






Análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária*

Content analysis of nursing diagnoses related to urinary incontinence

Análisis de contenido de los diagnósticos de enfermería relacionados con la incontinencia urinaria

Como citar este artigo:

Costa JN, Lopes MHBM, Lopes MVO. Content analysis of nursing diagnoses related to urinary incontinence. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03632. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019803632>

-  Juliana Neves da Costa¹
 Maria Helena Baena de Moraes Lopes¹
 Marcos Venícios de Oliveira Lopes²

* Extraído da tese: “Análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária”, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, 2019.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the content of nursing diagnoses related to urinary incontinence according to NANDA International and others identified in the literature. **Method:** Methodological study conducted with judges who were experts in urinary dysfunctions and nursing diagnosis. The analysis included diagnoses of Stress Urinary Incontinence, Urgency Urinary Incontinence, Functional Urinary Incontinence, Urinary Incontinence due to Neurogenic Detrusor Overactivity (previously denominated Reflex Urinary Incontinence in NANDA International's taxonomy), Mixed Urinary Incontinence, and Transient Urinary Incontinence. Wilcoxon test was applied and Content Validity Index ≥ 0.85 was considered appropriate. **Results:** Fifty-one judges participated in this study. The judges recommended modifications in elements of all diagnoses (inclusion, exclusion or change of previous element type). **Conclusion:** The four diagnoses analyzed in NANDA International's taxonomy are recommended to be maintained with modifications; inclusion of nursing diagnoses Mixed and Transient Urinary Incontinence is also recommended.

DESCRIPTORS

Urinary Incontinence; Nursing Diagnosis; Classification; Terminology; Validation Studies.

Autor correspondente:

Juliana Neves da Costa
Cidade Universitária – Distrito
de Barão Geraldo
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
CEP 13081-970 – Campinas, SP, Brasil
julianancosta@yahoo.com.br

Recebido: 12/07/2019
Aprovado: 09/12/2019

INTRODUÇÃO

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

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

Os estudos de validação diagnóstica têm sido recomendados, uma vez que oferecem subsídios para a melhor compreensão do fenômeno estudado e da esfera na qual ocorre⁽²⁾. Percebe-se, entretanto, que muitos desses estudos estão sendo realizados com alguns elementos dos diagnósticos, em especial as características definidoras, deixando lacunas na compreensão do diagnóstico como um todo. Este tipo de estudo faz-se importante uma vez que permite a incorporação e/ou remoção de diagnósticos em taxonomias utilizadas pela enfermagem e que auxiliam na tomada de decisão do enfermeiro na sua prática assistencial.

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

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

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

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

POPULAÇÃO

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

Para a seleção dos sujeitos, utilizaram-se diferentes estratégias: busca ativa de profissionais expertos na área de disfunções miccionais por pesquisa na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); convite a especialistas em incontinência urinária participantes de evento científico sobre este tema; convite a funcionários de um centro de reabilitação que atende pessoas com disfunções miccionais; e indicação ou recomendação de especialistas por participantes da pesquisa.

Os participantes deveriam ter pós-graduação *stricto-sensu* com titulação acadêmica mínima de mestrado ou especialização na área, com tempo de experiência de, ao menos, cinco anos.

COLETA DE DADOS

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

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

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

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

o valor 1 da escala foi reparametrizado para o valor zero; o valor 2, para 0,25; o valor 3, para 0,5; o valor 4, para 0,75 e o valor 5, para 1. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi estabelecido pela mediana destes valores ponderada pelo nível de expertise de cada avaliador.

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

ASPECTOS ÉTICOS

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

RESULTADOS

Dos 71 enfermeiros convidados, 72% (51) participaram da pesquisa. A média de idade dos participantes foi de 42,9

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

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

A maioria dos elementos dos diagnósticos de enfermagem foi considerada relevante pelos juízes da pesquisa, merecendo destaque os que apresentaram relevância menor que 90%: IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica - Características Definidoras (CD) - 78,7%, Fatores Relacionados (FR) - 89,4% e População em Risco (PR) - 68,1%; IU Funcional - título e definição - 89,4% e População em Risco (PR) - 87,2%; IU Transitória - Condições Associadas (CA) - 89,4%. Os juízes avaliaram 150 elementos dos diagnósticos de enfermagem e 41 destes foram excluídos do estudo. Para os elementos analisados, os juízes forneceram sugestões que, após discussão entre os autores e nova busca na literatura, foram incorporadas ou descartadas. O IVC dos elementos dos diagnósticos de enfermagem estudados e os resultados do teste de Wilcoxon são mostrados nas Tabelas de 1 a 5.

