journal**, v. 15, n. 3, p. 149-153, may/jun. 2004.

ERCOLANO, E. Follow up of men post-prostatectomy: who is responsible? **Urologic Nursing**, v. 28, n. 5, p. 370-377, oct. 2008.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart and Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, nov. 1987.

FICAZZOLA, M. A.; NITTI, V. W. The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and correlation of symptoms with urodynamic findings. **The Journal of Urology**, v. 160, n. 4, p. 1317-1320, oct. 1998.

GAIDZINSKI, R. R. *et al.* **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 24-31, set/dez. 1998.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e

tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. *et al.* **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**, São Paulo: Atheneu, 2005. p. 37-63.

GIRÃO, M. J. B. C. Incontinência de esforço. In: \_\_\_\_\_. **Cirurgia vaginal e uroginecologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 105-117.

GONZÁLEZ-CHAMORRO, F. *et al.* Clinical and neuro-urodynamic assessment of radical prostatectomy. **Archivos Españoles de Urología**, v. 49, n. 2, p. 125-131, mar. 1996.

GREEN, P. M.; POLK, L. V. Contamination: concept analysis and nursing implications. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 20, n. 4, p. 189-197, oct/dec. 2009.

GUARISI, T. *et al.* Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 428-435, 2001.

HARDIKER, N. R. *et al.* Mutual enhancement of diverse terminologies. American Medical Informaties Association. **Journal List**, 2006. Symposium Proceedings, p.319-323. Disponível em: <<http://www.amia.org/meetings/f06/docs/advanceprogram.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2008.

HELLAND, W. Y. Nursing diagnosis. In: CRISTENSEN, P. J.; GRIFFITH-KENNEY, J. W. **Nursing Process: application of conceptual models**. St. Louis: Mosby, 1995. p. 120-138.

HERBRUCK, L. F. Stress urinary incontinence: an overview of diagnosis and treatment options. **Urologic Nursing**, v. 28, n. 3, p. 186-199, jun. 2008.

HERSCHORN, S. *et al.* Surgical treatment of stress incontinence in men. **Neurourology and Urodynamics**, v. 29, n. 1, p. 179-190, 2010.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses reach. In: CARROL-JOHNSON, R. M. *et al.* (Ed.). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: Lippincott, 1989. v. 19, p. 126-131.

\_\_\_\_\_. How to do validation study. In: RANTZ, R. M.; LeMONE, p. (Eds). *Classification of the nursing diagnosis: proceedings of the twelfth conference*. Glendale: Lippincott, 1997. p. 76-86.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS). Disponível em: <<http://www.icsoffice.org/>> Acesso em: 25 novembro de 2010.

JIANG, K. *et al.* Exercise and urinary incontinence in women. **Obstetrical and Gynecological Survey**, v. 59, n. 10, p. 717-721, oct. 2004.

KOELBL, H. *et al.* Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. **International Continence Society (ICS)**, Committee 4, p. 255-330, 2010. Disponível em: <http://www.icsoffice.org/>. Acesso em: 25 nov. 2010.

KO, W. F. Y.; SAWATZKY, J. V. Understanding urinary incontinence after radical prostatectomy: a nursing framework. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 12, n. 4, p. 647-654. 2008.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 04 nov. 2010.

LOIZAGA, I. A. *et al.* Climacturia, un síntoma a tener en cuenta tras prostatectomía radical. **Actas Urológicas Españolas**, Espanha, v. 31, n. 4, p. 345-348, apr. 2007.

LUNNEY, M. The need for international nursing diagnosis research and a theoretical framework. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 19, n. 1, p. 25-34, jan/mar. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18331482>>. Acesso em: 02 fev. 2009.

MAHDY, A.; ELMISSIRY, M.; GHONIEM, G. Recurrent stress urinary incontinence after dislodged screws in patient with bone-anchored suburethral sling, **Urology**, v. 72, n. 5, p. 1185.e11–1185.e13, nov. 2008.

MARSH, D. W.; LEPOR, H. Predicting continence following radical prostatectomy. **Current Urology Reports**., v. 2, n. 3, p. 248-252, jun. 2001.

