



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TELMA ALTENIZA LEANDRO

PREVALÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE
INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES COM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL

FORTALEZA

2014

TELMA ALTENIZA LEANDRO

PREVALÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dissertação submetida ao Curso de Pós-Graduação em enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo.

Coorientadora: Profa. Dra. Tahissa Frota Cavalcante.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- L475p Leandro, Telma Alteniza.
Prevalência de diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com acidente vascular cerebral/ Telma Alteniza Leandro. – 2014.
98 f.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.
Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde.
Orientação: Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo.
Coorientação: Profa Dra. Tahissa Frota Cavalcante.
1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Incontinência Urinária. 3. Acidente Vascular Cerebral. I. Araújo, Telma Leite de (Orient.). II. Cavalcante, Tahissa Frota (Coorient.). III. Título.

CDD 610.73

TELMA ALTENIZA LEANDRO

PREVALÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dissertação submetida ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Tahissa Frota Cavalcante (Coorientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Rafaella Pessoa Moreira (1º Membro)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (2º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ana Railka de Souza Oliveira (Membro Suplente)
Pós-doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP)

À minha irmã gêmea, Tânia Alteniza Leandro, que sempre esteve ao meu lado durante todos os momentos de minha vida, o seu apoio e ajuda foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre guiar os meus passos e fortalecer-me neste percurso. À Nossa Senhora de Fátima por me proteger e me encher de bênçãos.

À minha mãe, Antônia Alteniza Leandro, que sozinha proporcionou a mim e aos meus irmãos muitas conquistas e vitórias. Obrigada pelo amor, exemplo, dedicação e abdicção da sua vida em favor da nossa.

Ao meu irmão, Lindomar Araújo Leandro, por sempre me fortalecer e me manter firme na caminhada. Sou grata por me ensinar a lutar pelos meus ideais. Seu apoio foi fundamental para esta conquista.

À minha irmã, Aurineide Alteniza Leandro, à minha sobrinha, Ana Vitória Leandro Souza e ao meu cunhado, Antônio Nascimento Souza, que sempre estiveram ao meu lado, mesmo que distantes. Obrigada pelo orgulho que vocês têm por mim e por todas as orações. Amo muito vocês.

À minha irmã, Tânia Alteniza Leandro, que mais do que ninguém compreende a alegria dessa conquista. Obrigada por tudo, por sempre estar ao meu lado, por torcer muito por mim e por me apoiar. Você sabe que sem você eu não teria conseguido.

Ao meu namorado, Rafael Pimentel Marques, por me amar como sou, pelo orgulho que sente por mim e por aceitar os momentos de ausência. Seu amor e companheirismo me ajudaram a realizar esta conquista.

À minha orientadora, Professora Dra. Thelma Leite de Araujo, que sempre admirei e tive como exemplo para a minha vida profissional. Obrigada pelos ensinamentos acadêmicos e os de vida.

À minha coorientadora, Professora Dra. Tahissa Frota Cavalcante, por sua dedicação e ajuda. As suas palavras de conselho e ensinamentos foram importantes para o meu fortalecimento e desenvolvimento.

Ao Professor Dr Marcos Venícios de Oliveira Lopes, pela colaboração na análise dos dados e pela disponibilidade em esclarecer as dúvidas estatísticas.

À banca examinadora, Dra. Rafaella Pessoa Moreira, Dra. Ana Railka de Souza Oliveira e Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, professores admiráveis e exemplares, pelas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Às minhas amigas companheiras de mestrado, Iane Ximenes Teixeira, Lívia Zulmira Cintra Andrade, Michelle Helcias Montoril e Ocília Maria Costa Carvalho, pelos momentos de alegrias, conquistas, sofrimentos, angustias e tensões compartilhados. Com vocês o caminhar da pós-graduação tornou-se mais doce. Amigas que levarei por toda a vida.

Às amigas Huana Carolina Cândido Morais e Tamires Layane de Lima, pelos diversos momentos vivenciados e por estarem ao meu lado.

Ao amigo e cunhado, Francisco Jardelson Ferreira, pelo companheirismo, pela ajuda e pelos bons momentos vivenciados. Agradeço a estima sempre presente.

Aos amigos que sempre estiveram presentes, em especial a Flávia Maria Pinheiro Paulino. É bom saber que temos amigos em quem podemos confiar.

Às bolsistas de Iniciação Científica, Ana Cecília e Mayara Ferreira, e à bolsista de Apoio Técnico, Lara Bonates, pela dedicação e compromisso com a coleta de dados.

Aos membros do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular, em especial Flávia Paula Magalhães Monteiro, Alice Gabrielle de Sousa Costa, Ana Railka de Souza Oliveira, Tatiana Rocha Machado e Huana Carolina Cândido Morais, pelo apoio e aprendizado compartilhados.

Aos enfermeiros juízes, por sua relevância na análise do instrumento de coleta de dados.

Às enfermeiras diagnosticadoras, pela dedicação e compromisso em realizar as inferências diagnósticas.

Aos alunos, professores e funcionários de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, por todos os ensinamentos e momentos vivenciados.

Aos amigos e companheiros de trabalho da UPA CANINDEZINHO, por estarem constantemente ao meu lado. Sou grata a Deus por fazer parte da família Canindezinho, por ter me proporcionado um trabalho prazeroso e que amo.

Aos meus conterrâneos de Lavras da Mangabeira, em especial a Thalita Ferreira Campos, Thâmisa Ferreira Campos, Thamilis Ferreira Campos Machado, Alzeni Ferreira Campos, Victor Emídio Ferreira Campos, Deuzimar de Sousa Sá, Priscila Maria de Sousa Sá e Carlos Henrique de Sousa Sá, pelo aconchego e acolhimento em diversos momentos.

A professora Sonia Argollo, pela revisão deste material.

A todos os profissionais do Hospital Geral de Fortaleza e do Hospital Geral Waldemar de Alcântara, por proporcionar a oportunidade de coleta de dados, fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos pacientes que aceitaram participar deste estudo, pela confiança e pelas informações concedidas. Espero poder ajuda-los com os resultados desta pesquisa.

RESUMO

Objetivou-se identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento e Incontinência urinária reflexa em pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Estudo transversal, desenvolvido em dois hospitais públicos localizados na cidade de Fortaleza/CE, nos meses de setembro a novembro de 2013. A amostra foi composta por 156 pacientes com diagnóstico médico de AVC. Para a coleta de dados, realizou-se entrevista com formulário elaborado com base nas características definidoras dos diagnósticos de enfermagem. Estes dados foram encaminhados a enfermeiros diagnosticadores, para que inferissem a ocorrência dos diagnósticos de incontinência urinária. Desenvolveu-se análise estatística com o pacote estatístico SPSS e com adoção do nível de significância de 7%. A maior parte dos participantes era do sexo masculino, com idade média de 62,28 anos, vivia com companheiro, era aposentada e tinha baixa escolaridade. Os indicadores de risco mais prevalentes para incontinência urinária, além do AVC, foram: consumo de café, mobilidade prejudicada, hipertensão arterial e diabetes. Entre os cinco diagnósticos estudados, Incontinência urinária por transbordamento apresentou maior prevalência (72,4%), seguido de Incontinência urinária funcional (53,2%), Incontinência urinária reflexa (50,0%), Incontinência urinária de urgência (41,0%) e Incontinência urinária de esforço (37,8%). Pertinente ao diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento, os indicadores clínicos de maior prevalência foram: Distensão da bexiga e Noctúria. No que diz respeito ao diagnóstico de Incontinência urinária funcional, as características definidoras de maior prevalência foram: Sente desejo de urinar e É capaz de esvaziar completamente a bexiga. O diagnóstico de Incontinência urinária reflexa apresentou prevalências elevadas dos indicadores clínicos: Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga, Ausência de sensação de urgência para esvaziar a bexiga e Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical. Para o diagnóstico de Incontinência urinária de urgência, as maiores prevalências foram para as características definidoras Relatos de urgência urinária e Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina. Em relação ao diagnóstico de Incontinência urinária de esforço, os indicadores clínicos com prevalências significativas foram: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar e ao tossir. Os diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional e Incontinência urinária reflexa apresentam associações estatística entre si. O diagnóstico de Incontinência urinária por

transbordamento não apresentou associação estatística significativa com o diagnóstico de Incontinência urinária de esforço e com Incontinência urinária reflexa. Pertinente à associação dos diagnósticos de incontinência urinária com variáveis sociodemográficas evidenciou-se que a variável idade apresentou relação estatística significativa com Incontinência urinária funcional e Incontinência urinária por transbordamento. Considera-se que o presente estudo forneceu o perfil diagnóstico de incontinência urinária da população com AVC, podendo, dessa forma, contribuir para que as intervenções de enfermagem sejam direcionadas para intervenções específicas.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem, Incontinência Urinária, Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

This study aimed to identify the prevalence of the nursing diagnoses for Stress urinary incontinence, Urge urinary incontinence, Functional urinary incontinence, Overflow urinary incontinence, and Reflex urinary incontinence in patients with stroke. A cross-sectional study conducted in two public hospitals in Fortaleza-CE, Brazil, from September to November 2013. The sample consisted of 156 patients with diagnosis of stroke. For data collection, we performed interviews with a form designed based on the defining characteristics of the nursing diagnoses. These data were sent to nurse diagnosticians, so they could infer the occurrence of diagnoses for urinary incontinence. We developed a statistical analysis with the SPSS statistical package and adopted a significance level of 7%. Most participants were male, with an average age of 62.28 years, lived with a partner, were retired, and had low education. The most prevalent risk indicators for urinary incontinence, in addition to stroke, were coffee consumption, impaired mobility, hypertension, and diabetes. Among the five diagnoses studied, Overflow urinary incontinence was the most prevalent (72.4%), followed by Functional urinary incontinence (53.2%), Reflex urinary incontinence (50.0%), Urge urinary incontinence (41.0%), and Stress urinary incontinence (37.8%). As regards the diagnosis for Overflow urinary incontinence, the clinical indicators most prevalent were bladder distension and nocturia. Regarding the diagnosis for Functional urinary incontinence, the most prevalent defining characteristics were the urge to urinate and ability to empty the bladder completely. The diagnosis for Reflex urinary incontinence presented a high prevalence of the clinical indicators: inability to inhibit bladder emptying voluntarily, no sense of urgency to empty the bladder, and sense of urgency without voluntary inhibition of bladder contraction. For the diagnosis for Urge urinary incontinence, there was a high prevalence of the defining characteristics: reports of urinary urgency and reports of inability to reach the toilet in time to avoid loss of urine. As for the diagnosis for Stress urinary incontinence, the clinical indicators with significant prevalence were reports of involuntary loss of small amounts of urine when sneezing and coughing. Nursing diagnoses for Stress urinary incontinence, Urge urinary incontinence, Functional urinary incontinence, and Reflex urinary incontinence present statistical associations among them. The diagnosis for Overflow urinary incontinence showed no significant association with the diagnoses for Stress urinary incontinence and Reflex urinary incontinence. With regard to the association of the relevant diagnoses for urinary incontinence with socio-demographic variables, we identified that the age variable had a statistically significant association with Functional urinary incontinence and Overflow urinary

incontinence. Thus, we consider that this study provided the diagnosis profile of urinary incontinence of people with stroke and, therefore, may contribute to direct the nursing interventions to specific interventions.

Keywords: Nursing Diagnosis; Urinary Incontinence; Stroke.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem reais de incontinência urinária.....	17
Quadro 2 - Lista dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária com as características definidoras analisadas no estudo.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Adaptação dos pontos de corte para avaliação de estudos de capacidade do diagnosticador proposta por Lopes et al. (2012). Fortaleza, 2014.....	34
Tabela 2 – Casos especiais no cálculo da tendência. Fortaleza, 2014.....	34
Tabela 3 – Resultados dos testes realizados após o treinamento com os enfermeiros diagnosticadores, para os diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária. Fortaleza, 2014.....	35
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral segundo dados sociodemográficos. Fortaleza, 2014.....	39
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes, segundo a classificação, número de episódios e tempo de ocorrência do Acidente Vascular Cerebral. Fortaleza, 2014.....	40
Tabela 6 – Distribuição das alterações clínicas e dos fatores causadores de incontinência urinária apresentados pelos pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Fortaleza, 2014.....	41
Tabela 7 – Distribuição dos pacientes segundo o peso, altura e IMC. Fortaleza, 2014.....	42
Tabela 8 – Frequência dos medicamentos utilizados pelos pacientes com AVC. Fortaleza, 2014.....	42
Tabela 9 – Distribuição das mulheres com Acidente Vascular Cerebral segundo história ginecológica/obstétrica. Fortaleza, 2014.....	43
Tabela 10 – Prevalência dos diagnósticos de enfermagem incontinência e de suas características definidoras (N = 156). Fortaleza, 2014.....	44
Tabela 11 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária por transbordamento e as suas características definidoras. Fortaleza, 2014.....	46
Tabela 12 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária funcional e as suas características definidoras. Fortaleza, 2014.....	47
Tabela 13 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária reflexa e as suas características definidoras. Fortaleza, 2014.....	48
Tabela 14 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária de urgência e as suas características definidoras. Fortaleza, 2014.....	49

Tabela 15 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária de esforço e as suas características definidoras. Fortaleza, 2014.....	50
Tabela 16 – Associação entre os diagnósticos de enfermagem estudados. Fortaleza, 2014.....	51
Tabela 17 – Associação dos diagnósticos de incontinência urinária de enfermagem segundo faixa etária. Fortaleza, 2014.....	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo geral.....	21
2.2	Objetivos específicos.....	21
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	22
3.1	Desenho do estudo.....	22
3.2	Local e período do estudo.....	22
3.3	População e amostra.....	22
3.4	Instrumento para coleta de dados.....	23
3.5	Capacitação da equipe envolvida na coleta de dados.....	30
3.6	Procedimentos de coleta de dados.....	30
3.7	Enfermeiros diagnosticadores.....	31
3.8	Oficina com os enfermeiros diagnosticadores.....	32
3.9	Processo de inferência diagnóstica.....	32
3.10	Coleta de dados (enfermeiros diagnosticadores).....	36
3.11	Análise dos dados.....	37
3.12	Aspectos administrativos e éticos.....	37
4	RESULTADOS.....	39
4.1	Análise dos dados do total de pacientes com Acidente Vascular Cerebral	39
4.2	Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária.....	44
4.3	Associações entre os diagnósticos de enfermagem em estudo.....	51
4.4	Comparação da prevalência dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária com características sociodemográficas e clínicas...	52
5	DISCUSSÃO.....	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES.....	80
	ANEXOS.....	93

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo determinar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento e Incontinência urinária reflexa em pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC). A preocupação em estudar os fenômenos de eliminação surge em virtude de o AVC, entre outras, causar significativas alterações funcionais no sistema urinário (SMELTZER; BARE, 2011).

A motivação para desenvolver este estudo surgiu como desejo de dar continuidade à pesquisa realizada na graduação com pessoas com problemas vasculares cerebrais (LEANDRO, 2010) e pelo interesse em estudar uma temática pouco investigada nas pesquisas nacionais, uma vez que estudos sobre diagnósticos de enfermagem relacionados à eliminação urinária não são comuns (SILVA; SOUZA; D'ELBOUX, 2011).

Pesquisas que envolvem sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem podem ser úteis na prática, pois a determinação diagnóstica contribui para uma assistência mais qualificada, uma vez que a inferência diagnóstica auxilia em intervenções mais específicas. Um dos sistemas de classificação mais amplamente utilizado no Brasil é o de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I). Na taxonomia, diagnóstico é definido como “julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais”. Complementa afirmando que o diagnóstico constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (HERDMAN Ed, 2013).

O diagnóstico descreve a resposta humana a uma situação clínica, evento ou mesmo processo vital, e suas características definidoras são consideradas como “pistas/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de promoção da saúde” (HERDMAN Ed, 2013).

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e não é considerada uma tarefa fácil. O raciocínio diagnóstico compreende identificação e avaliação das características definidoras e fatores relacionados de um determinado diagnóstico. É um processo pelo qual, de proposições conhecidas ou assumidas, se chega a outra proposição – a de diagnóstico, ao qual se atribuem graus variados de veracidade (LOPEZ, 2001). Depende da capacidade de recolher informações adequadas em

número e qualidade e, posteriormente, atribuir a estas informações um significado para a profissão.

Sabe-se que a incontinência urinária é um assunto pouco investigado pelos profissionais de saúde e os estudos de prevalência de diagnósticos de enfermagem sobre este tema são escassos (SILVA; SOUZA; D'ELBOUX, 2011). Portanto, o estabelecimento da presença de tais diagnóstico torna-se importante, principalmente em populações específicas como a representada por pacientes com AVC. As alterações neurológicas decorrentes deste evento clínico são um dos fatores causadores de incontinência urinária.

A International Continence Society (ICS) considera a incontinência urinária como qualquer perda involuntária da urina. É um sintoma comum em muitas doenças, bem como na população em geral (ROTAR et al., 2009). Conhecidos por desencadear alterações importantes que interferem na qualidade de vida dos indivíduos, os quadros de incontinência urinária têm sido considerados como um problema de saúde pública. A aflição trazida pela incontinência gera impacto sobre os aspectos físicos, psíquicos e sociais dos acometidos, principalmente em mulheres, que representam o grupo mais atingido por este problema de saúde (BERLEZI et al., 2011).

Sua prevalência varia entre 25 e 45% em todo o mundo e, se comparada ao sexo masculino, as mulheres são 75% mais afetadas (PEREIRA et al., 2011). Além disso, a incontinência está presente em aproximadamente 30% dos idosos residentes na comunidade, 40 a 70% nos hospitalizados e 50% nos institucionalizados. Representa um grande peso econômico, além de ser considerada uma das principais síndromes geriátricas (SILVA; SOUZA; D'ELBOUX, 2011).

No estudo de Tamanini et al. (2009), realizado em São Paulo com 2.143 pessoas, 11,8% dos homens e 26,2% das mulheres relataram incontinência urinária. Verificou-se que, entre aqueles com incontinência autorreferida, 37% tiveram AVC. Ainda conforme o estudo, nos participantes incontinentes com idade entre 60 e 74 anos, a prevalência de AVC foi de 31,1%; nos com idade superior a 75 anos e incontinentes, a taxa de AVC foi de 54,6%. Observou-se no estudo de Cavalcante (2008), desenvolvido com pacientes imediatamente após a ocorrência de AVC, 5% de Incontinência urinária funcional.

Os principais fatores relacionados à incontinência são: história ginecológica e obstétrica, obesidade, doenças crônicas, fatores hereditários, uso de medicamentos, consumo de cafeína, tabagismo, exercícios físicos rigorosos e avanço da idade acompanhado das alterações hormonais que têm início no climatério (BERLEZI et al., 2011). As doenças neurológicas mais relacionadas à incontinência são: demência, AVC, esclerose múltipla,

doença de Alzheimer, doença de Parkinson, *delirium* e lesão na medula espinhal (TEIXEIRA, 2011).