Tabela 1 – Índice de Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço – Campinas, SP, Brasil, 2019.

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária de Esforço				
CD: Perda de urina com o esforço (somente ou predominantemente)	1,000	1,000-1,000	4095	1,000
CD: Resíduo pós-miccional ausente ou pequeno	0,500	0,500-0,625	253	<0,001
CD: Perda de urina na ausência de sintomas de armazenamento vesical	0,750	0,625-0,750	666	<0,001
CD: Perda de pequena quantidade de urina	0,750	0,625-0,750	741	<0,001
FR: Fraqueza dos músculos do assoalho pélvico ou músculos do assoalho pélvico com contração menos efetiva	1,000	1,000-1,000	3741	0,998
FR: Quaisquer fatores que aumentem a pressão intra-abdominal associados a alguma anormalidade fisiológica (muscular ou nervosa)	0,875	0,875-1,000	2556	0,141
FR: Trauma nos músculos ou lesão por desnervação	0,875	0,875-0,875	2080	0,005
FR: Efeitos colaterais da medicação	0,750	0,750-0,750	406	<0,001
CA: Fraqueza ou dano aos músculos e tecidos conectivos do assoalho pélvico	1,000	1,000-1,000	4095	1,000
CA: Causas não neurogênicas de lesão do assoalho pélvico ou do esfíncter uretral	0,875	0,875-0,875	2016	0,003
CA: Fraqueza ou relaxamento do esfíncter uretral devido a lesão ou doença neurológica	0,875	0,875-0,875	1830	<0,001
CA: Atrofia vulvar ou vaginal	0,750	0,750-0,750	703	<0,001
PR: Homens com ≥ 60 anos	1,000	1,000-1,000	4465	1,000
PR: Mulheres que pariram por via vaginal	0,875	0,750-0,875	1596	<0,001
PR: Multíparas	0,875	0,875-0,875	1953	0,001

continua...

...continuação

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
PR: Homens pós-prostatectomia	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
PR: Pessoas com peso corporal excessivo	0,875	0,750-0,875	1035	<0,001
PR: Mulheres brancas	0,500	0,500-0,625	171	<0,001
PR: Homens com obesidade abdominal	0,750	0,625-0,750	435	<0,001
PR: Pessoas com história de cirurgia pélvica prévia	0,750	0,750-0,750	703	<0,001

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

Tabela 2 – Índice de Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária de Urgência – Campinas, SP, Brasil, 2019.