McCALLUM, T. J.; MOORE, K. N.; GRIFFITHS, D. Urinary incontinence after radical prostatectomy: implications and urodynamics. **Urologic Nursing**, v. 21, n. 2, p. 113-119, 124, apr. 2001.

MEDIC8GUIDES. **Urinary incontinence in women.** Disponível em: <<http://www.medic8.com/healthguide/articles/urinaryincontinence.html>>. Acesso em: 19 de outubro de 2010.

MELIN, I. *et al.* Sexual function in obese women: impact of lower urinary tract dysfunction. **International Journal of Obesity**, v. 32, n. 8, p. 1312-1318, may. 2008.

MELO, A.S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficaz.** 2004. 251f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MILNE, J. L.; SPIERS, J. A.; MOORE, K. N. Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: a qualitative descriptive study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 45, n. 5, p. 765-774, may. 2008.

MILSOM, I. *et al.* **Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP).** Disponível em: <[http://www.icsoffice.org/Publications/ICI\\_4/files-book/comite-1.pdf](http://www.icsoffice.org/Publications/ICI_4/files-book/comite-1.pdf)> Acesso em: 10 dezembro de 2010.

MINASSIAN, V. A.; DRUTZ, H. P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 82, n. 1, p. 327-338, jan. 2003. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?ob=ArticleURL&udi=B6T7M-49HM0XG-9&user=972049&coverDate=09/30/2003&rdoc=1&fmt=high&orig=search&origin=search&sort=d&docanchor=&view=c&searchStrId=1547589982&rerunOrigin=google&acct=C000049646&version=1&urlVersion=0&userid=972049&md5=3f128846b9d94ccc5730e78899f6538e&searchtype=a>. Acesso em: 19 de novembro de 2010.

MORGAN, D. M. *et al.* Levator ani defect status and lower urinary tract symptoms in women with pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal**, v. 21, n. 1, p. 47-52, jan. 2010.

MOTA, D. D. C de F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. P. Fadiga: uma análise de conceito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 285-293, 2005.

**NATIONAL ASSOCIATION FOR CONTINENCE (NAFC).** *The basic types of urinary incontinence.* Disponível em: <<http://www.nafc.org/bladder-bowel-health/types-of-incontinence/>> Acesso em: 19 de outubro 2010.

NAPOLEÃO, A. A. Estudo da aplicabilidade de intervenções da NIC no atendimento a crianças com o diagnóstico de enfermagem “Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas relacionada à presença de via aérea artificial” em um centro de terapia intensiva pediátrica. 2005. 301f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

NAPOLEÃO, A. A.; BARCELLOS, F. C. P.; KAWAI, P. A. Sistematização da assistência de enfermagem a usuários do ambulatório de urologia. **CuidArte Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 85-91, jan/jun. 2008.

NEWMAN, D. K. Stress urinary incontinence in women: involuntary urine leakage during physical exertion affects countless women. **The American Journal of Nursing**, v. 103, n. 8, p. 46-55, aug. 2003. Disponível em: <<http://www.nursingcenter.com>>. Acesso em: 02 set. 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - INTERNATIONAL (Org.). **NANDA-I - Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

\_\_\_\_\_. **Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2009–2011**. Philadelphia: NANDA - International, 2009.

\_\_\_\_\_. **NANDA-I - Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NYGAARD, I.; HEIT, M. Stress urinary incontinence. **Obstetrics and Gynecology**, v. 104, n. 3, p. 607-620, sep. 2004.

PALMER M. H. *et al.* Incontinence after prostatectomy: coping with incontinence after prostate cancer surgery. **Oncology**. In: NURSING FORUM, 2 part 1., 30 mar./apr. 2003. p. 229-238.

PAUL, C.; REEVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J. B. **Teoria de enfermagem: fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 21-32.

PEEKER, I.; PEEKER, R. Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 48, n. 1, p. 60-66, jan/feb. 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 164-221.

POMPEO, D.A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato**: revisão integrativa da literatura. 2007.184f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PRESTI, J. C., Jr. Neoplasia da próstata. In: TANAGHO, E. A.; McANINCH, J. W. **Urologia geral de Smith**. 16. ed. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 406-428.