O AVC constitui uma disfunção neurológica aguda, conseqüente à lesão vascular, seguida da ocorrência súbita de uma variedade de manifestações clínicas relacionadas ao comprometimento de áreas focais no cérebro. Pode ser classificado em dois tipos principais: AVC isquêmico e AVC hemorrágico (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011).

O AVC pode causar alterações nas estruturas do encéfalo responsáveis pelo controle da micção e, conseqüentemente, o sistema urinário pode ficar comprometido (JUC; COLOMBARI; SATO, 2011). Nas pessoas com AVC, os sinais e sintomas de incontinência são secundários às lesões cerebrais, uma vez que as funções motoras, sensoriais, cognitivas e dos nervos cranianos podem estar alteradas (SMELTZER; BARE, 2011).

A NANDA Internacional apresenta cinco diagnósticos de enfermagem reais e um de risco para incontinência. O diagnóstico de enfermagem de risco é denominado Risco de incontinência urinária de urgência, definido como risco de perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar. Os fatores de risco compreendem contratilidade da bexiga prejudicada, efeitos da cafeína, efeitos de medicamentos, efeitos do álcool, hábitos de higiene íntima ineficazes, hiperatividade do detrusor com contratilidade da bexiga prejudicada, impactação fecal, pequena capacidade vesical, relaxamento involuntário do esfíncter, uretrite atrófica e vaginite atrófica. Pela abrangência desses fatores de risco, optou-se, neste estudo, por não incluí-los na investigação.

Os diagnósticos reais para incontinência são denominados de: Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento e Incontinência urinária reflexa. Os diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária estão incluídos na classe 1, do domínio 3 (Eliminação e Troca) da NANDA Internacional (HERDMAN Ed, 2013).

No Quadro 1, estão relacionados os diagnósticos reais para incontinência e suas características definidoras.

Quadro 1 – Diagnósticos de enfermagem reais de incontinência urinária

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (00017)
Definição: perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal.
Características Definidoras

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao espirrar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao rir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao rir
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao tossir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao tossir
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina durante esforço 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina sob esforço
INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA (00019)	
Definição: perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidade observada de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de perda involuntária de urina com contrações da bexiga
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de perda involuntária de urina com espasmos da bexiga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatos de urgência urinária
INCONTINÊNCIA URINÁRIA FUNCIONAL (00020)	
Definição: incapacidade da pessoa que é usualmente continente de alcançar o banheiro a tempo de evitar perda de urina.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ É capaz de esvaziar completamente a bexiga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda de urina antes de alcançar o banheiro
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pode ser incontinente apenas de manhã cedo
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sente desejo de urinar

INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR TRANSBORDAMENTO (00176)	
Definição: perda involuntária de urina associada à distensão excessiva da bexiga.	
Características Definidoras	
▪ Distensão da bexiga	▪ Perda involuntária observada de pequenos volumes de urina
▪ Elevado volume residual após micção	▪ Relatos de perda involuntária observada de pequenos volumes de urina
▪ Noctúria	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA REFLEXA (00018)	
Definição: Perda involuntária de urina a intervalos de certa forma previsíveis, quando um determinado volume na bexiga é atingido.	
Características Definidoras	
▪ Ausência de sensação de enchimento da bexiga	▪ Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga
▪ Ausência de sensação de urgência para esvaziar a bexiga	▪ Incapacidade de iniciar voluntariamente o esvaziamento da bexiga
▪ Ausência de sensação para esvaziar a bexiga	▪ Padrão previsível de esvaziamento da bexiga
▪ Esvaziamento completo com lesão acima do centro pontinho da micção	▪ Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical
▪ Esvaziamento incompleto com lesão acima do centro de micção sacral	▪ Sensações associadas com bexiga cheia (p. ex., sudorese, agitação e desconforto abdominal)

Os diversos tipos de incontinência urinária apresentam etiologia e fisiopatologia distintas, cuja compreensão é primordial para tratamento e prognóstico promissores (OLIVEIRA et al., 2012). O enfermeiro pode ter dificuldades em inferir os diferentes diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária, uma vez que algumas características definidoras presentes em diferentes diagnósticos apresentam similaridade com outras. Essa similaridade pode comprometer o raciocínio diagnóstico, uma vez que o enfermeiro nem sempre reconhece as diferenças entre as denominações das características, o que é acentuado pela falta de definições conceituais e/ou operacionais das características pela NANDA. Também merece comentário o fato de que algumas dessas respostas humanas são difíceis de serem avaliadas devido à sua complexidade de mensuração.

Diante do contexto apresentado, surgem os seguintes questionamentos: Qual a prevalência dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com AVC? Quais características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária são mais frequentes em pacientes com AVC? Os diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária presentes em pacientes com AVC apresentam associações com suas características definidoras? Os diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária apresentam associações entre si?

Espera-se que o conhecimento produzido no presente estudo possa ampliar a fundamentação teórica utilizada pelos enfermeiros na determinação dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária por meio do levantamento das características definidoras.

Pesquisas de prevalência diagnóstica de incontinência urinária são necessárias em pacientes com AVC, porque a partir da manifestação das respostas humanas apresentadas por essa população é que os enfermeiros terão subsídio para implementar uma assistência de enfermagem voltada para melhorar o padrão de eliminação destes pacientes, direcionando assim intervenções mais específicas e de qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento, Incontinência urinária reflexa em pacientes com Acidente Vascular Cerebral.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar quais características definidoras dos diagnósticos de enfermagem incontinência urinária estão presentes em pacientes com Acidente Vascular Cerebral.
- Verificar a associação dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária entre si e destes com as características definidoras.
- Verificar a associação dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária entre indivíduos com diferentes características sociodemográficas e clínicas.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal. Estudos que buscam estimar os parâmetros de uma população-alvo e estabelecer relações entre as variáveis são denominados de estudos transversais. Além disso, apresentam três características essenciais: as medidas são feitas em um único momento, são úteis para descrever variáveis e suas distribuições e constituem o único desenho que possibilita identificar a prevalência de um fenômeno de interesse (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

3.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais públicos de nível terciário, ambos localizados na cidade de Fortaleza/CE, pertencentes à Secretaria Executiva Regional II (SER II) e VI (SER VI). Essas instituições realizam acompanhamento ambulatorial de pacientes com AVC. Após receber alta da unidade de AVC, somente os pacientes atendidos neste setor são encaminhados ao serviço ambulatorial para acompanhamento com equipe multiprofissional. A coleta de dados se deu nos meses de setembro a novembro de 2013.

3.3 População e amostra

A população do estudo se constituiu de pacientes com diagnóstico médico de Acidente Vascular Cerebral. A amostra foi composta por pacientes que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão estabelecidos: a) estar cadastrado e em acompanhamento no ambulatório de neurologia; b) ter condições de responder às perguntas da entrevista; c) ter idade igual ou superior a 18 anos.

Para determinação da amostra foi utilizada a fórmula para populações infinitas. Utilizou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{e^2}$$

onde:

n = tamanho amostral

$Z_{1-\alpha/2}$ = nível de confiança

P = proporção de indivíduos com o fenômeno de interesse

e = erro amostral

Adotaram-se como parâmetros para o cálculo da amostra os seguintes critérios: nível de confiança de 95% (Z_{α}), erro amostral de 7% e, para a prevalência, foi utilizado o valor estimado pelo estudo de Higa e Lopes (2008), que apresentou um valor de 27% para o diagnóstico de enfermagem de Incontinência urinária de esforço.

A amostra final calculada foi de 155 pacientes e, no estudo, foram avaliados 156.

Para realização do processo de amostragem, aplicou-se a técnica consecutiva, visto que não se trata de uma população fixa. Dessa forma, os pacientes foram incluídos conforme compareceram ao ambulatório.

Como critérios de exclusão foram considerados: a) comorbidades específicas do trato urinário que pudessem influenciar na identificação das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em estudo, por exemplo: insuficiência renal, hiperplasia prostática benigna e hemodiálise; b) pacientes com cistostomia ou nefrostomia, sondas vesicais e uso contínuo de fralda; c) história de câncer de próstata, hipoplasia e hiperplasia de próstata, cirurgias de prostatectomia parcial e total; d) história cirúrgica de perineoplastia.

3.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento utilizado para coleta de dados foi elaborado com base nas características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária e na literatura pertinente acerca de sistema urinário (APÊNDICE A). O referido instrumento foi encaminhado para análise de dois enfermeiros juízes com experiência em nefrologia. Exigiu-se desses profissionais experiência clínica e especialização na área em estudo. Com isso, pretendeu-se verificar a adequação e pertinência do conteúdo elaborado, bem como identificar as lacunas existentes. Os juízes solicitaram inclusão de perguntas referentes a problemas renais, mas, por não ser foco do estudo, não foram acatadas. Foi atendida apenas uma sugestão referente à investigação de perda involuntária de urina antes do AVC. Obteve-se a anuência desses enfermeiros por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desses participantes (APÊNDICE B).

O instrumento destinou-se à investigação de dados pessoais, sociodemográficos, dados clínicos, fatores de risco para incontinência urinária e dados que possibilitaram a identificação dos diagnósticos de enfermagem. No item dados pessoais e sociodemográficos, foram obtidos dados de identificação, renda, ocupação e situação marital. A investigação da história clínica permitiu a obtenção de dados que caracterizem o perfil do paciente com AVC, outras doenças neurológicas e fatores de risco para incontinência, como idade, uso de medicamentos, doenças crônicas (hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, problemas intestinais, problemas psicológicos) e agudas (infecção urinária, problemas intestinais), história ginecológica, hábitos de vida (consumo de cafeína e tabagismo), história cirúrgica no abdome e restrição de mobilidade. Tendo em vista a relação da incontinência urinária com peso corporal elevado, foram realizadas medidas de peso e altura.

Para a formulação dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária, foram analisadas as características definidoras e adotadas, no instrumento de coleta, apenas aquelas que poderiam ser identificadas mediante o relato dos pacientes. Dessa forma, por ser inviável a coleta de dados, excluíram-se características que dependiam de observação externa: Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao espirrar; Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao rir; Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao tossir; Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina durante esforço; Perda involuntária e observada 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; Incapacidade observada de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina; Esvaziamento completo com lesão acima do centro pontino de micção; e Esvaziamento incompleto com lesão acima do centro de micção sacral.

Além disso, algumas características definidoras foram agrupadas em uma mesma questão pela similaridade nas manifestações. As características Relatos de perda involuntária de urina com espasmos da bexiga e Relatos de perda involuntária de urina com contrações da bexiga foram agrupadas em uma única pergunta. Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina e Perda de urina antes de alcançar o banheiro são características idênticas comuns aos diagnósticos de Incontinência urinária de urgência e Incontinência urinária funcional, mas a sua investigação foi feita apenas uma vez.

Segue-se a relação dos diagnósticos de enfermagem com as características definidoras selecionadas para investigação.

Quadro 2 – Lista dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária com as características definidoras analisadas no estudo

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO
CD: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar
CD: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao rir
CD: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao tossir
CD: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor
CD: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga
CD: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina sob esforço
INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA
CD: Relatos de perda involuntária de urina com espasmos da bexiga
CD: Relatos de perda involuntária de urina com contrações da bexiga
CD: Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina
CD: Relatos de urgência urinária
INCONTINÊNCIA URINÁRIA FUNCIONAL
CD: É capaz de esvaziar completamente a bexiga
CD: O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga
CD: Perda de urina antes de alcançar o banheiro
CD: Pode ser incontinente apenas de manhã cedo
CD: Sente desejo de urinar
INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR TRANSBORDAMENTO
CD: Distensão da bexiga
CD: Elevado volume residual após micção
CD: Noctúria

CD: Relatos de perda involuntária de pequenos volumes de urina
INCONTINÊNCIA URINÁRIA REFLEXA
CD: Ausência de sensação de enchimento da bexiga
CD: Ausência de sensação de urgência para esvaziar a bexiga
CD: Ausência de sensação para esvaziar a bexiga
CD: Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga
CD: Incapacidade de iniciar voluntariamente o esvaziamento da bexiga
CD: Padrão previsível de esvaziamento da bexiga
CD: Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical
CD: Sensações associadas com bexiga cheia (p. ex., sudorese, agitação e desconforto abdominal)

Após a escolha das características definidoras que seriam incluídas na investigação, com o objetivo de uniformizar a coleta de dados foi desenvolvido um protocolo com as definições conceituais e operacionais de cada uma, baseado na literatura pertinente e no conhecimento da pesquisadora e orientadora, e apresentadas a seguir.

Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária de esforço	
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor	<p>Definição conceitual: Relato de eliminação involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de esforço.</p> <p>Definição operacional: Indagar se tem perda de pequena quantidade de urina na ausência de esforço ou se durante a realização de atividade que demanda pouco esforço físico (exemplo: mudar de posição no leito, servir sua comida, comer e sentar-se), perde urina.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga	<p>Definição conceitual: Relato de eliminação involuntária de urina quando a bexiga não está cheia.</p> <p>Definição operacional: Indagar se</p>

	percebe perda de urina na roupa íntima sem ter a sensação de bexiga cheia. Classificada como presente ou ausente.
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina sob esforço, ao espirrar, ao tossir ou ao rir.	Definição conceitual: Relato de eliminação involuntária de urina devido a uma atividade que causa aumento súbito na pressão intra-abdominal, como o esforço, o espirro, a tosse e sorrir. Definição operacional: Indagar se tem perda de pequena quantidade de urina quando espirra, tosse, sorri ou quando faz esforço físico, como levantar peso. Classificada como presente ou ausente.

Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária de urgência	
Relatos de perda involuntária de urina com espasmos e contrações da bexiga	Definição conceitual: Relatos de perda involuntária de urina com contrações súbitas dos músculos da bexiga. Definição operacional: Indagar se perde urina involuntariamente com a sensação de aperto ou contração na bexiga. Classificada como presente ou ausente.
Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina	Definição conceitual: Relato de perda de urina antes de chegar ao banheiro. Definição operacional: Indagar se, ao sentir desejo de urinar, dirige-se ao banheiro e perde urina antes de chegar no destino desejado. Classificada como presente ou ausente.
Relatos de urgência urinária	Definição conceitual: Relato de sentir um forte desejo para urinar. Definição operacional: Indagar se apresenta uma vontade urgente e repentina de urinar, necessitando realizar a micção rapidamente. Classificada como presente ou ausente.

Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária funcional	
É capaz de esvaziar completamente a bexiga	Definição conceitual: Capacidade de esvaziar completamente a bexiga ao urinar. Definição operacional: Indagar se, após urinar, tem a sensação de que a bexiga está completamente vazia.

	Classificada como presente ou ausente.
O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga	Definição conceitual: Sensação de forte desejo para urinar (repentina e esporádica) e esvazia a bexiga involuntariamente antes de alcançar o banheiro. Definição operacional: Indagar se sente um forte desejo para urinar e perde urina antes de alcançar o banheiro. Classificada como presente ou ausente.
Perda de urina antes de alcançar o banheiro	Definição conceitual: Perda de urina antes de chegar ao banheiro. Definição operacional: Indagar se perde urina a caminho do banheiro. Classificada como presente ou ausente.
Pode ser incontinente apenas de manhã cedo	Definição conceitual: Perda involuntária de urina apenas de manhã. Definição operacional: Indagar se perde involuntariamente urina de manhã cedo, depois que acorda. Classificada como presente ou ausente.
Sente desejo de urinar	Definição conceitual: Sente vontade de urinar. Percepção de plenitude vesical e desejo de eliminar a urina. Definição operacional: Indagar se perde urina sem perceber que a bexiga está cheia. O relato da perda da urina sem percepção do enchimento da bexiga determinará a ausência da característica definidora.

Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária por transbordamento	
Distensão da bexiga	Definição conceitual: Distensão vesical, plenitude vesical (SMELTZER; BARE, 2011). Definição operacional: Relato do paciente de ter a sensação de bexiga cheia. Classificada como presente ou ausente.
Elevado volume residual após micção	Definição conceitual: Elevado volume de urina que permanece na bexiga após a micção (SMELTZER; BARE, 2011). Definição operacional: Relato do paciente de que, minutos após urinar, ele retorna ao banheiro e ainda perde uma grande quantidade de urina. Classificada como presente ou ausente.
Noctúria	Definição conceitual: Levantar à noite para

	<p>urinar.</p> <p>Definição operacional: Relato do paciente sobre a necessidade de acordar mais de uma vez para urinar durante o período da noite (SGROTT, 2007).</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>
Relatos de perda involuntária de pequenos volumes de urina	<p>Definição conceitual: Perda involuntária de pequenas quantidades de urina, tipo gotejamento.</p> <p>Definição operacional: Indagar se perde involuntariamente pequenas quantidades de urina, em gotas.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>

Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária reflexa	
Ausência de sensação de enchimento da bexiga	<p>Definição conceitual: Incapacidade de sentir a bexiga cheia.</p> <p>Definição operacional: Indagar se não sente quando a bexiga está cheia.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>
Ausência de sensação de urgência para esvaziar a bexiga	<p>Definição conceitual: Incapacidade de sentir um forte desejo para urinar.</p> <p>Definição operacional: Indagar se não apresenta uma vontade urgente e repentina para urinar.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>
Ausência de sensação para esvaziar a bexiga	<p>Definição conceitual: Ausência de vontade/necessidade de urinar, mas urina espontaneamente ou involuntariamente quando faz esforço.</p> <p>Definição operacional: Indagar se perde urina sem perceber a bexiga cheia.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>
Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga	<p>Definição conceitual: Incapacidade de parar de urinar depois que inicia a micção.</p> <p>Definição operacional: Indagar se é incapaz de parar de urinar depois que começa a esvaziar a bexiga.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>
Incapacidade de iniciar voluntariamente o esvaziamento da bexiga	<p>Definição conceitual: Incapacidade de conseguir urinar quando sente desejo de urinar.</p> <p>Definição operacional: Indagar se é incapaz de urinar espontaneamente depois que sente desejo de urinar.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>

Padrão previsível de esvaziamento da bexiga	<p>Definição conceitual: Frequência pré-determinada de micção.</p> <p>Definição operacional: Investigar o relato do paciente de ter horários previsíveis para esvaziar a bexiga.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>
Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical	<p>Definição conceitual: Urgência urinária com contração voluntária vesical.</p> <p>Definição operacional: Indagar desejo súbito de urinar e, logo em seguida, perder urina sem poder impedir.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>
Sensações associadas com bexiga cheia (p. ex., sudorese, agitação e desconforto abdominal)	<p>Definição conceitual: Sensações associadas com plenitude vesical, por exemplo, sudorese, agitação e desconforto abdominal.</p> <p>Definição operacional: Indagar ao paciente se apresenta suores, desconforto abdominal ou agitação quando a bexiga está cheia.</p> <p>Classificada como presente ou ausente.</p>

3.5 Capacitação da equipe envolvida na coleta de dados

Foi realizada uma oficina com quatro horas de duração para treinamento da equipe técnica que participou da coleta de dados. O pesquisador responsável encarregou-se da oficina e foram treinados quatro alunos de graduação e um enfermeiro, pertencentes ao projeto de pesquisa Ações Integradas em Saúde Cardiovascular – PAISC da Universidade Federal do Ceará – UFC. Nesta oficina, revisaram-se conteúdos referentes aos diagnósticos de enfermagem e ao sistema urinário. O instrumento de coleta de dados foi apresentado e discutido com toda a equipe para esclarecimentos de dúvidas quanto à sua aplicação.