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária de Urgência				
CD: Urgência	1,000	1,000-1,000	4656	1,000
CD: Perdas urinárias entre micções de volumes variados, associadas com urgência	0,875	0,750-0,875	1540	<0,001
CD: Frequência urinária aumentada	0,875	0,750-0,875	1431	<0,001
CD: Noctúria	0,750	0,750-0,875	946	<0,001
CD: Capacidade vesical diminuída	0,875	0,750-0,875	1326	<0,001
CD: Resíduo pós-miccional pequeno ou ausente	0,625	0,500-0,625	231	<0,001
CD: Demonstra comportamento adaptativo devido à urgência	0,750	0,750-0,750	595	<0,001
CD: Sensação de urgência desencadeada por alguns estímulos	0,875	0,875-0,875	1830	<0,001
FR: Fraqueza do assoalho pélvico	0,875	0,875-0,875	2145	0,009
FR: Tabagismo	0,625	0,500-0,625	210	<0,001
FR: Mobilidade restrita/prejudicada	0,750	0,625-0,750	561	<0,001
FR: Efeitos adversos de medicações (poliúria): diuréticos, especialmente agentes de ação rápida	0,875	0,750-0,875	903	<0,001
FR: Constipação crônica	0,750	0,625-0,750	300	<0,001
FR: Prolapso de órgãos pélvicos	0,875	0,875-0,875	1378	<0,001
FR: Síndrome da hiperatividade da bexiga	1,000	1,000-1,000	3828	0,999
FR: Ingestão excessiva de líquidos	0,750	0,625-0,750	630	<0,001
FR: Consumo de bebidas alcoólicas, cafeína e bebidas carbonatadas	0,750	0,750-0,875	903	<0,001
FR: Restrição da ingestão de líquidos	0,500	0,375-0,500	210	<0,001
CA: Diminuição da capacidade de lidar com os sinais aferentes no cérebro e sinais aferentes anormalmente aumentados da bexiga e/ou da uretra	0,875	0,875-0,875	2145	0,009
CA: Anormalidades da bexiga ou inflamação (como tumores, cálculos, cistite intersticial, síndrome da bexiga dolorosa, infecções ou após radioterapia)	1,000	0,875-1,000	3081	0,736
CA: Insuficiência vascular e doença cardíaca (insuficiência cardíaca congestiva)	0,625	0,625-0,750	171	<0,001
CA: Deficiência de estrogênio com atrofia vulvar ou vaginal	0,750	0,750-0,750	351	<0,001
CA: Saúde mental alterada (ansiedade, depressão, depressão pós-parto, abuso sexual, físico e emocional)	0,750	0,750-0,875	820	<0,001
CA: Diabetes	0,875	0,750-0,875	1225	<0,001
CA: Obstrução infravesical	0,750	0,750-0,875	1081	<0,001
CA: Efeitos colaterais da medicação: Inibidores da colinesterase	0,875	0,750-0,875	903	<0,001
CA: Esvaziamento prejudicado da bexiga	0,875	0,750-0,875	1128	<0,001
CA: Distúrbios do sono (apneia do sono, movimentos periódicos das pernas)	0,500	0,500-0,625	120	<0,001
PR: Indivíduos idosos e aumento da idade	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
PR: Raça/etnia	0,625	0,500-0,625	276	<0,001
PR: Sexo feminino: fatores reprodutivos	0,875	0,875-0,875	1485	<0,001
PR: Pessoas obesas	0,750	0,750-0,875	820	<0,001

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

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

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária por Hiperatividade Detrusora Neurogênica				
CD: Micção reflexa	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
CD: Micção profilática	0,750	0,625-0,750	666	<0,001
CD: Procurar por um banheiro imediatamente quando em um novo lugar	0,625	0,500-0,625	351	<0,001
CD: Beber menos líquidos por causa de problemas com o controle da bexiga	0,750	0,750-0,750	1035	<0,001
CD: Escolher roupas para vestir que não mostrem se você perdeu urina	0,625	0,500-0,625	231	<0,001
CD: Evitar intimidade sexual	0,625	0,625-0,750	231	<0,001
CD: Micção é induzida por estimulação elétrica das raízes sacrais ou por cateterização	0,875	0,750-0,875	2145	0,009
CD: Perda frequente de pequenos volumes de urina	0,875	0,875-0,875	2145	0,009
FR: Hiperatividade detrusora neurogênica	1,000	1,000-1,000	4656	1,000
FR: Dissinergia Detrusor-Esfinteriana	1,000	0,875-1,000	3403	0,955
FR: Hipersensibilidade da bexiga	0,875	0,875-1,000	2628	0,199
FR: Complacência diminuída da parede vesical	0,875	0,875-1,000	2701	0,272
FR: Ingestão de álcool, caféina e bebidas carbonatadas	0,750	0,625-0,750	561	<0,001
FR: Ingestão excessiva de líquidos	0,625	0,500-0,625	435	<0,001
FR: Restrição na ingestão de líquidos	0,500	0,500-0,625	300	<0,001
FR: Constipação crônica	0,625	0,500-0,625	300	<0,001
FR: Obesidade	0,625	0,500-0,625	253	<0,001
FR: Vitamina C, cálcio	0,500	0,375-0,500	10	<0,001
FR: Tabagismo	0,625	0,500-0,625	45	<0,001
CA: Lesões suprapontinas	1,000	0,875-1,000	3003	0,646
CA: Lesões pontinas	0,875	0,875-1,000	2850	0,450
CA: Lesões medulares suprasacrais	1,000	0,875-1,000	3240	0,876
CA: Complicações urológicas: Infecção do trato urinário de repetição, Cálculos renais e/ou vesicais, Refluxo vésico-ureteral, Hidronefrose, Insuficiência renal	0,875	0,750-0,875	1653	<0,001
PR: Mulheres obesas	0,625	0,500-0,625	190	<0,001
PR: Idosos	0,750	0,750-0,875	1225	<0,001

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

Tabela 4 – Índice de Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Associada à Desabilidade – Campinas, SP, Brasil, 2019.