RICHTER, H. E. *et al.* Factors associated with incontinence frequency in a surgical cohort of stress incontinent women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 193, n. 6, p. 2088-2093, dec. 2005.

RIOS, J. L.; SILVA, B. A. Fisiopatologia da incontinência urinária de esforço: artigo de revisão. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 14, n. 140, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

ROSENZWEIG, B. A. *et al.* Prevalence of abnormal urodynamic test results in continent women with severe genitourinary prolapse. **Obstetrics and Gynecology**, v. 79, n. 4, p. 539-542, apr. 1992.

SCARPA, K. P. *et al.* Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, São Paulo, Brazil. **International Urogynecology Journal**, v. 17, n. 3, p. 219-223, may. 2006.

SCHÄR, G.; SARLOS, D. Urinary incontinence in the woman-pathophysiology and diagnosis. **Ther Umsch**, v. 60, n. 5, p. 249-256, may. 2003.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 1, p. 36-45, 2005.

SOBANSKI, A. *et al.* Analysis of obstetrical and gynaecological history of women with urinary stress incontinence. **Wiadomosci Lekaeskie**, v. 57, Suppl. 1, p. 305-308, 2004.

SOCIETY OF UROLOGIC NURSES AND ASSOCIATES (SUNA). **Urinary incontinence: patient fact sheet**. EUA, 2006. Disponível em: <<http://www.suna.org/members/urinaryIncontinence.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

SROUGI, M. Complicações cirúrgicas da prostatectomia radical: experiência pessoal com 974 casos. **Jornal Brasileiro de Urologia**, v. 25, n. 1, p. 42-52, jan/fev. 1999.

STOFFEL, J. T. *et al.* Urinary incontinence after stress incontinence surgery: a risk factor for depression. **Urology**, v. 73, n. 1, p. 41-46, 2009.

SWANSON, J. G. *et al.* Urinary incontinence: common problem among women over 45. **Canadian Family Physician**, v. 51, n. 1, p. 84-85, jan. 2005.

TAMANINI, J. T. *et al.* Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no programa de prevenção do câncer ginecológico. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 3, n. 34, out. 2006. Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa34\\_incon.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa34_incon.htm)>. Acesso em: 16 de novembro de 2010.

TANAGHO, E. A. Urodynamic studies. In: TANAGHO, E. A.; McANINCH, J. W. **Smith's general urology**. 13. ed. Appleton and Lange, 1992. p. 473-494. – **Cap28**

\_\_\_\_\_. Urinary incontinence. In: TANAGHO, E. A.; McANINCH, J. W. **Smith's general urology**. 14. ed. Appleton and Lange, 1995. p. 536-551.

\_\_\_\_\_. Incontinência urinária. In: TANAGHO, E. A.; McANINCH, J. W. **Urologia geral de Smith**. Tradução de Fernando Gomes do Nascimento. 16. ed. Barueri: Manole, 2007. cap. 28, p.527-543.

TANNENBAUM, C.; CORCOS, J.; ASSALIAN, P. The relationship between sexual activity and urinary incontinence in older women. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 8, p. 1220-1224, aug. 2006.

TWISS, C.; FLEISCHMANN, N.; NITTI, V. W. Correlation of abdominal leak point pressure with objective incontinence severity in men with post-radical prostatectomy



stress incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 24, n. 3, p. 207-210, mar. 2005.

ULLRICH, N. F. E; COMITER, C. V. The male sling for stress urinary incontinence: urodynamic and subjective assessment. **The Journal of urology**, v. 172, n. 1, p. 204-206, jul. 2004.

WAETJEN, L. E. *et al.* Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence. **Obstetrics and Gynecology**, v. 114, n. 5, p. 989-998, nov. 2009.

WALKER; L. O; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4. ed. United States of América: Pearson Prentice Hall, 2005. 227 p.

WILSON, J. **Pensar com conceitos**. Tradução de Waldéa Barcellos. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 166 p.