Além das quatro horas planejadas, realizou-se um novo encontro, com duração de duas horas, somente para o treinamento da aplicação do instrumento.

3.6 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados com fonte primária, diretamente com o paciente. No local do estudo, a pesquisadora identificava os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão, abordava-os e convidava-os a participar do estudo após informar os objetivos da pesquisa e a estratégia de coleta de dados.

Aceito o convite, os pacientes assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), seguindo-se a coleta de dados.

Após abordagem inicial, os pacientes foram então entrevistados para que se obtivessem dados sociodemográficos e clínicos. Em seguida eram investigadas a presença ou ausência das características definidoras dos diagnósticos de incontinência.

Na sequência, verificavam-se peso e altura para a classificação da massa corporal. Nas situações de dificuldade de locomoção com impedimento para realização de tal procedimento, foram registradas as medidas informadas verbalmente pelo indivíduo ou familiar. Alguns não souberam informar tais parâmetros.

3.7 Enfermeiros diagnosticadores

Participaram desta etapa enfermeiros integrantes do Núcleo de Estudo de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (NEDIRE). O núcleo é composto por professores, alunos de pós-doutorado, doutorado, mestrado e graduação em enfermagem, além de enfermeiros. Está no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e compreende uma ação conjunta dos projetos de pesquisa: Ações Integradas em Saúde Cardiovascular (PAISC), Grupo de Estudos em Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (GEDIRE) e grupo de pesquisa Cuidado de Enfermagem na Saúde da Criança (CUIDENSC).

Para participarem do estudo, os enfermeiros integrantes do NEDIRE deveriam ter experiência clínica na área de nefrologia ou possuir pesquisas publicadas sobre diagnósticos, intervenções ou resultados de enfermagem.

Quatro enfermeiros foram selecionados e convidados a participar da pesquisa por meio de carta-convite enviada pelo correio eletrônico (APÊNDICE D). Nesta foram informados os objetivos da pesquisa, suas atribuições no estudo, bem como questionada a disponibilidade para participar de uma oficina presencial. Mediante aceitação do enfermeiro para participar da oficina, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

3.8 Oficina com os enfermeiros diagnosticadores

Uma oficina com duração de quatro horas foi realizada com todos os enfermeiros, destinada ao conteúdo de diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária, suas características definidoras, bem como discussão dos aspectos fisiológicos e psicossociais do tema em estudo.

Este momento foi pertinente, visto que muitos desses profissionais, apesar de realizarem pesquisas com diagnósticos de enfermagem, não estavam familiarizados com os diagnósticos deste estudo. A oficina proporcionou valiosa discussão sobre a definição de cada diagnóstico, suas características definidoras e a pertinência das mesmas.

No final, os enfermeiros treinados foram requisitados a responder um teste para avaliação da qualidade de suas inferências com base na avaliação de sistema de atributos.

3.9 Processo de inferência diagnóstica

A avaliação dos sistemas de atributos foi proposta por Hradesky (1988) com o objetivo de avaliar o controle de qualidade em pesquisas (BELTRÃO, 2011). Utilizou-se uma adaptação desse método de avaliação por sistema de atributos para verificação do processo de inferência diagnóstica.

Ao realizar a avaliação de sistemas de classificação de atributos, é possível verificar a capacidade do diagnosticador em identificar repetidamente a presença ou ausência de um diagnóstico (BELTRÃO, 2011). Para realização desta avaliação, é recomendada a verificação de quatro parâmetros, a saber: eficácia (E), taxa de falso positivo (FP), taxa de falso negativo (FN) e tendência (T).

A avaliação da eficácia (E) corresponde ao número total de identificações corretas pelo número total de casos. É a capacidade de um enfermeiro detectar corretamente a presença ou ausência do diagnóstico.

A taxa de falso negativo (FN) refere-se ao número de indivíduos com um diagnóstico que foram incorretamente classificados pelo número total de indivíduos com o diagnóstico, ou seja, é a probabilidade de um indivíduo com um diagnóstico ser erroneamente identificado como não tendo o diagnóstico. Nesta condição, o paciente é considerado sadio quando, na verdade, possui a condição clínica.

A taxa de falso positivo (FP) refere-se ao número total de indivíduos sem o diagnóstico que foram incorretamente classificados como tendo o diagnóstico pelo número

total de indivíduos sem o diagnóstico, e representa a identificação de um diagnóstico em indivíduos sem o mesmo. Esta condição é referida como alarme falso, pois há uma chance de um diagnóstico ausente ser considerado como presente.

Por fim, a tendência (T) representa a predisposição de um enfermeiro para classificar um indivíduo como tendo ou não um diagnóstico.

Para se proceder à avaliação desses atributos, foram utilizados e elaborados casos com dados fictícios sobre a presença ou ausência das características definidoras, com o propósito de determinar a presença ou ausência dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária.

Um total de 24 casos deve ser aplicado cinco vezes quando apenas um enfermeiro é responsável pelas inferências diagnósticas. Quando há dois enfermeiros para avaliação diagnóstica, 18 casos clínicos devem ser aplicados, com quatro repetições. Para três ou mais enfermeiros, é recomendado o uso de 12 casos com três repetições (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012). Como este estudo contou com a participação de quatro enfermeiros diagnosticadores e tendo em vista que a pesquisa conta com cinco diagnósticos de incontinência, foram elaborados 13 casos fictícios para análise dos enfermeiros.

Os casos foram preparados e aplicados pelo pesquisador e submetidos à apreciação dos enfermeiros ao final da oficina para inferência diagnóstica. Cada avaliador recebeu uma sequência de 13 casos e determinou a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem baseado no conjunto de informações fornecidas. Vale destacar que foi entregue uma sequência de casos por vez a cada enfermeiro, sendo esta devolvida antes da entrega do relatório seguinte. Adotou-se este procedimento, para que não houvesse influência nas verificações realizadas. Tendo em vista que os itens deveriam ser avaliados três vezes, cada enfermeiro realizou, ao final da oficina, a inferência de 39 casos fictícios.

Os julgamentos apresentados pelos enfermeiros foram comparados a uma tabela de respostas e, posteriormente, avaliados com base nos atributos descritos. A determinação dos quatro parâmetros permitiu identificar o resultado de cada enfermeiro como aceitável ou inaceitável (Tabela 1). Os atributos eficácia (E), taxa de falso positivo (FP), taxa de falso negativo (FN) variam de 0 a 1. Já a medida tendência (T) pode variar de 0 até ∞ . O valor ótimo para o parâmetro tendência é de 1, os valores entre 0,8 e 1,2 são aceitáveis. Valores acima de 1 indicam uma tendência para classificar indivíduos como tendo o diagnóstico, enquanto que os valores inferiores a 1 indicam uma tendência para classificar a ausência do diagnóstico.

Tabela 1 – Adaptação dos pontos de corte para avaliação de estudos de capacidade do diagnosticador proposta por Lopes, Silva e Araujo (2012). Fortaleza, 2014

Parâmetros	Aceitáveis	Inaceitáveis
E	≥ 0.8	< 0.8
FN	≤ 0.1	>0.1
FP	≤ 0.1	>0.1
T	0,8 - 1,2	< 0.8 ou > 1.2

Fonte: Lopes, Silva e Araujo (2012); E: eficácia; FP: taxa de falso positivo; FN: taxa de falso negativo; T: tendência.

O critério tendência está em função da taxa de falso positivo e negativo, e estes podem assumir classificações diferentes; existem casos especiais para se realizar o cálculo de tendência na avaliação de sistemas de medição de atributos (Tabela 2).

Tabela 2 – Casos especiais no cálculo da tendência. Fortaleza, 2014

FP	FN	T	Decisão
0	Maior que 0	0	Usar E e FN
Maior que 0	0	Nenhum valor	Usar E, FP e FN
0	0	Nenhum valor	Aceitável (T = 1)
Maior que 0,5	0,5 ou menor	Maior que 1,2	Inaceitável
0,5 ou menor	Maior que 0,5	Menor que 0,5	Inaceitável
Maior que 0,5	Maior que 0,5	Nenhum valor	Inaceitável

Fonte: Lopes, Silva e Araujo (2012); FP: taxa de falso positivo; FN: taxa de falso negativo; T: tendência.

Na Tabela 3 estão apresentados os desempenhos dos diagnosticadores que realizaram as avaliações após a realização da oficina. Três enfermeiros eram discentes do curso de doutorado em enfermagem e um era discente do curso de mestrado.

Tabela 3 – Resultados dos testes realizados após o treinamento com os enfermeiros diagnosticadores, para os diagnósticos de enfermagem de Incontinência Urinária. Fortaleza, 2014

DE	Treinamento 1				Treinamento 2			
	E	FN	FP	T	E	FN	FP	T
Diagnosticador 1								
IUE	1	0	0	1	1	0	0	1
IUU	0,8974	0	0,5	-	1	0	0	1
IUF	0,8974	0,0555	0,1428	2,1413	0,9555	0,0555	0	0
IUT	0,9743	0	0,0476	-	1	0	0	1
IUR	0,92	0,1666	0	0	1	0	0	1
Diagnosticador 2								
IUE	0,9230	0,1666	0	0	1	0	0	1
IUU	0,9743	0	0,0555	-	1	0	0	1
IUF	0,8974	0,1666	0,0476	0,3531	1	0	0	1
IUT	0,9743	0,0555	0	0	1	0	0	1
IUR	1	0	0	1	1	0	0	1
Diagnosticador 3								
IUE	1	0	0	1	1	0	0	1
IUU	0,9743	0	0,0555	-	1	0	0	1
IUF	0,8461	0,1666	0,1428	0,9112	0,9743	0	0,0476	0
IUT	0,8974	0	0,1904	-	1	0	0	1
IUR	1	0	0	1	1	0	0	1
Diagnosticador 4								
IUE	0,9230	0	0,1428	-	1	0	0	1
IUU	0,7179	0,1428	0,4444	1,7714	1	0	0	1
IUF	0,9743	0	0,0476	-	1	0	0	1
IUT	0,8461	0	0,2857	-	1	0	0	1
IUR	1	0	0	1	1	0	0	1

DE: Diagnóstico de Enfermagem; E: Eficácia; FN: Taxa de falso negativo; FP: Taxa de falso positivo; T: Tendência; IUE: Incontinência Urinária de Esforço; IUU: Incontinência Urinária de Urgência; IUF: Incontinência Urinária Funcional; IUT: Incontinência Urinária por Transbordamento; IUR: Incontinência Urinária Reflexa.

Conforme se observa na tabela acima, outra rodada de treinamento foi necessária para que os enfermeiros atingissem o perfil mínimo estabelecido no estudo. As incongruências, relacionadas aos julgamentos dos enfermeiros que obtiveram classificações inaceitáveis, foram discutidas entre o pesquisador e os diagnosticadores. Após rever as inconsistências apresentadas, estes profissionais foram submetidos a uma nova avaliação de atributos, utilizando casos diferentes dos aplicados anteriormente. Procedeu-se à avaliação de acordo com o método utilizado durante a avaliação anterior. Assim, ao final desse processo os diagnosticadores tiveram novamente suas respostas classificadas em aceitável e inaceitável.

Após a conclusão desta etapa, os diagnosticadores estavam aptos a participar do estudo e receberam os dados coletados nos pacientes com AVC para inferência diagnóstica.

3.10 Coleta de dados (enfermeiros diagnosticadores)

Os dados coletados nas entrevistas com os pacientes foram resumidos pelo pesquisador em um instrumento enviado aos diagnosticadores (APÊNDICE F). No resumo constavam: iniciais do paciente, sexo, idade e diagnóstico médico, seguindo-se a relação de características definidoras presentes. Ao final do instrumento, estavam listados os diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária.

A partir dos resumos, os diagnosticadores realizaram inferência da presença ou não de cada diagnóstico de enfermagem de incontinência urinária. Os enfermeiros dispuseram de um mês para a realização desta etapa.

Cada resumo era encaminhado simultaneamente para dois diagnosticadores que deveriam formular os diagnósticos sem comunicação. Foram então organizadas duas duplas, denominadas de A e B, para a realização da análise dos resumos. Cada par ficou responsável pela análise de 78 casos, totalizando 156. Após a pesquisadora verificar as discordâncias na formulação dos diagnósticos dentro da dupla, solicitava à dupla consenso em relação à presença ou ausência dos diagnósticos.

A dupla A reavaliou 24 resumos. Nestes, foram encontradas 13 discordâncias para o diagnóstico de Incontinência urinária de esforço, duas discordâncias para o diagnóstico de Incontinência urinária de urgência, 12 discordâncias para o diagnóstico de Incontinência urinária funcional, uma discordância para o diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento e duas discordâncias para o diagnóstico de Incontinência urinária reflexa.

A dupla B reavaliou 11 resumos. Nestes, foram encontrados uma discordância para o diagnóstico de Incontinência urinária de esforço, duas discordâncias para o diagnóstico

de Incontinência urinária de urgência, duas discordâncias para o diagnóstico de Incontinência urinária funcional, duas discordâncias para o diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento e cinco discordâncias para o diagnóstico de Incontinência urinária reflexa.

Sendo assim, dos 156 casos, 35 foram reanalisados entre os enfermeiros. Somente após consenso dos diagnosticadores é que os dados foram analisados.

3.11 Análise dos dados

Uma planilha única do *software* Excel (2010) foi criada, para consolidar os dados referentes à prevalência dos diagnósticos de incontinência urinária e a relação das características definidoras presentes ou ausentes, bem como dados relativos à identificação dos pacientes e condição clínica. O banco de dados construído foi analisado com o apoio do programa estatístico IBM SPSS versão 21.0 for Windows (Statistical Package for the Social Sciences).

A normalidade dos dados foi analisada de acordo com o tamanho do cálculo amostral por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para avaliar associação entre os diagnósticos e suas características definidoras foi aplicado o teste qui-quadrado.

O cálculo da razão de prevalência foi utilizado para verificar diferenças na distribuição da ocorrência dos diagnósticos de acordo com as características sociodemográficas.

Para todas as análises se adotou nível de significância de 0,05. Após análise dos dados, os mesmos foram discutidos com literatura pertinente.

3.12 Aspectos administrativos e éticos

A coleta de dados foi iniciada após autorização da direção da unidade de saúde para realização do estudo, apreciação e aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob os Pareceres n° 392.531 e n° 49912, tendo em vista atender às recomendações expressas na Resolução n° 196/96, referentes ao desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) a cada participante do estudo após explicação dos objetivos da pesquisa (CNS, 1996). Para os enfermeiros juízes foram enviados o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE B), o instrumento de coleta de dados e o protocolo com as definições conceituais e operacionais de cada característica definidora. Os enfermeiros responsáveis pelas inferências receberam: carta-convite (APÊNDICE D) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

4 RESULTADOS

4.1 Análise dos dados do total de pacientes com Acidente Vascular Cerebral

Inicialmente, apresentam-se os resultados na Tabela 4 para caracterização dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral segundo os dados sociodemográficos.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral segundo dados sociodemográficos. Fortaleza, 2014

Variáveis	N	%			
1. Sexo					
Masculino	79	50,6			
Feminino	77	49,4			
Total	156	100,0			
2. Estado Civil					
Com companheiro	89	57,1			
Sem companheiro	67	42,9			
Total	156	100,0			
3. Procedência					
Capital	69	44,2			
Interior	87	55,8			
Total	156	100,0			
4. Ocupação					
Aposentado	99	63,5			
Desempregado	26	16,7			
Doméstica	11	7,1			
Autônomo	6	3,8			
Agricultor	4	2,6			
Outras	10	6,4			
Total	156	100,0			
	Média	DP	Mediana	IQ	Valor p*
5. Idade (anos)	62,28	14,71	63	23	0,020
6. Escolaridade (anos)	5,03	4,54	4	7	< 0,001
7. N° de membros na família	2,99	2,04	2	2	< 0,001
8. Renda Pessoal**	812,24	856,05	678	0	< 0,001
9. Renda Familiar**	1436,38	1217,38	1356	1322	< 0,001

*Teste de Kolmogorov-Smirnov; **Renda em salários mínimos; DP= desvio padrão; IQ= Intervalo interquartilico.

Os pacientes da pesquisa tinham idade entre 28 e 87 anos, sendo a média de idade de 62,28 anos (desvio padrão de 14,71). A maioria dos entrevistados pertencia ao sexo masculino (50,6%) e vivia com companheiro (57,1%). Quanto ao número de membros na

família, foi verificada uma mediana de dois indivíduos com intervalo interquartil de dois. A maior parte da amostra era proveniente do interior do Estado do Ceará (55,8%).

Em relação à ocupação, a maioria dos participantes era aposentada (63,5%), e 16,7% dos sujeitos estavam desempregados. No tocante à renda pessoal a mediana foi de 678 reais, isto é, valor referente a um salário mínimo da época. Sobre os dados de escolaridade, os pacientes apresentaram uma média de cinco anos de estudo. Diante do exposto, observa-se que as variáveis idade, escolaridade, número de membros na família e renda apresentaram distribuição assimétrica ($p < 0,05$).

A tabela a seguir traz a distribuição dos indicadores segundo a classificação, número de episódios e tempo de ocorrência em meses do último Acidente Vascular Cerebral na população em estudo.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes, segundo a classificação, número de episódios e tempo de ocorrência do Acidente Vascular Cerebral. Fortaleza, 2014

Variáveis	N	%			
1. AVC					
Isquêmico	123	78,8			
Hemorragico	14	9,0			
Isquêmico e Hemorrágico	6	3,8			
Não esclarecido	13	8,3			
Total	156	100,0			
	Média	DP	Mediana	IQ	Valor p*
2. N° de episódios de AVC	1,54	1,09	1	1	< 0,001
3. Tempo do último AVC**	19,73	24,35	13	17	< 0,001

*Teste de Kolmogorov-Smirnov; **Tempo de AVC em meses; DP= desvio padrão; IQ= Intervalo interquartil.

De acordo com os dados apresentados, observou-se que o Acidente Vascular Cerebral mais predominante na amostra foi o Isquêmico (78,8%). Salienta-se que alguns pacientes da pesquisa tinham história clínica de AVC Isquêmico e Hemorrágico (3,8%). Em relação ao número de episódios de AVC, encontrou-se na população uma média de 1,54 (desvio padrão de 1,09). O tempo de ocorrência do último episódio de AVC apresentou mediana de 13 com intervalo interquartil de 17 (Tabela 5).

Na Tabela 6 constam a distribuição das alterações clínicas apresentadas pelos pacientes e a frequência de fatores causadores de incontinência urinária que foram investigados neste estudo.