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária Associada à Desabilidade				
CD: Mobilidade restrita/prejudicada	0,875	0,875-1,000	2701	0,272
CD: Falta de preocupação em ir ao banheiro ou com a incontinência em si	0,750	0,625-0,750	741	<0,001
CD: Não saber como chegar ao banheiro	0,750	0,750-0,875	1275	<0,001
CD: Micção postergada	0,875	0,750-0,875	1540	<0,001
CD: Frequência urinária diminuída	0,625	0,625-0,750	741	<0,001
CD: Urgência miccional	0,750	0,750-0,875	903	<0,001
CD: Uso de manobras para contenção de urina	0,875	0,750-0,875	1275	<0,001

continua...

...continuação

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
CD: Restrição de líquidos	0,625	0,500-0,750	351	<0,001
CD: Comportamentos adaptativos para evitar a perda de urina	0,750	0,750-0,875	1275	<0,001
FR: Evita ir a sanitários anti-higênicos	0,750	0,750-0,875	1540	<0,001
FR: Evita ir ao banheiro em situações sociais por constrangimento	0,875	0,750-0,875	1830	<0,001
FR: Comportamento de oposição e provocativo	0,750	0,625-0,750	630	<0,001
FR: Sensações prazerosas associadas à bexiga ou ao reto excessivamente distendidos	0,625	0,500-0,625	351	<0,001
FR: Acostuma-se ao hábito de postergar a micção	0,875	0,875-0,875	1891	0,001
FR: Constipação ou impactação fecal	0,750	0,625-0,750	595	<0,001
FR: Problemas devido ao treino vesical ou dificuldades psicológicas	0,875	0,875-0,875	2016	0,003
FR: Fatores ambientais que interferem na continência	0,875	0,875-1,000	2556	0,141
FR: Aumento da ingestão de líquidos	0,875	0,750-0,875	1035	<0,001
FR: Retenção de líquidos	0,625	0,625-0,750	435	<0,001
FR: Uso de diuréticos	0,875	0,875-0,875	1953	0,001
CA: Comprometimento cognitivo	1,000	1,000-1,000	3916	1,000
CA: Questões motivacionais	0,875	0,875-1,000	2485	0,097
CA: Deficiência intelectual em geral	1,000	0,875-1,000	3240	0,876
CA: Uso de medicamentos que alteram a função do trato urinário ou causam sedação ou confusão	0,875	0,875-0,875	1770	<0,001
CA: Mobilidade/coordenação/destrezas manuais comprometidas	1,000	1,000-1,000	3741	0,998
CA: Condições clínicas de saúde (doenças osteoarticulares, cardíacas e do trato urinário)	0,875	0,750-0,875	2016	0,003
PR: Meninas	0,625	0,625-0,750	595	<0,001
PR: Mulheres idosas frágeis	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
PR: Idosos frágeis	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
PR: Crianças	0,750	0,750-0,875	1035	<0,001

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

Tabela 5 – Índice de Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Incontinência Urinária Mista e Transitória – Campinas, SP, Brasil, 2019.

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
Incontinência Urinária Mista				
CD: Urgência	1,000	1,000-1,000	3741	0,998
CD: Perda de urina precedida da sensação de urgência	1,000	1,000-1,000	3570	0,988
CD: Perda de urina com esforço ou com a tosse ou com o espirro ou com riso	1,000	1,000-1,000	3741	0,998
CD: Noctúria	0,750	0,750-0,875	1225	<0,001
CD: Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga	0,750	0,750-0,875	1378	<0,001
FR: Flacidez/fraqueza da parede anterior da vagina e/ou atrofia da musculatura estriada	1,000	1,000-1,000	3486	0,976
FR: Incompetência do esfíncter uretral e do colo vesical	1,000	1,000-1,000	3570	0,988
CA: Deficiência de estrogênio	0,875	0,875-0,875	1711	<0,001
CA: Menopausa	0,875	0,875-0,875	2278	0,025
CA: Obesidade	0,875	0,750-0,875	1770	<0,001

continua...