ZUCCHI, E. V. M. *et al.* Impacto da atividade esportiva no assoalho pélvico. **Femina**, v. 31, n. 4, p. 333-335. 2003.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - Instrumento para análise dos estudos

<b>1- Identificação do estudo</b>	
1.1 Título do estudo:	
1.2 Identificação do(s) autor(es):	
1.3 Título do periódico:	Ano:
Volume:	nº:
Páginas:	
1.4 País que foi realizado o estudo:	Idioma Publicado:
1.5 Tipo de publicação: ( ) Artigo de periódico ( ) Dissertação/Tese ( ) Proceedings/ Anais ( ) Outros:	
1.6 Tipo de revista científica: ( ) Enfermagem geral ( ) Enfermagem urológica ( ) Enfermagem oncológica ( ) Medicina geral ( ) Medicina urológica ( ) Fisioterapia ( ) Publicação de outras áreas da saúde - Especificar:	
<b>2 Base de Dados:</b> ( ) PUBMED ( ) CINAHL ( ) LILACS ( ) Outros	
<b>3 Introdução:</b>	
3.1 Justifica a relevância do estudo?	( ) Sim ( ) Não
3.2 A descrição teórica representa o conteúdo do estudo?	( ) Sim ( ) Não
<b>4 Objetivo do estudo:</b>	
5.1 Referencial teórico/metodológico:	
5.2 Características metodológicas:	
5.2.1 Tipo de Publicação/ Delineamento do Estudo (POLIT; BECH; HUNGLER, 2004)	
Abordagem quantitativa: ( ) Experimental ( ) Quase-experimental ( ) Não-experimental	
Abordagem qualitativa: ( ) Fenomenologia ( ) Hermenêutica ( ) Outras:	
Estudo de revisão:	( ) Metanálise ( ) Revisão sistemática ( ) Revisão integrativa ( ) Revisão da literatura
Outros tipos:	( ) Relato de experiência ( ) Estudo de Caso ( ) Opiniões de especialistas ( ) Outros
<b>6 Amostra</b>	
6.1 População: Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino	Faixa etária:
6.2 Tamanho: Inicial - n =	Final - n =
6.3 Seleção: ( ) randômica ( ) conveniência ( ) outras _____	
6.4 Critérios de inclusão:	
6.5 Critérios de exclusão:	
<b>7 Técnica para coleta dos dados</b>	
7.1 O instrumento de coleta de dados foi descrito?	( ) Sim ( ) Não
7.2 O instrumento foi validado?	( ) Sim ( ) Não

7.3 Grupo controle	( ) Sim ( ) Não
7.4 Variável dependente:	
Variável independente (intervenção):	
8 Análise dos dados:	
8.1 ( ) Análise descritiva ( ) Análise estatística	
8.2 Métodos empregados para mensuração (estatística):	
9 Resultados do estudo	
9.1 Antecedentes da IUE:	
9.2 Atributos da IUE:	
9.3 Consequências da IUE:	
9.4 Fatores de Risco da IUE:	
9.5 Métodos utilizados para mensurar a IUE:	
10 Conclusões do estudo:	
10.1 Descrição:	
10.2 Observações relevantes para prática clínica:	
11.1 Identificação de limitações:	
11.2 Identificação de vieses:	
12 Sistema de Classificação para Hierarquia de evidências segundo MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT 2005*	
( ) I- Evidência de uma revisão sistemática ou meta-análise de todos os testes controlados randomizados relevantes (RCTs) ou prática clínica baseada em evidência direcionado na revisão sistemática dos RCTs	
( ) II- Evidência obtida de pelo menos um estudo (teste) controlado randomizado bem desenhado (planejado)	
( ) III- Evidência obtida através de estudos controlados não randomizados bem desenhado (planejado)	
( ) IV- Evidência de estudos de coorte e (controle) estudo de caso bem desenhado (planejado)	
( ) V- Evidência através de revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos	
( ) VI- Evidência de um único estudo qualitativo ou descritivo	
( ) VII- Evidência de opinião de autoridades e ou relatórios de comitê de especialistas	
* MELNYK, BM; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Cap 1 Making the Case for evidence-Based Practice, 2005.	