Tabela 6 – Distribuição das alterações clínicas e dos fatores causadores de incontinência urinária apresentados pelos pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Fortaleza, 2014

Variáveis	N	%
Problemas de saúde além do AVC		
Sim	136	87,2
Não	20	12,8
Doença Neurológica		
Sim	7	4,5
Não	149	95,5
Hipertensão		
Sim	121	77,6
Não	15	9,6
Dislipidemia		
Sim	35	22,4
Não	101	64,7
Problemas cardíacos		
Sim	23	14,7
Não	113	72,4
Diabetes		
Sim	54	34,6
Não	102	65,4
Problemas psicológicos		
Sim	44	28,2
Não	112	71,8
Problemas intestinais		
Sim	44	28,2
Não	112	71,8
Infecção urinária		
Sim	10	6,4
Não	146	93,6
Restrição de mobilidade		
Sim	103	66,0
Não	53	34,0
Outros problemas de saúde		
Sim	16	10,3
Não	120	76,9
Cirurgia abdominal		
Sim	30	19,2
Não	126	80,8
Cirurgia pélvica		
Sim	32	20,5
Não	124	79,5
Consumo de cafeína		
Sim	130	83,3
Não	26	16,7
Tabagismo		
Sim	9	5,8
Não	69	44,2
Parou	78	50,0

Os dados exibidos acima mostram que, além da ocorrência do AVC, 87,2% dos participantes relataram outros problemas de saúde. Destes, os mais prevalentes foram: hipertensão arterial (77,6%), restrição de mobilidade (66,0%) e diabetes (34,6%).

Ao se investigar os problemas neurológicos, os pacientes relataram principalmente doença de Alzheimer e crises epiléticas. Cardiomegalia foi o problema cardíaco mais predominante na população. Em relação às psicopatologias, a depressão foi o problema mais citado pelos participantes. A principal queixa dos sujeitos em relação a problemas intestinais foi a constipação. As cirurgias pélvicas citadas pela população foram: cesariana, histerectomia, laqueadura, retirada de mioma e cirurgia para endometriose.

Neste estudo foram mensurados os valores de peso e altura dos participantes, detalhados na tabela a seguir:

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes segundo o peso, altura e IMC. Fortaleza, 2014

Variáveis	Média	DP	Mediana	IQ	Valor p*
1. Peso	67,84	13,08	66,60	16,20	0,200
2. Altura	1,59	0,10	1,60	0,15	0,003
3. IMC	27,07	4,17	26,31	5,58	0,009
		N		%	
4. Estratificação IMC					
Baixo Peso		1		0,6	
Eutrófico		43		27,6	
Sobrepeso		60		38,5	
Obesidade		28		17,9	
Total		132		84,6	

*Teste de Kolmogorov-Smirnov; **Índice de massa corporal; DP= desvio padrão; IQ= Intervalo interquartilício.

Evidenciou-se que 56,4% da população estavam com peso elevado, demonstrando sobrepeso e obesidade. Vale destacar que, dos 156 pacientes avaliados, a mensuração do peso e altura foi realizada em 132 pacientes, pois 24 tinham restrição de mobilidade, impossibilitando, dessa forma, a verificação das variáveis citadas.

As classes de medicamentos utilizadas pelos pacientes com Acidente Vascular Cerebral estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Frequência dos medicamentos utilizados pelos pacientes com AVC. Fortaleza, 2014

Variáveis	N	%
Antilipemiantes		
Sim	105	67,3
Não	47	30,1
Anticoagulantes		

Sim	130	83,3
Não	22	14,1
Anti-hipertensivos		
Sim	127	81,4
Não	25	16,0
Diuréticos		
Sim	67	42,9
Não	85	54,5
Hipoglicemiantes		
Sim	40	25,6
Não	112	71,8
Anticonvulsivantes		
Sim	26	16,7
Não	126	80,8
Antidepressivos		
Sim	29	18,6
Não	123	78,8
Protetor gástrico		
Sim	67	42,9
Não	85	54,5

As terapêuticas farmacológicas mais utilizadas pelos pacientes do estudo foram: anticoagulantes (83,3%), anti-hipertensivos (81,4%) e antilipemiantes (67,3%).

Em relação à população feminina, dados acerca da história ginecológica e obstétrica foram investigados (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das mulheres com Acidente Vascular Cerebral segundo história ginecológica/obstétrica. Fortaleza, 2014

Variáveis	N	%
1. Parto		
Sim	72	93,5
Não	5	6,5
Total	77	100,0
2. Episiotomia		
Sim	25	37,9
Não	41	62,1
Total	66	100,0
3. Aborto		
Sim	30	39,0
Não	47	61,0
Total	77	100,0
4. Menopausa		
Sim	56	72,7
Não	21	27,3
Total	77	100,0
5. Reposição Hormonal		
Sim	2	3,6

Não	54	96,4			
Total	56	100,0			
	Média	DP	Mediana	IQ	Valor p*
6. N° de Partos	5,25	4,22	3	6	< 0,001
Normal	4,82	4,35	3	7	< 0,001
Fórceps	0,06	0,23	0	0	< 0,001
Cesário	0,38	0,70	0	1	< 0,001

*Teste de Kolmogorov-Smirnov; DP= desvio padrão; IQ= Intervalo interquartilico.

Ao pesquisar a história ginecológica da amostra feminina, pôde-se observar que 56 mulheres encontravam-se no período da menopausa e não realizavam tratamento de reposição hormonal. Destaca-se que foi investigada a terapia de reposição hormonal somente nas mulheres que relataram estar no período da menopausa.

Quanto à história obstétrica, a média de partos por mulher foi de 5,25, sendo 4,82 normais (Tabela 9). A episiotomia foi investigada nas mulheres que tinham história de parto normal ou fórceps.

Em seguida, serão apresentadas as prevalências dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária e de suas respectivas características definidoras nos pacientes com Acidente Vascular Cerebral.

4.2 Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária

Dados de prevalência dos diagnósticos de enfermagem incontinência urinária e de suas características definidoras em pacientes com AVC (Tabela 10).

Tabela 10 – Prevalência dos diagnósticos de enfermagem incontinência e de suas características definidoras (N = 156). Fortaleza, 2014

Variáveis	N	%
Características definidoras		
Distensão da bexiga	147	94,2
Sente desejo de urinar	139	89,1
É capaz de esvaziar completamente a bexiga	124	79,5
Noctúria	99	63,5
Relatos de urgência urinária	83	53,2
Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga	79	50,6
Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina	68	43,6
Perda de urina antes de alcançar o banheiro	68	43,6
O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga	66	42,3
Relatos de perda involuntária observada de pequenos volumes de urina	48	30,8

Ausência de sensação de urgência para esvaziar a bexiga	46	29,5
Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical	42	26,9
Pode ser incontinente apenas de manhã cedo	40	25,6
Elevado volume residual após micção	39	25,0
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar	38	24,4
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao tossir	36	23,1
Relatos de perda involuntária de urina com espasmos da bexiga	30	19,2
Relatos de perda involuntária de urina com contrações da bexiga	30	19,2
Sensações associadas com bexiga cheia	29	18,6
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao rir	28	17,9
Incapacidade de iniciar voluntariamente o esvaziamento da bexiga	20	12,8
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga	19	12,2
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina sob esforço	18	11,5
Ausência de sensação para esvaziar a bexiga	18	11,5
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor	11	7,1
Ausência de sensação de enchimento da bexiga	8	5,1
Padrão previsível de esvaziamento da bexiga	6	3,8
Diagnósticos de enfermagem		
Incontinência urinária por transbordamento	113	72,4
Incontinência urinária funcional	83	53,2
Incontinência urinária reflexa	78	50,0
Incontinência urinária de urgência	64	41,0
Incontinência urinária de esforço	59	37,8

Conforme apresentado na Tabela 10, 72,4% dos pacientes com AVC apresentaram o diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento. Entre as características definidoras mais frequentes deste diagnóstico, destacam-se: Distensão da bexiga (94,2%) e Noctúria (63,5%).

O diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária funcional esteve presente em 53,2% da população. Entre as características definidoras mais frequentes, destacam-se: Sente desejo de urinar (89,1%), É capaz de esvaziar completamente a bexiga (79,5%), Perda de urina antes de alcançar o banheiro (43,6%) e O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga (42,3%).

O diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária reflexa esteve presente em 50,0% da população. Foram investigadas oito características definidoras deste diagnóstico, conforme apresentado na Tabela 10. As características definidoras mais prevalentes foram: Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga (50,6%), Ausência de

sensação de urgência para esvaziar a bexiga (29,5%) e Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical (26,9%).

Ainda de acordo com os dados da tabela, 41,0% dos pacientes com AVC apresentaram o diagnóstico de Incontinência urinária de urgência. A característica definidora mais frequente foi Relatos de urgência urinária (53,2), seguida de Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina (43,6%). Vale destacar que as características Relatos de perda involuntária de urina com espasmos da bexiga e Relatos de perda involuntária de urina com contrações da bexiga foram agrupadas em uma única pergunta, por isso, apresentaram frequências equivalentes.

O diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária de esforço esteve presente em 37,8% da população. Nos pacientes com este diagnóstico, as características definidoras mais prevalentes foram: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar (24,4%) e Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao tossir (23,1%).

A Tabela 11 mostra a distribuição da relação entre as características definidoras identificadas nos pacientes com AVC e o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária por transbordamento.

Tabela 11 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária por transbordamento e as suas características definidoras. Fortaleza, 20143

Características definidoras	Incontinência urinária por transbordamento		Valor p*	RP**
	Presente	Ausente		
Distensão da bexiga				3,39
Presente	111	36	0,001	IC95%: 0,99-11,57
Ausente	2	7		
Elevado volume residual após micção				1,52
Presente	38	1	< 0,001	IC95%: 1,31-1,75
Ausente	75	42		
Noctúria				3,76
Presente	98	1	< 0,001	IC95%: 2,43-5,81
Ausente	15	42		
Relatos de perda involuntária observada de pequenos volumes de urina				1,60
Presente	47	1	< 0,001	IC95%: 1,37-1,87
Ausente	66	42		

*Teste Qui-quadrado de Pearson; **Razão de prevalência

O diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento apresentou associação estatística com todas as características definidoras ($p < 0,05$). Na presença do referido diagnóstico a característica definidora Distensão da bexiga (94,2%) esteve presente em 111 pacientes, e Noctúria, em 98.

Com base na análise dos dados, verificou-se que todas as características definidoras apresentaram risco significativo para o desenvolvimento do diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento. Conclui-se que um paciente com Distensão da bexiga (RP = 3,39) tem três vezes mais chances de desenvolver o diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento quando comparado a um paciente sem esta característica definidora. Raciocínio similar deve ser feito para as demais características definidoras.

A Tabela 12 apresenta a distribuição da relação entre as características definidoras identificadas nos pacientes com AVC e o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária funcional.

Tabela 12 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária funcional e as suas características definidoras. Fortaleza, 2014

Características definidoras	Incontinência urinária funcional		Valor p*	RP**
	Presente	Ausente		
É capaz de esvaziar completamente a bexiga				0,76
Presente	62	62	0,114	IC95%: 0,56-1,03
Ausente	21	11		
Perda de urina antes de alcançar o banheiro				5,41
Presente	67	1	< 0,001	IC95%: 3,47-8,44
Ausente	16	72		
O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga				5,29
Presente	66	0	< 0,001	IC95%: 3,45-8,12
Ausente	17	73		
Pode ser incontinente apenas de manhã cedo				5,41
Presente	40	0	< 0,001	IC95%: 3,47-8,44
Ausente	43	73		
Sente desejo de urinar				0,51
Presente	67	72	< 0,001	IC95%: 0,41-0,63
Ausente	16	1		

*Teste Qui-Quadrado de Pearson; ** Razão de prevalência

O diagnóstico de Incontinência urinária funcional mostrou associação estatística significativa com as características definidoras Perda de urina antes de alcançar o banheiro, O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga, Pode ser incontinente apenas de manhã cedo e Sente desejo de urinar, ($p < 0,001$). Na presença do referido diagnóstico, as características definidoras Sente desejo de urinar e Perda de urina antes de alcançar o banheiro estiveram presentes em 67 pacientes, e O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga, em 66 pacientes.

Com base na análise dos dados, verificou-se que as características definidoras que apresentaram razões de prevalências significativas para o desenvolvimento do diagnóstico de Incontinência urinária funcional foram: Perda de urina antes de alcançar o banheiro (RP = 5,41), O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga (RP = 5,29) e Pode ser incontinente apenas de manhã cedo (RP = 2,69).

A Tabela 13 apresenta a distribuição da relação entre as características definidoras identificadas nos pacientes com AVC e o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária reflexa.

Tabela 13 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária reflexa e as suas características definidoras. Fortaleza, 2014

Características definidoras	Incontinência urinária reflexa		Valor p*	RP**
	Presente	Ausente		
Ausência de sensação de enchimento da bexiga				2,11
Presente	8	0	0,004	IC95%:
Ausente	70	78		1,78-2,50
Ausência de sensação de urgência para esvaziar a bexiga				1,33
Presente	28	18	0,079	IC95%:
Ausente	50	60		0,98-1,82
Ausência de sensação para esvaziar a bexiga				2,13
Presente	17	1	< 0,001	IC95%:
Ausente	61	77		1,71-2,65
Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga				2,33
Presente	55	24	< 0,001	IC95%:
Ausente	23	54		1,60-3,38

Incapacidade de iniciar voluntariamente o esvaziamento da bexiga				
Presente	19	1	< 0,001	2,19
Ausente	59	77		IC95%: 1,76-2,72
Padrão previsível de esvaziamento da bexiga				
Presente	6	0	0,012	2,08
Ausente	72	78		IC95%: 1,76-2,46
Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical				
Presente	41	1	< 0,001	3,00
Ausente	37	77		IC95%: 2,29-3,93
Sensações associadas com bexiga cheia				
Presente	22	7	0,002	1,72
Ausente	56	71		IC95%: 1,29-2,28

*Teste Qui-Quadrado de Pearson; ** Razão de prevalência

Incontinência urinária reflexa apresentou associação estatística significativa com a maioria das características. A característica definidora do diagnóstico de Incontinência urinária reflexa que apresentou maior razão de prevalência foi Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical (RP = 3,00).

A próxima tabela mostra a distribuição da relação entre as características definidoras identificadas nos pacientes com AVC e o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária de urgência.

Tabela 14 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária de urgência e as suas características definidoras. Fortaleza, 2014

Características definidoras	Incontinência urinária de urgência		Valor p*	RP**
	Presente	Ausente		
Relatos de perda involuntária de urina com espasmos da bexiga				
Presente	29	1	< 0,001	3,48
Ausente	35	91		IC95%: 2,60-4,64
Relatos de perda involuntária de urina com contrações da bexiga				
Presente	29	1	< 0,001	3,48
Ausente	35	91		IC95%: 2,60-4,64
Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina				
Presente	60	8	< 0,001	19,41
Ausente	4	84		IC95%: 7,42-50,76
Relatos de urgência urinária				
Presente	58	25	< 0,001	8,50
Ausente	6	67		IC95%: 3,89-18,53

*Teste Qui-Quadrado de Pearson; ** Razão de prevalência

Incontinência urinária de urgência apresentou associação estatisticamente significativa com todas as suas características definidoras. Na presença do referido diagnóstico, a característica definidora Relatos de urgência urinária esteve presente em 58 pacientes, e Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina, em 60 pacientes. Todas as características definidoras apresentaram razões de prevalências significativas para o desenvolvimento do diagnóstico de Incontinência urinária de urgência (Tabela 14).

A Tabela 15 mostra a distribuição da relação entre as características definidoras identificadas nos pacientes com AVC e o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária de esforço.

Tabela 15 – Relação entre o diagnóstico de enfermagem Incontinência urinária de esforço e as suas características definidoras. Fortaleza, 2014

Características definidoras	Incontinência urinária de esforço		Valor p*	RP**
	Presente	Ausente		
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar				5,61
Presente	38	0	< 0,001	IC95%:
Ausente	21	97		3,81-8,28
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao rir				4,12
Presente	28	0	< 0,001	IC95%:
Ausente	31	97		3,03-5,61
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao tossir				5,21
Presente	36	0	< 0,001	IC95%:
Ausente	23	97		3,61-7,53
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor				3,02
Presente	11	0	< 0,001	IC95%:
Ausente	48	97		2,39-3,80
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga				3,42
Presente	19	0	< 0,001	IC95%:
Ausente	40	97		2,63-4,44
Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina sob esforço				3,36
Presente	18	0	< 0,001	IC95%:

Ausente	41	97	2,60-4,35
---------	----	----	-----------

*Teste Qui-Quadrado de Pearson; ** Razão de prevalência

Incontinência urinária de esforço apresentou associação estatística significativa com todas as suas características definidoras ($p < 0,001$). Na presença do referido diagnóstico, a característica definidora Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar esteve presente em 38 pacientes, e Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao tossir, em 36 pacientes (Tabela 15).

Todas as características definidoras apresentaram risco significativo para o desenvolvimento do diagnóstico de Incontinência urinária de esforço. As características que apresentaram maiores razões de prevalências para o diagnóstico de Incontinência urinária de esforço foram: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar (RP = 5,61) e Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao tossir (RP = 5,21).

4.3 Associações entre os diagnósticos de enfermagem em estudo

Abaixo, segue-se a análise das associações entre os diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária (Tabela 16).

Tabela 16 – Associação entre os diagnósticos de enfermagem estudados. Fortaleza, 2014

Diagnósticos de enfermagem	Incontinência urinária de esforço		Valor p*
	Presente	Ausente	
Incontinência urinária de urgência			
Presente	40	24	< 0,001
Ausente	19	73	
Incontinência urinária funcional			
Presente	46	37	< 0,001
Ausente	13	60	
Incontinência urinária por transbordamento			
Presente	42	71	0,785
Ausente	17	26	
Incontinência urinária reflexa			
Presente	44	34	< 0,001
Ausente	15	63	
	Incontinência urinária de urgência		
	Presente	Ausente	
Incontinência urinária funcional			
Presente	61	22	< 0,001

Ausente	3	70	
Incontinência urinária por transbordamento			
Presente	55	58	< 0,001
Ausente	9	34	
Incontinência urinária reflexa			
Presente	47	31	< 0,001
Ausente	17	61	
Incontinência urinária por transbordamento			
	Presente	Ausente	
Incontinência urinária funcional			
Presente	70	43	< 0,001
Ausente	13	30	
Incontinência urinária reflexa			
Presente	58	20	0,591
Ausente	55	23	
Incontinência urinária reflexa			
	Presente	Ausente	
Incontinência urinária funcional			
Presente	54	24	< 0,001
Ausente	29	49	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson

De acordo com análise dos dados, os diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional e Incontinência urinária reflexa apresentaram associações estatística entre si. O diagnóstico Incontinência urinária por transbordamento não apresentou associação estatística significativa com o diagnóstico de Incontinência urinária de esforço ($p = 0,785$) e com Incontinência urinária reflexa ($p = 0,591$).