...continuação

Item	IVC	IC 95%	Teste de Wilcoxon	
			V	p-valor
CA: Prolapso de órgão pélvico	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
CA: Diabetes	0,875	0,750-0,875	1891	0,001
CA: Tosse crônica e tabagismo	0,875	0,875-0,875	1891	0,001
PR: Pessoas que já têm um dos tipos de incontinência urinária	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
PR: Pessoas com dificuldades motoras e funcionais	0,875	0,750-0,875	1596	<0,001
PR: Pessoas com idade avançada	0,875	0,875-0,875	2278	0,025
PR: Raça	0,625	0,500-0,625	153	<0,001
PR: Multíparas	0,875	0,750-0,875	1275	<0,001
PR: Pessoas com a presença prolongada de um tipo de incontinência urinária	0,875	0,875-0,875	1953	0,001
PR: Trauma dos músculos uretrais ou do assoalho pélvico	1,000	1,000-1,000	3570	0,988
Incontinência Urinária Transitória				
CD: Perda de urina causada por fatores reversíveis ou transitórios	1,000	0,875-1,000	3321	0,923
CD: Perda de urina que surge de repente	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
CD: Sinais e sintomas de perda de urina persistem por menos de seis meses	1,000	0,875-1,000	3403	0,955
FR: Delírio	0,750	0,750-0,875	990	<0,001
FR: Infecção/infecção do trato urinário	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
FR: Vaginite atrofica	0,875	0,750-0,875	903	<0,001
FR: Uso de medicações que alterem os níveis normais de neurotransmissores no trato urinário inferior	0,875	0,875-1,000	2485	0,096
FR: Condição psicológica (ansiedade, depressão, depressão pós-parto, abuso sexual, físico e emocional)	1,000	0,875-1,000	2926	0,549
FR: Produção excessiva de urina	0,750	0,750-0,875	903	<0,001
FR: Mobilidade reduzida/prejudicada	0,875	0,875-0,875	1953	0,001
FR: Impactação fecal/constipação intestinal	0,750	0,750-0,875	1035	<0,001
FR: Desidratação	0,625	0,500-0,625	253	<0,001
FR: Consumo de irritantes dietéticos	0,750	0,750-0,875	820	<0,001
CA: Mudanças no trato urinário relacionadas à idade	0,750	0,625-0,875	1035	<0,001
CA: Condições que alteram a posição ou inervação da bexiga e do esfíncter	0,875	0,750-0,875	2016	0,003
CA: Condições que resultam em redução da complacência vesical	0,875	0,875-1,000	2346	0,040
CA: Obstrução infravesical	0,875	0,875-0,875	2211	0,015
CA: Gestação e pós-parto	0,875	0,875-1,000	2775	0,356
PR: Idosos	0,875	0,750-0,875	1711	<0,001
PR: Pessoas com alguma doença aguda que pode influenciar na continência ou na produção de urina	1,000	0,875-1,000	3403	0,955

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

DISCUSSÃO

A validação de diagnósticos de enfermagem é considerada uma fase essencial para a construção de conhecimentos para a prática clínica, pois fornece embasamento para aperfeiçoar diagnósticos de enfermagem já existentes e para o estabelecimento de novos diagnósticos⁽⁶⁾; além disso, sua análise permite uma melhor compreensão dos diagnósticos de enfermagem estudados⁽²⁾. Uma vez que se destina a melhorar a estrutura diagnóstica, é recomendada

para todos os seus componentes, ou seja, título, definição, características definidoras, fatores relacionados⁽²⁾ e para os recentemente incorporados pela NANDA-I: condições associadas e populações em risco, para as quais há escassez de estudos nos diagnósticos relacionados à IU⁽³⁾. Está baseada na opinião de expertos ou juizes acerca do grau com que cada elemento é indicativo de um determinado diagnóstico de enfermagem⁽⁶⁾.