Ressalta-se que, por tratar-se de um estudo de natureza transversal, a presente pesquisa não é capaz de determinar a direção da associação dos diagnósticos, de modo que não é possível afirmar se a presença de Incontinência urinária funcional leva à ocorrência de Incontinência urinária de urgência, ou vice-versa.

4.4 Comparação da prevalência dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária com características sociodemográficas e clínicas

Foram comparadas as prevalências dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária com as variáveis idade, sexo, IMC, tipo de AVC, número de episódios e tempo decorrido em meses do último AVC.

A seguir, encontra-se detalhada na Tabela 17 a associação dos diagnósticos de incontinência urinária com a variável idade dos pacientes com AVC.

Tabela 17 – Associação dos diagnósticos de incontinência urinária de enfermagem segundo faixa etária. Fortaleza, 2014

Diagnósticos	Faixa etária		Valor p
	28-59 anos	60-87 anos	
Incontinência urinária de esforço			
Presente	22	37	0,915
Ausente	37	60	
Incontinência urinária de urgência			
Presente	19	45	0,081
Ausente	40	52	
Incontinência urinária funcional			
Presente	21	62	0,001
Ausente	38	35	
Incontinência urinária por transbordamento			
Presente	35	78	0,004
Ausente	24	19	
Incontinência urinária reflexa			
Presente	28	50	0,620
Ausente	31	47	
	RP**	RP**	*OR
Incontinência urinária de esforço			
	0,97	1,01	0,96
	IC95%: 0,64-1,48	IC95%: 0,78-1,30	IC95%: 0,49-1,88
Incontinência urinária de urgência			
	0,68	1,24	0,54
	IC95%: 0,43-1,06	IC95%: 0,97-1,58	IC95%: 0,27-1,07
Incontinência urinária funcional			
	0,48	1,55	0,31
	IC95%: 0,31-0,74	IC95%: 1,19-2,04	IC95%: 0,15-0,61
Incontinência urinária por transbordamento			
	0,55	1,56	0,35
	IC95%: 0,37-0,81	IC95%: 1,09-2,23	IC95%: 0,17-0,73
Incontinência urinária reflexa			
	0,90	1,06	0,84
	IC95%: 0,60-1,35	IC95%: 0,83-1,35	IC95%: 0,44-1,62

*Odds Ratio; ** Razão de prevalência

Para comparação da variável idade, estratificou-se a amostra em duas faixas etárias, a saber: primeiro grupo com idade entre 28 e 59 anos; segundo grupo com idade entre 60 e 87 anos. De acordo com a tabela acima, a variável idade apresentou relação estatística significativa com Incontinência urinária funcional ($p = 0,001$) e Incontinência urinária por transbordamento ($p = 0,004$). A análise com o diagnóstico de Incontinência urinária funcional

mostrou que o grupo de pessoas com faixa etária entre 28 e 59 anos apresentou razão de chance de 0,48 e que o grupo de pessoas com faixa etária entre 60 e 87 anos apresentou chance de 1,55. A análise com o diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento mostrou que o grupo de pessoas com faixa etária entre 28 e 59 anos apresentou razão de chance de 0,55 e que o grupo de pessoas com faixa etária entre 60 e 87 anos apresentou chance de 1,56. Conclui-se que a população mais velha tem maiores chances de desenvolver os diagnósticos de incontinências citados.

Outra variável que apresentou relação estatística significativa com diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento foi número de episódios de AVC. Por meio da análise, verificou-se que, quanto maior o número de episódios de AVC, maior associação com o diagnóstico citado ($p = 0,016$). As seguintes variáveis não apresentaram relação estatística com os diagnósticos de incontinência urinária: sexo, IMC, tipo e tempo de AVC.

5 DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados deste estudo, verifica-se, com relação à variável sexo, que a maioria dos pacientes com acidente vascular cerebral incluídos neste estudo era do sexo masculino, mesmo com uma diferença mínima de dois pacientes. Em corroboração aos achados, o estudo de Moreira (2011) também encontrou discreta predominância do sexo masculino. Outras investigações, no entanto, encontraram predominância do sexo masculino entre pessoas com acidente vascular cerebral na fase aguda ou na fase de reabilitação (OLIVEIRA, 2013; CAVALCANTE, 2011). Sabe-se que os homens tem maior risco de desenvolver AVC e morte quando comparados às mulheres, independente da etnia e raça (ENGLER, 2011). Apenas no estudo de Cavalcante (2008), realizado na fase aguda, as mulheres estiveram mais presentes. Todas as investigações foram desenvolvidas na mesma cidade, em épocas cronológicas próximas.

No presente estudo o paciente mais jovem tinha 28 anos, e o mais velho, 87. Estes achados apresentam-se muito similares ao estudo de Moreira (2011), e tais semelhanças podem ser atribuídas ao fato de o estudo ter sido realizado com o mesmo perfil clínico e no mesmo cenário hospitalar, em épocas diferentes. Já, em outra investigação, o paciente mais jovem tinha 42 anos, e o mais velho, 86 anos (DELBONI; MALENGO; SCHMIDT, 2010).

Embora o AVC possa se desenvolver em qualquer idade, sua incidência aumenta à medida que o ser humano envelhece e o risco do AVC começa a se elevar em pessoas com mais de 65 anos (DELBONI; MALENGO; SCHMIDT, 2010). No estudo ora desenvolvido, a média de idade dos indivíduos foi 62,28 anos (DP = 14,711). Em outros com mesmo perfil populacional as médias de idade foram semelhantes. Por exemplo, pesquisa que utilizou como fonte de dados o Sistema de informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) encontrou que a idade média dos acometidos por AVC foi de 64,7 anos (DP = 15,7 anos), e a mediana correspondeu a 66 anos (ROLIM; MARTINS, 2011). Em estudo realizado num setor de terapia ocupacional observou-se que a média de idade dos pacientes era de 64,6 anos (DP = 12,5 anos) (DELBONI; MALENGO; SCHMIDT, 2010).

Contra-pondo-se aos achados da pesquisa, outros estudos apresentaram média de idade inferior às encontradas no estudo atual. A investigação de Rangel, Belasco e Diccini (2013), realizada em dois serviços de reabilitação com pacientes com AVC, a média de idade encontrada foi de 59,4 anos, e em outra, realizada em uma unidade específica para cuidados a pacientes com AVC na fase aguda, a média de idade encontrada foi de 56,3 anos (OLIVEIRA, 2013).

Consoante se verificou, a maior parte dos pacientes possuía companheiro. Em outras pesquisas com pacientes acometidos por AVC, o perfil dominante foi de pessoas casadas ou com união estável (MOREIRA, 2011; CAVALCANTE, 2011; OLIVEIRA, 2013; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; SANTOS; TAVARES, 2012). Isso é importante porque, na maioria das vezes, os cônjuges assumem a responsabilidade do cuidado do companheiro, movidos principalmente por uma obrigação matrimonial, pelo projeto de vida comum e pelo compromisso de estar junto na saúde e na doença (SANTOS; TAVARES, 2012). Os resultados de muitos estudos evidenciam que os cuidados de pacientes com AVC na maior parte são realizados por familiares (MARQUES et al., 2011).

A mediana de anos de estudo foi de 4,0 (DP = 4,5), além disso, ressalta-se que vários participantes nunca haviam frequentado a escola. Assim, considera-se que a amostra investigada possuía nível de escolaridade baixo. Outros estudos também encontraram resultados similares em relação ao grau de escolaridade (DELBONI; MALENGO; SCHMIDT, 2010; MOREIRA, 2011).

No tocante à renda pessoal, a mediana de salários mínimos por paciente foi superior a um salário mínimo da época. A renda familiar apresentou perfil semelhante ao descrito no estudo de Oliveira (2013). É importante considerar que um fator como a renda pode interferir na ocorrência do AVC e o aumento da incidência desse evento está relacionado ao decréscimo do nível socioeconômico (CAVALCANTE et al., 2010).

A maior parte dos pacientes era aposentada e 16,7% deles estavam desempregados. O AVC traz modificações quanto à situação profissional na maioria das ocorrências, com redução das condições de trabalho, e muitas pessoas que eram economicamente ativas após o AVC passam a receber aposentadoria ou benefício salarial (MOREIRA, 2011).

A maior parte dos participantes do estudo era do interior do Estado do Ceará. Sabe-se que os cenários do estudo são referência para o tratamento do acidente vascular cerebral no estado, por isso, há uma constante transferência dos pacientes do interior para a capital. Além disso, os hospitais do interior não contam com recursos suficientes para investigação, tratamento e acompanhamento desses pacientes. Um trabalho semelhante também destacou predominância de pacientes advindos do interior do estado (CAVALCANTE, 2008).

Destacaram-se nos pacientes da pesquisa os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos. Segundo a American Stroke Association (2012), somando-se os novos eventos de AVC e os recorrentes, a cada ano, surgem 87% casos de AVC isquêmicos e 13% de

hemorrágicos. Constam nos estudos nacionais variações na incidência do AVC isquêmico e do AVC hemorrágico, sendo o primeiro o mais prevalente (OLIVEIRA, 2013; COSTA; SILVA; ROCHA, 2011; CAVALCANTE, 2008). Por exemplo, no estudo de Costa, Silva e Rocha (2011) a etiologia do AVC mais prevalente também foi a isquemia (86,7%), já o evento de AVC hemorrágico correspondeu a 13,3% dos casos. As prevalências citadas foram semelhantes aos resultados obtidos no presente estudo.

Em relação aos problemas de saúde ou aos fatores causadores de incontinência urinária investigados na presente pesquisa, se identificou o consumo de cafeína, a hipertensão arterial, a restrição de mobilidade e o diabetes como os mais prevalentes.

O consumo de café tem sido associado ao risco de AVC. Um estudo de meta-análise, ao avaliar estudos prospectivos, concluiu que há associação entre o consumo de café e o risco de AVC (LARSSON; ORSINI, 2011). No estudo citado, ao se comparar um grupo de pessoas que não ingeriam café com grupos que bebiam de uma a oito xícaras de café por dia, evidenciaram-se os seguintes valores de risco relativo para AVC: 0,92 (IC 95%: 0,89-0,96) para o consumo de uma xícara de café por dia; 0,86 (IC 95%: 0,78-0,94) para duas xícaras de café por dia; 0,83 (IC 95%: 0,74-0,92) para o consumo de três a quatro xícaras por dia; 0,87 (IC 95%: 0,77-0,97) para o consumo de seis xícaras de café; e 0,93 (IC 95%: 0,79-1,08) para o consumo de oito xícaras de café por dia.

Além disso, é sabido que a cafeína tem uma ação diurética nos rins, aumentando o volume urinário. A ingestão da cafeína em alta concentração pode causar instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente, perda involuntária de urina. Como exemplo, uma pesquisa evidenciou hiperatividade vesical conseqüente ao consumo de cafeína, por causar excitação na musculatura lisa do detrusor, favorecendo a incontinência urinária de urgência (SILVA; D'ELBOUX, 2012; HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Ademais, a cafeína, o cafestol e a kahweol, compostos encontrados no café, relacionam-se com a hipertensão arterial, sendo a primeira substância mais estreitamente relacionada a níveis elevados de pressão (LIMA et al., 2010). A principal ação fisiológica da cafeína é apresentar similaridade ao antagonista da adenosina, um potente neuromodulador endógeno, com efeito, principalmente, inibitório. Em função da semelhança estrutural, a cafeína compete pelos receptores da adenosina, produzindo estímulos no Sistema Nervoso Central, aumento agudo da pressão arterial e aumento da velocidade metabólica e da diurese. Apesar da relação existente entre a cafeína e seus efeitos no sistema nervoso central, alguns estudos presentes na literatura evidenciam diferentes resultados em relação à associação do

consumo de cafeína com valores de pressão arterial – algumas pesquisas encontram associação positivas, outras, negativa, ou nenhuma relação (LIMA et al., 2010).

Ao reportar as doenças indicadoras de risco para o AVC nos participantes deste estudo, a hipertensão arterial foi a mais presente. Várias pesquisas também detectam a hipertensão arterial como indicador de risco mais frequente entre os portadores de AVC (BOING; BOING, 2007; COSTA et al., 2007; MOREIRA, 2008; MOREIRA, 2013). Por isso, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) recomendam a realização correta do tratamento anti-hipertensivo, uma vez que as evidências apontam que aqueles que controlam os níveis de pressão arterial reduzem a incidência de eventos de acidente vascular cerebral de 35% a 44%.

Algumas medicações anti-hipertensivas, fundamentais para o controle da pressão arterial, são consideradas fatores de risco para incontinência urinária. As classes de medicamentos anti-hipertensivos mais relacionadas aos distúrbios miccionais são: diuréticos, betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio (BERLEZI et al., 2011).

Os anti-hipertensivos foram reportados como uma das medicações mais utilizadas pelos pacientes deste estudo, e dentre elas podemos citar uso de diuréticos. Lazari, Lojudice e Marota (2009) evidenciaram, durante uma pesquisa realizada com idosas incontinentes, que 86,4% das participantes relataram uso de medicamentos, dentre eles, os antipsicóticos (57%), anti-hipertensivos (32%) e analgésicos (31%).

Segundo Reis et al. (2003), os bloqueadores dos receptores alfa-adrenérgicos podem atuar nos receptores do colo vesical, ocasionando perdas urinárias por estresse nas mulheres idosas. Já os bloqueadores do canal de cálcio podem predispor à incontinência urinária por promoverem o relaxamento da musculatura lisa, ocasionando o aumento do volume residual pós-miccional, podendo levar à incontinência de estresse ou de transbordamento pela retenção de urina. E, ainda segundo os autores citados, os inibidores da enzima conversora de angiotensina podem levar à perda de urina por provocarem tosse, aumentando a pressão abdominal, predispondo à incontinência.

A seguir apresenta-se a relação das drogas que afetam significativamente a continência, segundo Culligan e Heit (2000): antidepressivos, antipsicóticos, sedativos/hipnóticos, anticolinérgicos podem ocasionar como efeito colateral a retenção urinária, dessa forma aumentam o risco de incontinência urinária por transbordamento; os diuréticos e a cafeína aumentam a frequência e urgência miccional; narcóticos levam a retenção urinária, constipação intestinal e sedação, portanto bexiga hiperativa e incontinência por transbordamento podem ocorrer; já durante o uso de bloqueadores alfa-adrenérgicos há

diminuição do tônus uretral, com isso há uma propensão para desenvolver incontinência de esforço; agonistas alfa-adrenérgicos e beta-adrenérgicos podem ocasionar incontinência por transbordamento, por aumentarem o tônus uretral e inibirem o detrusor, respectivamente.

A hipertensão arterial é duas a três vezes maior em diabéticos do que na população geral, e cerca de 70% dos diabéticos são hipertensos. No que concerne à população de pessoas incontinentes, assim como a hipertensão arterial, o diabetes também está relacionado à incontinência urinária (DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013); (OLIVEIRA; MARINHEIRO; SILVA, 2011; BUSATO JR; MENDES, 2007; FLORES et al., 2004).

Estudo realizado em pacientes com diagnósticos de diabetes revelou que este problema de saúde está associado a um risco 2,5 vezes maior para o desenvolvimento de incontinência urinária. Esse risco aumenta com a duração do diabetes, podendo ser três vezes maior em mulheres diabéticas há mais de cinco anos (OLIVEIRA; MARINHEIRO; SILVA, 2011).

A disfunção miccional diabética é uma complicação do diabetes mellitus considerada mais comum do que a neuropatia e a nefropatia diabéticas. A etiologia das disfunções vesicais associadas ao diabetes é multifatorial e pode ser resultado de uma alteração na fisiologia da célula do músculo detrusor, bem como na função do componente neuronal ou urotelial (OLIVEIRA; MARINHEIRO; SILVA, 2011).

A cistopatia diabética clássica é descrita como uma diminuição da sensibilidade vesical e aumento da capacidade vesical com hipoatividade do detrusor. Entretanto, a alta incidência de hiperatividade do detrusor na avaliação cistométrica de pacientes diabéticas sugere que o aumento da atividade do detrusor é uma característica comum da cistopatia diabética. Logo, as disfunções do trato urinário inferior encontradas nos diabéticos podem variar da cistopatia diabética clássica à bexiga hiperativa, levando à incontinência urinária (OLIVEIRA; MARINHEIRO; SILVA, 2011).

A maior parte dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 apresenta excesso de peso. Levantamento realizado por Araújo et al. (2011) evidenciou em população de diabéticos que 35,7% estavam com sobrepeso, e 29,3%, com obesidade. No presente estudo, foi constatado índice de sobrepeso semelhante, já o valor de obesidade foi menor nos pacientes com AVC.

O excesso de peso leva ao aumento crônico da pressão intra-abdominal e, por conseguinte, da pressão intravesical e maior mobilidade da uretra e do colo vesical, podendo comprometer a função do trato urinário inferior (OLIVEIRA et al., 2010; SILVA;

D'ELBOUX, 2012). No entanto, vale destacar que os estudos que buscam relacionar a severidade da incontinência urinária com o IMC apontam que a questão ainda é passível de discussão (OLIVEIRA et al., 2010). Assim como neste estudo, o de Oliveira et al. (2010) não encontrou associação estatística do IMC com a incontinência urinária.

Acredita-se que a alteração do peso seja significativa no desenvolvimento de incontinência quando os níveis de IMC estão bastante elevados, por isso, estudos realizados com os pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica evidenciam melhora significativa das queixas de incontinência urinária (CASTRO et al., 2012).

No que se refere aos aspectos ginecológicos e obstétricos, a população feminina apresenta fatores associados à incontinência urinária. Por exemplo, a paridade constitui um dos fatores mais associados ao desenvolvimento de incontinência, evento que parece ser comum durante a gravidez, sendo causado por uma combinação de fatores hormonais e mecânicos. No entanto, a maioria das mulheres deixa de ter a queixa de perda urinária logo após o parto (GUARISI et al., 2001).

No período pós-parto, as modificações estruturais musculoesqueléticas comumente ocorridas ao longo da gestação e as alterações anatômicas e funcionais do assoalho pélvico que ocorrem durante o período expulsivo do parto podem regredir gradualmente, retornando ao estado pré-gestacional, com subsequente restauro, parcial ou completo, do mecanismo da continência urinária (SCARPA et al., 2008).

Outra pesquisa, ao avaliar a urodinâmica em mulheres climatéricas com sintomas urinários, evidenciou incidência quatro vezes maior da hiperatividade do detrusor em mulheres submetidas a parto exclusivamente via vaginal, sugerindo que o trauma do parto possa estar associado ao desencadeamento de sintomas como a urge-incontinência (SCARPA et al., 2008). No presente estudo, o parto do tipo vaginal foi o mais citado pelas mulheres, e isso pode estar relacionado ao fato de que o parto normal era o predominante nas mulheres até o século XX e o aumento gradativo de partos cesáreos ocorreu a partir do ano de 2005 (BOLETIM CEINFO ANÁLISE, 2011).

Ao caracterizar os dados obstétricos das pacientes com incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista, o estudo de Dedicção et al. (2009) apresentou os seguintes resultados: mulheres com incontinência urinária de esforço, de urgência e mista tiveram respectivamente as seguintes médias de número de partos: 3,84; 2,75 e 4,35. Em relação ao número de partos vaginais, a média de partos foi de 2,55; 2,00 e 3,38 para mulheres com incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista, respectivamente. Ainda no

que se refere aos resultados do mesmo estudo, 51,61% das mulheres com incontinência urinária de esforço tinham realizado episiotomia no parto vaginal e 50% das participantes com incontinência urinária de urgência também se submeteram a episiotomia no parto vaginal (DEDICAÇÃO et al., 2009). No presente estudo, ao pesquisar a história obstétrica das participantes, foi evidenciada uma média maior de cinco partos, prevalecendo a via vaginal.

A maioria das mulheres do estudo encontrava-se no período da pós-menopausa. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Feldner Jr (2002), em que 46,5% das mulheres incontinentes relataram menopausa e, destas, 18,8% faziam uso de terapia de reposição hormonal.

A menopausa, período em que ocorre diminuição dos níveis de estrogênicos endógenos responsáveis por aumentar o trofismo da mucosa da uretra, exerce também ação no tônus da musculatura pélvica, pelo aumento do número e da sensibilidade dos receptores alfa-adrenérgicos, da vascularização uretral e do tecido conjuntivo periuretral, estimulando os fibroblastos a produzirem o colágeno (GUARASI et al., 2001; SARTORI et al., 1999).

A utilização de estrogênios deve ser levada em consideração no período da menopausa, visto que a reposição hormonal mostra efeitos benéficos sobre o trato urinário baixo, melhorando o índice de maturação das células da vagina, bexiga e uretra (GUARASI et al., 2001). No presente estudo, poucas mulheres adotavam tratamento de reposição hormonal.

Além dos fatores de riscos para incontinência urinária comentados anteriormente, outros fatores associam-se ao desenvolvimento da incontinência, já que se trata de um problema multifatorial. Ao realizar revisão integrativa da literatura sobre eliminação urinária, o estudo de Fumincelli et al. (2011) apontou que algumas doenças neurológicas como, por exemplo, o acidente vascular cerebral, estão associadas à incontinência urinária. A isquemia ou o sangramento decorrente do AVC, quando lesiona o centro pontino da micção (núcleo de Barrington), ocasiona alteração urinária nesses pacientes, especialmente quando a lesão afeta a região rostral do núcleo de Barrington (DOUGLAS, 2001).

No presente estudo, as prevalências dos diagnósticos de enfermagem de Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento e Incontinência urinária reflexa variaram entre 37,8% e 72,4% nos pacientes com acidente vascular cerebral, acompanhados em ambulatórios de neurologia.

Estudo de revisão integrativa realizado por Jerez-Roig, Souza e Lima (2013), ao analisar oito estudos sobre incontinência urinária, encontrou variação na prevalência dos diagnósticos de incontinência de 22% a 100%. Esta variação pode ser atribuída a diferentes

métodos de pesquisa utilizados, diferentes definições de incontinência urinária e às características clínicas das amostras.

Muitas pesquisas consideram a incontinência urinária como qualquer perda involuntária da urina, conforme definição da International Continence Society. Silva e D'Elboux (2012) afirmam que a maioria dos estudos focaliza a incontinência urinária de uma maneira geral, sem caracterização do tipo ou das queixas presentes nos sujeitos da pesquisa. Ao realizar uma revisão de literatura sobre a temática em questão, Jerez-Roig, Souza e Lima (2013) destacaram que somente um estudo classifica os subtipos de incontinência.

A presente pesquisa investigou diferentes tipos de incontinência urinária em paciente com AVC, com base em definições da NANDA-Internacional, além disso, foram desenvolvidas definições operacionais para cada característica definidora apresentada pelos pacientes. Dessa forma, buscou-se avaliar detalhadamente cada característica, para estabelecer diagnósticos de enfermagem precisos.

Segundo Culligan e Heit (2000), a chave para a precisão diagnóstica da incontinência urinária é considerar, durante a avaliação inicial do paciente, todas as possíveis causas de perda de urina. A análise dos possíveis fatores relacionados à perda dá-se pela realização de exames urodinâmicos e/ou pela investigação detalhada do fenômeno, por meio de questionários. Porém, a realização de estudos urodinâmicos é inviável pelo alto custo e morbidade. Portanto verificação do tipo de incontinência através de questionário epidemiológico é único meio disponível para caracterizá-la, embora tenha valor questionável, uma vez que depende de informações que podem não ser confirmadas (BUSATO JR; MENDES, 2007).

Os achados na literatura mostram várias pesquisas sobre os tipos de incontinência médica denominados de incontinência urinária de esforço, de urgência e mista. No estudo de Culligan e Heit (2000), a incontinência urinária é classificada em seis subtipos: incontinência de esforço, bexiga hiperativa, incontinência mista, incontinência por transbordamento, incontinência por deformidade (extrauretral) ou incontinência funcional. Na literatura pesquisada, somente um estudo classifica os tipos de incontinência segundo a NANDA-I em mulheres (HIGA e LOPES, 2008).

No presente estudo, Incontinência urinária por transbordamento foi o diagnóstico mais prevalente em pacientes com AVC.

Kuchel e DuBeau (2009) apontam ser rara a incontinência por transbordamento em pessoas com idade superior a 65 anos. Apesar de expor esta informação, o estudo citado não demonstra a prevalência dos tipos de incontinência urinária. Portanto, os dados divergem

com os da presente pesquisa, fato que pode ser explicado por o presente estudo não incluir apenas idosos e, sim, uma amostra com idades entre 28 e 87 anos, sendo a média de 62,28. Portanto, vale ressaltar o elevado número de casos de incontinência por transbordamento encontrado no grupo estudado, e a falta de pesquisas sobre esse tipo específico de incontinência.

A perda de urina na incontinência por transbordamento está associada à hiperdistensão da bexiga, que geralmente é causada por hipoatividade do músculo detrusor ou obstrução da bexiga. A hipoatividade do detrusor pode ser secundária ao uso de drogas (principalmente psicotrópicos) ou condições como lesão baixa da medula espinhal e esclerose múltipla (CULLIGAN; HEIT, 2000).

No presente estudo, a característica definidora com maior prevalência e significância estatística para incontinência por transbordamento foi Distensão da bexiga. Corroborando com os nossos achados, Silva e D'Elboux (2012) encontraram que muitos idosos apresentam perdas urinárias quando a bexiga está cheia. Já, em outro estudo realizado com idosos institucionalizados, bexiga cheia também foi citada como causa de perda urinária (FLORES et al., 2004).

Outra característica frequentemente encontrada na pesquisa foi Noctúria. Esse transtorno noturno pode ser provocado por diversas causas, mas ocorre provavelmente devido à redução do limiar dos receptores de distensão da parede vesical durante o sono. A pressão intravesical causada pela urina induz à distensão da bexiga até um determinado limite. Dessa forma, gera mais impulsos aferentes que provocam no tálamo intralaminar a sensação de necessidade de esvaziar a bexiga (DOUGLAS, 2001).

Em consonância com esta pesquisa, Flores et al. (2004) evidenciaram em seus achados que a noctúria esteve presente em 53,9% dos casos. Nos resultados do referido estudo evidenciou-se que 38,5% dos pacientes acordavam uma ou duas vezes durante a noite para urinar e 15,4% acordavam mais que duas vezes. Magalhães; Duarte e Nunes (2010) classificam noctúria como um tipo de incontinência urinária e a definem como perda de urina no período noturno maior que 0,9 ml/min.

Na presente investigação, identificou-se que 30,8% dos participantes relataram Perda involuntária de pequenos volumes de urina. Esvaziamento prejudicado da bexiga e vazamento associado a um volume residual elevado podem ser causados por obstrução da saída da bexiga, por bexiga pobre em contratilidade (hipoatividade do detrusor) ou por ambos (KUCHEL; DUBEAU, 2009). Condições estas que podem ser encontradas em pacientes com AVC ou com idade avançada.

Estudo epidemiológico realizado com população feminina, entre 35 e 64 anos, descreveu que 50,1% das mulheres brancas reportaram perda de pequenas quantidades de urina, já na população negra essa perda correspondia a 37% (LEROY; LOPES; SHIMO, 2012). Estas frequências podem ter sido elevadas pelo fato de o autor realizar a pesquisa com mulheres incontinentes.

O indicador clínico menos relatado pelos participantes do estudo para o diagnóstico de incontinência por transbordamento foi Elevado volume residual após micção. Tal evidência pode estar relacionada ao fato de que o volume residual após esvaziamento da bexiga é determinado de forma exata por cateterismo vesical ou exame de ultrassom (CULLIGAN; HEIT, 2000). No presente estudo, a característica foi investigada apenas pelo relato do paciente de retorno ao banheiro, minutos após urinar, e perder ainda uma grande quantidade de urina, conforme definição estabelecida no protocolo de coleta de dados.

Neste estudo, Incontinência urinária funcional foi o segundo diagnóstico de incontinência mais prevalente em pacientes com AVC.

Em estudo realizado com idosos em uma unidade hospitalar, a prevalência de incontinência urinária funcional foi de 3% na clínica médica e de 6% na clínica cirúrgica (SOUSA et al., 2010). Em outro estudo, também sobre perfil diagnóstico e realizado em pacientes com AVC, a ocorrência de incontinência urinária funcional foi de 5% (CAVALCANTE, 2008). Os resultados desses estudos evidenciaram frequências bem inferiores aos encontradas nesta pesquisa, e talvez isso se deva ao fato de que os estudos mencionados apresentam diferenças metodológicas e não investigaram o fenômeno detalhadamente. Nos dois estudos citados, a investigação teve uma abrangência maior no número de diagnósticos de enfermagem listados na NANDA-I, sem contudo detalhar a busca de cada um. Na atual pesquisa, houve uma busca aprofundada dos diagnósticos de incontinência, com um protocolo de investigação detalhado e uma abordagem diferenciada dos participantes.

A incontinência funcional é designada como perda de urina nos casos em que há impossibilidade ou dificuldade em chegar ao banheiro por causa de alterações físicas, cognitivas ou barreiras ambientais, não sendo causada por uma comorbidade específica (JEREZ-ROIG; SOUZA; LIMA, 2013). Pessoas com incontinência urinária funcional possuem a capacidade de esvaziar completamente a bexiga, bem como têm a sensação do desejo de urinar. Muitas vezes, a elevada prevalência deste tipo de incontinência deve-se à impossibilidade ou dificuldade de alcançar o banheiro e não por falha na fisiologia da micção. Condição esta presente nos pacientes com AVC que, muitas vezes, possuem restrição de

mobilidade que os impede de alcançar o banheiro para atender à vontade presente de urinar. Portanto, nesta pesquisa houve elevado número de relatos de Sentir desejo de urinar e Capacidade de esvaziar completamente a bexiga.

A característica definidora Perda de urina antes de alcançar o banheiro foi relatada por 43,6% das pessoas. Contrapondo-se a esses achados, no estudo de Lazari, Lojudice, Marota (2009) a perda urinária antes de chegar ao banheiro ocorreu em 21,3% dos casos, evento este mais citado como a principal causa de perda urinária. Flores et al. (2004) revelam que o acesso ao vaso sanitário era difícil para 61,6% das idosas entrevistadas, o que poderia propiciar o desenvolvimento da incontinência funcional.

No presente estudo, verificou-se que metade dos pacientes com AVC desenvolveram Incontinência urinária reflexa. Este diagnóstico apresentou-se como o terceiro mais prevalente entre os diagnósticos de incontinência.

Chama-se de incontinência urinária reflexa os diversos mecanismos reflexos que podem dar lugar ao fenômeno de esvaziamento da bexiga (DOUGLAS, 2001). O controle da bexiga é realizado pelo sistema nervoso que coordena os mecanismos voluntários e involuntários da micção. O controle voluntário da micção se faz no córtex da face lateral do lóbulo frontal e a substância reticular ponte-mesencéflica coordena a micção como um todo (DOUGLAS, 2011). Portanto, durante o evento do AVC, quando a isquemia ou o sangramento afetam essas áreas específicas do cérebro, os pacientes podem desenvolver este tipo de incontinência.

A característica definidora que mostrou maior prevalência para o diagnóstico de incontinência reflexa foi Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga. O reflexo de inibir o esvaziamento da bexiga é importante e contribui na manutenção da continência urinária. Pacientes idosos ou com AVC podem perder o controle do esfíncter uretral, conseqüentemente não conseguem reter urina na bexiga sendo, dessa forma, incapazes de inibir o seu esvaziamento.

Estudo com mulheres continentas e incontinentes demonstrou que 71% das incontinentes apresentavam incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga e apenas 29% delas eram capazes de interromper o jato urinário (GLISOI; GIRELLI, 2011). Tal prevalência pode estar relacionada a fatores ginecológicos e obstétricos, os quais predisõem ao desenvolvimento de incontinência urinária na população feminina.

A incontinência reflexa acontece também pela redução do tônus da bexiga, com comprometimento da sensação de enchimento. Na ausência dessa sensação, o controle do esfíncter urinário externo pode ser perdido ou diminuído (PAIXÃO; SILVA, 2009). Esta

ausência pode levar a hiperdistensão da bexiga, ocasionando falha do esvaziamento bem como o aparecimento de urina residual (DOUGLAS, 2001).

Na fisiologia da micção, a continência na fase de enchimento vesical é mantida pela complacência vesical associada à total inibição dos impulsos eferentes parassimpáticos e ativação dos eferentes simpáticos e somáticos. Durante essa fase, o córtex cerebral envia impulsos descendentes inibitórios para o centro pontino e para o nervo pélvico (parassimpático), relaxando o detrusor. Já impulsos excitatórios são enviados para o nervo hipogástrico (simpático) e nervo pudendo, aumentando a resistência uretral (GOMES, 2011), dessa forma, a continência urinária é mantida. Portanto, pacientes com lesões no sistema nervoso podem perder a conexão do sistema nervoso central com o periférico, desenvolvendo assim falhas no mecanismo da micção.

Ausência de sensação para esvaziar a bexiga e Incapacidade de iniciar voluntariamente o esvaziamento da bexiga apresentaram frequências similares na presente pesquisa. Nos indivíduos continentares, durante a fase final do enchimento, há a necessidade de esvaziar a bexiga. O esvaziamento da bexiga ocorre quando o centro pontino da micção determina inibição simpática e quando há uma excitação parassimpática sacral (DOUGLAS, 2001).

Vale ressaltar que o responsável pelo início, retardo e término da micção é o centro cortical, por isso, lesões nessa área podem causar dificuldades para iniciar ou inibir a micção (GOMES, 2011). Neste estudo, dificuldade para iniciar e inibir a urina estiveram presentes, respectivamente, em 12,8% e 50,6% dos pacientes entrevistados.

Pacientes com a característica definidora Sensações associadas à bexiga cheia citaram dor pélvica como a única presente. Vale lembrar que Distensão da bexiga foi o indicador clínico mais relatado pelos pacientes no presente estudo e esta condição pode ocasionar quadro de dor abdominal.

A característica menos relatada pelos participantes do estudo foi Padrão previsível de esvaziamento da bexiga. Apesar de muitos pacientes com AVC apresentarem perda involuntária de urina, a prevalência diminuída deste indicador pode sugerir que muitos não buscavam estratégias para evitar perdas urinárias, como, por exemplo, manter uma rotina horária de esvaziamento de urina.

No presente estudo, a Incontinência urinária de urgência apresentou-se como o quarto mais prevalente dos diagnósticos de incontinência.

Corroborando com os achados desta pesquisa, Busato Jr e Mendes (2007), em estudo com idosos institucionalizados, verificaram a ocorrência de 36% de diagnósticos de

incontinência de urgência. Na pesquisa citada, esse diagnóstico foi o segundo mais prevalente. Os autores classificam a incontinência em três subtipos, a saber: incontinência de esforço, incontinência de urgência e incontinência secundária a alteração do estado mental. Contrapondo-se aos nossos achados, outra pesquisa, realizada por Fultz et al. (2005) com mulheres incontinentes, evidenciou o diagnóstico de urgência em 10,0% das participantes.

O indicador clínico que se mostrou mais presente para o diagnóstico citado anteriormente foi Relato de urgência urinária. Feldner Jr et al. (2006) afirmam que os sintomas mais comuns entre os casos de bexiga hiperativa são urgência e aumento da frequência miccional, encontrados em cerca de 80% das pacientes. Achados inferiores de valores de urgência foram encontrados no estudo de Burmann (2011), demonstrando que apenas 27,5% das mulheres com hiperatividade do detrusor apresentavam polaciúria e urgência miccional.

Outros estudos revelam que a prevalência de urgência entre mulheres na idade adulta incontinentes pode variar de 30 a 65%, dependendo da faixa etária considerada (BURMANN, 2011). No estudo de Caetano (2007) queixa de urge-incontinência foi encontrada em 41,7% em mulheres que praticavam atividade física. Percebe-se que os dados da presente pesquisa corroboram com outros obtidos em estudos sobre urgência urinária.

Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina foram bastante evidenciados neste estudo. No entanto, frequência superior foi encontrada por Menezes et al. (2012), para os quais a queixa de perda urinária a caminho do banheiro foi relatada por 61,1% das mulheres do estudo. Em contraposição aos nossos achados, verificou-se menor porcentagem de perda urinária antes de chegar ao banheiro no estudo realizado em idosas de uma instituição de longa permanência (21,3%) (LARAZI; LOJUDICE; MAROTA, 2009). Lopes e Higa (2006) apresentam em seus resultados que algumas mulheres revelaram sair de casa somente quando havia facilidade em utilizar o banheiro, e isso mostra que a presença desse indicador representa um fator de restrição social na vida das pessoas incontinentes. Chama a atenção que essa característica definidora foi a segunda mais prevalente para o diagnóstico de incontinência de urgência.

Relatos de perda involuntária de urina com espasmos ou contrações da bexiga foram encontrados em menor frequência na população estudada. A presença de contrações da bexiga caracteriza a hiperatividade do detrusor. Quando um estudo urodinâmico é realizado, observam-se contrações involuntárias do músculo detrusor durante a fase de enchimento vesical que provocam a sensação de urgência miccional, desencadeando abertura do esfíncter uretral e resultando em perda urinária com baixo volume vesical (BURMANN, 2011).

Neste estudo, Incontinência urinária de esforço apresentou-se como o quinto mais prevalente dos diagnósticos de incontinência.

Diferentemente dos nossos resultados, a maioria dos estudos apresenta a incontinência de esforço como a mais prevalente. Acredita-se que isso ocorra pelo fato de as pesquisas adotarem predominantemente a classificação médica de incontinência urinária ou a classificação da International Continence Society.

Os resultados dos diversos estudos mostram prevalência variadas de incontinência urinária de esforço, a saber: 52% no estudo de Fultz et al. (2005); 41,7% no estudo de Souza et al. (2009); 40,26% no estudo de Dedicação, Saldanha e Driusso (2008); 39% no estudo de Busato Jr e Mendes (2007); e 21,4% na pesquisa de Gomes e Silva (2010). Observa-se que foram encontradas prevalências mais elevadas e mais baixas em relação às do presente estudo.