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

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

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

Para estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem IU Transitória, dois fatores são essenciais: o tempo de persistência dos sinais/sintomas de perda urinária e a reversibilidade de sua causa. De fato, muitas vezes esse diagnóstico de enfermagem só poderá ser identificado de forma retrospectiva; por outro lado, caso os sinais e sintomas persistam por mais de seis meses, o diagnóstico de enfermagem deverá ser revisto. Além disso, muitas de suas condições associadas e populações em risco são comuns a outros diagnósticos de enfermagem relacionados à IU e, nestes casos, faz-se necessária a análise de todos os seus elementos para que a inferência seja realizada apropriadamente. Desse modo, para que se tornasse mais adequado, o diagnóstico de enfermagem IU Transitória sofreu modificações em quase todos os seus elementos. As sugestões dos juízes incorporadas no estudo com o objetivo de tornar o diagnóstico de enfermagem mais adequado consistiram em alterar alguns dos fatores relacionados como “infecção”, “delírio”, “uso de medicação” (alterado para “uso de medicações que alterem os níveis normais de neurotransmissores no trato urinário inferior”), “vaginite atrófica” para condições associadas, e incluir como população em risco “gestantes e puérperas”⁽⁹⁾, “mulheres múltiplas e que pariram por via vaginal”⁽¹⁰⁻¹¹⁾, “pessoas idosas hospitalizadas com doenças agudas” e “pessoas institucionalizadas”⁽¹²⁾; “alto Índice de Massa Corporal (IMC) materno e peso do bebê ao nascer maior ou igual a 3,7 Kg”⁽¹⁰⁾; “segundo estágio do trabalho de parto prolongado” e “presença de IU durante a gestação”⁽¹³⁾. Embora o IVC de alguns desses elementos tenha sido menor que 0,85, optou-se por manter os seguintes elementos por sua relevância para a inferência diagnóstica, uma vez que o intervalo de confiança engloba este valor: delírio; vaginite atrófica; produção excessiva de urina; impação fecal/constipação intestinal; uso de irritantes dietéticos; mudanças no trato urinário relacionadas à idade; idosos.

No diagnóstico de enfermagem IU Funcional, alguns juízes sugeriram alteração no título justificando que este

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

O diagnóstico de enfermagem IU Mista é um diagnóstico prevalente⁽¹⁾ que compartilha elementos dos diagnósticos de enfermagem IU de Esforço e IU de Urgência, mas não se trata apenas da presença concomitante de sinais e sintomas desses dois diagnósticos. Especula-se que seja um fenômeno diferente, que apresenta etiologia própria, surgindo da interação entre os fatores relacionados à urgência e ao esforço⁽¹⁵⁾. Desse modo, embora os juízes tenham sugerido que fossem acrescentados a este diagnóstico de enfermagem todos os elementos presentes nos diagnósticos de enfermagem IU de Esforço e IU de Urgência, a literatura não reitera essa sugestão. Entretanto, foram aceitas sugestões de alteração na posição de elementos tais como: “obesidade”, de fator relacionado para população em risco; “prolapso de órgãos pélvicos (POP)”, de condição associada para fator relacionado; e “trauma dos músculos uretrais ou do assoalho pélvico”, de população em risco para condição associada. O POP é uma condição passível de intervenções de enfermagem de modo independente e, portanto, enquadra-se como fator relacionado. Foram acrescentados ainda como população em risco “Mulheres que pariram por via vaginal” e “cirurgia para correção da IU de Esforço e de POP”⁽¹⁶⁾ como condição associada. Os elementos “noctúria” e “sensação de esvaziamento incompleto da bexiga”, “diabetes”, “dificuldades motoras e funcionais”, embora com IVC menor que 0,85, foram mantidos, uma vez que o intervalo de confiança engloba este valor e constituem-se em elementos importantes para melhor compreensão do diagnóstico de enfermagem.

O título do diagnóstico de enfermagem IU Reflexa foi substituído por IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica, uma vez que a principal condição associada a este diagnóstico é a hiperatividade detrusora neurogênica. Para este diagnóstico, os juízes sugeriram que fossem acrescentadas as características definidoras: sensibilidade

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

Embora haja algumas semelhanças entre o diagnóstico de enfermagem de IU de Urgência e o de IU por Hiperatividade Detrusora Neurogênica, na IU de Urgência revisada neste estudo, buscou-se diferenciar os elementos comuns (especialmente características definidoras e condições associadas), e apresentar alguns fatores relacionados específicos, como a síndrome da hiperatividade detrusora, que é idiopática e comum em pessoas com este diagnóstico e que é responsável pela maior parte dos sinais/sintomas descritos. Alguns juízes sugeriram a retirada da condição associada “esvaziamento prejudicado da bexiga”, embora esta tenha apresentado IVC adequado. A sugestão foi parcialmente aceita: o termo foi substituído por “contratilidade da bexiga prejudicada”, por ser mais claro e facilitar a inferência diagnóstica. Foi também acrescentada a condição associada “infecção de trato urinário recorrente”⁽¹⁾, uma vez que sinais/sintomas como polaciúria, disúria, urgência miccional e perdas urinárias podem estar associadas a infecção. Alguns elementos do diagnóstico de enfermagem foram mantidos, uma vez que o intervalo de confiança englobou o valor 0,85: perdas urinárias entre micções de volumes variados, frequência urinária aumentada, noctúria, capacidade vesical diminuída, efeitos adversos de

medicações (poliúria): diuréticos (considerado neste estudo como condição associada), consumo de bebidas alcoólicas, cafeína e bebidas carbonatadas, saúde mental alterada (ansiedade, depressão, depressão pós-parto, abuso sexual, físico e emocional), diabetes, obstrução infravesical, efeitos colaterais da medicação - inibidores da colinesterase, gênero feminino - fatores reprodutivos, obesidade (considerado neste estudo como população em risco: “pessoas obesas”).

O diagnóstico de enfermagem IU de Esforço, por sugestão dos juízes, manteve-se com apenas uma característica definidora: perda de urina com o esforço (somente ou predominantemente), que reúne os atributos essenciais para a formulação deste diagnóstico de enfermagem. Outra sugestão foi acrescentar prolapso de órgãos pélvicos⁽²²⁻²³⁾ como fator relacionado, uma vez que pode ocorrer devido a esforço excessivo e repetitivo associado a alguma anormalidade muscular ou nervosa do assoalho pélvico⁽¹²⁾, menopausa⁽¹⁾ como condição associada e pessoas que realizam exercício físico de alta intensidade⁽²⁴⁾, como população em risco, em especial aquelas que praticam modalidades esportivas que envolvem levantamento de peso e mulheres jovens e de meia idade⁽¹⁾.

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

CONCLUSÃO

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

RESUMO

Objetivo: Analisar o conteúdo dos diagnósticos de enfermagem relacionados à incontinência urinária da NANDA *International* e outros identificados na literatura. **Método:** Estudo metodológico realizado com juízes expertos em disfunções miccionais e diagnósticos de enfermagem. Analisaram-se os diagnósticos de Incontinência Urinária de Esforço, Incontinência Urinária de Urgência, Incontinência Urinária Funcional e Incontinência Urinária por Hiperatividade Detrusora Neurogênica (antes denominado Incontinência Urinária Reflexa, na taxonomia da NANDA *International*) e Incontinência Urinária Mista e Incontinência Urinária Transitória. Aplicou-se o teste de Wilcoxon e considerou-se adequado o Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,85$. **Resultados:** Participaram 51 juízes. Os juízes

sugeriram modificações nos elementos de todos os diagnósticos (inclusão, exclusão ou alteração no tipo de elemento previamente classificado). **Conclusão:** Sugerem-se a manutenção dos quatro diagnósticos analisados na taxonomia da NANDA *International*, com modificações, e a inclusão dos diagnósticos de enfermagem Incontinência Urinária Mista e Transitória.

DESCRITORES

Incontinência Urinária; Diagnóstico de Enfermagem; Classificação; Enfermagem; Terminologia; Estudos de Validação.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el contenido de los diagnósticos de enfermería relacionados con la incontinencia urinaria en NANDA *International* y otros identificados en la literatura. **Método:** Estudio metodológico realizado con jueces expertos en disfunciones urinarias y diagnósticos de enfermería. Se analizaron los diagnósticos de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Incontinencia Urinaria de Urgencia, Incontinencia Urinaria Funcional e Incontinencia Urinaria de Hiperactividad Neurogénica del Detrusor (anteriormente llamada Incontinencia Urinaria Refleja en la taxonomía de NANDA *International*) e Incontinencia Urinaria Mixta e Incontinencia Urinaria Transitoria. Se aplicó la prueba de Wilcoxon y se consideró adecuado el Índice de Validez del Contenido $\geq 0,85$. **Resultados:** Cincuenta y uno jueces participaron. Los jueces sugirieron modificaciones en los elementos de todos los diagnósticos (inclusión, exclusión o cambio en el tipo de elemento previamente clasificado). **Conclusión:** Se sugiere el mantenimiento de los cuatro diagnósticos de la taxonomía de NANDA *International* con modificaciones y la inclusión de los diagnósticos de enfermería Incontinencia Urinaria Mixta y Transitoria.

DESCRIPTORES

Incontinencia Urinaria; Diagnóstico de Enfermería; Clasificación; Terminología; Estudios de Validación.

REFERÊNCIAS

- Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjostrom S, et al. Epidemiology of urinary incontinence (IU) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP), and anal (AI) incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence. 6th ed. Tokyo: Consultation on Incontinence; 2017. p.1-141.
- Pompeo DA, Rossi LA, Paiva L. Content validation of the nursing diagnosis nausea. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):49-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100006>
- Herdman TH, Kamitsuru S. Nursing diagnoses: definitions and classification 2018-2020. 11th ed. New York: Thieme; 2017.
- Costa JNC, Lopes MVO, Lopes MHBM. Simultaneous concept analysis of diagnoses related to urinary incontinence. Int J Nurs Knowl. 2019 Jul 23. DOI: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12254>. [Epub ahead of print]
- Benner P. From novice to expert. Am J Nurs. 1982;82(3):402-7.
- Carvalho EC, Mello AS, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRMS. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2008 [citado 2019 Jul. 9];10(1):235-40. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>
- Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. Int J Nurs Knowl. 2012;23(3):134-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>
- Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnóstico de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. Rev Eletr Enf [Internet]. 2008 [citado 2019 Jul. 09];10(2):513-20. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>
- Leroy LS, Lúcio A, Lopes MHBM. Risk factors for postpartum urinary incontinence. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(2):200-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080623420160000200004>
- Wesnes SL, Hannestad Y, Rortveit G. Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: a cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96(10):1214-22. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.13183>
- Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Assessment of urinary incontinence in pregnancy and postpartum: observational study. Acta Med Port. 2017;30(7-8):568-72. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.7371>
- Salvatore S, Rademakers K., DeLance J, Igawa Y, Koelbl H, Laterza R, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence 6th ed. Tokyo: International Consultation on Incontinence; 2017. p.361-496.
- Brown S, Gartland D, Donath S, MacArthur C. Effects of prolonged second stage, method of birth, timing of caesarean section and other obstetric risk factors on postnatal urinary incontinence: An Australian nulliparous cohort study. BJOG. 2011;118(8):991-1000. DOI: [10.1111/j.1471-0528.2011.02928.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02928.x)
- D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. Neurourol Urodynam. 2019;38(2):433-77. DOI: <https://doi.org/10.1002/nau.23897>
- Minassian VA, Yan X, Pilzek AL, Platte R, Stewart WF. Does transition of urinary incontinence from one subtype to another represent progression of the disease? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2018;29(8):1179-85. DOI:10.1007/s00192-018-3596-4
- Minassian VA, Stewart WF, Hirsch AG. Why do stress and urge incontinence co-occur much more often than expected? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008;19(10):1429-40. DOI:10.1007/s00192-008-0647-2
- Apostolidis A, Drake MJ, Emmanuel A, Gajewski J, Hamid R, Heesakkers J, et al. Neurologic urinary and faecal incontinence., In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence. 6th ed. Tokyo: International Consultation on Incontinence; 2017. p.1093-308.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosler P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodynam. 2002;21(2):167-78. DOI: <https://doi.org/10.1002/nau.10052>

19. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician* [Internet]. 2013 [cited 2019 July 9];87(8):543-50. Available from: <https://www.aafp.org/aafp/2013/0415/p543.pdf>
20. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;6(3):17042. DOI: 10.1038/nrdp.2017.42
21. Haab F. Chapter 1: the conditions of neurogenic detrusor overactivity and overactive bladder. *Neurourol Urodynam*. 2014;33 Suppl 3:S2-S5. DOI: <https://doi.org/10.1002/nau.22636>
22. Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2017;28(5):687-96. DOI: 10.1007/s00192-017-3314-7
23. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Sandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society joint report on the terminology for female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourol Urodynam*. 2016;35:137-68. DOI:10.1002/nau.22922
24. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):187-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100025>.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.