Na incontinência de esforço, existe dificuldade em se manter a pressão intrauretral em relação ao padrão normal. Quando há aumento brusco da pressão intra-abdominal, ocorre perda urinária. A musculatura estriada do assoalho pélvico assume relevante papel no mecanismo de continência, pois é fundamental na manutenção do suporte anatômico e da pressão intrauretral (SOUZA et al., 2009). Ademais, o aumento da pressão na região abdominal pode sobrecarregar os órgãos pélvicos, empurrando-os para baixo, ocasionando danos aos músculos responsáveis pelo suporte desses órgãos (CAETANO, 2007). As condições citadas levam os pacientes a desenvolverem incontinência de esforço.

Nessa última incontinência ocorre perda urinária aos esforços, pois nas situações onde há aumento da pressão intra-abdominal, a pressão vesical excede a pressão máxima de fechamento uretral e, na ausência de contração do músculo detrusor, ocorre a perda de urina. Pode-se subdividir a incontinência de esforço em incontinência por hiper mobilidade do colo vesical e incontinência decorrente de insuficiência esfínteriana intrínseca, podendo ocorrer concomitância das duas (BURMANN, 2011).

A queixa do paciente de perda urinária associada à demonstração clínica da perda de urina ao esforço é suficiente para o estabelecimento do diagnóstico de incontinência de esforço. Estudos observaram que pacientes com este diagnóstico podem apresentar sintoma isolado de perda urinária aos esforços e usualmente bexiga estável (FELDNER JR et al., 2006). Diferentemente de pacientes com história de incontinência urinária de urgência, que apresentam bexiga instável.

No presente estudo, as principais causas de perda de urina aos esforços foram espirrar e tossir. O estudo de Flores et al. (2004) apresenta que 46,1% dos participantes relataram como a principal causa de perda de urina os eventos de tosse, riso e espirro. Já o

estudo de Menezes et al. (2012) aponta que 72,2% das mulheres relataram queixas de perda urinária ao tossir e espirrar. Larazi, Lojudice e Marota (2009) encontraram 19,1% de relatos de perda urinária ao tossir e espirrar, segunda queixa mais documentada na população estudada.

A característica definidora perda involuntária sob esforço foi relatada por 11,5% da amostra do nosso estudo. Outras pesquisas encontraram valores mais elevados deste indicador. A perda de urina aos esforços como única queixa foi observada em um estudo realizado com 41 mulheres (36,0%), e nenhuma delas apresentava bexiga instável (FELDNER JR, 2002). Um estudo realizado com técnicas de enfermagem e enfermeiras que trabalhavam em um determinado hospital verificou que 38,7% delas aumentavam a frequência de perda urinária ao carregar peso e 16% associaram as perdas urinárias a empurrar macas ou cadeiras de rodas (LOPES; HIGA, 2006). Outro estudo realizado com atletas mostrou que cerca de 27% das competidoras perdiam urina durante a tosse, espirro e risada, sendo 29% durante atividades físicas e 15% durante movimentos bruscos ou levantando pesos (CAETANO, 2007).

Ao investigar as pesquisas na literatura, nenhum estudo com abordagem metodológica similar à da presente pesquisa foi encontrado, fato que limitou a comparação dos dados. Além da escassa literatura sobre a prevalência de incontinência urinária, os estudos disponíveis incluíam populações distintas. Apenas um dos estudos encontrados evidenciou a presença de incontinência urinária funcional em pacientes com AVC, porém este evento não foi investigado detalhadamente (CAVALCANTE, 2008).

Os resultados obtidos nesta investigação demonstram a importância da pesquisa, uma vez que se evidenciou uma elevada prevalência de incontinência urinária em pacientes com AVC, apresentando diferentes manifestações clínicas. Portanto, os enfermeiros não devem ignorar na prática clínica a ocorrência de tal fenômeno, pois, a partir da identificação das respostas humanas de incontinência, será possível estabelecer intervenções específicas para cada paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo permitiu o alcance dos objetivos propostos, a saber: Identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento, Incontinência urinária reflexa em pacientes com Acidente Vascular Cerebral; Identificar as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária presentes em pacientes com Acidente Vascular Cerebral; Verificar a associação dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária entre si e destes com as características definidoras; Verificar a associação dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária com as variáveis idade, sexo, IMC, tipo de AVC, número de episódios e tempo decorrido em meses do último AVC.

A relevância deste estudo caracteriza-se por identificar as lacunas existentes na literatura acerca do conhecimento da prevalência de incontinência urinária nos pacientes sobreviventes de acidente vascular cerebral.

Neste estudo foram avaliados 156 pacientes com AVC. A maior parte era do sexo masculino, com idade média de 62,28 anos, viviam com companheiro, eram aposentados, possuíam baixa escolaridade e renda pessoal média de 812 reais. Os indicadores de risco mais prevalentes para incontinência urinária, além do AVC, foram: consumo de café, mobilidade prejudicada, hipertensão arterial e diabetes.

Entre os cinco diagnósticos estudados, Incontinência urinária por transbordamento apresentou maior prevalência (72,4%), seguido de Incontinência urinária funcional (53,2%), Incontinência urinária reflexa (50,0%), Incontinência urinária de urgência (41,0%) e Incontinência urinária de esforço (37,8%).

Pertinente ao diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento, os indicadores clínicos de maior prevalência foram: Distensão da bexiga e Noctúria. Incontinência por transbordamento apresentou associação estatística significativa para todas as características definidoras.

No que diz respeito ao diagnóstico de Incontinência urinária funcional, os indicadores clínicos de maior prevalência foram: Sente desejo de urinar, É capaz de esvaziar completamente a bexiga, Perda de urina antes de alcançar o banheiro e O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga.

O diagnóstico de Incontinência urinária reflexa apresentou prevalências elevadas dos indicadores clínicos: Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga, Ausência de sensação de urgência para esvaziar a bexiga e Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical.

Para o diagnóstico de Incontinência urinária de urgência, as maiores prevalências foram para os indicadores Relatos de urgência urinária e Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina. Incontinência de urgência apresentou associação estatística significativa para todas as características definidoras.

Em relação ao diagnóstico de Incontinência urinária de esforço, os indicadores clínicos com prevalências significativas foram: Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar e Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao tossir.

Os diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional e Incontinência urinária reflexa apresentam associações estatística entre si. O diagnóstico de Incontinência urinária por transbordamento não apresentou associação estatística significativa com o diagnóstico de Incontinência urinária de esforço e com Incontinência urinária reflexa.

Pertinente à associação dos diagnósticos de incontinência urinária com as variáveis sociodemográficas e clínicas, evidenciou-se que a variável idade apresentou relação estatística significativa com Incontinência urinária funcional e Incontinência urinária por transbordamento, e número de episódios de AVC apresentou associação com Incontinência urinária por transbordamento. As variáveis sexo, IMC, tipo e tempo de AVC não apresentaram relação estatística com os diagnósticos de incontinência urinária.

Como dificuldades enfrentadas, cita-se o fato de o estudo buscar a identificação do evento de incontinência urinária pelo relato do paciente. Nesse caso, o relato poderia diferir do que realmente é apresentado no cotidiano, além de depender da memória e da compreensão do que foi perguntado.

A escassez de estudos sobre prevalência dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária e a relação de associação entre os diagnósticos urinários em pacientes com AVC dificultaram a discussão dos resultados por meio de comparações com outros estudos. No entanto, isso demonstra a importância da pesquisa desenvolvida. Outras dificuldades encontradas foram: falta de definições conceituais e/ou operacionais das características definidoras pela NANDA, reconhecer as diferenças entre as denominações de

cada características e dificuldade de avaliação de algumas manifestações devido à complexidade de mensuração.

Considera-se que o presente estudo forneceu o perfil diagnóstico de incontinência urinária da população com AVC na fase de acompanhamento ambulatorial, podendo, dessa forma, contribuir para que as intervenções de enfermagem sejam direcionadas por intervenções específicas.

Espera-se que outros trabalhos possam ser implementados, tanto com a mesma clientela como com outras. Acredita-se que ao utilizar um instrumento que já foi elaborado, utilizado e avaliado por enfermeiros juízes, poder-se-á pensar em ampliar a investigação das manifestações apresentadas por esses pacientes, bem como elaborar intervenções de enfermagem focadas na promoção da saúde, bem como na prevenção de agravos dos acometidos.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U.; KERREBROECK, P. V.; VICTOR, A.; WEIN, A. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Neurourol. Urodyn.**, v. 21, p. 167-178, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11857671>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

ANDRADE, J. P. (Coord.). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart disease and stroke statist – 2012 Update. **Circulation**, v. 125, p. e2-220, 2012. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2.full.pdf+html>>. Acesso em: 2 abril de 2014.

ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.; ALVES, P. J. S.; VERAS, V. S.; ZANETTI, M. L.; DAMASCENO, M. M. C. Uso de medicamentos, glicemia capilar e índice de massa corpórea em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 709-714, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/11.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2014.

BELTRÃO, B.A. **Medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico padrão respiratório ineficaz de crianças e adolescente cardiopatas congênitos**. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

BERLEZI, E. M.; FIORIN, A. A. M; BILIBIO, P. V. F.; KIRCHNER, R. M.; OLIVEIRA, K. R. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 3, p. 415-423, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232011000300002&script=sci_arttext> . Acesso em: 7 jan. 2014.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/06-hipertensao.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

BURMANN, R. H. J. S. **Imipramina versus tratamento conservador em mulheres com síndrome da bexiga hiperativa**. 2011. 88f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BUSATO JR, W. F. S; MENDES, F. M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 49-55, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/524.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CAETANO, A. S. **Incontinência urinária e atividade física: uma revisão da literatura**. 2007. 68f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

CASTRO, A.; SOBOTTKA, W.; BARETTA, G.; FREITAS, A. C. T. Efeitos da cirurgia bariátrica na função do assoalho pélvico. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 25, n. 4, p. 263-268,

2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000400010>. Acesso em: 30 mar. 2014.

CAVALCANTE, T. F. **Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral**. 2011. 190f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

CAVALCANTE, T. F.; MOREIRA, R. P.; ARAUJO, T. L.; LOPES, M. V. O. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 06 telas, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_07.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2014.

CAVALCANTE, T. F. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral**. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

CEINFO. O perfil dos nascimentos na cidade de São Paulo. Dez anos do SINASC. Boletim CEInfo Análise. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. Ano VI, nº 04, 39 p., 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1083-1088, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a08.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2012.

COSTA, J. S. D.; BARCELLOS, F. C.; SCLOWITZ, M. L.; SCLOWITZ, I. K. T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M. T. A.; MENEZES, A. M. B.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; FUCHS, S. C. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 mar. 2014.

CULLIGAN, P. J.; HEIT, M. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. **Am. Fam. Physician**, v. 62, n. 11, p. 2433-2444, 2000. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2000/1201/p2433.html>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

DEDICAÇÃO, A. C.; HADDAD, M.; SALDANHA, M. E. S.; DRIUSSO, P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 13, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n2/aop012_09.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2014.

DELBONI, M. C. C.; MALENGO, P. C. M.; SCHMIDT, E. P. R. Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 2, p. 165-175, 2010.

Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/165a175.pdf>. Acesso em 1 abr. 2014.

DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Posicionamento Brasileiro em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 100, n. 6, p. 491-501.

DOUGLAS, C. R. **Patofisiologia de sistemas renal**. São Paulo: Robe, 2001.

ENGLER, T. M. N. M. **Constipação intestinal em pacientes admitidos para reabilitação com lesão cerebral decorrente de acidente vascular cerebral**. 2011. 111f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

FELDNER JR, P. C.; SARTORI, M. G. F.; LIMA, G. R.; BARACAT, E. C.; GIRÃO, M. J. B. C. Diagnóstico Clínico e subsidiário da incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 1, p. 54-62, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 fev. 2014.

FELDNER JR, P. C.; BEZERRA, L. R. P. S.; GIRÃO, M. J. B. C.; CASTRO, R. A.; SARTORI, M. G. F.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. Valor da Queixa Clínica e Exame Físico no Diagnóstico da Incontinência Urinária. **RBGO**, v. 24, n. 2, p. 87-91, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000200003>. Acesso em: 6 mar. 2014.

FLORES, M. N.; SANTOS, N. C.; FÉRA, P.; GLASHAN, R. Q. Incontinência urinária em idosas institucionalizadas. **Sinopse de Urologia**, ano 8, n. 2, p. 70-74, 2004.

Disponível em: < http://uroepm.com.br/sinopsedeurologia/sinopse_uroepm_em_PDF/URO_2004_3.pdf> Acesso em: 6 mar. 2014.

FULTZ, N.; GIRTS, T.; KINCHEN, K.; NYGAARD, I.; POHL, G.; STEMFELD, B. Prevalence, management and impact of urinary incontinence in the workplace. **Occup. Med.**, v. 55, p. 552-557, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16251372>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

FUMINCELLI, L.; MAZZO, A.; SILVA, A. A. T.; PEREIRA, B. J. C.; MENDES, I. A. C. Produção científica sobre eliminações urinárias em periódicos de enfermagem brasileiros. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 127-131, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100019>. Acesso em: 24 fev. 2014.

GLISOI, S. F. N.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 9, n. 6, p. 408-413, 2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n6/a2557>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

GOMES, J. G. **Estudo quantitativo da matriz extracelular e células do músculo liso de bexigas urinária após traumatismo raquimedular**. 2011. 58f. Tese (Doutorado) –

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GOMES, G. V.; SILVA, G. D. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de dourados (ms). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 6, p. 649-654, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000600011>. Acesso em: 28 mar. 2014.

GUARISI, T.; PINTO NETO, A. M.; OSIS, M. J.; PEDRO, A. O.; PAIVA, L. H. C.; FAÚNDES, A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 428-435, 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000500004&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 mar. 2014.

HERDMAN, T. H (Ed.). **NANDA Internacional Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. Avaliação de um sistema especialista em diagnóstico de enfermagem relacionados à eliminação urinária. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 46, n. 5, p. 565-569, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a06v61n5.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2012.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev. Bras. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 187-192, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/25.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

HRADESKY, J. L. **Productivity & quality improvement: a practical guide to implementing statistical process control**. Ney York: McGraw-Hill, 1998.

JEREZ-ROIG, J.; SOUZA, D. L. B.; LIMA, K. C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 16, n. 4, p. 865-879, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000400865&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 jan. 2014.

JUC, R. U.; COLOMBARI, E.; SATO, M. A. Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário. **Arq. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 36, n. 1, p. 55-60, 2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1925.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2012.

KUCHEL, G. A.; DUBEAU, C. E. Urinary incontinence in the elderly. In: Miller, M.; O'HARE, A. M.; SHIM, R. L. **Geriatric nephrology curriculum**. Washington, DC: American Society of Nephrology, 2009. cap. 30. Disponível em: <<https://www.asn-online.org/education/distancelearning/curricula/geriatrics/Chapter30.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

LARSSON, S. C.; ORSINI, N. Coffee Consumption and Risk of Stroke: A Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. **Am. J. Epidemiol.**, v. 174, n. 9, p. 993-1001, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21920945>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

LAZARI, I. C. F.; LOJUDICE, D. C.; MAROTA, A. G. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 1, p. 103-112, 2009. Disponível em: < http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n1/pdf/art_8.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2014.

LEANDRO, T. A. **Avaliação do equilíbrio e da marcha em portadores de Acidente Vascular Cerebral**. 2010. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

LEROY, L. S.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 692-701, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a26.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2014.

LIMA, F. A.; SANT'ANA, A. E. G.; ATAIDE, T. R.; OMENA, C. M. B.; MENEZES, M. E. S.; VASCONCELOS, S. M. L. Café e saúde humana: um enfoque nas substâncias presentes na bebida relacionadas às doenças cardiovasculares. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 6, p. 1063-1073, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000600012&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 mar. 2014.

LOPES, M. H. B. M; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a04v40n1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Int. J. Nurs. Knowl.**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPEZ, M. C. **O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência-arte-ética**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

MAGALHÃES, N. A. M.; DUARTE, D. A.; NUNES, C. D. M. Incontinência urinária em pessoas idosas de uma instituição de longa permanência. **REAS: Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, p. 02-14, 2010. Disponível em: http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_001.pdf. Acesso em: 6 mar. 2014.

MARQUES, A. C. M. C.; LANDIM, F. L. P.; COLLARES, P. M.; MESQUITA, R. B. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 945-955, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700026>. Acesso em: 30 mar. 2014.

MENEZES, G. M. D.; PINTO, F. J. M.; SILVA, F. A. A.; CASTRO, M. E.; MEDEIROS, C. R. B. QUEIXA DE PERDA URINÁRIA: um problema silente pelas mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 100-108, 2012. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18560>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

MOREIRA, R. P. **Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de definições constitutivas e operacionais construídas para o resultado de enfermagem mobilidade**.

2011. 213f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, E.; LOZINSKY, A. C.; PALOS, C. C.; RIBEIRO, D. D. M.; SOUZA, A. M. B.; BARBOSA, C. P. Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 9, p. 454-458, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010000900007&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mar. 2014.

OLIVEIRA, L. D. R.; GUIRARDELLO, E. B.; LOPES, M. H. B. M. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do *Gaudenz-Fragebogen*. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 565-572, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/06.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

OLIVEIRA, E. G.; MARINHEIRO, L. P. F.; SILVA, K. S. Diabetes melito como fator associado às disfunções do trato urinário inferior em mulheres atendidas em serviço de referência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 12, p. 414-420, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n12/v33n12a07.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2014.

OLIVEIRA, A. R. S. **Validação dos resultados de enfermagem estado da deglutição e prevenção da aspiração em pacientes após acidente vascular cerebral**. 2013. 254f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

PAIXÃO, C. T.; SILVA, L. D. As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. **Enfermería Global**, n. 15, p. 1-12, 2009. Disponível em: < http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412009000100019&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 28 fev. 2014.

PEREIRA, V. S.; SANTOS, J. Y. C.; CORREIA, G. N.; DRIUSSO, P. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 4, p. 182-187, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n4/a06v33n4>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 205-212, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 1 abr. 2014.

REIS, R. B.; COLOGNA, A. J.; MARTINS, A. C. P.; TUCCI JÚNIOR, S.; SUAID, H. J. Incontinência Urinária no Idoso. **Acta Cir. Bras.**, v. 18, supl. 5, p. 47-51, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/acb/v18s5/a18v18s5.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

ROLIM, C. L. R. C.; MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2106-2116, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 mar. 2014.

ROTAR, M.; TRSINAR, B.; KISNER, K.; BARBIC, M.; SEDLAR, A.; GRUDEN, J.; VODUSEK, D. B. Correlations Between the ICIQ-UI Short Form and Urodynamic

Diagnosis. **Neurourol. Urodyn.**, v. 28, p. 501–505, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19260080>>. Acesso em: 14 jan. 2013

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTOS, N. M. F.; TAVARES, D. M. S. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 4, p. 960-966, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/25.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

SARTORI, J. P.; KAWAKAMI, F. T.; SARTORI, M. G. F.; GIRÃO, M. J. B. C.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. Distúrbios Urinários no Climatério: Avaliação Clínica e Urodinâmica. **RBGO**, v. 21, n. 2, p. 77-81, 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999000200004>. Acesso em: 20 jan. 2014.

SCARPA, K. P.; HERRMANN, V.; PALMA, P. C. R.; RICETTO, C. L. Z.; MORAIS, S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 7, p. 355-359, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a06v30n7.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2014.

SGROTT, F. O. F. **Estimulação elétrica do nervo tibial posterior para o tratamento da bexiga hiperativa refratária de origem não neurológica**. 2007. 116f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.

SILVA, V. A.; D’ELBOUX, M. J. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 5, p. 1221-1226, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500026>. Acesso em: 3 mar. 2014.

SILVA, V. A.; SOUZA, K. L.; D’ELBOUX, M. J. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 672-678, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300018>. Acesso em: 20 nov. 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUZA, R. M.; SANTANA, R. F.; SANTO, F. H. E.; ALMEIDA, J. G.; ALVES, L. A. F. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 732-741, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400012&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 mar. 2014.

SOUZA, C. E. C.; LIMA, R. M.; BEZERRA, L. M. A.; PEREIRA, R. W.; MOURA, T. K.; OLIVEIRA, R. J. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentemente e incontinentemente na pós-menopausa. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 13, n. 6, p. 535-541,

2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2009nahead/aop059_09.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2014.

TAMANINI, J. T. N.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L.; LAURENTINI, R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABC Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1756-1762, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19649416>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

TEIXEIRA, M. A. **Causas da incontinência urinária em idosos**. 2011. 87f. Monografia (Graduação) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

APÊNDICES

2.14 Restrição de mobilidade: () Sim () Não

Se sim, qual motivo? Especifique abaixo:

- () fatores físicos () dificuldade de deambulação
 () neuropatia diabética () alteração na visão
 () osteoporose () outros: _____

2.15 Infecção ou inflamação do trato urinário: () Sim () Não

2.16 Litíase vesical: () Sim () Não

2.17 Tumor vesical: () Sim () Não

2.18 Cirurgia abdominal: () Sim () Não

Se sim, especifique: _____

2.19 Cirurgia pélvica: () Sim () Não

Se sim, especifique: _____

2.20 Radioterapia: () Sim () Não

2.21 Menopausa: () Sim () Não

Terapia de Reposição Hormonal: () Sim () Não

2.22 Partos: () Sim () Não

Abortos: () Sim () Não

Se sim, número total: _____

Tipo de parto: normal _____ cesário _____ fórceps _____

Episiotomia: () Sim () Não

2.23 Consumo de álcool: () Sim () Não

Se sim, n° de vezes (por semana): _____

Quantidade (copos): _____

2.24 Consumo de cafeína: () Sim () Não

2.23 Tabagista: () Sim () Não () Parou

Se sim, quanto tempo fuma: _____ N° de cigarros por dia: _____

Se parou, há quanto tempo parou: _____ Por quanto tempo fumou: _____

N° cigarros que costumava fumar _____

3 Investigação dos Diagnósticos de Enfermagem

3.1 Incontinência urinária de esforço

3.1.1 Perda involuntária de pequenas quantidades de urina: SIM NÃO

- | | | |
|--|-----|-----|
| ○ Ao espirrar | () | () |
| ○ Ao rir | () | () |
| ○ Ao tossir | () | () |
| ○ Na ausência de esforço ou atividade que demanda pouco esforço físico | () | () |
| ○ Quando a bexiga não está cheia | () | () |
| ○ Durante esforço | () | () |

3.2 Incontinência urinária de urgência	SIM	NÃO
3.2.1 Perda involuntária de urina com a sensação de aperto ou contração da bexiga	()	()
3.2.2 Incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina	()	()
3.2.3 Vontade urgente e repentina para urinar, necessitando realizar a micção rapidamente.	()	()

3.3 Incontinência urinária funcional	SIM	NÃO
3.3.1 Sensação que após urinar, a bexiga está completamente vazia	()	()
3.3.2 Sente um forte desejo de urinar e perde urina antes de alcançar o banheiro	()	()
3.3.3 Perde urina de manhã cedo depois que acorda	()	()
3.3.4 Perda de urina sem a percepção que a bexiga está cheia	()	()

3.4 Incontinência urinária por transbordamento	SIM	NÃO
3.4.1 Sente a bexiga cheia	()	()
3.4.2 Minutos após urinar, retorna ao banheiro e ainda perde uma grande quantidade de urina	()	()
3.4.3 Acordar mais de uma vez para urinar durante o período da noite	()	()
3.4.4 Perda involuntária de pequenas quantidades de urina, em gotas	()	()

3.5 Incontinência urinária reflexa	SIM	NÃO
3.5.1 Não sente quando a bexiga está cheia	()	()
3.5.2 Não apresenta uma desejo forte e repentino para urinar	()	()
3.5.3 Perde urina e não sente o esvaziamento	()	()
3.5.4 Incapacidade de parar de urinar depois que começa a esvaziar a bexiga	()	()
3.5.5 Incapaz de urinar espontaneamente depois que sente desejo	()	()
3.5.6 Horários previsíveis para esvaziar a bexiga	()	()
3.5.7 Desejo súbito de urinar e, logo em seguida, perde urina sem poder impedir	()	()
3.5.8 Quando a bexiga está cheia, costuma apresentar suores, desconforto abdominal ou fica agitado	()	()

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA ENFERMEIROS JUÍZES**

Título da pesquisa: **PREVALÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Prezado (a) enfermeiro (a),

Meu nome é Telma Alteniza Leandro. Sou aluna do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de Diagnósticos de Enfermagem de Incontinência Urinária em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral” sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araujo.

Estamos estudando a prevalência dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária. A NANDA apresenta cinco diagnósticos de incontinência em sua classificação, a saber: Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento e Incontinência urinária reflexa.

Solicitamos, por meio desta, sua colaboração como enfermeiro especialista em nefrologia ou urologia que constará na análise do instrumento da coleta de dados elaborado no estudo. Pedimos que você verifique a adequação e pertinência do conteúdo elaborado, bem como identifique as lacunas existentes. Informamos que o instrumento foi elaborado com base nas características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária e na literatura pertinente acerca de sistema urinário.

Damos-lhe garantia de que as informações colhidas serão usadas apenas para a realização do presente estudo e asseguramos que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa e sobre seus benefícios, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. Você terá a liberdade de retirar seu consentimento em participar deste trabalho sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Por fim, garantimos que não forneceremos informação a seu respeito que possa identificá-lo de alguma maneira. Ademais, sua participação no estudo é voluntária. Dessa forma, não receberá pagamento e também é sem ônus de qualquer natureza.

Caso aceite participar do estudo, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador do estudo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Telma Alteniza Leandro **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua João Sorongo, 910, Damas

Telefone para contato: (85) 97851795

E-mail: telmaleandro21@yahoo.com.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo fone: 3366-8589

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG:_____.
Declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, __/__/__

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA PACIENTES**

Título da pesquisa: PREVALÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Você está sendo convidado (a) participar de forma voluntária de uma pesquisa que incluirá pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) que realizam acompanhamento neste ambulatório, para ser avaliada a sua função urinária, mais precisamente, a incontinência urinária.

Meu nome é Telma Alteniza Leandro. Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e orientada pela Professora Thelma Leite de Araújo. Estou desenvolvendo um estudo que, como já informei, tem como finalidade avaliar a presença ou ausência de incontinência urinária, ou seja, a presença ou ausência de perda de urina de forma involuntária. Para isso, verificarei algumas medidas, tais como: peso e comprimento. Farei algumas perguntas sobre a perda de urina, em quais situações, os horários, seus hábitos e sensações.

Para verificar o peso e altura utilizarei uma fita métrica para medi-la e uma balança para pesá-la. O exame não deve ocasionar nenhum desconforto a você. Depois vou-lhe pedir algumas informações como: história de doenças, informações sobre o parto, sobre medicações e sensações durante o ato de urinar.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas no estudo serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento você terá acesso às informações, inclusive para resolver possíveis dúvidas. Informo ainda que você tem o direito e a liberdade de se negar a participação se assim desejar, sem nenhum prejuízo. A sua identidade será mantida no anonimato bem como qualquer informação que possa identificá-lo. Caso aceite participar do estudo, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador do estudo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Telma Alteniza Leandro **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua João Sorongo, 910, Damas

Telefone para contato: (85) 97851795

E-mail: telmaleandro21@yahoo.com.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo fone: 3366-8589

O abaixo assinado _____, ____ anos,
RG:_____. Declara que é de livre e espontânea vontade que está participando
como voluntário da pesquisa. Eu declaro que tomei conhecimento deste termo de
Consentimento Livre e Esclarecido e que, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu
conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo
minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, __/__/__

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador

Nome da testemunha
(se o voluntário não souber ler)

Assinatura

APÊNDICE D – CARTA CONVITE (ENFERMEIRO DIAGNOSTICADOR)**CARTA-CONVITE**

Prezada Enfermeira,

Meu nome é Telma Alteniza Leandro. Sou aluna do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de Diagnósticos de Enfermagem de Incontinência Urinária em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral” sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araujo.

Solicitamos, por meio deste, sua colaboração no estudo na qualidade de especialista em taxonomia de enfermagem (Diagnósticos de Enfermagem de Incontinência Urinária). Sua participação envolverá a presença em uma oficina para aproximação com os diagnósticos da pesquisa e, caso esteja apto a participar do estudo, serão enviados para seu e-mail um instrumento com os dados dos pacientes quanto ao padrão de eliminação urinária. Nesta, você determinará a presença ou ausência dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária.

Caso deseje participar, pedimos que responda este e-mail o mais rápido possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Caso manifeste a sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente,

Telma Alteniza Leandro

telmaleandro21@yahoo.com.br

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA ENFERMEIROS DIAGNOSTICADORES**

Título da pesquisa: PREVALÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Prezado (a) enfermeiro (a),

Meu nome é Telma Alteniza Leandro. Sou aluna do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de Diagnósticos de Enfermagem de Incontinência Urinária em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral” sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araujo.

Estamos estudando a prevalência dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária. A NANDA apresenta cinco diagnósticos de incontinência em sua classificação, a saber: Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento e Incontinência urinária reflexa.

Solicitamos, por meio desta, sua colaboração como enfermeiro especialista para realizar a inferência diagnóstica dos diagnósticos de incontinência do estudo. A saber, farão parte da amostra pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) atendidos no ambulatório de neurologia de hospital referência em AVC.

Caso aceite, você será escolhido aleatoriamente para compor a equipe de avaliadores. Em seguida você participará de uma oficina coordenada pela pesquisadora antes da participação na pesquisa. A oficina tem o objetivo de familiarizá-lo com os diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária do estudo. A formação deverá discutir a definição de cada diagnóstico de incontinência e das características definidoras de cada um dos diagnósticos e as características definidoras exclusivas de cada diagnóstico de enfermagem e o instrumento de coleta de dados. No final da oficina, serão realizados testes de avaliação. Se sua avaliação nesses testes for satisfatória, você estará apto a participar do estudo, caso contrário, será realizado um novo teste.

Os dados coletados nas entrevistas com os pacientes serão resumidos em um instrumento que será enviado a você. A partir desse instrumento, você deverá inferir a presença ou não de cada diagnóstico de enfermagem de incontinência urinária.

Destaco que a determinação diagnóstica será realizada por você e por outro enfermeiro separadamente, caso haja discordância entre vocês, solicitarei um consenso em relação à presença ou ausência de determinado diagnóstico.

Damos-lhe garantia de que as informações colhidas serão usadas apenas para a realização do presente estudo e asseguramos que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa e sobre seus benefícios, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. Você terá a liberdade de retirar seu consentimento em participar deste trabalho sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Por fim, garantimos que não forneceremos informação a seu respeito que possa identificá-lo de alguma maneira. Ademais, sua

participação no estudo é voluntária. Dessa forma, não receberá pagamento e também é sem ônus de qualquer natureza.

Caso aceite participar do estudo, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador do estudo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Telma Alteniza Leandro **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua João Sorongo, 910, Damas

Telefone para contato: (85) 97851795

E-mail: telmaleandro21@yahoo.com.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo fone: 3366-8589

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG:_____.
 Declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, __/__/__

 Assinatura do voluntário

 Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE F – INSTRUMENTO ENVIADO AOS DIAGNOSTICADORES COM OS
DADOS DOS PACIENTES**

Nº _____

Data: ___/___/___

Iniciais: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Diagnóstico médico: _____

Informações obtidas na entrevista:

Relação das Características definidoras presentes:

De acordo com o caso, determine a presença ou ausência dos seguintes diagnósticos de enfermagem:

Incontinência urinária de esforço:

() Presente () Ausente

Incontinência urinária de urgência:

() Presente () Ausente

Incontinência urinária funcional:

() Presente () Ausente

Incontinência urinária por transbordamento:

() Presente () Ausente

Incontinência urinária reflexa:

() Presente () Ausente

Nome do enfermeiro que inferiu o diagnóstico:

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: estudo de prevalência

Pesquisador: TELMA ALTENIZA LEANDRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14804913.9.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 392.531

Data da Relatoria: 11/09/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado o caracterizado comoum estudo transversal. O estudo será realizado no ambulatório de neurologia de um hospital público de nível terciário localizado na cidade de Fortaleza-CE.Participarão 303 pacientes com diagnóstico médico de Acidente Vascular Cerebral. São critérios de inclusão: estar cadastrado e em acompanhamento no ambulatório de neurologia, ter condições de responder às perguntas da entrevista e ter idade igual ou superior a 18 anos. Como critérios de exclusão serão considerados: comorbidades específicas do trato urinário (insuficiência renal, hiperplasia prostática benigna e hemodiálise) que possam influenciar na identificação das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em estudo. O referido instrumento será encaminhado para análise de três juizes com experiência em enfermagem nefrológica ou urológica, selecionados por meio do currículo Lattes.

a e medidos para a classificação da massa corporal. No entanto, quando o paciente apresentar dificuldade de locomoção que impeça tal procedimento, serão registradas as medidas informadas verbalmente pelo individuo ou familiar.No ambulatório, a pesquisadora identificará pelo prontuário os pacientes que estão aguardando consulta e que atendam aos critérios de inclusão. Em seguida, estes pacientes serão abordados e solicitados a participar do estudo, após

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 392.531

serem informados sobre os objetivos da pesquisa. Os enfermeiros participarão de uma oficina de treinamento e serão avaliados quanto à capacidade de inferência diagnóstica.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento, Incontinência urinária reflexa em pacientes com Acidente Vascular Cerebral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A realização da pesquisa não realizará exposição dos participantes (enfermeiros e pacientes) a desconfortos ou constrangimentos. Solicita-se, entretanto, detalhamento no TCLE

Benefícios: Conhecimento da prevalência dos diagnósticos de incontinência urinária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: carta de anuência do Hospital Geral de Fortaleza; declaração de concordância; carta de encaminhamento; currículo; orçamento assinado; folha de rosto; TCLE para pacientes detalhado e com linguagem acessível; TCLE para os enfermeiros diagnosticadores; TCLE para os juízes.

Recomendações:

Colocar os riscos da pesquisa (riscos de constrangimento, não fidedignidade dos dados etc).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
 Bairro: Papicú CEP: 60.155-290
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 392.531

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

FORTALEZA, 12 de Setembro de 2013

Assinador por:
Ivana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

PROJETO DE PESQUISA

Título: RESULTADO DE ENFERMAGEM COMPORTAMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS - estudo de validação de indicadores

Área Temática:

Pesquisador: ALICE GABRIELLE DE SOUSA COSTA

Versão: 1

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CAAE: 04742212.3.0000.5054

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 49912

Data da Relatoria: 04/07/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo do tipo metodológico, no qual se procederá às validações de conteúdo e clínica de um instrumento de avaliação do resultado de enfermagem Comportamento de prevenção de quedas em pacientes com acidente vascular cerebral e seus cuidadores, caso tenham. Como referencial metodológico se adotará a psicometria, capaz de expressar o fenômeno psicológico por meio numérico, inserindo-se dentro da teoria da medida que busca uma discussão epistemológica quanto à utilização do símbolo matemático no estudo científico dos fenômenos naturais. O estudo será realizado em duas etapas, na primeira verificar-se-á com especialistas se as definições conceituais e os indicadores operacionais gerais identificados por Vitor (2010) são adequados à validação. A coleta de dados ocorrerá no segundo semestre de 2012 e primeiro semestre de 2013. A amostra será de 22 especialistas, a partir de cálculo amostral. Será enviado por e-mail ou correio o termo de consentimento livre e esclarecido, o instrumento com todos os indicadores de enfermagem do resultado Comportamento de prevenção de quedas, as instruções e o questionário composto por dados relativos à identificação e perfil profissional. Com base nos princípios da psicometria, os especialistas deverão analisar as definições e magnitudes de cada indicador e indicar a manutenção ou exclusão dos indicadores, justificando cada ação. Em seguida, o instrumento será reformulado com base nas considerações dos especialistas e os indicadores poderão ser refeitos, incluídos ou mesmo excluídos. Na segunda etapa ocorrerá a validação clínica das definições conceituais e os indicadores operacionais gerais identificados por Vitor (2010) no contexto de pacientes acometidos por AVC. A coleta de dados ocorrerá no primeiro e segundo semestre de 2013, com duplas de profissionais a partir de visitas domiciliares a pacientes que realizam acompanhamento ambulatorial em um Hospital Geral, ou seus cuidadores. Na coleta de dados se trabalhará com o formulário submetido, conforme a etapa anterior do estudo, à validação de conteúdo para investigação dos dados referentes aos indicadores do resultado de enfermagem em foco e suas definições conceituais e magnitudes operacionais no contexto da população atingida por AVC.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver uma escala de avaliação do Resultado de Enfermagem Comportamento de Prevenção de Quedas aplicável em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral e seus cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo não envolve riscos para os participantes, pois não haverá procedimentos invasivos e os benefícios serão em contribuir para o melhor conhecimento dos comportamentos de prevenção de quedas em pessoas com AVC e principalmente poderá subsidiar a construção de uma escala sensível à identificação de tal comportamento, o que auxiliará as atividades dos profissionais de saúde envolvidos com a identificação do risco de quedas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem delineado com apresentação do seu objeto de estudo clara.
Os aspectos éticos e metodológicos estão adequados.
Em relação ao TCLE existe clara referência sobre o sujeito estar ciente que ele tem a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, o mesmo se apresenta claro e coerente com o objeto de estudo.
O projeto de pesquisa apresenta viável, portanto somos de parecer favorável à sua execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Bem qualificado em todos os itens do projeto de pesquisa
Temática relevante para a população envolvida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa relevante
Aprovado pelo COMEP

FORTALEZA, 04 de Julho de 2012

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA