

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
KAMYLÁ FÉLIX OLIVEIRA DOS SANTOS**

**TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA CONTROLE DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS: construção e validação de
protocolo de intervenções de enfermagem**

**JOÃO PESSOA/PB
2016**

KAMYLÁ FÉLIX OLIVEIRA DOS SANTOS

TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA CONTROLE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA
DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS: construção e validação de protocolo de
intervenções de enfermagem

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem

Projeto de Pesquisa vinculado: Dimensões Objetivas e Subjetivas do Cuidado à Saúde do Idoso

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Maria das Graças Melo Fernandes

JOÃO PESSOA/PB
2016

S237t Santos, Kamyla Félix Oliveira dos.
Terapia comportamental para controle de incontinência urinária de esforço em mulheres idosas: construção e validação de protocolo de intervenções de enfermagem / Kamyla Félix Oliveira dos Santos.- João Pessoa, 2016. 173f. : il.
Orientadora: Maria das Graças Melo Fernandes
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Idosos - cuidados em saúde. 3. Terapia comportamental. 4. Incontinência urinária de esforço - idosas. 4. Protocolo de intervenções. 5. Estudo de validação.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

KAMYLÁ FÉLIX OLIVEIRA DOS SANTOS

**TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA CONTROLE DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS: construção e validação de
protocolo de intervenções de enfermagem**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de
Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da
Universidade Federal da Paraíba, como requisito
parcial para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem, área de concentração: Cuidado em
Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes - Presidente
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros – Membro Externo
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

Profa. Dra. Josilene de Melo Buriti Vasconcelos - Membro Externo
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega - Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profa. Dra. Katia Nêyla de Freitas Macedo - Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profa. Dra. Maria Auxiliadora Pereira - Suplente Externo
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profa. Dra. Jacira dos Santos Oliveira - Suplente Interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

*A Deus por ter me proporcionado o dom da vida,
dando-me força e serenidade para cumprir os seus designos.*

*Aos meus pais, Trajano e Socorro, meus exemplos de vida que, com muita sabedoria,
plantaram em mim a semente do amor de Deus e me incentivaram impulsionando-me às
vitórias almejadas por meio de um caminho justo.*

Às minhas irmãs, Klenia e Klívia, por todo afeto compartilhado.

*Ao meu amado esposo, Francisco Guilherme, por todo companheirismo, paciência,
carinho e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho. Por dividir
comigo lindos momentos de alegria e de sonhos.*

Ao meu filho, João Guilherme, minha razão de viver!

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, porto seguro e amigo fiel que, em todos os momentos, esteve presente na minha caminhada, fortalecendo-me na busca pela concretização dos meus sonhos.

Aos meus pais pela confiança depositada em mim e por todo o imensurável amor e dedicação. Vocês representam o maior dos presentes de Deus em minha vida.

Às minhas irmãs, Ksenia e Klívia, essa conquista não seria possível sem a ajuda de vocês. Nos momentos mais difíceis, vocês estiveram ao meu lado, incentivando-me e ajudando-me.

Ao meu amado esposo Francisco Guilherme e querido filho João Guilherme pelo amor, carinho em todos os momentos da minha vida e pela compreensão nos momentos de ausência.

À Universidade Federal da Paraíba (UFPB), instituição que me acolheu, de forma gratuita, e me disponibilizou todas as instalações, professores e funcionários necessários para a realização deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Melo Fernandes, minha estimável orientadora, pelos ensinamentos magistrais, os quais contribuíram de forma preciosa para o desenvolvimento e concretização deste trabalho. Serei eternamente grata pelo investimento em meu crescimento profissional e, principalmente, pessoal, ao longo dessa jornada. Admiro seu conhecimento e sua dedicação à ciência e ao ensino. És um exemplo de ser humano a ser seguido!

À Banca Examinadora, por aceitar, junto comigo, elaborar este trabalho e pelas valiosas contribuições, fundamentais para a sua finalização e disseminação.

Aos enfermeiros especialistas pela disseminação de conhecimentos contributivos para a pesquisa.

A todos os colegas, funcionários e professores do Departamento da Pós-graduação em Enfermagem pelo agradável convívio e aprendizado, o meu eterno agradecimento. Em especial, para a carismática Nathali Costa, que tão bem nos acolheu e deu resolutividade às demandas exigidas pelo programa. Às amigas que o doutorado me concedeu de presente, Lidiane Lima, Lidiany Félix, Priscilla Castro, Patrícia Geórgia e Sidney Soares, pela amizade firmada durante esta caminhada.

Às colegas do grupo GEPSAI por me apoiarem sempre que necessário e pelo companheirismo nas produções científicas.

A todos da família FCM, em especial, aos meus amigos professores, Isabelle Costa, Cristiani Garrido, Viña-Del-Mar, Carlos César, Karla Duarte e Fabiana Medeiros por dividirem comigo momentos de angústias e alegrias, pela motivação e ajuda durante a construção deste trabalho.

Aos amigos de profissão do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em especial, Margarete Rose e Tereza Carmen, que compreenderam, por várias vezes, as minhas ausências e preocupações para a concretização deste sonho e cuidaram tão bem dos meus pacientes. E por todas as palavras de perseverança e força de Soelley Duarte e Karline Nascimento, nos momentos difíceis deste percurso.

A minha família do ECC, em especial, as amigas Luana Vilante e Juliana Dias, pelas constantes orações.

A todos vocês, meus amados, que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção deste trabalho. Muito obrigada!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação diagramática dos sistemas (ou modos) adaptativos humanos, segundo Roy. João Pessoa – PB, 2016.	49
Figura 2 - Modelo Conceitual do Controle de Urina derivado do Modelo de Adaptação de Roy. João Pessoa – PB, 2016.	51
Figura 3 - Fluxograma das etapas do estudo. João Pessoa – PB, 2016.	60
Figura 4 - Hierarquia das Evidências. João Pessoa – PB, 2016.	61
Figura 5 - Taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. João Pessoa – PB, 2016.	67
Figura 6 - Fluxograma de operacionalização da terapia comportamental para mulheres idosas com incontinência urinária de esforço. João Pessoa-PB, 2016.	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos estudos de acordo com o nível de evidência, conforme a proposta de <i>Melnyk, Fineout-Overholt</i> . João Pessoa – PB, 2016.	65
Quadro 2 - Classificação dos estudos de acordo com o nível de evidência, conforme a proposta da <i>Registered Nurses Association of Ontario</i> (RNAO). João Pessoa – PB, 2016.	65
Quadro 3 - Síntese das recomendações (avaliação) das diretrizes e suas respectivas evidências. João Pessoa – PB, 2016.	71
Quadro 4 - Síntese das recomendações da terapia comportamental contempladas nas diretrizes e suas respectivas evidências. João Pessoa – PB, 2016.	71
Quadro 5 – Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem <i>Incontinência urinária de esforço</i> da NANDA-I. João Pessoa – PB, 2016.	73
Quadro 6 - Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem <i>Incontinência urinária de esforço</i> da NANDA-I, selecionadas para o estudo. João Pessoa – PB, 2016.	74
Quadro 7 - Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem <i>Incontinência urinária de esforço</i> da NANDA-I, selecionadas para o estudo, segundo domínios, classes, definições e níveis. João Pessoa-PB, 2016.	75
Quadro 8 - Intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem <i>Incontinência urinário de esforço da NANDA-I</i> , de acordo com os níveis de categoria e atividades. João Pessoa-PB, 2016.	76
Quadro 9 – Intervenções de enfermagem propostas pelas diretrizes clínicas e pela NIC selecionadas para o estudo. João Pessoa – PB, 2016.	77
Quadro 10 - Intervenções de enfermagem da NIC, segundo os domínios, as classes e os níveis, indicadas pelas enfermeiras especialistas para o diagnóstico de enfermagem <i>Incontinência urinária de esforço</i> da NANDA-I. João Pessoa- PB, 2016.	81
Quadro 11 - Intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem <i>Incontinência urinária de esforço</i> da NANDA-I, validadas por consenso de especialistas, de acordo com os níveis, número de atividades.	82
Quadro 12 – Intervenções comportamentais de enfermagem para controle da <i>Incontinência urinária de esforço</i> da NANDA-I em mulheres idosas atendidas na Atenção Primária de Saúde. João Pessoa – PB, 2016.	84
Quadro 13 - Perda urinária investigada no ICIQ-SF e o sintoma urinário correspondente. João Pessoa – PB, 2016.	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANA	<i>American Nurses Association</i>
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEPSAI	Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NGC	<i>National Guideline Clearinghouse</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
RNAO	<i>Registered Nurses Association of Ontario</i>
TC	Terapia Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMAP	Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

SANTOS, Kamyla Félix Oliveira dos. **Terapia comportamental para controle de incontinência urinária de esforço em mulheres idosas:** construção e validação de protocolo de intervenções de enfermagem. 2016. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: nas últimas décadas tem surgido o interesse por opções de tratamentos cada vez menos invasivos, de baixo custo e com eficácia comprovada para incontinência urinária de esforço, a exemplo da terapia comportamental. Verifica-se, atualmente, uma diversidade de cuidados que não seguem uma padronização e a prática baseada em evidências. Assim, justifica-se a necessidade da elaboração de protocolos assistenciais específicos de enfermagem para melhoria da qualidade da assistência às mulheres idosas incontinentes. Com o intuito de respaldar a prática assistencial do enfermeiro no processo de empoderamento de mulheres idosas quanto à terapia comportamental, utilizou-se como referencial teórico deste estudo a Teoria do Controle Urinário, derivada da Teoria de adaptação de Roy. **Objetivo:** construir um protocolo de intervenções de enfermagem relativa à terapia comportamental para o processo adaptativo de mulheres idosas com incontinência urinária de esforço perante o controle urinário. **Método:** trata-se de um estudo metodológico. Os passos para construção do protocolo foram norteados pela Organização Mundial de Saúde. A coleta dos dados ocorreu no período de julho de 2015 a fevereiro de 2016. Inicialmente, realizou-se revisão integrativa da literatura para seleção das diretrizes clínicas, além das intervenções e atividades de enfermagem propostas pela Classificação de Intervenções de Enfermagem para o controle da incontinência urinária de esforço. Em seguida, realizou-se a síntese do material empírico e análise crítica e reflexiva para seleção das melhores evidências clínicas. Esses achados subsidiaram a elaboração do instrumento de coleta de dados para etapa de validação por consenso de especialistas. Este estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências e Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado sob registro de Protocolo nº 0561/15 e CAAE: 50061015.1.0000.5188. **Resultados:** foram selecionadas 14 intervenções entre as melhores evidências acerca da terapia comportamental das três diretrizes clínicas internacionais que foram contempladas em 11 intervenções de enfermagem da Classificação das Intervenções de Enfermagem. Além disso, elencaram-se 138 atividades propostas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem, que foram consensualmente validadas pelos especialistas, para operacionalização das intervenções de enfermagem. As intervenções e atividades de Enfermagem elegíveis foram relacionadas a quatro eixos norteadores da terapia comportamental que contemplam os modos de Adaptação da Teoria do Controle Urinário. No eixo *motivação para continência*, abordou-se a modificação do comportamento e ensino: indivíduo; na *mudança no estilo de vida*, o controle do peso e monitorização hídrica; no *controle dos hábitos miccionais*, o controle da eliminação urinária, cuidados na incontinência urinária, assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário, cuidado com o períneo, reeducação vesical e controle de medicamentos; enquanto que no *treinamento do assoalho pélvico*, os exercícios para musculatura pélvica. **Conclusão:** o protocolo em questão gera na população-alvo uma resposta adaptativa simultânea entre os modos de adaptação sustentados pela Teoria do Controle Urinário, subsidiando importantes contribuições para a pesquisa, para o ensino e para a prática da Enfermagem, sendo aplicável nos serviços de Atenção Primária, especialmente na implementação de educação continuada que incorpore recursos materiais técnico-científicos para a garantia e um cuidado de enfermagem efetivo com vistas ao manejo da incontinência urinária de esforço.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Idosas. Incontinência Urinária de Esforço. Terapia Comportamental. Protocolo. Estudo de Validação.

ABSTRACT

SANTOS, Kamyla Felix Oliveira dos. **Behavioral therapy to control stress urinary incontinence in elderly women:** construction and nursing intervention protocol validation. 2016. 173. Thesis (Ph.D. in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: In recent decades has arisen interest in options of less invasive treatments, low cost and proven efficiency for stress urinary incontinence, such as behavioral therapy. There is currently a variety of care that does not follow a standardized and evidence-based practice. Thus, the need for the development of specific nursing care protocols is justified to improve the quality of care for incontinent elderly women. In order to support the care practice of nurses in the empowerment process of elderly women as behavioral therapy, the Urinary Control Theory was used as the theoretical framework of this study, derived from the Roy's Adaptation Theory. **Objective:** To create a protocol of nursing interventions about behavioral therapy for the adaptation process of elderly women with stress urinary incontinence before the urinary control. **Method:** This is a methodological study. The World Health Organization guided the steps for the protocol creation. Data collection occurred from July 2015 to February 2016. Initially, there was an integrative literature review for selection of clinical guidelines, in addition to nursing interventions and activities proposed by the Nursing Interventions Classification for the control of urinary incontinence. Immediately, there was the synthesis of empirical material and critical and reflexive analysis for the selection of the best clinical evidence. These findings supported the elaboration of the data collection tool to the validation step by expert consensus. This study was appreciated by the Ethics Committee of the Science and Health Center of the Federal University of *Paraíba* and approved under protocol registration number 0561/15 and CAAE (Presentation Certificate for Ethical Appreciation): 50061015.1.0000.5188. **Results:** 14 interventions were selected among the best evidences about the behavioral therapy of three international clinical guidelines that were addressed in 11 nursing interventions of the Nursing Interventions Classification. Also, 138 activities were enumerated, proposed by the Nursing Interventions Classification, consensually validated by experts for implementation of nursing interventions. Interventions and eligible Nursing activities were related to four guiding principles of behavioral therapy that include Urinary Control Theory Adaptation modes. In the motivation axis for continence, the behavior and education modification was addressed: individual; in the lifestyle change, weight control and water monitoring; in control of micturition habits, control of urinary elimination, urinary incontinence care, self-care assistance: toilet use, perineum care, bladder retraining and control of medicines; while in the pelvic floor training, exercises for pelvic muscles. **Conclusion:** The protocol in question generates, in the target-population, a simultaneous adaptive answer between the adaptation modes supported by Urinary Control Theory, supporting important contributions to research, teaching and the Nursing practice, being applicable in Primary Care services, especially in the implementation of permanent education that incorporates technical and scientific material resources to guarantee and an effective nursing care with a view to the management of stress urinary incontinence.

KEYWORDS: Nursing. Elderly Woman. Stress Urinary Incontinence. Behavioral Therapy. Protocol. Validation Study.

RESUMEN

SANTOS, Kamyla Félix Oliveira dos. **Terapia del comportamiento para control de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres de edad avanzada:** construcción y validación de intervención de enfermería protocolo. 2016. 173f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: En las últimas décadas ha surgido interés por opciones de tratamientos cada vez menos invasivos, de bajo costo y de eficacia comprobada para la incontinencia urinaria, tales como la terapia del comportamiento. Existen, en la actualidad, una variedad de cuidados que no siguen una estandarización y la práctica basada en evidencia. Por lo tanto, se justifica, la necesidad de elaboración de protocolos asistenciales específicos de enfermería para mejorar la calidad de la atención para las mujeres mayores con incontinencia. Con el fin de apoyar el cuidado de enfermeras en el proceso de potenciación de las mujeres mayores en la terapia del comportamiento, se utilizó como marco teórico de este estudio, la Teoría de Control urinaria, derivada de la Teoría de la Adaptación de Roy. **Objetivo:** Construir un protocolo de intervenciones de enfermería relativo a la terapia del comportamiento para el proceso de adaptación de las mujeres de edad avanzada con incontinencia antes del control urinario. **Método:** Se trata de un estudio metodológico. Los pasos para la organización del protocolo fueron guiados por la Organización Mundial de la Salud. Los datos fueron recolectados a partir de julio del año 2015 a febrero de 2016. Inicialmente, se realizó una revisión integradora para la selección de las guías clínicas, además de las intervenciones y actividades de enfermería propuesto por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería para el control de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Enseguida se realizó la síntesis del material empírico y análisis crítico, reflexivo, para la selección de las mejoras en la evidencia clínica. Estos hallazgos subvencionaron la elaboración de la herramienta de recolección de datos para validar el paso por el consenso de expertos. Este estudio fue evaluado por el Comité de Ética del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba y aprobado en virtud del protocolo de registro nº 0561 / 15 y CAAE (Certificado de Presentación para Apreciación Ética): 50061015.1.0000.5188. **Resultados:** Se seleccionaron 14 intervenciones entre las mejores evidencias acerca de la terapia del comportamiento en las tres guías clínicas internacionales que fueron contempladas en 11 intervenciones de enfermería de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Además, se listaron 138 actividades propuestas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería que fueron consensualmente validadas por expertos para la ejecución de las intervenciones de enfermería. Las intervenciones y actividades de Enfermería elegibles se relacionan con los cuatro principios rectores de la terapia de conducta que contemplan los modos Adaptación de la Teoría de Control Urinario. En la *guía motivación de la continencia* se abordó la modificación del comportamiento y la educación: individual; el cambio en el estilo de vida, el control del peso y el monitoreo hídrico; en el control de los hábitos de micción, el control de la eliminación urinaria, el cuidado de la incontinencia urinaria, la asistencia en el auto-cuidado: usar el W.C, cuidado con el perineo, re-educación de la vejiga y el control de los medicamentos; mientras que en el entrenamiento del *suelo pélvico*, ejercicios para los músculos pélvicos. **Conclusión:** El protocolo en cuestión genera en las personas de la población objetivo una respuesta de adaptación simultánea entre los modos de adaptación soportados por la Teoría de control urinario, apoyando importantes contribuciones a la investigación, a la enseñanza y a la práctica de enfermería, siendo aplicable en los servicios de Atención Primaria especialmente en la implementación de la educación continuada que incorpore recursos materiales técnicos y científicos para garantizar la atención eficaz de enfermería con miras a la gestión de la incontinencia urinaria de esfuerzo continuo.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Ancianos. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Terapia del Comportamiento. Protocolo. Estudio de Validación.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	19
1.1	Contextualização da temática	20
1.2	Relevância do estudo	28
2	OBJETIVOS	30
2.1	Objetivo Geral	31
2.2	Objetivos Específicos	31
3	INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA IDOSA: o estado da arte	32
3.1	Aspectos conceituais e epidemiológicos	33
3.2	Impacto da incontinência urinária sobre o bem-estar e qualidade de vida	35
3.3	Incontinência urinária de esforço em mulheres idosas	36
3.4	Terapia Comportamental como estratégia de cuidado para incontinência urinária de esforço	41
4	REFERENCIAL TEÓRICO	45
4.1	Teoria do Controle Urinário derivada do Modelo Conceitual de Roy	46
5	PERCURSO METODOLÓGICO	55
5.1	Revisão da literatura para seleção de evidências nas diretrizes clínicas	62
5.2	Busca das evidências nas intervenções e atividades de Enfermagem propostas pela NIC	66
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
6.1	Síntese das evidências das diretrizes clínicas	71
6.2	Intervenções e atividades de enfermagem propostas pela NIC	72
6.3	Validação por consenso das intervenções e atividades de enfermagem para o protocolo	78
6.4	Etapas envolvidas na implementação e avaliação do protocolo	88
6.5	Protocolo de intervenções comportamentais de enfermagem para controle da incontinência urinária de esforço em mulheres idosas: subsídios da literatura	92
6.6	Guia de implementação do protocolo	104
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS	128

APÊNDICES	147
Apêndice A – Declaração de conflitos de interesse	148
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Especialistas	149
Apêndice C - Instrumento de coleta dos dados - Validação por consenso	151
Apêndice D – Instrumento de coleta de dados – mulher idosa	164
ANEXO	167
Anexo A – Certidão do Comitê de Ética	168
Anexo B – <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i> (ICIQ-SF)	169
Anexo C – <i>King’s Hear Questionnaire</i> (KHQ)	170
Anexo D - Diário Miccional	173

A escolha pela responsabilização e o envolvimento no cuidado com o outro direcionou-me à profissão da Enfermagem, que carrega consigo a arte de cuidar e a ciência cuja essência é o cuidado com o ser humano, de forma integral, individual, inserido na família ou na comunidade.

No decorrer da vida acadêmica, no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), especialmente nas experiências vivenciadas em atividades teórico-práticas curriculares e extracurriculares, foi despertada em mim a aproximação pela área da Saúde da Mulher e da Geriatria e Gerontologia. Porém, somente em 2005, quando assumi a função de enfermeira assistencial, deparei-me com o complexo mundo das pessoas idosas, envolvido por novas descobertas, com problemas sociais, emocionais, morbidades e incapacidades que fortaleceram meu olhar diferenciado a esse público.

Essa aproximação da temática também foi ratificada pelo meu envolvimento no processo de cuidar de mulheres idosas com incontinência urinária (IU) na Estratégia Saúde da Família (ESF) e, posteriormente, no ano de 2010, na unidade clínica, destinada à internação de mulheres, do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, na Paraíba; somado a adesão à carreira docente na Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, nesse mesmo período. Nesses cenários de cuidado, deparei-me com um número elevado de mulheres idosas com queixa de perda urinária, dificuldades e aflições típicas dessas mulheres no enfrentamento de tal condição, piora da qualidade de vida e sentimento de vergonha, fatores que, por muitas vezes, levam-nas a abandonar as atividades sociais e de lazer. Essa experiência foi fortalecida com a vivência com minha genitora, também portadora de IU, que expressa alterações psicológicas, físicas e, particularmente, restrições em seus relacionamentos pessoais; perturbações essas geradas pela falha no tratamento, persistência do sintoma e devido à falta de estratégias que visibilizem o assunto, principalmente por parte dos profissionais de saúde.

A partir dessas considerações e motivada em ampliar meus conhecimentos acerca da qualidade de vida das mulheres idosas com IU, no ano de 2010, adentrei no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso da UFPB, no qual produzi alguns artigos sobre a temática, os quais instigaram cada vez mais o meu interesse nessa área do cuidado. Assim, em 2011, desenvolvi uma pesquisa de campo envolvendo 194 mulheres idosas incontinentes, em nível de Mestrado, no Programa de Pós-Graduação

em Enfermagem da UFPB, na qual foi identificado prejuízo significativo na qualidade de vida das mulheres com IU, em especial naquelas que tinham incontinência de esforço¹. Para minimizar ou resolver essa problemática, também ficou evidente nesse estudo a necessidade de intervenções efetivas da enfermagem. Essa compreensão também foi corroborada por achados e recomendações verificados em diferentes estudos, que constituíram o *corpus* de uma revisão integrativa da literatura, de artigos² e de um estudo bibliométrico de dissertações e teses³, que constataram lacunas na produção de pesquisas qualitativas, assim como envolvendo intervenção relativas à IU realizadas por enfermeiros.

Após o aprofundamento na análise das diversas pesquisas, identifiquei que, atualmente, tem surgido o interesse por opções de tratamentos da IU menos invasivos, de baixo custo e com eficácia comprovada, a exemplo da Terapia Comportamental (TC). Convém esclarecer que essa modalidade terapêutica da IU pode ser implementada por toda equipe multiprofissional, em especial pelos enfermeiros. A intervenção de enfermagem privilegia o investimento no autocuidado para o convívio com a IU, quando inevitável, e atua também, terapeuticamente, na promoção da continência.

Contudo, a TC mesmo com o intuito de diminuir os sintomas causados pela incontinência urinária de esforço (IUE) não é padronizada nas produções científicas de Enfermagem, verificando-se, atualmente, uma diversidade de cuidados que não seguem a Prática Baseada em Evidências (PBE), as diretrizes clínicas e a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) para a abordagem desse problema de saúde, justificando, assim, a necessidade da elaboração de protocolos assistenciais específicos para mulheres idosas acometidas pela IUE leve ou moderada.

Convém destacar que esses aspectos, dentre outros, foram condições impulsionadoras para a proposição deste estudo, em nível de Doutorado, na linha de Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, cujo objetivo consiste em construir um protocolo de intervenções de enfermagem relativa à terapia comportamental no processo adaptativo de mulheres idosas com incontinência urinária de esforço perante o controle urinário.

No que diz respeito à estrutura, apresento este trabalho na ordenação subsequente de sete unidades, as quais apresentam-se da seguinte forma:

Na Unidade 1, *Introdução*, contemplam-se a contextualização da temática e a relevância do estudo, envolvendo a questão de pesquisa e hipótese;

Na Unidade 2, foram delimitados os *objetivos* da investigação;

Na Unidade 3, *Incontinência urinária na pessoa idosa: o estado da arte*, foi abordada a revisão da literatura apresentada sob quatro tópicos: os aspectos conceituais e epidemiológicos da IU, o impacto da IU sobre o bem-estar e qualidade de vida, a IUE em mulheres idosas e, por fim, a TC como estratégia de cuidado para IUE.

Na Unidade 4, *Referencial teórico*, discorre-se sobre a Teoria do Controle Urinário, derivada da Teoria de adaptação de Roy, para respaldar a prática assistencial do enfermeiro no processo de empoderamento de mulheres idosas por meio da adesão à terapia comportamental.

Na Unidade 5, *Percurso metodológico*, realiza-se uma descrição do tipo do estudo, incluindo os aspectos éticos e legais, além das etapas operacionais.

Na Unidade 6, apresentam-se os *Resultados* do estudo e a *Discussão* sobre eles.

Por último, na Unidade 7, são apresentadas as *considerações finais, as quais envolvem* a síntese dos resultados oriundos da investigação e a apresentação de suas implicações para o cuidado de enfermagem envolvendo mulheres idosas com IUE.

1.1 Contextualização da temática

O envelhecimento da população, atualmente, constitui um dos maiores problemas da saúde pública, acontecendo de modo rápido e abrupto, sobretudo nos países em desenvolvimento, sem adequado acompanhamento do progresso social, econômico e da construção de uma atenção à saúde mais adequada para atender às novas demandas desse segmento da população⁴⁻⁵.

Com o envelhecimento populacional são observados, em quase todo mundo, diversos fatores provenientes de mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas na sociedade, no entanto há de se reconhecer que com isso surgem grandes desafios para as sociedades contemporâneas, como a maior demanda de serviços de saúde e o pouco preparo dos profissionais e sistemas de atenção para lidar com essas mudanças^{4,6}.

Vale ressaltar que, diferentemente do que acontece em outras fases da vida, o envelhecimento não tem um marcador biofisiológico de seu início. Esse aspecto dificulta a definição de uma idade biológica para envelhecer⁷. Existem grandes variações individuais, pois o fenômeno é muito heterogêneo e guarda pouca relação com a idade cronológica⁸.

Assim, ante a necessidade de se estabelecerem esses limites para a definição de direitos sociais ou para a inclusão de populações em estudos sobre aspectos relativos ao envelhecimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada em fatores socioeconômicos, considera pessoa idosa, no contexto dos países desenvolvidos, todo indivíduo com 65 anos ou mais. Já nos países em desenvolvimento, pessoa idosa é aquela que tem 60 anos ou mais⁹. No Brasil, do ponto de vista legal (Lei n.º 10.741), idoso é toda pessoa com mais de 60 anos de idade¹⁰ – entendimento adotado na condução deste estudo.

Além dessas limitações etárias que caracterizam a pessoa idosa nos contextos sociais ora mencionados, esta ainda é classificada em três grupos: idosos jovens (de 60 a 74 anos), idosos velhos (de 75 a 84 anos) e idosos muito velhos (de 85 anos ou mais), indivíduos mais propensos a apresentarem morbidade e incapacidades – considerados, também, como aqueles que vivenciam a quarta idade, aquela em que a incapacidade funcional chegou ao limite da reversão¹¹. O idoso mais idoso também é definido como aquele com idade de 80 anos ou mais, essa classificação é aplicada no âmbito desta investigação¹². Contudo, a literatura gerontológica diverge muito nesses limites etários,

trazendo ainda a classificação de idoso mais velho (75 a 100 anos) e centenários, pessoas com mais de 100 anos, ou ainda idosos intermediários (75 a 84 anos)¹³.

Nessa premissa, mesmo levando em conta a multiplicidade de propostas de classificação cronológica usadas para definir a pessoa idosa, a descrição e a interpretação do fenômeno padecem de insuficiência de conceitos universais, uma vez que a velhice não é um fenômeno estático; é o ponto culminante e o prolongamento de um processo contínuo, que não se restringe à análise da variabilidade biológica entre os indivíduos ou a um esquema adaptativo decorrente da relação entre as condições biológicas e o meio ambiente. Como fenômeno biológico, o envelhecimento apresenta-se em cada ser humano de um modo singular⁷.

Considerando isso, salienta-se que o envelhecimento consiste em um processo natural que, ao longo do tempo, impõe alterações diversas e produz efeitos estruturais e comportamentais que repercutem no contexto biopsicossocial e na qualidade de vida¹⁴, produz uma série de mudanças morfofuncionais, desde processos fisiológicos, como os fatores hereditários e estilo de vida, como também aqueles inerentes ao contexto social ao qual o indivíduo pertence¹⁵. Desta forma, a velhice é um fenômeno heterogêneo e múltiplo, visto que está relacionado às formas materiais e simbólicas que identificam socialmente cada indivíduo, variando com a época, o local e a cultura em que se vive⁸.

Para compreender melhor o envelhecimento e suas nuances, diversas pesquisas têm sido realizadas, e a sociedade começa a se engajar em intervenções multidimensionais que levarão, talvez, a um envelhecimento bem-sucedido para a maioria das pessoas. Neste sentido, faz-se necessária a compreensão aprofundada dos fatores demográficos e epidemiológicos que envolvem esse processo para o planejamento adequado e específico de intervenções voltadas a essa população¹⁶⁻¹⁷.

Antes do século XIX, a estrutura demográfica mundial era constituída predominantemente por jovens devido às altas taxas de natalidade e mortalidade. Entretanto, a partir do final desse período, as nações iniciaram o processo denominado transição demográfica. Este é um evento único, que ocorre de maneira concomitante ao desenvolvimento urbano, social e industrial de cada país e tem início com a diminuição nas taxas de mortalidade, seguida da diminuição das taxas de fecundidade e consequente aumento na expectativa de vida⁶.

Com a diminuição da taxa de mortalidade e a queda da fecundidade, a pirâmide etária do Brasil vem sofrendo significativas alterações, como o progressivo estreitamento de sua base. Esse processo deve avançar nas próximas três décadas, ao passo que o alargamento do seu topo só deverá ficar evidente após as próximas quatro a seis décadas, quando o contingente de indivíduos gerados no período de mais alto crescimento (1960-1980) estará com 60 anos ou mais e irá compor o ápice da pirâmide¹⁶.

A longevidade é um fenômeno mundial e quase 8% da população do mundo tem 65 anos ou mais¹⁸. No Brasil, a população idosa que já apresentava um crescimento entre 1990 (7,2%) e 2010 (10%) terá uma maior intensidade de crescimento a partir de 2020, passando de 28,3 milhões (13,7%) para 52 milhões (23,8%) de pessoas idosas em 2040, quase um quarto do total de habitantes do país¹⁹. Isto colocará o país até 2025 no *ranking* do sexto lugar no mundo no tocante a essa população¹⁶. Os dados do relatório da OMS revelam que o número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil passará de 11,7% do total, em 2015, para 29,3%, em 2050. Globalmente, 34% da população mundial terá mais de 60 anos de idade até este período²⁰.

Além de cada vez mais indivíduos chegarem à velhice, estes vivem ainda mais anos do que antes; a quantidade de pessoas com 70 e 80 anos de idade tem aumentado, de forma sistemática, e espera-se que continue a aumentar. A população com mais de 85 anos representa cerca de 40% da população idosa e há um crescimento contínuo da quantidade de centenários, isto se deve, em parte, ao aumento da expectativa de vida, do controle das doenças, melhoria nas tecnologias da saúde, melhoria das condições sanitárias e de vida¹³. Corroborando esses achados, a OMS²⁰ identificou que o número de pessoas com 80 anos ou mais na população do Brasil deve passar de 1,5% para 6,7%, entre 2015-2050.

No Nordeste, verifica-se ainda uma população jovem, contudo a proporção de pessoas idosas passou de 5,1%, em 1991, para 5,8%, em 2000, e 7,2%, em 2010. Neste contexto, João Pessoa (Paraíba) é a terceira capital com o maior índice de pessoas idosas, conforme dados do Censo 2010, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²¹. Segundo esse Censo, há 74.522 idosos nessa cidade, que representam 10,3% do total de 723.515 pessoas. Esse índice é superado apenas por aqueles observados nas cidades de Recife (11,8%) e de Natal (10,4%).

No que concerne à expectativa de vida ao nascer no Brasil, observa-se que esta é maior do que a observada na população mundial, 73 anos no Brasil *versus* 68 anos da média global mundial¹⁸. Todavia, a expectativa de vida aumentará globalmente, em nível nacional, chegará a 74,1 anos, em 2010-2050, e a projeção estima que vai alcançar os 77,9 anos, entre 2025-2030²⁰.

No tocante aos diferenciais por sexo, no contexto brasileiro, assim como noutros cenários geográficos, ressalta-se maior expectativa de vida das mulheres^{18, 20-21}. Tal fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres idosas em relação aos homens, fenômeno denominado de feminização do envelhecimento. Segundo o Censo Demográfico de 2010, a população do Brasil alcançou a marca de 190.755.799 habitantes em uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres²¹. O Brasil tem 11% da população composta por pessoas com idade acima de 60 anos, sendo a proporção de mulheres idosas (12%) maior que a de homens idosos (10%)¹⁸.

Atualmente, no Brasil, são 105,647 milhões de mulheres e 102,201 milhões de homens, totalizando 207,848 milhões de pessoas²⁰. A expectativa de vida ao nascer em 2015 é de 79,05 para as mulheres e 71,88 para os homens. É mister destacar o aumento significativo desses valores nas projeções de 2030, que revelam a expectativa de vida das mulheres para 82 anos e dos homens para 75,28²².

Simultaneamente às mudanças demográficas decorrentes do processo de envelhecimento populacional, ocorre a transição epidemiológica, que se refere às modificações, em longo prazo, dos padrões de morbidade, incapacidade, invalidez e mortalidade, que caracterizam uma população específica²³. Neste cenário, as doenças infectocontagiosas, controladas por vacinas, drogas e medidas de saneamento, têm sua incidência reduzida e passam a prevalecer as doenças crônicas não transmissíveis²⁴. Em vez de processos agudos, que teriam um desfecho rápido para cura ou óbito, tornam-se predominantes os problemas de saúde múltiplos e crônicos e suas complicações, que implicam no aumento da utilização dos serviços de saúde e cuidados especializados²⁵.

O estado de saúde na pessoa idosa, por sua vez, está correlacionado às doenças crônicas, com destaque para as “síndromes geriátricas”: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, IU, incapacidade comunicativa, iatrogenia, insuficiência familiar e imobilidade. Também constituem problemas comuns do envelhecimento: artrite, hipertensão arterial, doença cardíaca, perda auditiva, influenza, deficiências ortopédicas, catarata, depressão, câncer, diabetes melito, deficiências visuais e fragilidade^{17,25}.

Salienta-se também que o envelhecimento humano envolve o desgaste físico e funcional do corpo e da mente, bem como diminuição das respostas fisiológicas às ações do meio. Esse processo acaba por alterar a qualidade de vida dessas pessoas, especialmente, no que tange à independência e à autonomia, havendo, assim, a necessidade de criação de políticas públicas e a adequação das existentes para um melhor atendimento a esta fração populacional que está em constante crescimento²⁶.

O processo de envelhecimento, embora fisiológico, é permeado por maior vulnerabilidade às doenças, as quais podem interferir na autonomia, na mobilidade, na destreza manual, na lucidez e na capacidade funcional das vias urinárias inferiores e da bexiga, favorecendo a incontinência²⁷, problema de saúde significativa na sociedade moderna e foco desta pesquisa.

Muitos estudos epidemiológicos sobre o envelhecimento focam-se na prevenção visando estabelecer uma base científica para minimizar as doenças associadas ao envelhecimento e as consequências relacionadas, a exemplo da IU. É importante que os enfermeiros se preocupem em melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, da mesma forma que trabalham para estender seus anos¹³.

Os aspectos ora mencionados, especialmente suas implicações para o cuidado, suscitam a discussão acerca da necessidade de instrumentos, diretrizes, protocolos, intervenções e modelos teóricos, que direcionem a assistência de enfermagem padronizada em relação à saúde da mulher idosa com incontinência urinária de esforço (IUE), condição que pode ser amplamente beneficiada por intervenções específicas de enfermagem, a exemplo da Terapia Comportamental (TC).

A história da assistência de enfermagem envolvendo pessoas com IU teve seu desenvolvimento nos anos de 1970, quando a *International Continence Society (ICS)*, com uma visão positivista, passou a estabelecer as primeiras diretrizes que norteariam a assistência nessa área e abririam caminho para a formação, na década de 1980, das primeiras enfermeiras urodinamicistas²⁸. Em 1992, foi criada a *Continence Foundation*, na Inglaterra, iniciando um trabalho educativo de âmbito nacional e, em 1995, o *Royal College of Physicians* estabeleceu as primeiras recomendações para os serviços que prestavam assistência especializada aos portadores de IU²⁹. Em 1996, a *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)*, nos Estados Unidos, fez uma revisão das opções de tratamento da IU, encorajando o uso das abordagens não cirúrgicas ou medicamentosas com a edição do *Urinary Incontinence Guideline Panel*³⁰. E somente

em 1997, na *Consensus Conference – Urinary Incontinence*, foram definidas, pela primeira vez, as diretrizes pautadas na Prática Baseada em Evidências (PBE) para uma abordagem conservadora, conhecida como terapia comportamental, a ser desenvolvida por enfermeiros e outros profissionais da saúde³¹.

A PBE caracteriza-se como a utilização das melhores evidências possíveis na tomada das decisões clínicas na área da saúde. Esta surgiu associada à medicina, no Canadá, com um grupo de estudos da Universidade *McMaster*, na década de 1980, com a finalidade de promover a melhora da assistência à saúde e do ensino³². A utilização da PBE na tomada de decisões permite diminuir as distâncias entre a pesquisa e a prática assistencial, pois sua implementação ocorre por meio da avaliação dos resultados obtidos de pesquisas³³.

Os enfermeiros têm aumentado seu interesse em buscar evidências científicas destinadas à solução de problemas da prática clínica. Na Enfermagem, a PBE passa a ser denominada de Enfermagem Baseada em Evidências ou Cuidado Baseado em Evidências. Esse cuidado acarreta um julgamento crítico e sistemático das informações disponíveis para tomada de decisão diante de um cuidado³⁴.

Significativos são os estudos internacionais com PBE que revelam a diminuição da ocorrência e consequências da IUE entre mulheres idosas por meio do uso da terapia comportamental³⁵⁻³⁸. Destaca-se, entre eles, ensaio clínico randomizado para mulheres idosas residentes na comunidade, o qual revelou que a intervenção comportamental para IU é eficaz, desvelando, assim, resultados relevantes entre as mulheres do grupo de tratamento que tiveram uma redução de 50% no número médio de episódios de incontinência registrados em um diário de sete dias. Após a terapia comportamental, todas as mulheres tiveram uma diminuição de 40% na média semanal de episódios de incontinência ($P = 0,001$), que se manteve durante seis meses ($P < 0,004$)³⁵.

Os objetivos da consulta de enfermagem na TC consistem no planejamento de estratégias de intervenção para melhorar a condição das pessoas idosas incontinentes através de cuidados básicos de higiene, da educação acerca dos hábitos de vida e controle miccional, prevenção das lesões no períneo, controle de peso e ingestão hídrica, redução da sobrecarga de peso de modo a diminuir a exposição e aumento da pressão intra-abdominal, realização de exercícios perineais e favorecimento de um ambiente adequado para manter a continência³⁹⁻⁴⁰.

A TC envolve orientações simples, sem custo ou efeitos adversos, que podem minimizar ou até mesmo cessar as perdas urinárias, melhorando a percepção do portador em relação a si e ao meio que o rodeia. Assim, os resultados esperados ao final da terapia é que a pessoa idosa se mantenha continente e/ou que seja capaz de identificar os fatores que influenciam o aumento dos sintomas de incontinência para que o seu comportamento seja ajustado a fim de que ela atinja uma melhora na qualidade de vida³⁹.

Atualmente, apesar da IU ter sido apontada por estudiosos como um problema de saúde pública⁴¹⁻⁴⁴, poucos profissionais de saúde investigam essa temática, sendo escassos os estudos realizados por enfermeiros em nível nacional. Os artigos afirmam a necessidade da realização de novas pesquisas clínicas sobre o manejo da IU realizado por enfermeiros visando ao fornecimento de evidências científicas para o embasamento dessa prática^{2-3, 45-49}.

Acredita-se que a atuação do enfermeiro no manejo dessa situação seja relativamente nova na história da profissão³⁶. Essa realidade é determinada principalmente pela escassez de informações desses profissionais acerca de seus determinantes, de sua frequência e das intervenções específicas, mesmo sendo um problema que representa um dos “gigantes da geriatria” devido às suas implicações negativas sobre a qualidade de vida daqueles que o vivencia⁴⁶.

Corroboram essa assertiva achados de estudo bibliométrico envolvendo teses e dissertações produzidas no período de 2000 a 2014, no contexto brasileiro, localizadas em bibliotecas digitais relevantes, no qual se verificou a produção de 78 trabalhos sobre IU³. Acredita-se que o fato da IU representar uma “epidemia silenciosa”⁵⁰ seja uma das causas da baixa produção científica ao longo desses anos, nos programas de pós-graduação, somado a pouca relevância atribuída a essa temática pelos profissionais, em especial os da área da Enfermagem, bem como a quantidade ínfima de eventos nacionais e internacionais que ocorrem no Brasil acerca da IU.

Os estudos sobre IU se detêm, principalmente, às publicações na área médica e aos métodos diagnósticos e terapêuticos, em especial os cirúrgicos. É possível constatar, no entanto, que mesmo diante das diferentes abordagens do tema, existe um consenso de que a IU é um problema que deve merecer mais atenção por parte dos profissionais da saúde, visto os seus elevados índices de prevalência⁴⁵ e as diversas repercussões e

restrições na vida dos incontinentes, que envolvem as atividades sexuais, sociais, domésticas e ocupacionais⁴¹.

Mesmo quando a IU não é curável, sempre é possível gerenciar determinados comportamentos para manter os pacientes mais confortáveis e minimizar os agravos relacionados a essa problemática. Revisão sistemática das principais diretrizes internacionais para orientar o manejo clínico da IU revelou que a TC é a estratégia de primeira escolha por consenso em todas as diretrizes para IUE, as opções cirúrgicas são indicadas apenas àquelas pessoas que não obtiveram melhora após tentativa de intervenções comportamentais⁵¹. No entanto, no Brasil, as mulheres são encaminhadas para cirurgia antes de realizarem a terapia comportamental devido à inexistência de protocolos clínicos para essa abordagem e/ou carência de serviços de saúde que oferecem esta opção de prevenção e tratamento⁵².

Em uma revisão sistemática com artigos publicados entre 1992 e 2013, acerca dos protocolos de prevenção para IU em mulheres idosas, evidenciou-se que oito estudos abordaram essa temática, sendo todos internacionais (Estados Unidos e Austrália) e com variabilidade metodológica, mostrando falta de padronização das ações. As intervenções propostas contemplavam rodas de conversa, entrega de panfletos e vídeos educativos, informações obtidas por meio de sistema de computador, mudanças comportamentais, realização de caminhada e exercícios⁵³.

Desse modo, o papel da Enfermagem na abordagem da IUE, mediante a TC, é de suma relevância e deve envolver a avaliação, o planejamento e a implementação de intervenções, assim como a identificação dos resultados obtidos pela pessoa receptora do cuidado. Dentre as intervenções de enfermagem padronizadas para resolução deste problema, destacam-se nesta pesquisa: as diretrizes e os protocolos clínicos de IU baseados na PBE e as intervenções propostas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification* - NIC)⁵⁴.

A NIC é reconhecida internacionalmente pela *American Nurses Association* (ANA) e reflete a linguagem dos enfermeiros na prática, além de ser uma classificação que pode ser útil tanto isolada como associada a outras classificações, com escopo de atender ao padrão de uniformização dos dados. A NIC define as intervenções de enfermagem como “qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente”. Nesta definição, identifica-se claramente que o enfermeiro é responsável por tomar as decisões

de ações ou tratamentos apropriados ao cliente baseado em seus conhecimentos e habilidades teórico-práticas⁵⁴.

Para isso, a NIC sugere um conjunto de intervenções e atividades como forma de proporcionar aos enfermeiros um suporte adequado para resolver ou minimizar vários fenômenos de enfermagem, a exemplo da TC para mulheres idosas com IUE. No entanto, estes profissionais não utilizam satisfatoriamente essas intervenções, tendo em vista a pequena quantidade de estudos voltados para essa realidade em nível nacional.

Diante do exposto, a consolidação dos protocolos é considerada valiosa ferramenta para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços e, consecutivamente, na melhora da qualidade do atendimento. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, com incorporação de novas tecnologias, os protocolos têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas, tendo como escopo a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas nos diversos ambientes de cuidado⁵⁵.

1.2 Relevância do estudo

A construção de protocolos assistenciais no âmbito da Enfermagem é de fundamental importância, visto que contempla os princípios legais e éticos da profissão, os preceitos da PBE, as normas e regulamentos do sistema de saúde nacional, estadual e municipal e da instituição onde será utilizado. Neste contexto, a assistência de enfermagem sem suporte teórico e padronização adequada favorece o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela⁵⁶.

Considerando isso, a PBE precisa ser fortalecida na Enfermagem através do uso de teorias e construção de protocolos pautados em evidências clínicas que subsidiem a fundamentação do trabalho e orientem a forma de realização do cuidado para que metas propostas possam ser alcançadas de forma padronizada. Atendendo a essa perspectiva, emerge este estudo, envolvendo mulheres idosas incontinentes, fundamentado por meio da Teoria do Controle Urinário, derivada do Modelo de Adaptação de Roy.

A necessidade desta investigação se fortalece com a constatação de que, nos serviços de saúde da Atenção Primária, na nossa realidade, não existe protocolo de atendimento voltado para essa clientela, que é acompanhada, de forma assistemática, pela equipe de enfermagem. Acredita-se que a compreensão dos problemas enfrentados

pelas mulheres idosas com IUE dá ao enfermeiro a oportunidade de desenvolver um conjunto de intervenções específicas, que ensejem a implementação de um processo de cuidar individualizado com vistas a dirimir os fatores geradores do problema.

Este estudo justifica-se, ainda, na quantidade ínfima de produções científicas e intervenções clínicas de enfermagem padronizadas perante a terapia de primeira escolha para IUE. Assim, a construção de um protocolo de TC para mulheres idosas, baseado em evidências e respaldado em diretrizes clínicas nacionais e internacionais, bem como nas intervenções e atividades de enfermagem propostas pela NIC, contribuirá para a promoção de resposta adaptativa por parte dessas mulheres no controle eficaz da eliminação urinária e consequente resgate da autoestima, da autonomia, do autocuidado e da qualidade de vida.

Em face das considerações ora mencionadas, este estudo parte da seguinte questão:

- ✓ A estruturação e validação de um protocolo de terapia comportamental guiado pela Teoria do Controle Urinário e envolvendo as diretrizes clínicas e intervenções de enfermagem da NIC subsidiarão os enfermeiros na assistência a mulheres idosas com IUE?

Tendo em vista essa questão, a tese fundamenta-se na seguinte hipótese:

- ✓ O protocolo da terapia comportamental para controle de IUE em mulheres idosas contribuirá para padronização da assistência de enfermagem com vistas à obtenção da continência.
-

Com o intuito de responder à questão de pesquisa descrita, assim como de testar a hipótese formulada, foram delimitados para este estudo os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo geral:

- ✓ Construir um protocolo de intervenções de enfermagem relativa à terapia comportamental para o processo adaptativo de mulheres idosas com incontinência urinária de esforço frente ao controle urinário.

2.2 Objetivos específicos:

- ✓ Descrever estratégias de terapia comportamental para reabilitação da IUE em mulheres idosas, contempladas nas diretrizes clínicas, intervenções e atividades propostas pela NIC como subsídio para elaboração de protocolo;
 - ✓ Estruturar um protocolo de intervenções comportamentais para uso dos enfermeiros no manejo da IUE em mulheres idosas;
 - ✓ Validar por consenso o protocolo através da avaliação de especialistas;
 - ✓ Elaborar um guia de implementação do protocolo.
-

3 Incontinência urinária na pessoa idosa: o estado da arte

3.1 Aspectos conceituais e epidemiológicos

Até 1998, a IU era considerada um sintoma. Após esse período, passou a ser entendida como uma doença pela Classificação Internacional de Doenças (CID/OMS)⁵⁷. Atualmente, a IU é considerada uma das mais importantes e recorrentes síndromes geriátricas^{17,58-60}. Ressalta-se que o Comitê de Padronização da *International Continence Society* (ICS) define a IU como “perda involuntária de urina”, podendo ser classificada a partir dos sintomas específicos referidos pelos portadores como: incontinência urinária de esforço, hiperatividade vesical e incontinência urinária mista⁴⁴.

Vale destacar que a nova forma de se entender a IU proposta pela ICS modifica também sua definição original, elaborada nos anos 1990, a qual concebia o evento apenas como perda urinária que causasse desconforto social ou higiênico no portador ou que se relacionasse negativamente à qualidade de vida. Na nova contextualização do fenômeno, a ICS preconiza que a IU compreende “qualquer queixa de perda de urina involuntariamente”, que deve ser abordada considerando-se um conjunto de fatores específicos e relevantes, tais como tipo, frequência, gravidade, fatores precipitantes, impacto social, efeitos na higiene e na qualidade de vida, medidas usadas para quantificar a perda, além de informação relativa à procura ou não de ajuda para aliviar os sintomas por parte da pessoa acometida^{44,57,61}.

A IU tem sido apontada por estudiosos como um problema de saúde pública que pode afetar pessoas de todas as faixas etárias, no entanto sua prevalência é maior na população feminina e aumenta com o avanço da idade^{35,41-44} devido à magnitude de sua ocorrência e consequências. Verifica-se que, além de possuir múltiplas etiologias com grande complexidade terapêutica, a IU gera enorme impacto sobre a qualidade de vida dessas pessoas, principalmente quando se torna higienicamente inaceitável⁶².

Quanto aos índices que apontam a prevalência da IU nos diferentes contextos geográficos e sociais, estes, no geral, não guardam consonância, pois dependem das características da população investigada, como a idade, o sexo, as condições físicas e mentais; estado geral de saúde, definição de incontinência adotada; desenho metodológico e instrumentos de coleta de dados utilizados, além da quantidade inexpressiva de estudos envolvendo o tema^{45,61,63}.

A realidade ora exposta é ratificada pelos resultados de estudos aqui apontados: no contexto internacional, pesquisa afirma que a prevalência de IU afeta cerca de 30% a 50% das mulheres idosas residentes na comunidade, na qual verifica-se que 15% delas experimentavam episódios diários de IU³⁵. Em estudo longitudinal com duração de nove anos, identificou-se uma prevalência de IU de 14% entre as mulheres idosas⁶⁴.

Do mesmo modo, autores nacionais^{59, 62} afirmam que a prevalência da IU afeta cerca de 30% a 50% em instituições de longa permanência. Assim, evidencia-se que o índice geral de prevalência de algum tipo de perda urinária em mulheres idosas varia de 17% a 55% e para aquelas com perdas diárias varia de 3% a 17%⁶⁵.

Pesquisa nacional envolvendo 270 idosas (60 a 92 anos) provenientes de uma amostra populacional de Porto Alegre verificou uma prevalência de IU de 57,4%⁶⁶. Outro estudo com mulheres idosas realizado no município de Petrolina, em Pernambuco, identificou elevada prevalência de IU correspondendo a 47,1%⁶⁷. Na Paraíba, estudo censitário envolvendo pessoas idosas, realizado no município de João Pessoa, identificou uma prevalência de IU de 15% entre as mulheres⁶⁸.

Nas mulheres, as estimativas da IUE variam, dependendo da população estudada, mas, na maioria dos estudos, os autores afirmam que é o tipo mais comum entre os tipos de IU na população feminina^{65, 69-70}. Segundo a revisão das diretrizes internacionais fundamentais para IU, cerca de 50% das IUs é atribuível à IUE⁵¹. Já em pesquisa multicêntrica com 29.500 mulheres residentes na comunidade, em quatro países europeus (França, Alemanha, Espanha e Reino Unido), evidenciou-se que 35% relataram perda involuntária de urina nos últimos trinta dias; e a IUE foi o tipo mais prevalente⁷¹. No Brasil, pesquisa realizada envolvendo 456 mulheres em um inquérito domiciliar com queixa de IU conclui que, apesar da elevada prevalência de sintomas irritativos, a IUE foi a principal afecção urinária nas mulheres climatéricas, com 35% das mulheres que se queixaram de perda de urina por esforços, sendo que 10,7% referiram que essa perda ocorria sempre e 24,3% apresentavam perda urinária esporádica⁷².

As tendências demográficas globais sugerem ainda que a incidência de IU vai aumentar nos próximos anos, trazendo significativos problemas à saúde e implicações econômicas para os doentes e familiares⁷³. Uma das justificativas respalda-se no aumento da expectativa de vida, em especial das mulheres, resultante do avanço da medicina, aliado à melhora das condições de vida. Dados da *American College of*

*Physician*⁷⁴ revelam que os gastos relacionados à IU, nos Estados Unidos, foram estimados em 19,5 bilhões de dólares no ano de 2004 e cerca de 6% das internações nas instituições de longa permanência constituiu-se de mulheres idosas, que custou cerca de 3 bilhões. Estima-se que com o envelhecimento da população, os gastos deverão aumentar ao longo dos anos⁷⁵.

Ante essa problemática, verifica-se a relevância epidemiológica do problema em virtude de suas implicações negativas para o indivíduo portador, para os familiares e para o sistema de saúde, em especial, por esse suscitar o aumento da demanda de cuidado, além da elevação dos custos econômicos. Calcula-se que 25% do cuidado de enfermagem dispensado em hospitais geriátricos são destinados à assistência a pacientes com IU, pois os mesmos requerem pelo menos duas vezes mais esse cuidado do que aqueles não incontinentes⁷⁶.

3.2 Impacto da incontinência urinária sobre o bem-estar e qualidade de vida

A qualidade de vida é entendida como uma construção social relativizada por fatores culturais com características multidimensionais e mutáveis. Ela foi inicialmente introduzida no âmbito da saúde para avaliar desfechos objetivos. Posteriormente, percebeu-se a necessidade de avaliá-la, partindo da opinião pessoal, o que ressaltou a subjetividade do construto²⁷.

Não existe uma definição consensual sobre qualidade de vida, mas os pesquisadores parecem concordar que consiste em um conceito dinâmico, amplo, subjetivo e polissêmico. Para a ampliação do conceito foram agregados aspectos objetivos e subjetivos, como o desenvolvimento socioeconômico e a percepção individual, valorizando a opinião do indivíduo com relação a sua vida⁷⁷.

As repercussões da IU na qualidade de vida da população afetada constituem fenômeno multifatorial, envolvendo dimensões da saúde física e psicológica, nível de independência (mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos, cuidados médicos e capacidade laboral), relações sociais e aspectos ambientais⁹. Considerando isso, requer ser avaliada através de instrumentos específicos. Dentre estes, ressaltam-se o *King's Hear Questionnaire* (KHQ) e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF), os quais são classificados pela *International*

Consultation on Incontinence (ICI) e a *Canadian Urological Association* (CUA) como “altamente recomendável” ou nível “A” de evidência científica^{51,78-79}.

Revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre 2008 e 2012, em bases de dados científicas, com o objetivo de caracterizar a produção científica em periódicos *on-line*, acerca do impacto da IU na qualidade de vida de mulheres, verificou que a IU afeta a qualidade de vida das mulheres, particularmente as relações sociais e sexuais, as alterações psicoemocionais e a diminuição da qualidade do sono/repouso. A literatura apontou ainda que as mulheres com perda urinária, na maioria das vezes, escondiam o problema devido à vergonha e receio diante de alguns profissionais e isso resultava em situações de indiferença e subestimação das queixas².

Estudo com pessoas idosas identificou que aproximadamente 80% referiram IU, porém estas não procuraram tratamento⁸⁰⁻⁸¹. Outra publicação evidenciou que cerca de 30% a 50% das pessoas que sofrem de IU não relatam espontaneamente esse fato ao médico ou à enfermeira e só procuram o serviço de saúde após o primeiro ano do início dos sintomas por acharem que a perda de urina é esperada com o evoluir da idade⁸². Apesar disso, elas, silenciosamente, têm redução da autoestima, tornando-se deprimidas, angustiadas, irritadas e isoladas socialmente⁴¹, especialmente pelo medo de molharem-se ou criarem um ambiente desagradável com odor de urina.

Nessa perspectiva, afirma-se que os enfermeiros são integrantes essenciais na prevenção e tratamento da IU, pois desempenham papel importante na elaboração do plano assistencial e educacional, juntamente com os que vivenciam esse problema e seus familiares,^{13,41,83} em especial no manejo e controle da IUE. Contudo, para que haja consistência nas intervenções de enfermagem na prática clínica, é primordial que os enfermeiros tenham conhecimento sobre o assunto e explorem algumas dimensões envolvidas, dentre elas os aspectos conceituais da IU, com foco na IUE, sua fisiopatologia, etiologia, seus fatores de riscos, formas de diagnóstico e tratamento.

3.3 Incontinência urinária de esforço em mulheres idosas

A “incontinência urinária de esforço” (IUE) é definida na *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA Internacional)^{84:179} como “perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal”, compreensão do fenômeno adotada neste estudo por ser do campo da Enfermagem e por guardar

consonância com as definições do problema, conforme é possível verificar nas considerações que se seguem.

Outros autores definem a IUE como perda urinária, quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima na ausência de contração do músculo detrusor. É comum ocorrer em situações de tosse, espirro, risada, salto ou, ainda, atividades como andar ou mudar de posição^{44, 85-86}. De acordo com as diretrizes clínicas da *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2013)⁸⁷ e da *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO, 2011)⁸⁸, a IUE consiste na perda de urina devido ao aumento da pressão abdominal, quando tossir, espirrar, rir, levantar, mudar de posição ou exercício.

Nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)⁸⁹ da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), o termo que designa a IUE em inglês é “*Urinary Incontinence, stress*”, em espanhol “*Incontinencia Urinaria de Esfuerzo*” e, em português, “*Incontinência Urinária por Estresse*”, sendo definida como “liberação involuntária de urina, resultante de atividade física que aumenta a pressão abdominal sobre a bexiga urinária sem contração do detrusor ou bexiga superdistendida”. Verifica-se, portanto, que os termos IUE e incontinência urinária por estresse são utilizados como sinônimos tanto pelo DeCS como por alguns pesquisadores^{75,83} e protocolos/diretrizes clínicas^{74,87-88, 90-91}.

A IUE tem origem multifatorial e visando melhor compreensão do mecanismo de controle urinário, faz-se necessário o entendimento de conhecimentos básicos da fisiologia da micção, das causas potenciais e fatores de riscos atrelados ao envelhecimento e ao sexo feminino para escolha adequada das diversas estratégias de tratamento, por isso estes são descritos nos tópicos que se seguem.

O trato urinário inferior consiste de bexiga, uretra e colo vesical, que corresponde ao ponto de junção das duas estruturas. A bexiga tem como funções: armazenar urina e, em seguida, esvaziar todo o conteúdo. Em condições normais, a bexiga suporta grandes pressões sem que ocorra perda urinária, retendo de 350 a 500 ml. Sua parede é composta de três camadas: mucosa, muscular e adventícia. A camada muscular, a mais importante, é composta pelo músculo liso denominado detrusor. O colo vesical consiste em feixes musculares que irão se arquear para baixo e continuar a camada muscular da uretra. Na região do colo vesical, encontra-se o trígono, uma área triangular, na porção superior, na qual se inserem os dois orifícios uretrais e, na porção interior, tem-se uma continuidade com o meato uretral interno^{62,76}.

A uretra contém dois esfíncteres: o esfíncter uretral interno, composto predominantemente por músculo liso com inervação autonômica, com suprimento motor de fibras parassimpáticas dos ramos laterais S2-S4 e sem controle voluntário; e o esfíncter externo, um músculo estriado, parte da musculatura pélvica de ação basicamente voluntária (somático), innervado pelos ramos esplâncnicos do nervo pudendo⁷⁵⁻⁷⁶.

O ciclo da micção se dá em duas fases, as quais envolvem funções opostas entre a uretra e a bexiga: a fase de enchimento e a da micção. O músculo detrusor da bexiga é innervado predominantemente por neurônios colinérgicos (muscarínicos) do sistema nervoso parassimpático cuja estimulação causa contração vesical. O sistema nervoso simpático innerva a bexiga e o esfíncter uretral interno. A inervação simpática na bexiga é principalmente beta-adrenérgica e causa relaxamento vesical, ao passo que os receptores alfa-adrenérgicos predominam no esfíncter uretral interno e estimulam a contração deste. Assim, a estimulação simpática do trato urinário geralmente promove o enchimento da bexiga (relaxamento do detrusor com contração do esfíncter). Quando o volume vesical atinge 150 a 300 ml, o parassimpático é estimulado facilitando seu esvaziamento (contração do detrusor e relaxamento do esfíncter)^{75, 92}.

O cerebelo participa da coordenação da atividade motora da musculatura estriada do esfíncter externo e do assoalho pélvico. O esfíncter uretral externo possibilita certa capacidade de postergar voluntariamente a micção por meio da contração do esfíncter e inibição do fluxo da urina. O controle voluntário é reforçado pelo sistema nervoso central por meio do centro pontino da micção. Isso possibilita a inibição central dos processos autonômicos descritos e a postergação voluntária da necessidade de urinar por mais algum tempo até que as circunstâncias sejam socialmente mais apropriadas ou até que a pessoa encontre um banheiro disponível^{75, 92}.

Torna-se claro que o primeiro mecanismo protetor da IUE é o colo vesical à prova de tosse ou atividades, só se abrindo sob a ação da musculatura detrusora. Quando o colo vesical é incompetente, a continência passa a depender anatomicamente dos esfíncteres. Deve ainda ser lembrada a importância de presença de um segmento intra-abdominal da uretra na manutenção da continência, recebendo este segmento a mesma pressão abdominal que age a bexiga⁷⁶.

Assevera-se que, com o avançar da idade, surgem alterações que, por si só, não provocam incontinência, mas induzem a modificações funcionais e estruturais no

sistema urinário que predis põem ao problema^{48,62}. Um dos efeitos complicadores é o aumento da frequência urinária, causada pela hipertrofia dos músculos da bexiga, espessamento desse órgão, contrações involuntárias da bexiga (hiperatividade do detrusor), o que reduz a sua capacidade de expansão e armazenamento^{13,75}. Além da capacidade vesical diminuída, evidencia-se o comprometimento da força da contração muscular do assoalho pélvico. A pressão máxima de fechamento uretral, o comprimento uretral e as células da musculatura estriada no esfíncter alteram-se predominantemente nas mulheres idosas⁶².

A IUE na mulher pode ocorrer como resultado de danos uretrais, tais como cicatriz uretral, rigidez uretral (consequência de cirurgias vaginais, radioterapia, uretrite crônica) e a atrofia uretral, os quais afetam o fechamento uretral completo, consequentemente causando problemas no mecanismo esfíncteriano uretral^{70, 83}. A falha no mecanismo esfíncteriano uretral também pode ser decorrente da hipermobilidade e do posicionamento anatômico do colo vesical e da uretra proximal associado ou não à insuficiência intrínseca esfíncteriana⁹³.

Conforme já mencionado, a continência não depende apenas da integridade do trato urinário inferior. Alterações da motivação, da destreza manual, da mobilidade, da capacidade cognitiva, motivação para ir ao banheiro e da existência de doenças associadas, como o diabetes e a insuficiência cardíaca, estão também entre os fatores predisponentes, frequentes nas pessoas idosas^{60,62}.

A maioria dessas pessoas permanece funcionalmente móvel, mesmo em idade avançada. No entanto, a velocidade, o alcance e a flexibilidade de locomoção são reduzidos mesmo em pessoas mais velhas aparentemente saudáveis. Tais mudanças podem gerar impacto na capacidade da pessoa para chegar ao banheiro após o início de urgência. Além disso, alterações na percepção visual e coordenação motora fina podem influenciar a remoção de roupas e posicionamento no banheiro, tal como os padrões de excreção de líquidos diários. As pessoas idosas excretam muito mais de seus líquidos ingeridos à noite. O padrão de sono é alterado no envelhecimento, com episódios maiores de despertares noturnos, resultando em aumento de noctúria. O risco de incontinência e quedas durante a noite é aumentado devido às mudanças nas habilidades para acomodar a iluminação baixa e movimentos posturais rápidos⁹⁴.

O controle neurológico ineficiente do esvaziamento da bexiga e os músculos enfraquecidos nesse órgão podem também provocar a retenção de grandes volumes de

urina (volume residual pós-miccional). Nas mulheres, a causa mais comum desse fato é a impatção fecal¹³. As mulheres que habitualmente realizam esforços durante as evacuações podem afetar o mecanismo de controle da continência urinária e contribuir para o desenvolvimento da IUE⁶⁹.

O aumento da pressão intra-abdominal tem grande impacto na IUE^{70,83}. Este pode ser ocasionado ainda pela tosse crônica ou massa abdominal-pélvica⁹⁵. A tosse, por vezes, pode ser gerada pelo efeito nocivo da nicotina nos fumantes e pela falta de nutrientes adequados nas mulheres com transtornos alimentares, estes podem enfraquecer a fâscia endopélvica, resultando em IUE⁹⁶.

A obesidade também pode causar uma aumento na pressão abdominal e ser um fator desencadeante da IUE^{69,95}. É oportuno destacar que a maior pressão intra-abdominal nas mulheres de meia idade que leva à IUE, provavelmente, é ocasionada pelo ganho de peso e elevado Índice de Massa Corpórea (IMC), o que, de algum modo, pode sobrecarregar o mecanismo de continência ao longo do tempo, levando ao desenvolvimento de IUE em mulheres continentes e à piora da IU em mulheres incontinentes⁹⁷.

Além disso, o ganho de peso e o aumento da pressão abdominal podem se relacionar ainda ao número de gestações e a partos vaginais difíceis, condição em que o ramo do nervo pudendo que supre o esfíncter uretral pode ser danificado, levando à má condução de impulsos nervosos, proporcionando o não fechamento completo da uretra. Também pode estar associado a esse problema a lesão do músculo levantador do ânus, predispondo à IUE na mulher^{83,98}. Entretanto, as mulheres nulíparas também podem ter enfraquecimento da musculatura pélvica⁹⁹. Na mulher, a flacidez ou enfraquecimento do músculo do assoalho pélvico irá reduzir a tensão no complexo do esfíncter, tornando-o insuficiente para manter firme o fechamento da uretra quando aumenta a pressão vesical⁶⁹.

Outro fator complicador da IU nas mulheres consiste na realização de esportes radicais e de alto impacto, também resultando em fraco apoio ao colo vesical, com evidências de hiper mobilidade deste, ocasionando a IUE, além de prolapso da parede vaginal anterior¹⁰⁰, gerando repercussões na idade mais avançada.

Do mesmo modo, a inatividade, o envelhecimento e os danos do nervo podem conduzir a uma diminuição da proporção das fibras tipo II, em relação ao tipo I, no

músculo do assoalho pélvico, causando a IUE⁶⁹. A musculatura do assoalho pélvico é constituída por dois tipos de fibras: tipo I e tipo II. As de tipo I são de contração lenta cujas células são resistentes à fadiga, consomem mais oxigênio, importantes na manutenção da continência em repouso e responsáveis pela manutenção do tônus muscular. As fibras de tipo II são de contração rápida, caracterizando-se por se fatigarem rapidamente. Com o aumento da pressão intra-abdominal, promovem rápida resposta contrátil no assoalho pélvico, principalmente da região periuretral. Existem 70% de fibras tipo I e 30% de fibras tipo II. As fibras de contração lenta do assoalho pélvico (tipo I) mantêm o tônus muscular estável¹⁰¹.

Além de todos esses fatores predisponentes, ainda evidencia-se na mulher idosa o declínio do estrogênio com a menopausa, levando à deterioração e enfraquecimento dos tecidos musculares da mucosa uretral e vaginal, com redução na tensão do complexo esfinteriano, que se torna insuficiente para manter a uretra fechada firmemente quando aumenta a pressão vesical, além da atrofia urogenital e redução da sensibilidade dos receptores alfa-adrenérgicos do esfíncter uretral interno, favorecendo a IUE^{69,75}.

Conforme o exposto, identifica-se que a IU pode ser influenciada por fatores intrínsecos (mecanismo de fechamento da uretra, mecanismos de sustentação da uretra e estabilidade lombopélvica) e por fatores extrínsecos (motores, musculares e hábitos de vida). Dentre os fatores motores, evidenciam-se: disfunção do pavimento pélvico; alterações posturais e doenças pulmonares. Dentre os fatores musculares: diminuição da mobilidade, da força e da resistência. No que concerne aos hábitos de vida: sedentarismo, tosse crônica, ingestão inadequada de líquidos, atividades que aumentem a pressão intra-abdominal, tabagismo, ingestão de cafeína, álcool e chá¹⁰².

3.4 Terapia Comportamental como estratégia de cuidado para IUE

A “Terapia Comportamental” (TC) é o tratamento de primeira escolha para diminuir ou eliminar qualquer tipo de IU por ser de baixo custo, seguro e eficaz na maioria dos casos. Atualmente, preconiza-se que o tratamento para IUE seja iniciado com a técnica menos invasiva e que apresente o menor índice de efeitos colaterais para somente em caso de não ocorrer benefício submeter a pessoa incontinente a um procedimento cirúrgico^{51,59}. Diante destas ponderações, o enfermeiro deve criar

estratégias para os indivíduos mais acometidos pelo problema da IUE a fim de que estes sejam capazes de enfrentar esse problema ao longo da vida e melhorar a qualidade de vida por meio de tratamentos úteis, acessíveis, de forma padronizada e com relevância científica.

A TC é contemplada por várias intervenções de Enfermagem da NIC, com destaque para a “Modificação do comportamento” que contempla 42 atividades e a define como “promoção de uma mudança de comportamento”^{54:234}. A TC é também apresentada por diversos autores com algumas variações, observadas nos tópicos que se seguem.

No DeCS⁸⁹ da BVS, o termo que designa a TC em inglês é “*Behavior Therapy*”, em espanhol “*Terapia Conductista*” e em português possui a mesma determinação, sendo definida como “aplicação de teorias modernas de aprendizagem e de condicionamento para o tratamento dos transtornos do comportamento”. Na análise dos estudos^{35,39-40,51} acerca dessa temática, verifica-se que os termos “terapia conservadora”, “terapia não farmacológica” e “gestão não cirúrgica” são utilizados como sinônimos da “Terapia comportamental” ou, na maioria das vezes, englobam esta estratégia terapêutica, o que também é corroborado pelos protocolos e diretrizes clínicas^{74,87,90-91}, contudo os termos “terapia conservadora” e “terapia não farmacológica” não são identificados entre aqueles elencados no DeCS.

A TC é considerada, atualmente, o ponto-chave da terapêutica em IUE, pois auxilia a pessoa a entender o funcionamento vesical, os mecanismos de perda urinária e o funcionamento do assoalho pélvico. Inclui também a mudança do estilo de vida, como hábitos alimentares saudáveis e exercícios regulares, redução de alimentos irritantes vesicais na dieta (caféina, adoçantes artificiais, frutas ácidas, tomates, chocolates, laticínios e álcool) e cuidados básicos com higiene; além de orientação sobre a importância de cessar ou reduzir o consumo de cigarros, realizar exercícios do assoalho pélvico, monitorizar a ingestão hídrica por meio do diário miccional, adequar seus hábitos intestinais regulares e controlar o peso corporal^{39,52,86,103}. Em pessoas idosas, a TC pode ser acompanhada por um cuidador, que, se necessário, observa as medidas orientadas⁸⁶.

O tratamento conservador pode ser realizado ainda através de farmacoterapia, terapias comportamentais, dispositivos de tampão uretral e terapias físicas, como exercícios de *Kegel*, exercícios hipopressivos, cones vaginais, *biofeedback*,

eletroestimulação e estimulação magnética. Existem várias modalidades de tratamento conservador para a IU, porém a eficácia é variável e requer estudos para identificar qual a terapêutica mais indicada de acordo com o tipo de IU, reiterando que a combinação de diferentes estratégias proporciona melhores resultados¹⁰³.

É oportuno mencionar que, em mulheres idosas, a colocação de objetos intracavitários (probe da eletroestimulação, estimulação magnética, o uso do *biofeedback* e de cones vaginais) na TC pode ser inoportuna por terem prejuízo na lubrificação vaginal em detrimento da diminuição de estrogênios. Além disso, deve-se levar em consideração os aspectos culturais e o desejo das mesmas⁸⁶.

Revisão sistemática acerca do tratamento não cirúrgico para IUE evidenciou que não há evidências científicas suficientes que determinem se o uso de eletroestimulação, *biofeedback* ou cones vaginais associados aos exercícios de assoalho pélvico trazem benefícios adicionais no tratamento de pessoas com IUE, entretanto faz alusão que esses métodos são importantes no treinamento apenas daquelas com pouca consciência corporal relativa à musculatura do assoalho pélvico¹⁰⁴.

Na condução desta pesquisa, por se tratar da construção de um protocolo de intervenções específicas de enfermagem para mulheres idosas com IUE na Atenção Primária, não foram contempladas na TC a farmacoterapia em virtude de esta não ser ação do campo da Enfermagem; nem os dispositivos invasivos por seu uso envolver questões culturais, sexuais e fisiológicas, pouco mencionadas, além da falta de aparelhos e recursos nos cenários que serão aplicados o protocolo.

Mediante estas ponderações, para operacionalização da TC em mulheres idosas com IUE, o enfermeiro necessita apropriar-se de conhecimentos que envolvem a gerontologia, a uroginecologia, a estomaterapia, assim como os fundamentos da terapia cognitiva e comportamental, relativa à abordagem dos exercícios da musculatura pélvica e os fatores que reduzem e que agravam os sintomas de IU⁵².

Salienta-se, ainda, que o fundamento da TC consiste na implementação de uma técnica chamada de condicionamento operante. Isso ocorre quando os comportamentos recompensatórios tendem a ser repetidos, substituindo aqueles indesejados, na medida em que a mulher idosa observa a melhora da incontinência quando adere à terapia, ela passa a repetir as ações orientadas pelo profissional até fazer parte do seu cotidiano, então, observa-se que houve mudança no seu hábito de vida⁵².

A partir do exposto, observa-se que os resultados obtidos por meio deste estudo representam subsídios importantes para o planejamento, construção de protocolos e implementação de intervenções de enfermagem específicas para a melhoria das condições de vida e do bem-estar de mulheres idosas com IUE, além de servir como base para o desenvolvimento de outras pesquisas que venham subsidiar a prática envolvendo o problema em questão.



4. 1 Teoria do Controle Urinário derivada do modelo conceitual de Roy

A Enfermagem enquanto ciência teve seu molde inicialmente pautado em conhecimentos advindos de outras áreas. Recentemente, este corpo de aprendizagem vem se transformando com base em produções próprias que atendem aos interesses, necessidades e peculiaridades da profissão dentro do contexto social, no qual a arte da disciplina se fundamenta¹⁰⁵.

Nessa perspectiva de desenvolvimento, é possível compreender o advento das teorias como conhecimento que imprime orientação teórica, sistematização da prática, desenvolvimento de atividades apoiadas em processos científicos e aprimoramento da prática da enfermagem¹⁰⁶. A teoria descreve, explica, diagnostica e prescreve medidas para a prática através da articulação organizada e sistematizada de um conjunto de conceitos relacionados às questões de uma disciplina¹⁰⁷.

As Teorias de Enfermagem representam os esforços coletivos e individuais dos enfermeiros para definir e dirigir a profissão e proporcionar a base para um desenvolvimento teórico continuado. Dentre a diversidade de Teorias de Enfermagem, é oportuno destacar o modelo conceitual de Callista Roy que evoca muitas contribuições desde seu início, em 1964, e dispõe de elementos adequados ao cuidado de enfermagem, fornece subsídios para a implementação de um cuidado clínico qualificado e auxilia o paciente em sua trajetória de adoecimento por meio da sua adaptação às novas condições de saúde e doença¹⁰⁸.

Esta grande teoria deu origem à Teoria de Médio Alcance do Controle Urinário que surgiu para explicar o fenômeno do controle de urina e respaldar a prática assistencial do enfermeiro no processo de empoderamento dos incontinentes quanto à TC. Motivo pelo qual elegeu-se essa teoria na condução do estudo por atender aos objetivos propostos na aplicabilidade da TC para o controle de urina de mulheres idosas.

As teorias de médio alcance são próprias da Enfermagem e abordam fenômenos relativamente concretos e específicos, declarando o que eles são, por que ocorrem e como ocorrem, além de proporcionarem estrutura para a interpretação do comportamento das situações e dos eventos¹⁰⁸. Ademais, favorece a solução de problemas clínicos, concentrando-se, de modo predominante, nos efeitos das intervenções de enfermagem¹⁰⁹.

Considerando que se utiliza como fundamentação teórica deste estudo a Teoria do Controle Urinário, derivada da Teoria de Adaptação de Roy, é de fundamental importância a compreensão dos seus conceitos e pressupostos. O Modelo de Adaptação de Roy concentra-se no conceito de adaptação e baseia-se no processo interativo. Foi contextualizado e espelhado nas suposições da Teoria Geral dos Sistemas de *Von Bertalanffy* (1968) e da Teoria do Nível de Adaptação de *Harry Helson* (1964), as quais contribuíram para a construção do marco filosófico pautado em uma visão humanística e holística, visto que Roy vê a pessoa funcionando como partes mutuamente dependentes que agem em unidade por algum propósito decorrente de um sistema integrado¹¹⁰.

De acordo com Roy, uma pessoa é um sistema adaptativo, respondendo a estímulos externos e internos através de um comportamento. Enquanto sistema de adaptação, o sistema humano é descrito como um todo com partes que funcionam como uma unidade com algum objetivo. Esses sistemas incluem pessoas ou grupos, incluindo famílias, organizações, comunidades e a sociedade como um todo¹¹⁰. Roy definiu ainda a pessoa como o enfoque central da Enfermagem, o que recebe os cuidados de enfermagem, um sistema de adaptação vivo e complexo com processos internos (cognitivo e regulador) que atuam para manter a adaptação nos quatros modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência)¹¹¹.

A saúde é definida por Roy como um estado e um processo de ser e de se tornar uma pessoa completa e integrada. É um reflexo da adaptação, isto é, a interação da pessoa e do ambiente. A saúde acontece quando os humanos se adaptam continuamente. Na medida em que os mesmos se adaptam aos estímulos, ficam livres para responder a outros estímulos¹¹⁰.

O ambiente, por sua vez, consiste em todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas. Seus elementos são os estímulos do interior dos indivíduos e os estímulos em torno deles. O ambiente em mudanças estimula-os para que criem respostas adaptáveis e, na medida em que ele muda, as pessoas têm a oportunidade continuada de crescer, de se desenvolver e de intensificar o significado de sua vida¹¹⁰.

Em termos gerais, a meta da Enfermagem é de contribuir para o objetivo global dos cuidados de saúde prestados aos indivíduos e à sociedade, que englobam a avaliação do comportamento e os estímulos que influenciam a adaptação. As intervenções são

planejadas para lidar com esses estímulos. Assim, Roy define a Enfermagem como um espaço de adaptação aos quatro modos, que contribui para a saúde da pessoa, para que tenha uma boa qualidade de vida e uma morte digna. Cabe aos enfermeiros promoverem a adaptação das pessoas em situações de saúde ou de doença, para intensificar sua interação com o ambiente e, por meio disso, promover a saúde¹¹⁰.

O sistema é definido como um conjunto de partes interligadas para funcionar como um todo. Para além de ser um todo e ter partes relacionadas, o sistema tem, igualmente, entradas, saídas e processo de resposta e controle. As entradas são os estímulos e podem originar-se externamente, do meio ambiente (estímulos externos), e internamente, do eu (estímulos internos). A resposta da pessoa (saída) é, assim, uma função dos estímulos de entrada e do nível individual de adaptação. Ao receber um estímulo, a pessoa desenvolve mecanismos de resistência (regulador e cognitivo) e é gerada uma resposta (adaptativa ou não adaptativa), que age como *feedback*, ou como posterior entrada no sistema, e permite que a pessoa decida aumentar ou diminuir esforços para lidar com os estímulos¹¹⁰.

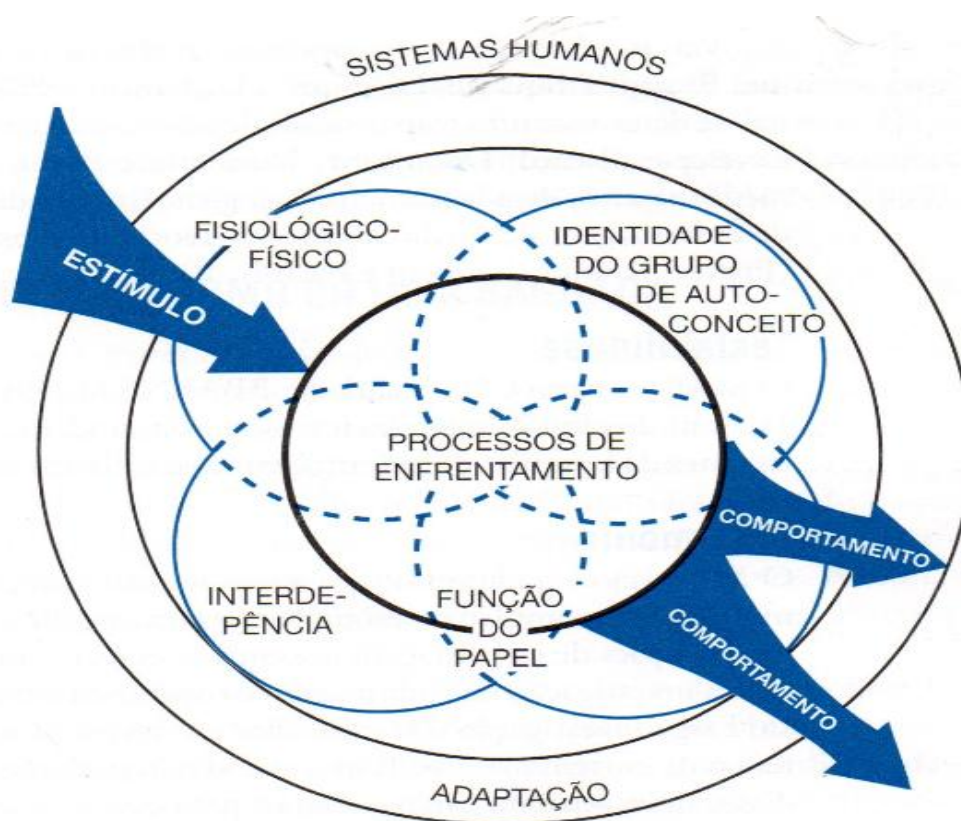
O Modelo de Adaptação de Roy descreve três classes de estímulos: estímulos focais, que confrontam diretamente o indivíduo, diz respeito às mudanças ou situações que afetam imediatamente a pessoa (estímulos externos ou internos), tais como o processo da doença, a imposição do procedimento ou eventos externos; os estímulos contextuais, que incluem todos os outros estímulos presentes na situação que influenciam a resposta aos estímulos focais, por exemplo, sentimentos, ambiente de cuidado, entre outros; e os estímulos residuais, que são fatores ambientais dentro ou fora do ser humano cujos efeitos são poucos claros em uma determinada situação. Como o meio ambiente está em constantes mudanças, o significado de qualquer um desses estímulos também poderá ser modificado. Assim, o que é focal, em um dado momento, tornar-se-á contextual, e o que é contextual poderá se tornar residual¹¹⁰⁻¹¹¹.

Os mecanismos de resistência ou enfrentamento constituem as formas inatas ou adquiridas de responder ao ambiente em mudança, em que as experiências contribuem para as respostas habituais a um determinado estímulo. Nessas respostas, os mecanismos são desenvolvidos por meio de processos, tais como a aprendizagem. Roy categoriza os mecanismos de resistência inatos e adquiridos em dois subsistemas: o regulador e o cognitivo. Esses subsistemas geram modos adaptativos ou categorias de comportamento que resultam na produção de respostas eficazes (adaptativa) ou

ineficazes (inadequadas), que funcionam como um *feedback* para uma entrada posterior. O subsistema regulador responde automaticamente por meio de processos neuro-endócrinos químicos que a pessoa pode ou não perceber. O subsistema cognitivo é adquirido e responde a estímulos através dos seguintes modos cognitivos motores: processamento de informações, aprendizagem, avaliação e emoção¹¹⁰.

Em termos gerais, conforme demonstrado na Figura 1, as respostas aos estímulos são produzidas e manifestadas através de quatro modos de adaptação: o modo fisiológico, o modo de autoconceito, o modo função na vida real e o modo de interdependência.

Figura 1 – Representação diagramática dos sistemas (ou modos) adaptativos humanos, segundo Roy. João Pessoa – PB, 2016.



Fonte: Mcewen, Wills^{108:183}

O modo fisiológico diz respeito às formas como os humanos interagem com o ambiente através de processos fisiológicos para satisfazer as necessidades básicas de integridade fisiológica que abrangem: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção, além de quatro processos complexos também envolvidos na

avaliação fisiológica: os sentidos, a função neurológica, os fluidos e os eletrólitos e a função endócrina¹¹⁰.

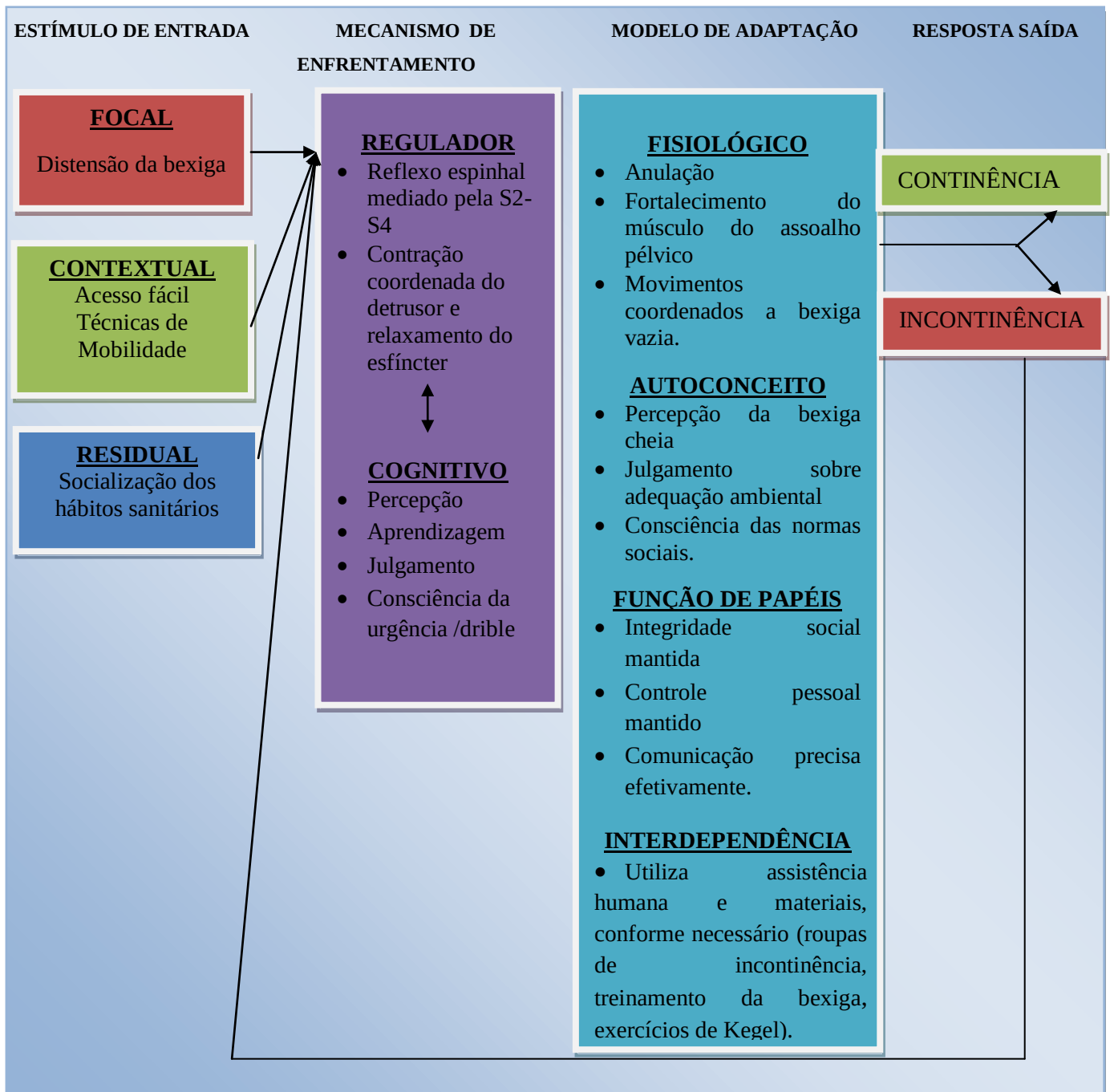
O modo autoconceito está relacionado com a necessidade de saber que se é e como agir em sociedade. É composto de crenças ou sentimentos que um indivíduo possui sobre si próprio em um dado momento. Focaliza os aspectos espirituais e psicológicos dos indivíduos. Sua necessidade subjacente é a integridade psíquica e espiritual, envolve aspectos relativos ao *eu-físico* e inclui a sensação corporal e a imagem corporal. A primeira contempla a capacidade para se sentir e experimentar a si próprio como ser físico; já a imagem corporal, aplica-se à forma como a pessoa se vê fisicamente. Em relação ao *eu-pessoal*, avalia as características da pessoa, suas expectativas, seus valores e emoções e reconhece os aspectos sociais, psicológicos, morais e espirituais das pessoas, que abrangem três componentes: a autoconsistência, o autoideal e o eu moral-ético-espiritual¹¹⁰⁻¹¹¹.

O modo de função na vida real ou desempenho de papel (papel de transição, distância e conflito) incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade. Nesse modo, Roy descreve sobre os papéis primário, secundário e terciário que um indivíduo desempenha na sociedade. Um papel descreve as expectativas acerca do comportamento de uma pessoa em relação a outra¹¹⁰⁻¹¹¹.

O modo adaptativo de interdependência está associado às interações sociais relacionadas ao dar e receber amor, afeto e valor. Nesse modo adaptativo, a adequação afetiva incorpora a necessidade de ser cuidado e de cuidar¹¹⁰. Assim, o objetivo dos quatro modos adaptativos consiste na obtenção da integridade fisiológica, psicológica e social¹¹⁰⁻¹¹¹.

Ressalta-se que o controle da urina, como uma meta do cuidar e do ser cuidado, envolve certo número de fatores que incluem a função do trato urinário inferior, do ambiente, mobilidade da pessoa e a capacidade cognitiva. Assim, os conceitos e os pressupostos da Teoria de Adaptação de Roy presentes na Teoria do Controle Urinário são particularmente úteis em delinear as inter-relações entre esses vários fatores, conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2 - Modelo Conceitual do Controle de Urina derivado do Modelo de Adaptação de Roy. João Pessoa – PB, 2016.



Fonte: Adaptado de Jirovec, Jenkins, Isenberg, Baiardi^{112:252}.

No controle de urina, a distensão da bexiga funciona como o estímulo focal. Implícita na distensão da bexiga está a ingestão de líquidos de forma adequada para iniciar a produção de urina pelos rins. Para o trato geniturinário funcionar, o estímulo de urina na bexiga deve estar presente. Na bexiga de uma pessoa idosa, como a ingestão de líquidos diminui consistentemente, o controle de urina também diminui. Assim, um

aumento de uma ingestão adequada de fluido está associado a um aumento no controle da urina¹¹².

Estímulos contextuais compreendem todos os outros estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do estímulo focal, tais como a acessibilidade das instalações sanitárias no ambiente e habilidades de mobilidade da pessoa como influência sobre a resposta adaptativa relacionada ao controle da urina. A facilidade com que a pessoa pode acessar as instalações sanitárias, tanto em termos do ambiente imediato e a capacidade de mobilidade, é fundamental para o controle da urina, visto que estes podem aumentar ou impedir a resposta adaptativa. Deste modo, tanto o estímulo focal de distensão da bexiga, que reflete a saúde genito-urinária, como os estímulos contextuais devem ser considerados na abordagem de problemas com o controle urinário, pois dificuldades em uma área podem ser compensadas por mudanças em outras áreas. Se os estímulos focais de uma bexiga cheia se tornam mais urgentes, como muitas vezes acontece com o envelhecimento normal, a pessoa pode garantir o acesso rápido a uma instalação de asseio ou correr para a facilidade de manter o controle da urina. Neste contexto, estímulos residuais, que contemplam os fatores ambientais, podem ser vistos como a socialização intensa sobre a função da bexiga e hábitos sanitários que começam na infância e continuam ao longo da vida¹¹².

Conforme já mencionado, o mecanismo de enfrentamento constitui formas inatas e adquiridas em resposta aos estímulos, sendo descritos como subsistema regulador que responde automaticamente por meio de processos neuro-endócrinos químicos que a pessoa pode ou não perceber, e o cognitivo (ou adquirido), os quais atuam de forma inter-relacionada. Considerando a atuação desses sistemas reguladores no controle urinário, pode-se assim sumarizar: o controle urinário é primariamente gerido pelo reflexo espinhal em S2 a S4. Na medida em que a bexiga enche, receptores de estiramento são acionados e as mensagens são enviadas para o centro de micção sacral, bem como para o cérebro através de vias autonômicas. Os centros de micção no córtex coordenam as contrações do detrusor e o relaxamento do esfíncter, isso resulta no ato da micção. Além disso, o uso de comportamentos aprendidos, como a contração dos músculos do assoalho pélvico, e os movimentos do corpo são necessários e coordenados para esvaziar a bexiga¹¹².

Com a bexiga cheia, os estímulos contextuais terão um impacto sobre a resposta adaptativa aos estímulos focais. Assim, observa-se que o subsistema cognitivo atua em conjunto com o subsistema regulador, respondendo aos estímulos através das áreas de

percepção, aprendizagem, julgamento e consciência corporal. Por meio do subsistema regulador, a pessoa percebe a necessidade de esvaziar a bexiga, faz julgamentos sobre o ambiente adequado para a micção, é consciente quando surgem problemas como driblar a urgência e segue as normas sociais para o ato de micção, como a remoção das roupas. Já o subsistema cognitivo afeta comportamentos adaptativos importantes para o controle da urina, como esvaziar periodicamente a bexiga, ter uma autoconsciência das necessidades sanitárias e manter um senso de integridade social e controle pessoal sobre processos de eliminação¹¹².

Quando os problemas de controle de urina são encontrados pela primeira vez, a maioria das pessoas idosas responde com ajustes em sua mobilidade, em seu ambiente ou na sua ingestão de líquidos. Elas correm para o banheiro se sentirem contrações involuntárias da bexiga e só vão a lugares onde as instalações sanitárias estão disponíveis. Se elas mesmas sabem que as oportunidades para banheiro de forma adequada serão limitadas, restringem líquidos para minimizar a produção de urina¹¹².

No que concerne aos modos de adaptação e sua relação com o controle urinário, destaca-se o modo fisiológico, que produz respostas como anulação, fortalecimento do assoalho pélvico e os movimentos coordenados da bexiga vazia e a forma como o incontinente responde ao ambiente. O autoconceito corresponde ao modo como o incontinente age em sociedade. Inicialmente, ele tem a percepção da bexiga cheia, julga a adequação do ambiente e toma consciência das normas sociais para controle da urina. O modo função de papéis representa o papel que o indivíduo ocupa na sociedade com fins de manter a integridade social, o controle pessoal e a comunicação precisa para a efetivação do controle urinário. Enquanto que a interdependência se manifesta quando a pessoa é capaz de compreender e utilizar a assistência profissional e material necessária para melhor controle de perda de urina. Isto pode incluir a reeducação da bexiga por meio de exercícios do assoalho pélvico, por exemplo, os de *Kegel* e a utilização de peças de vestuário para incontinentes e/ou dispositivos de higiene pessoal, como o uso de absorventes¹¹².

Cumprе assinalar que essas situações vividas por pessoas idosas podem ser controladas por meio de tratamentos comportamentais, contudo faz-se necessário compreender a inter-relação dos conceitos explicitados. Por exemplo, se a IUE é evidente em uma mulher idosa, os exercícios para os músculos pélvicos podem ser usados para fortalecimento. Outro exemplo envolve contrações não inibidas do detrusor, muitas vezes vividas por pessoas idosas. O subsistema cognitivo pode ser usado para

inibir as contrações sequencialmente até que a capacidade da bexiga desejada seja alcançada, por meio da reeducação da bexiga, entretanto essa estratégia terapêutica exige a assistência profissional para implementação do programa¹¹².

Nesse contexto, verifica-se que a intervenção de enfermagem por meio da TC, respaldada na Teoria do Controle Urinário, privilegia o investimento na adaptação e no autocuidado para o convívio com a IU, especialmente a IUE, quando inevitável, e atua, também, terapeuticamente, na promoção da continência através da implementação de intervenções de enfermagem específicas.

Trata-se de um estudo metodológico, que se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo acerca da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, apresentando como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser aplicado por outros pesquisadores¹¹³.

É importante assinalar que este tipo de estudo é classificado como uma pesquisa não experimental, que envolve diferentes métodos de coleta, organização e análise de dados e tem como escopo a identificação de um construto indiscutível com vistas a torná-lo discutível e prático, representado a partir de um fluxograma, protocolo, lista de passos ou considerações a serem seguidas e aplicáveis na prática¹¹⁴, contexto em que se situa o protocolo aqui proposto.

Para contemplar os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, no âmbito desta investigação, foram respeitados todos os procedimentos e normas regulamentadoras preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹¹⁵ e pela Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem¹¹⁶.

Assim, procedeu-se o encaminhamento do projeto para ser avaliado no Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso (GEPSAI) e aprovado em reunião do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFPB. Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB, para apreciação, do qual recebeu a aprovação com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 50061015.1.0000.5188, sob protocolo nº 0561/15 (ANEXO A).

Quanto a seu amparo legal, o Conselho Federal de Enfermagem instituiu resoluções, que norteiam a atuação dos profissionais e recomendam que as atribuições destes sejam descritas em todos os protocolos assistenciais instituídos, visando à garantia do seguimento das legislações vigentes e à organização do processo de trabalho⁵⁶. Do mesmo modo, a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, determina como ação privativa do Enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem e, neste contexto, a prescrição da assistência de enfermagem visando à garantia da integralidade do cuidado¹¹⁷.

No que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem como atividade privativa do Enfermeiro, a Resolução COFEN 159/93 prevê no artigo 1º que esta deverá ser desenvolvida durante a assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, em instituição pública ou privada, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tendo como objetivo a identificação de necessidades de saúde e cuidado, planejamento e implementação de assistência, sendo essas ações embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis, descrita em Protocolos e Normativas institucionais¹¹⁸.

A atualização desta foi firmada por meio da Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. É oportuno mencionar que esta Resolução estabelece no seu artigo 1º que o Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e no artigo 3º, o qual ressalta que o Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. Essa Resolução amplia os conceitos de Consulta e da Sistematização da Assistência de Enfermagem considerados formas de organização do trabalho profissional. Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem pressupõe a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde¹¹⁹.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, prevendo a elaboração de protocolos e procedimentos entre outros, pelas instituições¹²⁰. Contudo, a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, altera a Lei nº 8.080/1990, e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Em seu artigo 19-O, inciso II, adota a seguinte definição para protocolo clínico e diretriz terapêutica: “documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de

controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos”^{121:1}. Embora essa lei refira-se ao protocolo clínico de modo restrito ao diagnóstico e tratamento medicamentoso de doença, sob a ótica médica, tal concepção precisa ser ampliada, pois o uso de protocolos deve embasar o trabalho de todos os profissionais da saúde, entre eles, os de Enfermagem.

Apesar disso, existe grande variabilidade de condutas clínicas nos serviços de saúde, em sua maioria sem evidências científicas relevantes para explicá-las. Com base nisso surge a cada dia, necessidade de seu gerenciamento de forma a instrumentalizar os profissionais de saúde e homogeneizar suas condutas, tornado-as mais efetivas e eficientes. Esse gerenciamento surge na forma de instrumentos de normatização com características pedagógicas e exigências de robustez científicas nos seus desenhos, denominados de diretrizes ou protocolos clínicos¹²²⁻¹²³.

As diretrizes clínicas ou *Guidelines* são definidas por um conjunto de protocolos sobre determinada área de conhecimento que consistem em afirmações desenvolvidas de maneira sistematizada, baseada na melhor evidência possível, para auxiliar os profissionais e os pacientes nas decisões acerca dos cuidados de saúde mais apropriado, em circunstâncias específicas^{122,124}. Apesar da importância das diretrizes na construção e no emprego de protocolos em serviços de saúde, salienta-se que as mesmas, por si só, não geram ações, consistem em instrumentos direcionadores de quem os adota e interpreta⁵⁵. Tal assertiva corrobora a seguinte definição de protocolo:

Rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde^{55: 31}.

Com a crescente importância da Medicina Baseada em Evidência, fundamentada em informações relevantes na tomada de decisões, faz-se necessária à determinação de padrões rigorosos para o processo de desenvolvimento dos protocolos clínicos¹²³. O termo “baseado em evidência” emergiu a partir de 1992, na medicina, especialmente na epidemiologia clínica, por meio da construção de um novo paradigma que permite a estruturação de um cuidado com enfoque em evidências cientificamente comprovadas e relevantes na tomada de decisões¹²⁵⁻¹²⁶.

Na Enfermagem, a PBE teve início a partir da década de 1950, período em que ocorreu a incorporação de saberes de diversas ciências, para a construção de um corpo próprio de conhecimentos¹²⁷, e surge como possibilidade de tomada de decisão no cotidiano de cuidado do enfermeiro, a partir de dados pautados em pesquisas científicas, respondendo as preferências do cliente e expectativas da sociedade¹²⁸. A PBE vem sendo discutida, principalmente no Canadá, Reino Unido e Estados Unidos da América. No Brasil, esse movimento desenvolveu-se na medicina, em Universidades dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, sendo ainda incipiente na Enfermagem brasileira¹²⁹.

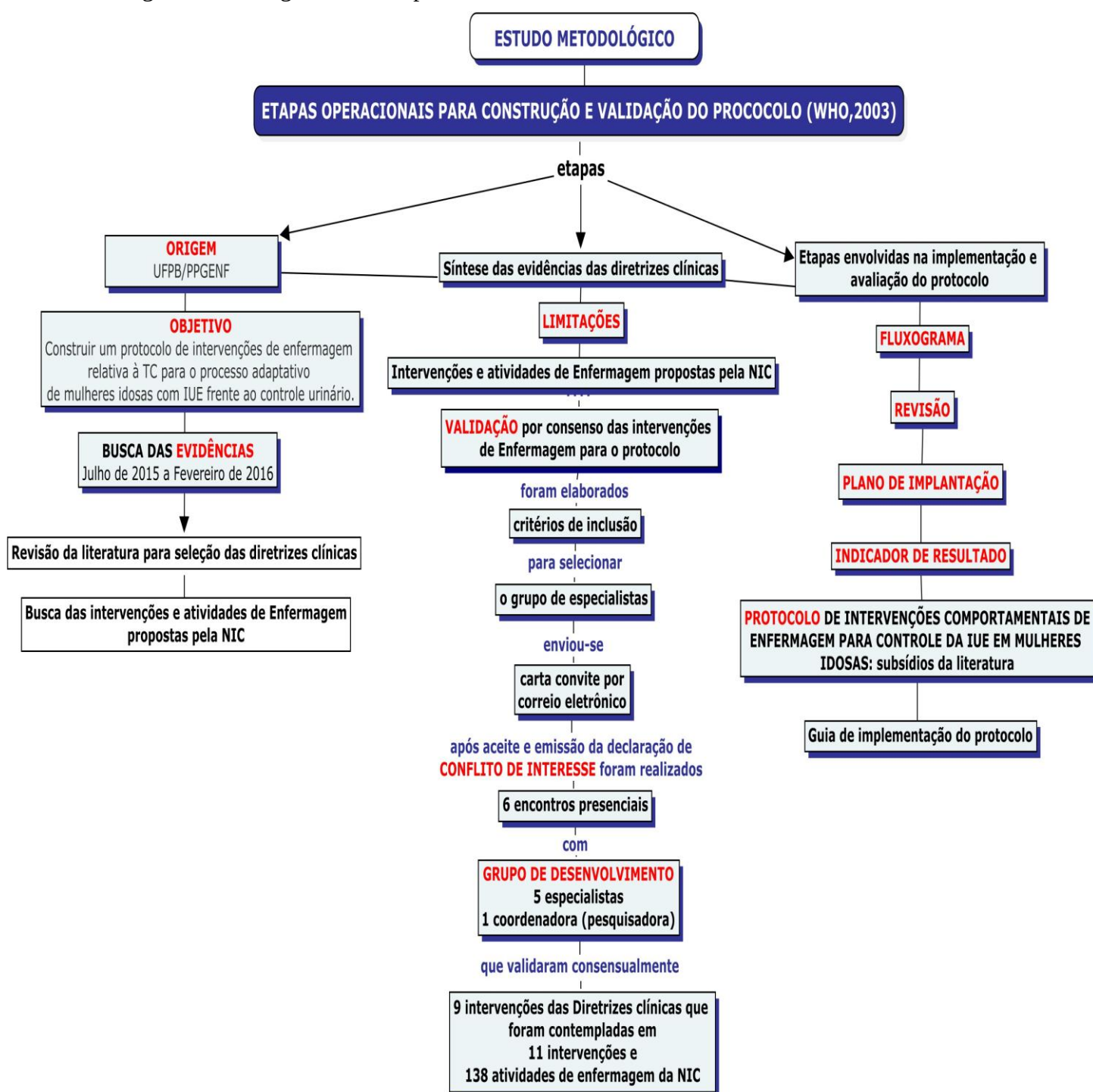
Vários benefícios têm sido apontados para o uso de protocolos nacionais de assistência de enfermagem pautados na PBE, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos⁵⁶.

Desse modo, além de respeitar os aspectos éticos e legais do exercício da profissão de quem irá construir, avaliar e operacionalizar um protocolo clínico, deve-se ter a dimensão que estes devem ter boa qualidade formal, serem de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, serem corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e de efetividade (resultado)⁵⁶.

Considerando isso, inúmeros órgãos, nacionais e internacionais, vêm elaborando critérios para a avaliação e construção de protocolos de assistência e cuidados. Dentre os instrumentos mais testados e recomendados para avaliar sua qualidade encontram-se: *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE), a Agência de Pesquisa e Qualidade no Cuidado à Saúde - *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) / *National Guideline Clearinghouse* (NGC), com destaque para o *checklist* elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹²², que norteou os passos da construção do protocolo objeto deste estudo. Esta lista contempla os seguintes itens: origem, objetivo, evidências, grupo de desenvolvimento, conflito de interesse, validação pelos profissionais, revisão pelo usuário, fluxograma, indicador de resultado, revisão, limitações e planos de implantação¹³⁰.

Assim, considerando os objetivos propostos para esta investigação, bem como a necessidade de se aproximar da realidade estudada e de intervir por meio da operacionalização de um protocolo validado de TC para controle da IUE em mulheres idosas, para a elaboração desta pesquisa seguiram-se os passos operacionais apresentados na Figura 3.

Figura 3 - Fluxograma das etapas do estudo. João Pessoa – PB, 2016.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Quanto à origem do protocolo, o mesmo vincula-se a Universidade Federal da Paraíba através do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, tendo como objetivo construir um protocolo de intervenções de enfermagem relativa à TC para o processo adaptativo de mulheres idosas com IUE frente ao controle urinário.

A etapa seguinte corresponde à elegibilidade das evidências, as quais consistem em informações geradas por pesquisas científicas de qualidade, com diferentes desenhos, que orientam o profissional de saúde no processo de tomada de decisão. Para subsidiar essa prática clínica faz-se necessária a seleção de diretrizes baseadas em evidências da mais alta qualidade, elaboradas por organizações confiáveis e que as tenham desenvolvido em áreas específicas que contemplem o objeto da pesquisa⁵⁵.

A evidência norteadora para elaboração de protocolos fundamenta-se em pesquisas científicas, requerendo ainda dos profissionais conhecimentos sobre os diferentes tipos de estudos. A Pirâmide dos níveis de evidência (figura 4) propõe hierarquia de qualidade da informação para estudos clínicos. No topo da pirâmide estão os estudos de maior qualidade e na base, os de menor, na seguinte ordem decrescente: revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e controlados, estudos de coorte, estudos caso-controle, série de casos e, por fim, opiniões de autoridades ou relatórios de comitês de especialistas⁵⁶.

Figura 4 – Hierarquia das Evidências. João Pessoa – PB, 2016.



Fonte: adaptado do *Centre for Evidence Based Medicine*.

A partir dessas ponderações, verifica-se que a revisão da literatura, entendida como busca e análise crítica das publicações, compreende a etapa estratégica para

elaboração de protocolos consistentes⁵⁶. Considerando essa prerrogativa, sucedeu-se a busca criteriosa das diretrizes.

5.1 Revisão da literatura para seleção de evidências nas diretrizes clínicas

Cada protocolo clínico deve conter a descrição da estratégia de revisão da literatura, gradação da força da recomendação das evidências, identificação do percentual de recomendações baseadas em evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre a segurança das ações e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos^{56, 122,130}.

A disseminação de várias formas de pesquisas tem contribuindo, substancialmente, para a evolução do rigor metodológico¹³¹. As revisões sistemáticas enfocam primordialmente, estudos controlados randomizados e, geralmente, consistem na avaliação da eficácia do tratamento ou intervenção. Embora essa metodologia responda, prontamente, às questões da medicina, ela é pouco efetiva em responder questões de Enfermagem relacionadas ao cuidado ou impacto da doença ou tratamento. O estudo controlado randomizado não consiste no único recurso válido para informar e guiar a prática profissional de Enfermagem, mas a maioria das revisões é conduzida considerando apenas esse tipo de pesquisa. Consequentemente, boa parte dos estudos na área de Enfermagem são classificados como fornecedores de evidências com nível inferior^{129,132}.

Nesse percurso, destaca-se a revisão integrativa da literatura como recurso para a elaboração desta proposta. Este tipo de revisão compreende a análise de pesquisas relevantes que subsidiam a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de determinado fenômeno, além de apontar lacunas neste conhecimento que precisam ser esclarecidas com a realização de novos estudos^{113,133}.

A partir dessas ponderações, verifica-se que a revisão crítica da literatura envolve padrões a serem seguidos e compreende a etapa estratégica para elaboração de protocolos consistentes⁵⁶. Considerando essa prerrogativa, no âmbito deste estudo, sucedeu-se a busca criteriosa das diretrizes seguindo-se seis etapas: seleção de hipóteses ou questões norteadoras para a revisão; seleção dos estudos envolvidos na amostra;

definição das características dos estudos; análise e interpretação dos resultados; e relato da revisão¹³³.

Considerando que a questão norteadora e hipótese desta investigação já foram apresentadas no seu tópico introdutório, nesta fase, com vistas a responder aos questionamentos propostos, procedeu-se o levantamento nas diretrizes clínicas e protocolos disponíveis *online* nas bases de dados primárias como: Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline/PubMed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Além das buscas em fontes secundárias como: *Agency for Health Care Research and Quality (Advancing Excellence in Health Care)*; *Registered Nurses Association of Ontario*, no período de julho a agosto de 2015.

Salienta-se que as fontes secundárias, por conterem informações sintetizadas, analisadas e classificadas de acordo com a qualidade, são extremamente úteis para o uso na assistência, pois, permitem ao profissional conhecer, em pouco tempo, as melhores evidências sobre um tema. Enquanto as fontes primárias são mais úteis para localização de informações complementares às apresentadas nas bases secundárias. Portanto, ambas as fontes servem para elaboração de protocolos, procedimentos e rotinas⁵⁶.

Para acessar essas fontes literárias, inicialmente, utilizou-se a terminologia em saúde disponível no *Medical Subject Headings* (MeSH) que compreende um conjunto de termos denominados descritores e organizados em uma estrutura hierárquica que possibilita a pesquisa em vários níveis de especificidade. Em seguida, foram consultados os termos disponíveis dentre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que servem como linguagem padrão para a indexação de estudos e periódicos científicos nas áreas da saúde escritos na língua portuguesa, inglesa e espanhola, por meio dos seguintes termos: “Incontinência urinária” (*Incontinence urinary, Incontinencia Urinaria*), “Incontinência Urinária de Esforço” (*Incontinence urinary stress, Incontinencia Urinaria de Esfuerzo*), “Idosas” (*Aged, Anciano*), “Mulheres” (*Women, Mujeres*), “Prática Clínica Baseada em Evidências” (*Evidence-Based Practice, Práctica Clínica Basada en la Evidencia*), “Enfermagem Baseada em Evidências” (*Evidence-Based Nursing, Enfermería Basada en la Evidencia*) e “Diretriz para a Prática Clínica” (*Practice Guideline, Guía de Práctica Clínica*). Para efetuar essa busca, foram utilizados os descritores isoladamente e com o marcador booleano AND a fim de refiná-la e focar a temática selecionada.

No que concerne aos critérios de inclusão, foram considerados: diretrizes e protocolos publicados no período de 2011 a 2015; com possibilidade de aplicação no campo da Enfermagem, nos idiomas português, inglês e espanhol; disponibilizados na íntegra, *online*, que abordassem a temática proposta. Como critérios de exclusão foram considerados: artigos científicos, dissertações, teses e textos não científicos.

O quantitativo de material encontrado correspondeu a 154 trabalhos. Para a composição do *corpus* foram utilizados dois testes de refinamento: o teste de rastreamento I, aplicado aos títulos, e o rastreamento II, aplicado às diretrizes e protocolos lidos na íntegra. No primeiro momento da busca nas bases de dados mencionadas, foram identificadas 154 produções, que foram submetidas ao teste de rastreamento I, o qual possibilitou a leitura e a análise cuidadosa dos títulos dos trabalhos, com o intuito de verificar se os mesmos abordavam, de alguma forma, os elementos essenciais para a abordagem da IU. Com essa triagem inicial, foi possível excluir 142 trabalhos, por não atenderem aos critérios de inclusão, por duplicação nas bases e por indisponibilidade de acesso na íntegra, restando 12 diretrizes.

No segundo momento, refinamento II, procedeu-se à leitura criteriosa dos materiais na íntegra, considerando-se os critérios de pertinência, consistência do conteúdo e melhores evidências, com vistas a identificar materiais pertinentes ao alcance dos objetivos propostos para o estudo. Depois disso, foram excluídos da amostra nove publicações, e a amostra final ficou composta de três diretrizes: *Promoting Continence Using Prompted Voiding, Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)*⁸⁸, *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice, Springer Publishing Company*⁹¹, *Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women, National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*⁸⁷.

Conforme já especificado, a OMS orienta que para incorporação da evidência nos protocolos seja verificada a gradação da força das recomendações das diretrizes¹³⁰. Destaca-se que as classificações dos níveis de evidências das diretrizes possuem apresentações similares, contudo, são distintas em relação aos estudos envolvidos, conforme evidenciado nos quadros 1 e 2. A NICE⁸⁷ e a *Geriatric Nursing Protocols*⁹¹ classificam os estudos mediante a proposta de *Melnyk, Fineout-Overholt*¹³⁴, enquanto que a RNAO⁸⁸ propõe níveis de evidência diferenciados.

Quadro 1 - Classificação dos estudos de acordo com o nível de evidência, conforme a proposta de *Melnyk, Fineout-Overholt*¹³⁴. João Pessoa – PB, 2016.

Nível de evidência	Características	
Nível 1	Revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;	Mais fortes  Mais fracos
Nível 2	Ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;	
Nível 3	Ensaios clínicos bem delineados sem randomização;	
Nível 4	Estudo de coorte e de caso de controle bem delineados;	
Nível 5	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;	
Nível 6	Estudo descritivo ou qualitativo;	
Nível 7	Opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.	

Quadro 2 - Classificação dos estudos de acordo com o nível de evidência, conforme a proposta da *Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)*⁸⁸. João Pessoa – PB, 2016.

Nível de evidência	Características	
Ia	Evidências obtidas a partir de meta-análise ou revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados;	Mais fortes  Mais fracos
Ib	Evidências obtidas a partir de pelo menos um ensaio clínico randomizado;	
IIa	Evidências obtidas a partir de pelo menos um bem concebido estudo controlado sem randomização;	
IIb	Evidências obtidas a partir de pelo menos um outro tipo de bem concebido estudo experimental quase sem randomização;	
III	Evidências obtidas a partir de estudos descritivos não experimentais bem desenhados, como estudos comparativos, estudos de correlação e estudos de casos;	
IV	Evidências obtidas a partir de relatórios de comissões de peritos ou opiniões e/ou experiências clínicas de autoridades respeitadas.	

Considerando o exposto, evidencia-se que as informações referentes às diretrizes clínicas são subsídios valiosos para construção do protocolo de TC, no entanto, para consubstanciar e operacionalizar as intervenções de enfermagem, mediante atividades específicas, no critério da evidência recomendado pela OMS, utilizou-se a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

5.2 Busca das evidências nas intervenções e atividades de Enfermagem propostas pela NIC

As classificações de enfermagem são tecnologias que favorecem a utilização de uma linguagem padronizada, empregada no processo de julgamento clínico e terapêutico e que fundamentam a documentação da prática profissional. Atualmente, os sistemas de classificação de linguagem mais conhecidos e utilizados, na realidade brasileira, são as taxonomias *NANDA-International* (NANDA-I), Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, Classificação dos Resultados de Enfermagem-NOC e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)¹³⁵.

Dentre estas tecnologias para padronização dos termos e conceitos das intervenções de enfermagem, destaca-se a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) que, pode ser útil quando utilizada de forma isolada ou associada a outras classificações, revelando-se como ferramenta eficaz para apontar soluções, unificar condutas e garantir resultados efetivos para o atendimento das necessidades do cliente⁵⁴.

O método que orienta o julgamento clínico e a tomada de decisão do enfermeiro é denominado processo de enfermagem, sendo constituído pelas etapas de investigação (coleta de dados), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados apresentados pelo paciente, família ou comunidade diante das condutas adotadas¹³⁶. Para a NIC, os termos "intervenções e tratamentos" são usados de forma inter-relacionados e as evidências devem ser buscadas para sustentar as decisões clínicas de diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem⁵⁴.

No que concerne a conceptualização da Classificação das Intervenções de Enfermagem esta compreende “a ordenação ou o arranjo das atividades de enfermagem em grupos ou conjuntos com base em suas relações e na determinação de designações de intervenções a esses grupos de atividades”, enquanto que a Taxonomia das Intervenções de Enfermagem significa “organização sistemática das intervenções com base em suas semelhanças em algo que pode ser considerado uma estrutura conceitual. A estrutura da taxonomia da NIC apresenta três níveis: domínios, classes e intervenções”^{54:25}.

Para a organização da NIC, um grupo de pesquisadoras da *College of Nursing University of Iowa*, iniciaram suas atividades em 1987 e publicaram a primeira versão da Classificação em 1992⁵⁴. Para elaborar a taxonomia, foram utilizados os métodos de análise de semelhanças, agrupamento hierárquico, julgamento clínico e revisão por especialista. A taxonomia foi divulgada, pela primeira vez, na segunda edição da NIC, em 1996, com seis domínios e 27 classes¹³⁷. A terceira edição, publicada em 2000, incluiu um domínio novo – Comunidade, e três novas classes. Na quinta edição, não houve acréscimos de novos domínios ou classes, portanto, permaneceram os sete domínios e as 30 classes, nas quais foram elencadas as 34 novas intervenções de enfermagem que se somaram às 508 já existentes⁵⁴.

Em sua mais recente estrutura taxonômica, a NIC inclui sete domínios, trinta classes e 542 intervenções, listadas em ordem alfabética, com mais de 12.000 atividades de enfermagem⁵⁴. As 542 intervenções da classificação NIC estão associadas aos 188 diagnósticos da NANDA-I¹³⁸. A Figura 5 apresenta a taxonomia das intervenções de enfermagem NIC, de acordo com os três níveis de categorização: domínios, classes e intervenções, listadas em ordem alfabética.

Figura 5 – Taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. João Pessoa – PB, 2016.

Nível I Domínios	Domínio 1 Fisiológico: Básico	Domínio 2 Fisiológico: Complexo	Domínio 3 Comporta- mental	Domínio 4 Segurança	Domínio 5 Família	Domínio 6 Sistema de Saúde	Domínio 7 Comunidade
	A Controle da Atividade e do Exercício	G Controle Eletrólítico e Ácido-Básico	O Terapia Comporta- mental	U Controle na Crise	W Cuidado no Nascimento do Filho	Y Mediação do Sistema de Saúde	c Promoção da Saúde da Comunidade
Nível II Classes - 30	B Controle da Eliminação	H Controle de Medicamentos	P Terapia Cognitiva	V Controle de Risco	Z Cuidados na Educação de Filhos	a Controle do Sistema de Saúde	d Controle de Riscos da Comunidade
	C Controle da Imobilidade	I Controle Neurológico	Q Melhora da Comunicação		X Cuidados ao Longo da Vida	b Controle das Informações	
	D Apoio Nutricional	J Cuidados Perioperatório	R Assistência no Enfrentamento				
	E Promoção do Conforto Físico	K Controle respiratório	S Educação do Paciente				
	F Facilitação do Autocuidado	L Controle de Pele/Feridas	T Promoção no Conforto Psicológico				
		M Termorregu- lação					
		N Controle da Perfusão					
Nível III Intervenções	542 Intervenções (12.000 atividades)						

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁵⁴.

No primeiro nível da Taxonomia da NIC, considerado o mais abstrato, os domínios enumerados de um a sete têm as seguintes denominações: 1. Fisiológico: básico - cuidados que dão suporte ao funcionamento físico; 2. Fisiológico: complexo - cuidados que dão suporte à regulação homeostática; 3. Comportamental - cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam as mudanças no estilo de vida; 4. Segurança - cuidados que dão suporte à proteção contra danos; 5. Família - cuidados que dão suporte à família; 6. Sistema de Saúde - cuidados que dão suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde; 7. Comunidade - cuidados que dão suporte à saúde da comunidade⁵⁴.

As classes estão no segundo nível e recebem códigos de A a Z e a, b, c, d, em que as letras minúsculas indicam o término das letras do alfabeto maiúsculas, e as letras do alfabeto minúsculo, a continuidade da codificação das classes. O grupo das intervenções e das atividades de enfermagem constitui o terceiro nível, o mais concreto. Cada Domínio e cada Classe têm uma definição e um grupo de intervenções de enfermagem. Cada Intervenção consiste em um nome de identificação e uma definição, os quais constituem o conteúdo da intervenção padronizado e que não devem ser alterados quando a NIC é utilizada na documentação da assistência⁵⁴.

No sistema de classificação NIC, a lista de intervenções de enfermagem para cada diagnóstico de enfermagem é abrangente, incluindo múltiplas intervenções. São previstos três níveis de intervenções para cada diagnóstico. No primeiro, são elencadas as intervenções prioritárias como as mais prováveis e/ou mais evidentes para resolver o diagnóstico, por sua estreita relação com o mesmo e por serem mais conhecidas no campo da investigação e da clínica. No segundo nível, são apresentadas as intervenções sugeridas, susceptíveis de resolver o diagnóstico, mas não tão prováveis como as intervenções prioritárias; têm estreita ligação com a etiologia e/ou as características definidoras. Já o terceiro nível, opcional adicional, inclui as intervenções que só se aplicam a algumas pessoas com o diagnóstico, permitindo que o enfermeiro personalize seu plano de cuidado¹³⁸.

Além do significativo número de intervenções para cada diagnóstico, a classificação da NIC fornece uma grande variedade de atividades para cada intervenção, as quais compreendem os comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes/clientes a avançar rumo a um resultado almejado⁵⁴. Essas atividades abrangem ações que refletem a prática da

Enfermagem em diferentes cenários e podem ser utilizadas em pacientes de todas as idades e de diversas especialidades.

Como as atividades de enfermagem estão em um nível concreto de ação é preciso selecionar uma série delas para se implementar uma intervenção. A NIC recomenda, entre as atividades elencadas em sua classificação, a seleção de uma lista de página única que focalize o uso de atividades específicas, considerando o cuidado para cada indivíduo, sem se preocupar em incluir todas as atividades de apoio. Uma das vantagens da NIC é de que as atividades de uma intervenção podem ser modificadas para refletir melhor a necessidade de uma situação particular. O importante na padronização da linguagem é o título, em que o nome e a definição da intervenção devem permanecer os mesmos para todos os pacientes e em todas as situações⁵⁴.

Assim, para proceder à seleção das intervenções de Enfermagem da NIC para o protocolo, utilizou-se como subsídio as recomendações da ligação NANDA-I/NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I, *“Incontinência urinária de esforço”* acrescida das intervenções para esse mesmo diagnóstico da ligação NANDA, NOC e NIC, que são vislumbradas no capítulo dos resultados¹³⁸⁻¹³⁹.

Nos tópicos que se seguem, serão abordadas as demais particularidades, envolvidas na elaboração deste protocolo, a exemplo da validação por consenso de especialistas. Tal circunstância se impõe dada a dificuldade de no desenho adotado na elaboração de protocolo não se delimitar com precisão o início e o término do processo e do produto da investigação, pois isso demanda, na maioria das vezes, uma tessitura inter-relacionada dessas etapas.

6.1 Síntese das evidências das diretrizes clínicas

Apresenta-se a seguir os resultados sumarizados das recomendações das diretrizes para abordagem tanto da avaliação inicial da IUE (Quadro 3), como da proposta da TC (Quadro 4) e seus níveis de evidência.

Quadro 3 - Síntese das recomendações (avaliação) das diretrizes e suas respectivas evidências. João Pessoa – PB, 2016.

RECOMENDAÇÕES DAS DIRETRIZES - AVALIAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA (Grau incluído se especificado)
1. História clínica detalhada	NICE (nível IV) GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I), RNAO (nível IV)
2. Exame físico	NICE (nível IV) GERIATRIC NURSING PROTOCOLS
3. Pad teste/ Diário Miccional de no mínimo 3 dias	NICE RNAO (nível III)
4. Aplicação de questionários fidedignos para avaliação dos sintomas urinários	NICE
5. Encaminhamento a um serviço especializado em casos de IUE grave e outros agravos complicadores.	NICE

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence⁸⁷, Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice⁹¹, Promoting Continence Using Prompted Voiding, Registered Nurses Association of Ontario⁸⁸.

Quadro 4 – Síntese das recomendações da terapia comportamental contempladas nas diretrizes e suas respectivas evidências. João Pessoa – PB, 2016.

RECOMENDAÇÕES DAS DIRETRIZES – TERAPIA COMPORTAMENTAL	NÍVEL DE EVIDÊNCIA (Grau incluído se especificado)
1. Assistência ao banheiro e treinamento da bexiga (Micção programada ou solicitada)	NICE (nível III) GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I) RNAO (nível III).
2. Ingestão adequada de líquidos	NICE (nível I) GERIATRIC NURSING PROTOCOLS RNAO (nível III)
3. Barreiras atitudinais e ambientais para facilitar a continência	NICE (nível IV) GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I) RNAO (nível III).
4. Disponibilização de dispositivos (evidenciam como estratégia de enfrentamento e não como tratamento)	RNAO NICE
5. Cuidados com a dieta, controle e perda de peso	NICE (nível III) GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível II).
6. Exercícios do assoalho pélvico	NICE (nível I) GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I) RNAO (nível Ia).
7. Evitar cateterismo vesical	NICE GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível IV).
8. Evitar medicamentos que podem contribuir para IU	GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I), RNAO (nível IV), NICE.
9. Encaminhar para outros membros da equipe se a pessoa optar por terapias farmacológicas ou cirúrgicas ou por falha do tratamento.	GERIATRIC NURSING PROTOCOLS, RNAO (nível IV).

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence⁸⁷, Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice⁹¹, Promoting Continence Using Prompted Voiding, Registered Nurses Association of Ontario⁸⁸.

Os elementos apresentados nos quadros ora expostos respaldam-se nas recomendações da OMS, as quais orientam que todo protocolo clínico, deve conter a apresentação das limitações, com as especificações de todas as recomendações claramente formuladas, com identificação e aconselhamento inclusive sobre práticas não efetivas ou sobre as quais não há evidências ou as evidências são fracas, vislumbrado através de um quadro com a síntese das evidências⁵⁶.

No tocante a avaliação das mulheres idosas com IUE leve ou moderada, essas diretrizes elencam cinco relevantes intervenções (Quadro 3): história clínica detalhada, exame físico, *pad test* e diário miccional de no mínimo três dias, aplicação de questionários fidedignos para avaliação dos sintomas urinários, com destaque para o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) (ANEXO B) e do *King's Health Questionnaire* (KHQ) (ANEXO C), além de encaminhamento a um serviço especializado em casos de IUE grave e outros agravos complicadores^{87-88,91}.

Considerando a abordagem terapêutica comportamental da IUE em mulheres idosas, as diretrizes investigadas sintetizam nove intervenções de enfermagem (Quadro 4), quais sejam: assistência ao banheiro e treinamento da bexiga (micção programada ou solicitada), ingestão adequada de líquidos, orientação quanto às barreiras atitudinais e ambientais para facilitar a continência, disponibilização de dispositivos como estratégia de enfrentamento e não como tratamento, cuidados com a dieta, controle e perda de peso, exercícios do assoalho pélvico, evitar cateterismo vesical e medicamentos que podem contribuir para IU, encaminhar para outros membros da equipe se a pessoa optar por terapias farmacológicas ou cirúrgicas ou por falha do tratamento.

6.2 Intervenções e atividades de enfermagem propostas pela NIC

As intervenções da NIC da ligação NANDA-I/NIC para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I, “*Incontinência urinária de esforço*” correspondem uma lista de 13 intervenções de enfermagem, das quais dez são classificadas como sugeridas, com destaque para duas elencadas entre as principais (exercícios para musculatura pélvica e cuidados na incontinência urinária) e três intervenções nomeadas como adicionais/ opcionais, conforme vislumbrado no quadro 5¹³⁸.

Quadro 5 - Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem *Incontinência urinária de esforço* da NANDA-I. João Pessoa – PB, 2016.

Intervenções de enfermagem sugeridas	Intervenções adicionais/opcionais
<i>Biofeedback</i>	Cuidados com o períneo
Controle de medicamentos	Monitorização respiratória
Exercícios para musculatura pélvica ¹	Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário
Controle do pessário	
Ensino: indivíduo	
Ensino: medicamentos prescritos	
Controle da eliminação urinária	
Treinamento do Hábito urinário	
Cuidados na incontinência urinária ¹	
Controle do peso	

Fonte: *Bulechek, Butcher, Dochterman*¹³⁸.

¹ Intervenções principais.

Cumprasse assinalar que, das 13 intervenções de enfermagem recomendadas pela NIC para o diagnóstico de IUE, foram selecionadas para o protocolo nove; excluindo-se deste estudo três intervenções sugeridas, destinadas a terapias invasivas (*biofeedback* e controle do pessário), medicamentosa (ensino: medicamentos prescritos) e uma intervenção das adicionais/opcionais (monitorização respiratória), por não atenderem aos objetivos do trabalho em questão.

Cabe destacar, que por se tratar de um estudo que aborda a TC, houve a necessidade de incluir duas intervenções sugeridas (monitorização hídrica e controle do ambiente: segurança) da ligação NANDA, NOC e NIC (NNN)¹³⁹, bem como, de acrescentar mais duas intervenções propostas pela pesquisadora (modificação do comportamento e reeducação vesical) para complementar e direcionar as atividades de enfermagem, elencadas nas intervenções das diretrizes clínicas, perfazendo assim, um total de treze intervenções (Quadro 6).

Quadro 6 - Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem *Incontinência urinária de esforço* da NANDA-I selecionadas para o estudo. João Pessoa – PB, 2016.

Intervenções de enfermagem sugeridas	Intervenções adicionais/opcionais	Intervenções propostas pela pesquisadora
Controle de medicamentos	Cuidados com o períneo	Modificação do comportamento ³
Exercícios para musculatura pélvica¹	Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário.	Reeducação vesical ³
Ensino: indivíduo		
Controle da eliminação urinária		
Treinamento do Hábito urinário		
Cuidados na incontinência urinária¹		
Controle do peso		
Monitorização hídrica ²		
Controle do ambiente: segurança ²		

¹ Intervenções principais entre as intervenções sugeridas por *Buleckek, Butcher, Dochterman*.¹³⁸

² Intervenção da ligação NANDA, NOC e NIC proposta por Johnson; *Bulecheck, Butcher, Mass, Moorhead, Swanson*¹³⁹ incluída nas intervenções sugeridas pela NIC¹³⁸.

³ Intervenções propostas pela pesquisadora.

Assim, as intervenções de Enfermagem da NIC⁵⁴ elegíveis para o diagnóstico de enfermagem *Incontinência urinária de esforço* e suas correlações com seus respectivos domínios e classes, além de seus níveis sugeridos, são apresentados no quadro 7, no qual destacam-se quatro domínios e oito classes das intervenções selecionadas, dentre o total dos sete domínios e 30 classes contempladas na referida classificação.

Quadro 7 – Intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem *Incontinência urinária de esforço* da NANDA-I, selecionadas para o estudo, segundo domínios, classes, definições e níveis. João Pessoa-PB, 2016.

DOMÍNIOS	CLASSES	INTERVENÇÕES	NÍVEIS
DOMÍNIO 1 Fisiológico Básico Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico	Classe B – Controle da Eliminação Intervenções para estabelecer e manter padrões regulares de eliminação intestinal e urinária e controlar complicações resultantes de padrões alterados	Exercícios para musculatura pélvica	Sugerida (principal)
		Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário	Opcional
		Reeducação vesical	-
		Controle da eliminação urinária	Sugerida
		Treinamento do hábito urinário	Sugerida
		Cuidados na incontinência urinária	Sugerida (principal)
	Classe D – Apoio nutricional Intervenções para modificar ou manter o estado nutricional	Controle do peso	Sugerida
DOMÍNIO 2 Fisiológico: Complexo Cuidados que dão suporte a regulação homeostática	Classe F – Facilitação do autocuidado Intervenções para proporcionar ou auxiliar nas atividades de rotina na vida diária, ou ajudar a sua realização.	Cuidados com o períneo	Opcional
	Classe N – Controle da Perfusão Tissular Intervenções para otimizar a circulação de sangue e líquidos até os tecidos.	Monitoração hídrica	Sugerida
	Classe H – Controle de medicamentos Intervenções para facilitar os efeitos desejados dos agentes farmacológicos.	Controle de Medicamentos	Sugerida
DOMÍNIO 3 Comportamental Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida	Classe O – Terapia Comportamental Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida.	Modificação do comportamento	-
	Classe S – Educação do Paciente Intervenções para facilitar a aprendizagem.	Ensino: indivíduo	Sugerida
DOMÍNIO 4 Segurança Cuidado que apoia a proteção contra danos	Classe V – Controle de Risco Intervenções para iniciar atividades de redução de risco e manter o monitoramento de risco durante certo tempo.	Controle do Ambiente: segurança	Sugerida

Fonte: Bulechek, Butcher, Dochterman⁵⁴.

No quadro 8, evidencia-se os níveis de categoria das 13 intervenções, previamente selecionadas, assim como as especificações do quantitativo das atividades correspondentes, totalizando 265⁵⁴.

Quadro 8 - Intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem *Incontinência urinário de esforço da NANDA-I*, de acordo com os níveis de categoria e atividades. João Pessoa-PB, 2016.

NÍVEIS DE CATEGORIA	INTERVENÇÃO NIC	NÚMERO DE ATIVIDADES/NIC
Principal (02)	Exercícios para musculatura PÉLVICA	12
	Cuidados na incontinência URINÁRIA	21
Sugeridas (07)	Controle de MEDICAMENTOS	36
	ENSINO: indivíduo	27
	Controle da eliminação URINÁRIA	17
	Treinamento do Hábito URINÁRIO	14
	Controle do peso	14
	Monitorização HÍDRICA ¹	22
	Controle do AMBIENTE: segurança ¹	13
Opcionais (02)	Cuidados com o PERÍNEO	14
	Assistência no AUTOCUIDADO: uso do vaso sanitário.	14
Proposta pela pesquisadora (02)	Modificação do COMPORTAMENTO ²	42
	Reeducação VESICAL ²	19
	TOTAL	265

¹ Intervenção da ligação NANDA, NOC e NIC proposta por Johnson; Bulechek, Butcher, Mass, Moorhead, Swanson¹³⁹ incluída nas intervenções sugeridas pela NIC¹³⁸.

² Intervenções propostas pela pesquisadora

Ao término da seleção do material, verificou-se que as intervenções de enfermagem de TC para controle da IUE propostas pelas diretrizes clínicas e NIC se inter-relacionam e se complementam. Assim, compreende-se que ambas são relevantes na construção do protocolo: as diretrizes apontam as ações de melhores evidências, confirmadas por meio de pesquisas clínicas, as quais, por guardarem conformidade com intervenções propostas pela NIC podem ser implementadas pelas atividades apontadas pela referida Classificação. O quadro 9 demonstra a correlação entre as intervenções propostas pela diretrizes clínicas^{87-88, 91} e pela NIC^{54,138} assim como as ações indicadas por estas.

Quadro 9 - Intervenções de enfermagem propostas pelas diretrizes clínicas e pela NIC selecionadas para o estudo. João Pessoa – PB, 2016.

INTERVENÇÕES DAS DIRETRIZES CLÍNICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC
Terapia Comportamental	Modificação do comportamento
	Ensino: indivíduo
Ingestão adequada de líquidos	Monitoração hídrica
Evitar medicamentos que podem contribuir para IU	Controle de medicamentos
Barreiras atitudinais e ambientais para facilitar a continência	Cuidados com o períneo Cuidados na incontinência urinária Controle do ambiente: segurança
Exercícios do assoalho pélvico	Exercícios para a musculatura pélvica
Assistência ao banheiro e treinamento da bexiga	Assistência no autocuidado: uso de vaso sanitário
Disponibilização de dispositivos	Controle da eliminação urinária
Assistência ao banheiro e treinamento da bexiga Micção programada ou solicitada Diário Miccional	Reeducação vesical Treinamento do hábito urinário
Cuidados com a dieta, controle e perda de peso.	Controle do peso

Fonte: Adaptado da NICE⁸⁷; *Geriatric nursing protocols*⁹¹; RNAO⁸⁸ e Bulechek; Butcher; Dochterman¹³⁸.

Por se verificar, no geral, que as intervenções de enfermagem da NIC eram abrangentes, de modo a contemplar as ações indicadas pelas diretrizes, assim como a impossibilidade de adaptações no seu enunciado, para condução deste estudo, optou-se pela utilização das intervenções da NIC. Já no que diz respeito às atividades especificadas para implementar as intervenções ora mencionadas, destaca-se, que estas poderão ter de algum modo, seu enunciado modificado, para refletir melhor a necessidade de uma situação particular⁵⁴. Sendo assim, quando pertinentes, foram acrescidas pela pesquisadora, particularidades de algumas ações apontadas pelas diretrizes clínicas que não foram contempladas nessas atividades.

Após a seleção das intervenções e atividades de enfermagem elencadas pelas diretrizes clínicas e NIC, considerando-se as pressuposições da Teoria do Controle

Urinário, foi realizado o julgamento terapêutico das mesmas quanto à sua pertinência para resolutividade do problema em questão, por enfermeiros *experts* na área do cuidado e saúde da pessoa idosa. A validação de intervenções de enfermagem proporciona subsídio para a prática clínica, segura e inerente ao campo de enfermagem, garantindo a oferta de cuidado personalizado e qualificado. A partir dessa concepção, seguiu-se para a etapa da validação.

6.3 Validação por consenso das intervenções de enfermagem para o protocolo

Para o enfrentamento de um problema ou necessidade da população, deve haver consenso e equilíbrio entre o que é embasado pelas evidências científicas e o que é necessário e possível em cada unidade de saúde, tornando-se essencial contar com as vivências e valores dos profissionais no processo de decisão⁵⁵.

Considerando isso, a OMS em suas recomendações para elaboração de protocolo clínico, reafirma a importância da validação do mesmo pelos profissionais, mediante a formação de um grupo de desenvolvimento que contemple a participação de pesquisadores com conhecimento nas diversas abordagens de metodologias científicas, bem como, o envolvimento de profissionais específicos da área contemplada no protocolo que irão operacionalizar as ações nos serviços¹³⁰, medida esta compatível com a validação por consenso.

A validação por consenso de enfermeiros é uma técnica de pesquisa proposta pela Dr^a Judy Carlson, enfermeira pesquisadora da *Tripler Army Medical Center*, Honolulu-Hawai (EUA), recomendada pelo Comitê de Pesquisas da NANDA-I que consiste em um processo para obtenção de opinião coletiva ou o acordo entre enfermeiros especialistas sobre um determinado fenômeno, como a escolha da melhor prática clínica para determinado domínio, como por exemplo, diagnósticos, resultados e intervenções. Esse tipo de validação está sendo utilizado em diversos ambientes de cuidado, a partir do conhecimento e experiência clínica, para o refinamento das taxonomias de enfermagem, visando estabelecer conexões entre elas e também para definir padrões de prática¹⁴⁰⁻¹⁴¹.

A principal justificativa para realizar o processo de validação por consenso envolve a abrangência dos termos dos sistemas de classificação de Enfermagem, tornando-os complexos de serem alocados em contextos específicos. Os termos foram construídos para serem utilizados em diversas especialidades, contudo, em detrimento do seu número

significativo, a maioria não é utilizado regularmente pelas dificuldades em sua aplicabilidade¹⁴⁰⁻¹⁴¹.

Durante a validação por consenso das intervenções de enfermagem, o pesquisador distribui a lista com as intervenções e solicita que cada especialista clínico selecione aquelas que considerem relevantes. Logo depois, as selecionadas devem ser compiladas em formatos de quadros e distribuídas para o grupo revisar. O líder orienta as discussões até que obtenha 100% de consenso quanto à relevância das intervenções de enfermagem para os diagnósticos e resultados apresentados. Determina-se, ainda, a formação de um grupo composto pelo enfermeiro pesquisador considerado líder e três a cinco especialistas clínicos. A duração dos encontros deve ser de uma a duas horas, por semana, que totalizem até oito meses ou oito horas por dia durante duas a três semanas.

Ao líder, cabe a função de sensibilizar sobre a importância de comprometimento a cada encontro; apoiar, durante todas as discussões, sem realizar quaisquer julgamentos; explicar a necessidade de 100% de frequência para obtenção do consenso; levar a taxonomia utilizada para os encontros; rever as orientações básicas rapidamente, antes dos encontros; resgatar o que foi realizado nos encontros anteriores e as metas a serem alcançadas; não pressionar por decisões específicas e manter atitudes positivas diante de respostas negativas.

Destaca-se que para a seleção do grupo, foi elaborada e encaminhada uma carta convite, por meio de correio eletrônico, aos participantes pré-selecionados, explicando-se os objetivos e a natureza do estudo, obedecendo-se os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro(a), assistencial ou pesquisador no campo da Atenção Primária do município de João Pessoa-PB, possuir atuação profissional há, no mínimo, dois anos, ser especialista em saúde pública e/ou geriatria e gerontologia, ter desenvolvido ou ainda estar desenvolvendo pesquisas como autor ou orientador acerca de umas dessas temáticas: saúde da pessoa idosa, diretrizes e protocolos clínicos, Processo e Classificações de enfermagem (NANDA/NIC/NOC), assistência de enfermagem na estomaterapia, especificamente na IU.

Assim, participaram da validação, a pesquisadora do estudo (coordenadora das atividades) e cinco enfermeiras especialistas em uma das áreas especificadas; com formação *stricto sensu* - duas doutoras e três mestres, todas com experiência na prática clínica, participantes de grupo de pesquisa e com publicações na área do estudo, que prontamente aceitaram participar de tal investigação, emitiram a declaração relativa à

conflitos de interesse (APÊNDICE A) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Durante a formulação de um protocolo, a OMS¹²³ reforça a necessidade da emissão da declaração de conflitos de interesse e validação do protocolo por todos os profissionais envolvidos. Neste estudo não houve conflito de interesse nos aspectos pessoal, comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. Ressalta-se, ainda, que todas as despesas orçamentárias para sua elaboração foram financiadas pela pesquisadora.

Para coletar os dados das enfermeiras especialistas, foi elaborado um instrumento contendo três partes distintas (APÊNDICE C). A primeira abrangeu questões relacionadas à caracterização das participantes do estudo, a segunda contemplou a síntese das diretrizes clínicas no tocante às suas classificações e níveis de evidência, e na terceira parte listam-se intervenções e atividades de enfermagem propostas pela NIC e diretrizes clínicas, vinculadas ao modo de adaptação da Teoria do Controle urinário, considerando o título e a definição, em que os enfermeiros especialistas assinalaram uma das indicações, recomendando e não recomendando.

As reuniões para análise do material empírico ocorreram no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016, por meio de seis encontros semanais, totalizando 24 horas de discussões acerca das seguintes temáticas: 1) realização de uma dinâmica de grupo para promover interação entre as participantes, apresentação dos objetivos propostos para o estudo, aspectos éticos da pesquisa, planejamento das atividades, agendamento dos encontros e explicação sobre o processo de validação por consenso; 2) apresentação, discussão e seleção das recomendações e níveis de evidências das intervenções de enfermagem no tocante à TC proposta; 3) identificação das intervenções de enfermagem prioritárias, sugeridas pela NIC, envolvendo o modo de adaptação para solucionar o diagnóstico de Enfermagem IUE, além da obtenção da concordância de 100% quanto à pertinência para o estudo; 4 e 5) seleção, reformulação e obtenção consensual das atividades de Enfermagem; 6) abordagem formal do consenso e elaboração da proposta de protocolo.

Considerando isso, elaborou-se o quadro 10 com as intervenções de enfermagem validadas consensualmente pelo grupo de desenvolvimento do estudo, especificando suas definições, domínios, classes e níveis de recomendação da NIC.

Quadro 10 - Intervenções de enfermagem da NIC, segundo os domínios, as classes e os níveis, indicadas pelas enfermeiras especialistas para o diagnóstico de enfermagem *Incontinência urinária de esforço* da NANDA-I. João Pessoa- PB, 2016.

DOMÍNIOS	CLASSES	INTERVENÇÕES	NÍVEIS
DOMÍNIO 1 Fisiológico Básico	Classe B – Controle da Eliminação	Exercícios para musculatura pélvica ¹	Sugerida (principal)
		Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário	Opcional
		Reeducação vesical ³	-
		Controle da eliminação urinária	Sugerida
		Cuidados na incontinência urinária ¹	Sugerida (principal)
	Classe D – Apoio nutricional	Controle do peso	Sugerida
DOMÍNIO 2 Fisiológico: Complexo	Classe F – Facilitação do autocuidado	Cuidados com o períneo	Opcional
	Classe N – Controle da Perfusão Tissular	Monitoração hídrica ²	Sugerida
	Classe H – Controle de medicamentos	Controle de Medicamentos	Sugerida
DOMÍNIO 3 Comportamental	Classe O – Terapia Comportamental	Modificação do comportamento ³	-
	Classe S – Educação do Paciente	Ensino: indivíduo	Sugerida

¹ Intervenções principais entre as intervenções sugeridas por *Buleckek, Butcher, Dochterman*.^{138.}

² Intervenção da ligação NANDA, NOC e NIC proposta por Johnson; *Bulecheck, Butcher, Mass, Moorhead, Swanson*¹³⁹ incluída nas intervenções sugeridas pela NIC^{138.}

³ Intervenções propostas pela pesquisadora.

Entre as 13 intervenções de enfermagem recomendadas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem IUE, 11 obtiveram 100% de concordância, sendo consideradas pelas enfermeiras como as mais aplicáveis para a TC envolvendo mulheres idosas incontinentes. Foram excluídas as intervenções: *Treinamento do hábito urinário* por constituir o esvaziamento da bexiga para prevenir incontinência em pessoas com capacidade cognitiva limitada, que não consiste o foco deste estudo e o *Controle do ambiente: segurança*, pelo entendimento que as suas atividades já foram contempladas nas outras intervenções selecionadas relativas às barreiras ambientais para facilitar a continência.

As 11 intervenções validadas consensualmente pelas enfermeiras foram distribuídas em três dos sete domínios, e sete das 30 classes, da classificação NIC⁵⁴. A maioria está localizada no Domínio 1: Fisiológico: Básico, com 7 (64%); o Domínio 2: Fisiológico:

Complexo, dispõe 2 (18%); no Domínio 3: Comportamental, verifica-se o mesmo percentual, 2 (18%), das sete classes correlacionadas: Classe B – Controle da eliminação (5), Classe D – apoio nutricional (1), Classe F – Facilitação do autocuidado (1), Classe N – Controle de Perfusão Tissular (1), Classe H – Controle de medicamentos (1), Classe O – Terapia comportamental (1) e Classe S – Educação do paciente (1), como mostra o quadro 10.

Entre as 11 intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico IUE, selecionadas para este estudo, de acordo com a ligação NANDA-I/NIC, duas são classificadas como principais, cinco como sugeridas, e duas opcionais, contudo, não foi possível realizar a classificação das outras duas intervenções propostas pela pesquisadora.

Considerando as 238 atividades propostas para implementação dessas intervenções, foram validadas pelo grupo, 138 (60%) delas, sendo excluídas 100 atividades, algumas por corresponderem outros tipos de terapias, a exemplo das medicamentosas e cirúrgicas, outras por se repetirem noutra intervenção, ou por não terem como alvo do cuidado às mulheres idosas, conforme expõe o quadro 11.

Quadro 11 - Intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem *Incontinência urinária de esforço* da NANDA-I, validadas por consenso de especialistas, de acordo com os níveis, número de atividades. João Pessoa – PB, 2016.

NÍVEIS DE CATEGORIA	INTERVENÇÃO NIC	NÚMERO DE ATIVIDADES/ NIC	ATIVIDADES DA NIC VALIDADAS
Principal (02)	Exercícios para musculatura PÉLVICA	12	11
	Cuidados na incontinência URINÁRIA	21	16
Sugeridas (05)	Controle de MEDICAMENTOS	36	12
	ENSINO: indivíduo	27	17
	Controle da eliminação URINÁRIA	17	11
	Controle do peso	14	9
	Monitorização HÍDRICA ¹	22	12
Opcionais (02)	Cuidados com o PERÍNEO	14	5
	Assistência no AUTOCUIDADO: uso do vaso sanitário.	14	9
Proposta pela pesquisadora (02)	Modificação do COMPORTAMENTO ²	42	19
	Reeducação VESICAL ²	19	17
TOTAL		238	138

¹ Intervenção da ligação NANDA, NOC e NIC proposta por Johnson; Bulechek, Butcher, Mass, Moorhead, Swanson¹³⁹ incluída nas intervenções sugeridas pela NIC¹³⁸.

² Intervenções propostas pela pesquisadora.

É oportuno destacar que as especialistas propuseram a substituição do termo paciente contido na descrição das atividades da NIC pelo termo mulher idosa, por entenderem a pertinência desse termo com o objeto do estudo. As demais sugestões apontadas pelos especialistas para clarificar o enunciado das referidas atividades foram de caráter semântico e estrutural, como a substituição de um verbo por outro de sentido semelhante, a organização da estrutura da frase e/ou o acréscimo de termos modificadores para clarificar a ação ou complementar com alguma informação contida nas diretrizes. Sendo assim, as expressões acrescentadas foram destacadas em negrito nos enunciados das atividades para melhor especificar a sua operacionalização.

As especialistas, embora tenham sugerido que fossem excluídas algumas atividades de conteúdo similar ou que não faziam parte do objeto, não indicaram outras, por sentirem-se contempladas nas atividades selecionadas. A NIC propõe modificações nos enunciados das atividades considerando os seguintes aspectos: utilizar o verbo mais ativo que seja apropriado para a situação; evitar combinações entre duas ideias diferentes em uma mesma atividade, a menos que exemplifiquem a mesma coisa; evitar repetições de uma ideia. Para isto, quando duas atividades dizem a mesma coisa, ainda que em outras palavras, eliminar uma delas; acrescentar a expressão conforme apropriado ou conforme necessário no final da descrição das atividades que sejam importantes⁵⁴.

A partir das sugestões apontadas, procedeu-se a uma releitura minuciosa das atividades propostas, com fins de melhorar a estruturação destas informações para compor o protocolo de ações. Neste entendimento, sugeriu-se que as intervenções e atividades de enfermagem elegíveis e validadas por consenso, deveriam ser relacionadas por similaridade e por sequência de prioridades a serem desenvolvidas, estruturadas em quatro eixos norteadores da TC, que contemplam os modos de Adaptação da Teoria do Controle Urinário: motivação para continência, mudança no estilo de vida, controle dos hábitos miccionais e treinamento do assoalho pélvico.

No que concerne ao eixo *motivação para continência* abordaram-se as intervenções modificação do comportamento e ensino: indivíduo; na *mudança no estilo de vida*, o controle do peso e monitorização hídrica; no *controle dos hábitos miccionais*, o controle da eliminação urinária, cuidados na incontinência urinária, assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário, cuidado com o períneo, reeducação vesical e controle de medicamentos; e no *treinamento do assoalho pélvico*, os exercícios para musculatura pélvica, todas com potencialidades para promover um enfrentamento do problema, conforme verificado no quadro 12 a seguir:

Quadro 12 - Intervenções comportamentais de enfermagem para controle da *Incontinência urinária de esforço* em mulheres idosas atendidas na Atenção Primária de Saúde. João Pessoa – PB, 2016.

ADAPTAÇÃO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES DE CUIDADO
MOTIVAÇÃO PARA CONTINÊNCIA	MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO	1. Ajudar a mulher idosa ¹ a identificar pontos fortes e reforça-los.
		2. Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis.
		3. Apresentar a mulher idosa ¹ a pessoas (ou grupos) que tenham enfrentado com sucesso a mesma experiência.
		4. Evitar mostrar rejeição ou depreciação enquanto luta para mudar comportamentos.
		5. Oferecer reforço positivo e decisões que a mesma ¹ tomou com independência.
		6. Auxiliar a mulher idosa ¹ a identificar mesmo os pequenos sucessos.
		7. Identificar o comportamento a ser modificado (comportamento-alvo) em termos concretos e específicos.
		8. Usar períodos de tempo específicos ao medir unidades de comportamento, no caso da Terapia Comportamental para IUE, por no mínimo três meses ¹ .
		9. Determinar se o comportamento-alvo identificado, precisa ser aumentado, diminuído ou aprendido.
		10. Elaborar um programa de mudança de comportamento.
		11. Desenvolver um método para registro do comportamento e suas mudanças.
		12. Encorajar a mulher idosa a participar do registro dos comportamentos.
		13. Facilitar o envolvimento da família e cuidadores de saúde ¹ no processo de modificação, conforme apropriado.
		14. Encorajar a mulher idosa ¹ a participar da escolha dos elementos de reforço.
		15. Explorar a possibilidade de uso do <i>feedback</i> para intensificar a percepção das mudanças de comportamento pela mulher idosa ¹ .
		16. Avaliar as mudanças de comportamentos comparando as ocorrências iniciais com as pós-intervenção.
		17. Registrar o processo de modificação sempre que necessário.
		18. Comunicar o plano de intervenção e as modificações à equipe de tratamento regularmente.
		19. Manter o reforço durante um período mais longo (telefone ou contato pessoal).
	ENSINO: INDIVÍDUO	20. Determinar as necessidades de aprendizagem da mulher idosa ¹ .
		21. Avaliar o nível atual de conhecimentos e compreensão do conteúdo.
		22. Avaliar o nível educacional.
		23. Avaliar capacidades/ deficiências cognitivas, psicomotoras e afetivas.
		24. Identificar ¹ a motivação da mulher idosa ¹ para aprender informações específicas.
		25. Fixar metas de aprendizagem realistas e recíprocas.
		26. Identificar os objetivos de aprendizagem necessários ao alcance das metas.
		27. Selecionar métodos/ estratégias de ensino adequadas.
		28. Adaptar o conteúdo as capacidades/ deficiências cognitivas, psicomotoras e/ou afetivas.
		29. Proporcionar um ambiente que leve à aprendizagem.
		30. Avaliar o que a mulher idosa ¹ conseguiu em relação aos objetivos enunciados.
		31. Reforçar comportamentos, conforme apropriados.
		32. Dar tempo para que faça perguntas e discuta preocupações.
		33. Escolher novos métodos/estratégias de ensino quando as anteriores não tiveram funcionando.
		34. Encaminhar a mulher idosa ¹ a outros especialistas para que alcance os objetivos de aprendizagem, conforme apropriado.
		35. Documentar o conteúdo apresentado, os materiais escritos disponibilizados e o que a mulher idosa ¹ compreendeu das informações, ou seus comportamentos indicativos de aprendizagem, no prontuário.
		36. Incluir a família, pessoas importantes e/ou cuidadores ¹ , conforme apropriado.

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁵⁴.

¹ Expressões destacadas em negrito foram acrescentadas pela pesquisadora e enfermeiras especialistas nos enunciados das atividades, visando clarificar e/ou especificar sua operacionalização.

Continuação

ADAPTAÇÃO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES DE CUIDADO
MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA	MONITORIZAÇÃO HÍDRICA	37. Determinar o histórico da quantidade e o tipo de ingestão de líquidos e dos hábitos de eliminação.
		38. Determinar possíveis fatores de desequilíbrio hídrico
		39. Monitorar peso.
		40. Monitorar a ingestão e a eliminação (questionar acerca do hábito da evacuação diária, com fezes pastosas para evitar o esforço) ¹ .
		41. Monitorar a pressão sanguínea, frequência cardíaca e estado respiratório.
		42. Monitorar a pressão sanguínea ortostática e mudança no ritmo cardíaco, conforme apropriado.
		43. Monitorar mucosas, turgor da pele e sede.
		44. Monitorar cor e quantidade da urina.
		45. Monitorar ocorrência de distensão de veias do pescoço, crepitações pulmonares, edema periféricos e aumento de peso.
		46. Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de ascite.
	CONTROLE DE PESO	47. Observar a presença ou a ausência de vertigem ao colocar-se de pé
		48. Distribuir a ingestão de líquidos, conforme apropriado.
		49. Discutir com a mulher idosa ¹ a relação entre ingestão de alimentos, exercício, aumento e perda de peso.
		50. Discutir com a mulher idosa ¹ as condições capazes de afetar o peso.
		51. Discutir acerca dos hábitos, costumes e fatores culturais e hereditários que influenciem no peso.
		52. Discutir os riscos associados ao fato de estar com excesso (IMC>27) ¹ .
		53. Determinar a motivação individual para mudar os hábitos alimentares.
		54. Determinar o peso corporal ideal do indivíduo.
		55. Encorajar a mulher idosa ¹ a registrar seu peso todas as semanas para uma boa ingestão alimentar e exercícios e exibi-las em local onde possam ser revistar diariamente.
		56. Encorajar a mulher idosa ¹ a consumir diariamente quantidades adequadas de água (em torno de 1.500 a 2.000ml/dia) ¹ .
		57. Informar sobre a disponibilidade de grupos de apoio para prestar auxílio.

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁵⁴.

¹ Expressões destacadas em negrito foram acrescentadas pela pesquisadora e enfermeiras especialistas nos enunciados das atividades, visando clarificar e/ou especificar sua operacionalização.

ADAPTAÇÃO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES DE CUIDADO
CONTROLE DOS HÁBITOS MICTICIONAIS	CONTROLE DA ELIMINAÇÃO URINÁRIA	58. Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor conforme apropriado.
		59. Monitorar o surgimento e sinais e sintomas de retenção urinária.
		60. Identificar os fatores que contribuem para episódios de incontinência.
		61. Orientar a mulher idosa ¹ ou a família a registrar o débito urinário, conforme apropriado.
		62. Encaminhar a mulher idosa ¹ para o médico diante da ocorrência de sinais e sintomas de infecção do trato urinário.
		63. Ensinar a mulher idosa ¹ a obter amostras do jato médio da urina ao primeiro sinal de retorno de sinais e sintomas de infecção.
		64. Ensinar a beber 250 mL de líquido entre as refeições e no início da noite.
		65. Auxiliar a mulher idosa ¹ no desenvolvimento de uma rotina de uso do vaso sanitário, conforme apropriado.
		66. Orientar a mulher idosa ¹ a esvaziar a bexiga antes de procedimentos relevantes.
		67. Restringir líquidos sempre que necessário.
		68. Orientar a mulher idosa ¹ a monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção do trato urinário
	CUIDADOS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	69. Identificar causas multifatoriais de incontinência.
		70. Proporcionar privacidade durante a eliminação.
		71. Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor.
		72. Discutir os procedimentos e os resultados esperados com a mulher idosa ¹ .
		73. Modificar as roupas e o ambiente para propiciar acesso fácil ao vaso sanitário.
		74. Auxiliar a selecionar a roupa/ absorvente adequado para incontinência no controle de curto prazo, enquanto seja planejado um tratamento mais definitivo.
		75. Higienizar a área da pele dos genitais a intervalos regulares.
		76. Oferecer <i>feedback</i> positivo diante de qualquer redução nos episódios de incontinência.
		77. Limitar os líquidos para duas a três horas antes de dormir, conforme apropriado.
		78. Programar a administração de diuréticos de modo a causar impacto mínimo no estilo de vida.
		79. Orientar a mulher idosa ¹ /família a registrar a eliminação e o padrão urinário, conforme apropriado.
		80. Orientar a mulher idosa ¹ a beber um mínimo de 1.500mL de líquidos/dia.
		81. Orientar sobre formas de evitar constipação ou impactação fecal.
		82. Limitar a ingestão de irritantes vesicais (p.ex., refrigerantes ¹ , café, chá, chocolate, álcool ¹).
		83. Monitorar hábitos intestinais.
		84. Encaminhar a especialista em continência urinária, conforme apropriado.
	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO: USO DO VASO SANITÁRIO	85. Levar em conta a cultura da mulher idosa ¹ ao promover atividades de autocuidado.
		86. Levar em conta a idade da mulher idosa ¹ ao promover atividades de autocuidado.
		87. Ajudar a mulher idosa ¹ a chegar ao vaso sanitário/cadeira higiênica/comadre urinol partido/urinol comum, a intervalos específicos, se necessário ¹ .
		88. Analisar a reação da mulher idosa ¹ à falta de privacidade.
		89. Proporcionar privacidade durante a eliminação.
		90. Facilitar a higiene íntima ao final da eliminação.
		91. Orientar a mulher idosa ¹ / outras pessoas sobre a rotina de eliminação
		92. Providenciar dispositivos auxiliares, conforme apropriado.
		93. Monitorar a integridade da pele da mulher idosa ¹ .

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁵⁴.

¹ Expressões destacadas em negrito foram acrescentadas pela pesquisadora e enfermeiras especialistas nos enunciados das atividades, visando clarificar e/ou especificar sua operacionalização.

ADAPTAÇÃO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES DE CUIDADO
CONTROLE DOS HÁBITOS MICCIONAIS	CUIDADO COM O PERÍNEO	94. Orientar acerca da ¹ higiene, conforme apropriado.
		95. Manter o períneo seco.
		96. Limpar completamente o períneo a intervalos regulares
		97. Orientar o uso de ¹ absorventes para drenagem, conforme apropriado.
		98. Registrar as características da drenagem, conforme apropriado.
	REEDUCAÇÃO VESICAL	99. Determinar a capacidade de reconhecer a urgência para urinar.
		100. Manter registro da continência durante três dias para estabelecer o padrão urinário.
		101. Ajudar a mulher idosa ¹ a identificar padrões de incontinência.
		102. Revisar o ato de eliminação urinária com a mulher idosa ¹ .
		103. Estabelecer um intervalo para programa inicial de uso do vaso sanitário, com base no padrão de eliminação.
		104. Estabelecer um intervalo para o uso do vaso sanitário não inferior a uma hora e, de preferência, não superior a duas horas.
		105. Levar a mulher idosa ¹ ao vaso sanitário e lembrá-lo de urinar nos intervalos prescritos, conforme apropriado ¹ .
		106. Oferecer privacidade durante o uso do vaso sanitário.
		107. Usar o poder da sugestão (p.ex., abrir torneira ou dar descarga no vaso sanitário) para ajudar a mulher idosa ¹ a urinar.
		108. Evitar deixar a mulher idosa ¹ no vaso sanitário por mais de cinco minutos.
		109. Reduzir o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora quando ocorrerem mais de 3 episódios de incontinência em 24h
		110. Manter o intervalo de uso do vaso sanitário quando três ou menos episódios de incontinência ocorrer em 24 horas.
		111. Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora quando a mulher idosa ¹ não conseguir urinar em dois ou mais momentos programados para uso do vaso sanitário.
		112. Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em uma hora quando a mulher idosa ¹ não apresentar episódios de incontinência durante três dias, até ser alcançado um intervalo ideal de quatro horas.
		113. Manifestar confiança de que a incontinência será melhorada.
		114. Ensinar a mulher idosa ¹ a conter a urina conscientemente até chegar o momento combinado de uso do vaso sanitário.
		115. Conversar sobre o registro diário de continência com a mulher idosa ¹ para oferecer reforço.
	CONTROLE DE MEDICAMENTOS	116. Revisar periodicamente com a mulher idosa ¹ e/ou familiares os tipos e as quantidades dos medicamentos tomados
		117. Monitorar respostas às mudanças no regime medicamentoso, conforme apropriado.
		118. Determinar o conhecimento da mulher idosa ¹ sobre os medicamentos.
		119. Desenvolver estratégias com a mulher idosa ¹ para melhorar a adesão ao regime medicamentoso prescrito.
		120. Consultar outros profissionais da saúde para minimizar a quantidade e a frequência dos medicamentos necessários para um efeito terapêutico.
		121. Ensinar a mulher idosa ¹ e/ou familiares a ação e os efeitos secundários esperados dos medicamentos.
		122. Providenciar para a mulher idosa ¹ e familiares informações escritas e ilustradas para melhorar a autoadministração dos medicamentos, conforme apropriado.
		123. Orientar a mulher idosa ¹ sobre o momento de buscar atendimento médico.
		124. Identificar os tipos e as quantidades de medicamentos usados sem prescrição médica.
		125. Informar sobre o uso de medicamentos sem prescrição médica e sobre a maneira como eles podem influenciar a condição existente.
		126. Determinar se a mulher idosa ¹ está utilizando remédios caseiros, feitos de acordo com a cultura popular, e os possíveis efeitos no uso dos medicamentos prescritos e não prescritos.
		127. Revisar com a mulher idosa ¹ as estratégias de controle do regime medicamentoso, informando acerca dos medicamentos que não devem ser oferecidos rotineiramente para incontinência urinária, além das causas potencializadoras desse problema no uso de diuréticos, sedativos, hipnóticos, anticolinérgicos e analgésicos opióides ¹ .

ADAPTAÇÃO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NIC	ATIVIDADES DE CUIDADO
TREINAMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO	EXERCÍCIOS PARA MUSCULATURA PÉLVICA	128. Determinar a capacidade para reconhecer a urgência miccional.
		129. Orientar a mulher idosa ¹ a contrair e, depois, relaxar o anel muscular em torno da uretra e do ânus, como se tentasse evitar o movimento urinário ou intestinal.
		130. Orientar a mulher idosa ¹ a evitar contrair o abdome, as coxas e as nádegas, prendendo a respiração ou fazendo esforço durante o exercício.
		131. Assegurar que a mulher idosa ¹ possa distinguir entre o esforço voluntário de contrair os músculos e o esforço involuntário de aliviar a musculatura.
		132. Orientar a mulher idosa ¹ a identificar o músculo levantador do ânus e o urogenital, colocando um dos dedos da mão na vagina e pressionando.
		133. Orientar a mulher idosa ¹ a realizar exercícios de fortalecimento muscular, chegando a até 300 contrações diárias, mantendo cada contração por 10 segundos e descansando, pelo menos, 10 segundos entre cada contração, conforme o protocolo da instituição.
		134. Informar a mulher idosa ¹ que há necessidade de seis a 12 semanas para que os exercícios mostrem resultado.
		135. Oferecer <i>feedback</i> positivo pela realização dos exercícios recomendados.
		136. Ensinar a mulher idosa ¹ a monitorar a resposta aos exercícios tentando interromper o fluxo de urina uma vez por semana, no máximo.
		137. Oferecer instruções escritas que descrevem a intervenção e a quantidade recomendada das repetições.
		138. Discutir o registro da continência com a mulher idosa ¹ , oferecendo reforço, conforme apropriado ¹ .

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁵⁴.

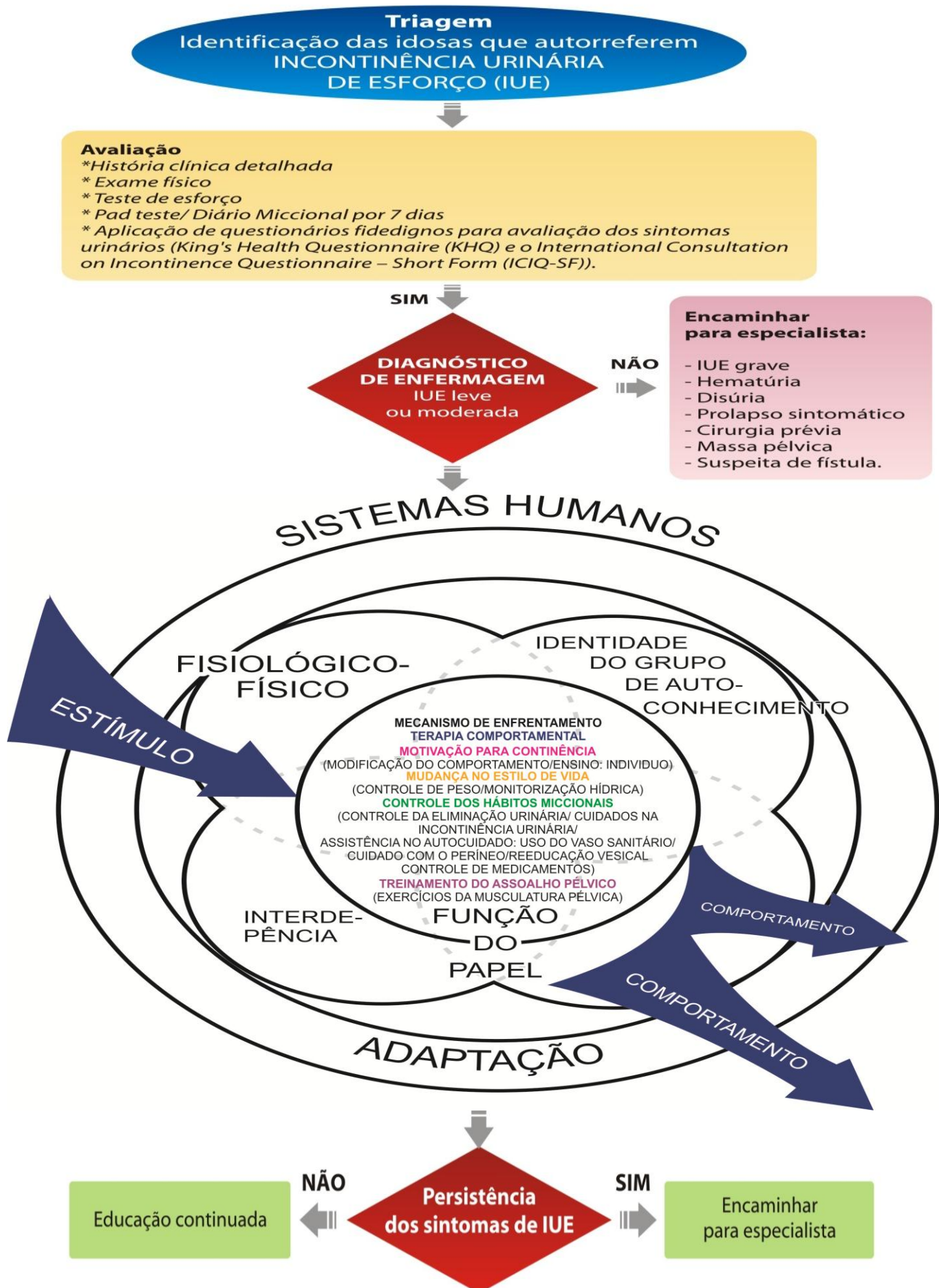
¹ Expressões destacadas em negrito foram acrescentadas pela pesquisadora e enfermeiras especialistas nos enunciados das atividades, visando clarificar e/ou especificar sua operacionalização.

6.4 Etapas envolvidas na implementação e avaliação do protocolo

Segundo as recomendações da OMS, todo protocolo deve ser específico e conter o desenho esquemático do fluxo de informações e ações sobre determinado procedimento que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto. Estes são definidos como representações gráficas de um processo e algoritmos, são descrições que devem se apresentar de forma clara e concisa^{56,130}. As principais vantagens em se utilizar fluxogramas como guias visuais para o cuidado de enfermagem são: visão global da ação; uso de simbologia simples com padronização da comunicação; ciclos de retrabalho e conflitos no processo; definição clara dos limites de atuação, das ações a serem executadas e dos responsáveis, além de serem úteis no treinamento de novos profissionais⁵⁶.

Diante disso, elaborou-se o fluxograma do protocolo de intervenções comportamentais de enfermagem para mulheres idosas com IUE atendidas na atenção primária, no qual se demonstra sua processualidade, tendo em vista, especialmente, a clareza e a coesão do relatório de pesquisa.

Figura 6 - Fluxograma de operacionalização da terapia comportamental para mulheres idosas com incontinência urinária de esforço. João Pessoa-PB, 2016.



É oportuno destacar que para a OMS a construção do protocolo não se esgota neste primeiro momento da síntese das evidências. Faz-se necessário ainda, mesmo após a validação dos profissionais, a revisão de um membro externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento e diretivo da instituição, além da participação dos usuários dos serviços. Contudo, o grupo elaborador deve considerar em qual etapa do processo a participação dos usuários é viável, desejável ou fundamental¹³⁰.

Ressalta-se, que a fase de implementação e avaliação deste protocolo deve ser realizada no estágio de pós-doutoramento da pesquisadora responsável, que contemplará ainda desta etapa da revisão, plano de atualização e implantação, além do indicador de resultado.

Após avaliação do grupo de desenvolvimento, optou-se por envolver a participação das mulheres idosas com IUE somente no momento da implementação do seu uso, quando se trabalhará com a avaliação dessas usuárias a cada etapa de sua operacionalização, para averiguação de possíveis ajustes do protocolo.

No que concerne ao plano de atualização, a OMS recomenda que este deverá ocorrer a cada dois anos ou de forma instantânea (sempre que o grupo executor recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais) e devido a incorreções (percebidas pelo público leitor ou outros profissionais), que deverão ser inseridas a qualquer momento¹³⁰. Assim, somente após estas etapas complementares que serão realizadas na implementação e avaliação do protocolo, será apresentado um plano de implantação e divulgação para Atenção Primária do município de João Pessoa-PB, prevendo o treinamento e a capacitação de enfermeiros e docentes que utilizarão o protocolo.

Outro ponto relevante consiste no indicador de resultado, que envolve uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo. Indicadores precisam ser válidos e confiáveis. O monitoramento de indicadores deve ser atividade planejada e sistemática, para permitir a detecção de falhas e a implantação de melhorias. O monitoramento e divulgação de resultados torna a atenção à saúde mais transparente aos profissionais, pacientes e órgãos gestores públicos e privados, auxiliando os usuários na escolha dos serviços e os gestores na alocação de recursos^{56,130}. Para tanto, utilizar-se-á para monitoração dos resultados obtidos por meio do protocolo, instrumentos válidos e

específicos, como o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) (ANEXO B) e o *King's Health Questionnaire* (KHQ) (ANEXO C).

O ICIQ-SF é um instrumento autoadministrável que avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e na qualificação da perda urinária das pessoas investigadas, além de informações complementares que verificam fatores de risco para esse problema⁷⁸. Foi originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa por *Avery, Donovan e Abrams*, em 2001, e posteriormente, traduzido e validado para o português, em estudo realizado em hospital universitário da cidade de Campinas (SP), com consistência interna elevada (coeficiente alfa de *Cronbach* 0,88)⁷⁸.

O ICIQ-SF inclui seis questões que identificam: idade (1), sexo (2), frequência das perdas de urina (3), quantidade de urina que o indivíduo pensa que perde (4), o quanto essa perda interfere na vida diária (5) e quando ocorre (6). Para cada item de resposta das questões 3, 4 e 5, um escore parcial é atribuído. Ao final da aplicação, um escore total (ICIQ Escore) é elaborado a partir da soma dos escores das questões 3, 4 e 5, que varia de 0 a 21 e corresponde ao impacto da IU na QV da pessoa. Esse impacto é classificado em: nenhum (0 ponto), leve (de 1 a 3 pontos), moderado (de 4 a 6 pontos), grave (de 7 a 9 pontos) e muito grave (10 ou mais pontos)⁷⁸. Pelo fato da questão 1 estar contemplada no instrumento sociodemográfico e da questão 2 contemplar apenas o sexo feminino elegível para este estudo, elas foram suprimidas do instrumento utilizado. Além das questões ora mencionadas, o ICIQ-SF contempla oito itens de autodiagnóstico que correspondem a sintomas urinários específicos, envolvidos nos diferentes tipos de IU, conforme elucidados no quadro 13.

Quadro 13 - Perda urinária investigada no ICIQ-SF e o sintoma urinário correspondente. João Pessoa – PB, 2016.

ICIQ-SF	Sintoma urinário correspondente
Quando perde urina?	
Nunca	Ausência de IU
Perco antes de chegar ao banheiro.	Incontinência por urgência (IUU)
Perco quando tusso ou espirro.	Incontinência aos esforços (IUE)
Perco quando estou dormindo.	Enurese noturna (EN)
Perco quando estou fazendo atividades físicas.	Incontinência aos esforços (IUE)
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo.	Gotejamento pós-miccional (GPM)
Perco sem razão óbvia.	Incontinência urinária mista (IUM)
Perco o tempo todo.	Incontinência urinária mista (IUM)

Fonte: Adaptado de Tamanini, Dambros, D'Ancona, Palma, Rodrigues Netto Jr⁷⁸.

No que concerne ao KHQ, este foi desenvolvido na língua inglesa por *Kelleher, Cardozo, Khulhar e Salvatore*, em 1997, no *Kings College Hospital*, em Londres, e consiste em um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida de pessoas com IU que, até 2005, havia sido traduzido e validado em 35 idiomas, incluindo a língua portuguesa. O questionário ora mencionado, é composto de trinta questões, divididas em nove domínios: percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono/disposição e as medidas de gravidade. Além destes domínios, existe uma escala de presença e intensidade dos sintomas urinários. A avaliação dos domínios é feita quantitativamente por meio de escala do tipo *likert* de 0 a 3, de 1 a 4, 1 a 5, conforme o domínio. O KHQ é pontuado pelos seus domínios. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, maior é o impacto sobre a qualidade de vida relacionada àquele domínio^{79,142}.

Para melhor entendimento e compreensão de todas as etapas do protocolo, faz-se necessária à discussão de todos os fatores que o envolve, conforme o tópico que se segue.

6.5 Protocolo de intervenções comportamentais de enfermagem para controle da incontinência urinária de esforço em mulheres idosas: subsídios da literatura

No que concerne aos aspectos teóricos envolvidos na construção do protocolo, chegou-se ao consenso com os especialistas que o processo de enfrentamento da IUE, por meio da adesão da TC, envolve de forma inter-relacionada, os quatro modos adaptativos sustentados pela Teoria do Controle Urinário (fisiológico, autoconceito, interdependência e função do papel).

Salienta-se que o momento da implementação das intervenções e atividades elencadas no protocolo deve constituir um processo relacional de cuidar envolvendo as mulheres incontinentes, um espaço terapêutico humanizado em que elas também irão falar de suas vidas e, portanto, demandarão da pesquisadora, escuta sensível, ajuda, orientação, presença, dentre outras ações também necessárias à adesão de terapia do controle urinário.

A literatura aponta que a TC é um trabalho integrado do enfermeiro com a pessoa incontinente no qual o profissional orienta ações e a pessoa as pratica, o sistema por sua vez, é alimentado à medida que a pessoa adere às práticas de autocuidado e o enfermeiro

reforça as orientações a fim de atingir o objetivo maior que é a sensação de bem estar e a melhora na qualidade de vida⁵².

Estudo realizado com a TC com mulheres idosas em ambulatório de urogeriatria, observou uma diminuição da frequência de perda urinária significativa, em que 75% das mesmas apresentaram após a terapia ausência de perda urinária⁵². Corroborando com esses achados, em outra pesquisa em que foram implementadas intervenções de enfermagem subsidiadas pela TC, envolvendo mulheres idosas, identificou-se que 50% delas apresentaram ausência de perda urinária, justificando, assim, a terapia antes do encaminhamento para qualquer procedimento cirúrgico destinado a resolução da IU³⁹.

Na Espanha realizou-se um estudo com 302 idosas, durante o período de 2003 a 2010, destinado a verificar os fatores de risco para o fracasso da cirurgia de correção da IUE, e este revelou que as mulheres que realizavam este procedimento podiam ter os seguintes índices de falha, conforme suas comorbidades: partos distócicos prévios (50%), diabetes *mellitus* insulínodpendentes (66%), hipertensão (41%), transtornos respiratórios (66%), uso de ansiolíticos (37%), artrose (28%), obesidade (40%), histerectomia (13%) e perineoplastia (30%)¹⁴³. Tal situação revela que as mulheres idosas que possuem comorbidades associadas possuem possibilidades restritas de sucesso com as cirurgias, necessitando, assim, que os profissionais esgotem as possibilidades terapêuticas não invasivas e conservadoras antes desse procedimento.

Devido ao grande volume de informações e variabilidade na qualidade, há necessidade de elaboração de sínteses que facilitem o acesso e possibilitem conclusões baseadas em diversas fontes de evidência, fornecendo subsídio científico para a tomada de decisão, tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor. Além disso, para auxiliar o processo de tomada de decisão e de formulação de recomendações, sugere-se sintetizar os resultados obtidos com a revisão da literatura, apresentando inclusive medidas de riscos para a população à qual se quer aplicar a intervenção, e descrição do nível de evidência para cada desfecho, incluindo o julgamento sobre cada domínio na avaliação da evidência¹⁴⁴. Para esse propósito, foram desenvolvidos os formatos padronizados para a apresentação das evidências: os sumários de resultados e os perfis das evidências vislumbrados nos resultados apresentados. Assim, foram identificadas cinco etapas indispensáveis para o processo de avaliação de mulheres idosas com IUE a serem submetidas à TC, descritas a seguir.

As diretrizes clínicas evidenciam que há consenso^{87-88,91} quanto à relevância do histórico detalhado com ênfase na caracterização da IU. A avaliação do enfermeiro parte dos aspectos fisiológicos, sem, entretanto, deixar de focar os aspectos psicológicos, sociais e ambientais que influenciam essa problemática⁸⁸.

A triagem para seleção das participantes do estudo deverá, por conseguinte, iniciar pela identificação das mulheres idosas, com sessenta anos e mais, atendidas na atenção primária que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: IUE autorreferida, de grau leve à moderada, identificada por meio da aplicação do ICIQ-SF (ANEXO B); sintoma de perda urinária; ausência de tratamento conservador superior a seis meses; disponibilização para realizar a TC envolvendo a metade ou mais das intervenções a serem implementadas; ter capacidade cognitiva para responder aos questionamentos do estudo após a aplicação do teste de cognição Mini Exame do Estado Mental (MEEN) considerando o escore de 26 pontos para as mulheres idosas completamente alfabetizadas, de 18 pontos para as que tiveram até sete anos de estudo e mínimo de 13 para as analfabetas¹⁴⁵

No tocante aos critérios de exclusão, não deverão ser consideradas aptas a participar da TC as mulheres idosas com: queixas predominantes de sintomas irritativos vesicais, infecção aguda do trato urinário inferior, diabetes *mellitus*, correção cirúrgica para a IUE anterior, doenças neurológicas (acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla, doença de *Parkinson* e acidentes vértebro-medulares, lesão do nervo pudendo), uso de fármacos (antagonistas de alfa-adrenérgicos, diuréticos, sedativos e inibidores da enzima de conversão da angiotensina), diminuição da capacidade cognitiva (demência senil, *Alzheimer*), presença de prolapso severo superior ao grau II (prolapso visível no intróito vaginal) e IMC > 35.

Atendidos tais critérios, após um contato de sensibilização com as mulheres idosas, deverá ser realizado, o exame físico, o teste de esforço e a obtenção da história clínica mediante entrevista subsidiada por instrumentos envolvendo as seguintes variáveis: dados de identificação da pesquisa, informações relativas aos dados clínicos relacionados à IUE sustentadas pela literatura pertinente (conforme modelo do APÊNDICE D), dados relacionados ao impacto da incontinência sobre a qualidade de vida das mulheres idosas contemplados no ICIQ-SF (ANEXO B) e no KHQ (ANEXO C), além do preenchimento do diário miccional (ANEXO D).

Nesse contexto, o primeiro passo na assistência de enfermagem a pessoas incontinentes deve ser a entrevista. A anamnese deve contemplar os antecedentes pessoais,

ginecológico-obstétricos, os aspectos relativos ao início dos sintomas, duração, frequência, período, quantidade, gravidade, condições associadas, e outros sintomas urinários. Além disso, é necessário a investigação acerca dos hábitos alimentares e ingestão hídrica, sensibilidade e controle vesical, uso de recursos (fraldas, absorventes, cateteres) e sua frequência, sintomas percebidos, manobras de esvaziamento vesical, características da urina, presença de dores, classificação da incontinência, problemas de saúde, uso de medicamentos e descrição do impacto na qualidade de vida da mulher^{87-88,91}.

Há pouca evidência de que a realização de um exame clínico melhora o atendimento (NICE nível IV e *Geriatric Nursing Protocols*, nível não especificado)^{87,91}, mas amplo consenso sugere que ele continua a ser uma parte essencial da avaliação de pessoas com IUE. O exame físico deve enfatizar o exame abdominal, retal, genital e neurológico. O exame físico genital permite a avaliação da função muscular, podendo ser realizado pela palpação digital ou por equipamentos específicos, tais como, dispositivo pneumático e a eletromiografia⁸⁷. A avaliação genital em mulheres inclui ainda à procura de evidências de atrofia ou massa, bem como quaisquer sinais de prolapso uterino, cistocele, retocele, rotura perineal, lesões irritativas e sinais flogísticos. O toque retal é útil para excluir a presença de impactação fecal ou massa, além de avaliar o tono do esfíncter e a sensibilidade perineal à procura de sinais de déficit neurológico. Durante o exame neurológico, atenção especial deve ser dada à mobilidade, à destreza manual, estado mental, sinais de doenças como *Parkinson*, discos hernianos, tumores, dentre outras⁷⁵. O exame físico minucioso exclui a hipótese de outras causas relacionadas à IUE que não teriam benefícios com a TC.

A avaliação das mulheres com IUE também requer um teste de estimulação da tosse, que deve ser realizado com a mulher em posição ortostática, com a bexiga cheia, solicitando desta que simule situações de esforços como, tossir, espirrar, o que também pode ocorrer com a manobra de Valsalva. Esse teste também pode ser feito com a bexiga vazia ou após o primeiro desejo miccional durante o enchimento da mesma com soro fisiológico por cateter intravesical. Estudos combinados sugerem que tal teste, quando positivo, é fortemente indicativo de IUE. O teste de esforço com a bexiga cheia em posição supina, quando positivo, tem uma acurácia 9,4 vezes maior para o diagnóstico de IUE, quando comparado com o mesmo teste com a mulher com a bexiga vazia¹⁴⁶⁻¹⁴⁷, justificando assim, a utilização do teste do esforço com a bexiga cheia neste protocolo.

Dada a necessidade de se quantificar o volume da perda urinária nas pessoas com IUE, pode-se fazer o teste do absorvente (*Pad test*) e também o uso do diário miccional (ANEXO D), que avalia a frequência urinária diurna e a noctúria, bem como, a perda de urina aos esforços. O *Pad Test* quantifica a perda de urina em mulheres submetidas a manobras de esforço corriqueiras como agachar, andar, correr, subir e descer escadas, por meio da pesagem de um absorvente previamente aferido, junto ao meato uretral externo. No entanto, a NICE⁸⁷ não recomenda que seja utilizado na avaliação inicial. O teste pode ser realizado em nível ambulatorial (curto período, geralmente 1 hora), no qual perdas superiores a 1g caracterizam a IU, ou em nível domiciliar (24 h), no qual perdas superiores a 15g caracterizam o problema. Afirma-se que testes de 24 horas (longa duração) são mais fidedignos para representar a perda urinária^{57,95,62,65}, entendimento adotado na condução deste protocolo.

A RNAO recomenda o uso do diário da perda miccional (nível de evidência III) de no mínimo três dias e no máximo oito semanas para avaliação de pessoas com sintomas miccionais. A duração da avaliação não é acordada com base nos estudos revisados pelas diretrizes⁵¹. A utilização do diário por uma hora, validado pela *International Consultation on Incontinence*, especifica a perda de 1,1 a 9,9g, como leve; 10 a 49,9g, como moderada; e 50g como severa⁵⁷. Apesar dessa diferença de recomendação na variação tempo, os diários miccionais geralmente concedem dados fidedignos sobre a função do trato urinário inferior e devem ser usados no mínimo por três dias⁸⁷. Com base nessas recomendações optou-se por estabelecer neste protocolo um diário de sete dias para melhor avaliação.

A aplicação de diferentes questionários de autorrelato de sintomas foi identificada como instrumento de auxílio na avaliação da gravidade e no impacto na qualidade de vida de pessoas com IUE⁹⁶. Por orientação da 5th *International Consultation on Incontinence*¹⁴⁸ e da NICE⁸⁷, torna-se imperativa a aferição do impacto dos sintomas urinários na qualidade de vida dos indivíduos que apresentam perda urinária, logo na avaliação inicial. Para tal, devem-se utilizar questionários específicos de alta qualidade (Grau A) que determinam a percepção física, psicológica e o bem-estar social. Dentre os mais utilizados, recomendam-se o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) (ANEXO B) e o *King's Health Questionnaire* (KHQ) (ANEXO C)^{65,87,149}. Para tanto, a indicação deste protocolo é que se apliquem esses questionários antes da TC e, especificamente o KHQ, após sua realização, para melhor avaliação dos seus resultados.

A NICE⁸⁷ recomenda que após a avaliação inicial, em casos de IUE grave e outros agravos complicadores, como hematúria, disúria, prolapso sintomático, cirurgia anterior, massa pélvica e suspeita de fístula; seja feito o encaminhamento da pessoa a um serviço especializado. No entanto, há consenso nas diretrizes que portadores de IUE leve à moderada, devem receber como tratamento de primeira escolha, com recomendação A (nível I) à TC^{87-88,91}.

Assim, no processo do desenvolvimento de uma diretriz clínica ou de um protocolo clínico, faz-se necessária, ainda, a identificação dos desfechos a serem considerados, assim como a importância relativa entre eles no processo de tomada de decisão. A escolha por desfechos deve ser orientada por sua relevância para a pessoa incontinente, e não pela informação disponível na literatura¹⁴⁴. Para os desfechos das recomendações para TC, recomenda-se neste protocolo, a identificação do diagnóstico de enfermagem IUE leve ou moderada, após a implementação de todos esses critérios indispensáveis realizados na avaliação inicial das mulheres idosas. Neste contexto, somente após essa tomada de decisão, encaminhar-se-á as mulheres para implementação das intervenções de enfermagem, que envolverão as nove intervenções das três diretrizes clínicas que foram contempladas em 11 intervenções e 138 atividades de enfermagem validadas consensualmente, apresentadas nos tópicos que se seguem, considerando-se os quatro eixos norteadores que envolvem os modos de adaptação para o controle urinário.

Tendo em vista as proposições da NIC, espera-se que as intervenções de enfermagem sejam escolhidas de acordo com a natureza de uma especialidade, a frequência em que são utilizadas ou a necessidade do enfermeiro de atender às especificidades de uma população no contexto de sua prática clínica. Assim, aguarda-se que em processos terapêuticos em pessoas atendidas no domicílio e na comunidade, envolvam as intervenções do domínio fisiológico básico e comportamental, sendo estas as mais necessárias⁵⁴, o que guarda consonância com os resultados deste estudo.

O eixo *motivação para continência* aborda as intervenções *modificação do comportamento*, que é definida como “promoção de uma mudança de comportamento”^{54:234}, e *ensino: indivíduo*, que consiste no “planejamento, implementação e avaliação de um programa de ensino criado para atender as necessidades específicas do paciente”^{54:235}, ambas totalizando 36 atividades de enfermagem, dentre elas, destacam-se: encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis; facilitar o envolvimento da família e cuidadores de saúde no processo de modificação, conforme apropriado; avaliar as

mudanças de comportamentos comparando as ocorrências iniciais com as pós-intervenção; avaliar o nível atual de conhecimentos e a compreensão do conteúdo; além de proporcionar um ambiente que leve à aprendizagem.

É oportuno destacar que a intervenção *modificação do comportamento* não está contemplada na lista das intervenções sugeridas e opcionais da relação NANDA- I/NIC¹³⁸, nem tão quanto da NANDA/NIC/NOC¹³⁹, esta foi acrescentada pela pesquisadora e reafirmada pelo grupo de especialistas que validaram consensualmente o protocolo.

Para dar início a TC é necessário à escolha de um ambiente acolhedor, a motivação para o controle urinário e o envolvimento tanto do profissional com as mulheres, como também com seus familiares e/ou cuidadores. É oportuno ainda avaliar o nível de conhecimento sobre o problema de saúde, as barreiras ambientais e atitudinais para adaptação da continência.

Em estudo realizado por enfermeiras abordando a TC em mulheres idosas, verificou-se durante o seu acompanhamento, que as mesmas, quando acompanhadas por seus familiares nas consultas tinham mais aderência à terapia, pois os acompanhantes reforçavam as orientações do enfermeiro, ajudavam a realizar as anotações no diário miccional e as próprias mulheres eram mais envolvidas em seguir a proposta da terapia, sentindo-se mais apoiadas pela família e/ou pelos cuidadores⁵².

Para a pessoa idosa e familiares, é importante salientar as estratégias comportamentais para enfrentar as barreiras ambientais e atitudinais que envolvem a continência. As barreiras ambientais incluem: deslocamento até o banheiro; adaptação doméstica, para que as alterações motoras ou outras morbidades não aumentem os episódios de perda urinária; proximidade e disponibilidade do banheiro; acessibilidade ao vaso sanitário e iluminação satisfatória. Recomenda-se, ainda, a elaboração de um programa educacional atualizado realizado por enfermeiros, acerca das barreiras atitudinais com a incorporação das seguintes informações: mitos relacionados à incontinência e envelhecimento; definição de continência e incontinência; avaliação de continência; assistência ao sanitário; uso do diário miccional; relação da constipação intestinal e funcionamento da bexiga saudável; medidas de higiene; dentre outras⁸⁸.

Tanto para evacuar quanto para urinar, o relaxamento muscular no vaso sanitário é bastante favorável, pois possibilita o esvaziamento intestinal e vesical, de forma completa, sem ansiedade. A maioria das mulheres tem muita dificuldade de sentar-se em vasos

sanitários de banheiros públicos, hábito este que dificulta o relaxamento da musculatura esfinteriana, ocasionando um esvaziamento vesical incompleto, sendo fundamental que sejam esclarecidas sobre esse aspecto, buscando soluções simples como forrar o assento sanitário com papel higiênico. As mulheres devem também ser orientadas sobre a importância de urinar ou evacuar no momento em que sentirem vontade, pois o ato de conter urina e fezes provoca um esforço desnecessário da musculatura pélvica, favorecendo as infecções do trato urinário e a constipação intestinal¹⁵⁰.

Nesse entendimento verifica-se que faz-se necessária uma *mudança no estilo de vida*, que contempla o eixo norteador que envolve as intervenções de enfermagem *monitorização hídrica*, definida como “coleta e análise de dados do paciente para regulação do equilíbrio hídrico”^{54:436} e *controle do peso* que consiste na “facilitação da manutenção de peso corporal adequado e porcentagem de gordura corporal ideal”^{54:593}. Esse eixo contempla 21 atividades de enfermagem, dentre elas, se sobressaem: determinar o histórico da quantidade e do tipo de ingestão de líquidos e dos hábitos de eliminação; monitorar peso; discutir com a mulher idosa a relação entre ingestão de alimentos, exercício, aumento e perda de peso; discutir acerca dos hábitos, costumes e fatores culturais e hereditários que influenciem no peso; além de encorajar a mulher idosa a consumir diariamente quantidades adequadas de água.

A orientação da ingestão adequada de líquidos constitui importante intervenção no contexto da TC. Conforme as diretrizes clínicas⁸⁷⁻⁸⁸, a ingestão hídrica diária desejada corresponde cerca de 1.500 a 2.000 ml por dia, administrada na forma de pequenos acréscimos entre o café da manhã e a refeição noturna. Isso ajuda a reduzir a urgência urinária relacionada com a produção de urina concentrada, diminui o risco de infecção do trato urinário e mantém o funcionamento intestinal. Líquidos contendo cafeína, refrigerantes e álcool devem ser evitados, pois constituem irritantes vesicais, resultando, desse modo, em urgência urinária. Ressalta-se, que algumas pessoas, especialmente idosas, que apresentam diagnósticos médicos coexistentes, como insuficiência cardíaca ou doença renal terminal, precisam discutir seu limite hídrico diário com o médico.

No processo de modificação do estilo de vida, também deve ser considerado o hábito alimentar, sendo oportuno proporcionar o hábito de evacuar diariamente, com fezes pastosas e que não requeiram esforço. Para tanto, a orientação e o seguimento são as regras mais importantes na assistência de enfermagem, pois mudança gradativa, com pequenos hábitos que se incorporem no dia a dia, tem mais chance de serem mantidos. Assim, o

consumo de fibras insolúveis deve ser o primeiro implemento, além da orientação para evitar o consumo excessivo de farináceos, doces e frituras, que poderá ser incorporada pela substituição por alimentos mais saudáveis, para controle do peso¹⁵¹.

Os estudos ressaltam que a obesidade estar associada à incontinência como um fator complicador, pois, o elevado índice de massa corpórea (IMC) pode aumentar a pressão intra-abdominal nas mulheres, favorecendo ainda mais a IUE^{69,95}. Por isso, o controle do peso precisa ser considerado como assistência essencial nas intervenções de enfermagem, sobretudo quando o IMC for superior a 27, segundo a *Geriatric Nursing protocols*⁹¹, ou maior que 30 para a *National Institute for Health and Care Excellence*⁸⁷. Neste protocolo, consideram-se necessárias as intervenções quanto ao controle do peso, nas mulheres idosas com o IMC >27.

Quanto ao *controle dos hábitos miccionais*, observou-se o maior quantitativo de intervenções de enfermagem contempladas nesse eixo norteador, entre as quais evidenciaram-se o *controle da eliminação urinária*, definido como: “manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária”^{54:733}; *cuidados na incontinência urinária* compreendidos como “auxílio na promoção da continência e na manutenção da integridade da pele e do períneo”^{54:734}, *assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário*, que consiste no “auxílio à outra pessoa nas eliminações”^{54:176}; *cuidado com o períneo*, que compreende a “manutenção da integridade da pele do períneo e alívio do desconforto perineal”^{54:736}; *reeducação vesical*, entendida como a “melhora do funcionamento da bexiga para pessoas com incontinência urinária, aumentando a capacidade da bexiga para conter a urina e a capacidade do paciente para interromper o ato urinário”^{54:750}; e, por fim, o *controle de medicamentos*, definido como “facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos”⁷⁵².

No total, foram elucidadas setenta atividades de enfermagem, para a implementação de seis intervenções de enfermagem contidas no eixo *controle dos hábitos miccionais*, dentre elas destacaram-se: ensinar a beber 250 mL de líquido entre as refeições e no início da noite; orientar a mulher idosa a monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção do trato urinário; proporcionar privacidade durante a eliminação; monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor; auxiliar a selecionar a roupa, absorvente adequado para incontinência no controle de curto prazo, enquanto seja planejado um tratamento mais definitivo; limpar completamente o períneo a intervalos regulares; ajudar a mulher idosa a identificar padrões de incontinência;

estabelecer um intervalo para programa inicial de uso do vaso sanitário, com base no padrão de eliminação; conversar sobre o registro diário de continência com a mulher idosa para oferecendo-lhe reforço; revisar periodicamente com a mulher idosa e/ou familiares os tipos e as quantidades dos medicamentos usados e, por fim, determinar o conhecimento da mulher idosa sobre os medicamentos.

É oportuno mencionar que a intervenção *reeducação vesical* também não está contemplada na lista das intervenções sugeridas e opcionais da relação NANDA- I/NIC¹³⁸, nem tão quanto da NANDA/NIC/NOC¹³⁹, esta foi acrescentada considerando o julgamento da pesquisadora, reafirmado pelo grupo de especialistas quanto à sua efetividade para implementação da TC em mulheres idosas com IUE na atenção primária. Já a intervenção *cuidados na incontinência urinária* destaca-se por ser uma das intervenções principais sugerida pela NIC¹³⁸.

Durante a vida, as pessoas adquirem hábitos comportamentais errôneos, especificamente os miccionais, que precisam ser gradualmente modificados, com a cooperação e o envolvimento da pessoa e da família⁸⁶. Após o estabelecimento das tendências naturais da micção e da IU, a exemplo de urinar com horário definido, pode ser bastante eficaz à assistência da equipe de enfermagem envolvendo mulheres com IUE. O objetivo é esvaziar a bexiga antes que ela atinja o volume crítico causador da incontinência. Essa abordagem envolve o treinamento vesical que contempla: a micção programada ou por solicitação¹⁵².

O treinamento vesical consiste em micções com intervalos programados progressivamente maiores, com o objetivo de reduzir os episódios de perdas urinárias por meio do aumento da capacidade vesical e do restabelecimento da função vesical normal¹⁴⁰. Envolve a identificação do menor intervalo sem perda urinária (mediante o diário miccional) e sua progressiva ampliação até permanecer três a quatro horas sem incontinência⁵⁹. Essa técnica permite que a bexiga permaneça com baixos volumes, evitando, contrações detrusoras involuntárias e a IUE. Enquanto que, a micção comandada ou solicitada, corresponde à micção programada realizada pelos familiares ou cuidadores quando a pessoa apresenta dificuldades cognitivas que o fazem se esquecer de urinar nos momentos estabelecidos. O cuidador verifica se a pessoa permanece seca e, caso esteja, ajuda-lhe a usar o banheiro ao mesmo tempo que o reforça positivamente para a essa ação¹⁵²⁻¹⁵³.

No que concerne aos dispositivos para IU, a NICE⁸⁷ enfatiza que esta opção não constitui um tratamento que promove a cura da IU, devendo ser utilizados apenas como adjuvantes da terapia em uso, ou como uma estratégia de enfrentamento, favorecendo a melhora da qualidade de vida. Diversos dispositivos foram desenvolvidos para ajudar as pessoas que têm perdas urinárias, baseados em diferentes princípios, os quais se adaptam a distintos tipos de problemas, dentre eles destinam-se às mulheres os pessários vaginais, os cateteres, os dispositivos intrauterinos, as fraldas e os absorventes externos¹⁴¹. A NICE⁸⁷, e a *Geriatric Nursing Protocols*⁹¹ ressaltam, ainda, quanto à restrição no uso de cateteres vesicais, sendo estes estimulados apenas para os casos de retenção urinária, devido seu alto índice de infecção urinária.

Os pessários vaginais são dispositivos que dão maior sustentação aos órgãos pélvicos da mulher, indicados para os casos de IU associada à prolapsos, sendo adaptados individualmente de acordo com a anatomia, o grau de prolapso e a fraqueza de sustentação da bexiga, mantendo-a em posição ideal, favorecendo a continência urinária. Enquanto que os dispositivos intrauterinos são pequenos tubos feitos de material macio e flexível, de fácil manuseio, colocados na uretra feminina, de forma a ocluí-la e evitar a perda urinária, permanecendo no local por algumas horas, quando a mulher o retira para urinar. Tem pouca aceitação nos países em que são comercializados, devido à pequena opção de produtos, à necessidade de orientação para o uso e à possibilidade de favorecer inflamações uretrais e infecções urinárias, quando do uso prolongado¹⁵⁰. Destaca-se que a NICE⁸⁷ não recomenda a utilização de dispositivos intravaginais e intrauretrais, e menciona que estes devem ser restritos para evitar constrangimentos, como por exemplo, perda urinária durante a prática do exercício físico.

No tocante às fraldas e absorventes externos é oportuno mencionar que seu uso é bastante difundido entre as pessoas com IU, embora no início seja bastante constrangedor. Durante o tratamento, à medida que a perda urinária diminui, a pessoa deverá ser encorajada a ir reduzindo gradativamente seu uso, pois esse processo contribui para melhorar a continência. Muitas pessoas descuidam-se de urinar espontaneamente, acelerando as perdas, pelo fato de sentirem-se protegidas pelas fraldas¹⁵⁰.

Quanto ao controle de medicamentos, evidencia-se que alguns não devem ser oferecidos inicialmente, principalmente, durante a TC⁹¹, como a duloxetina (a não ser em caso cirúrgico ou medicamentoso) e o uso de estrógenos para tratamento sistêmico de IU⁸⁷.

Faz-se necessário, ainda, evitar ou ajustar a dose de alguns medicamentos como: diuréticos, sedativos, hipnóticos, anticolinérgicos, amitriptilina e analgésicos opióides⁸⁸.

O último eixo norteador da TC corresponde ao *treinamento do assoalho pélvico* que envolveu a intervenção de enfermagem *exercícios para musculatura pélvica* que consiste em “fortalecimento e treinamento dos músculos levantador do ânus e urogenital pela contração voluntária e repetitiva para reduzir a incontinência de esforço, de urgência ou ambas”^{54:585} contemplando 11 atividades de enfermagem, dentre elas: orientar a mulher idosa a contrair e, depois, relaxar o anel muscular em torno da uretra e do ânus, como se tentasse evitar o movimento urinário ou intestinal; assegurar que a mulher idosa possa distinguir entre o esforço voluntário de contrair os músculos e o esforço involuntário de aliviar a musculatura; orientar a mulher idosa a realizar exercícios de fortalecimento muscular, chegando a desenvolver até 300 contrações diárias, mantendo cada contração por 10 segundos e descansando, pelo menos, 10 segundos entre cada contração, conforme o protocolo da instituição e informar a mesma que há necessidade de seis a 12 semanas para que os exercícios mostrem resultado. Esta intervenção de enfermagem destaca-se por ser uma das intervenções principais sugerida pela NIC¹³⁸. Há consenso também nas diretrizes clínicas^{87-88,91} que o Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico (TMAP) é considerado como padrão-ouro para o tratamento da IUE com nível “I” de evidência, e adicionalmente, melhora a percepção da mulher quanto à doença e à diminuição do impacto em sua qualidade de vida.

No contexto da TC, evidenciou-se em um estudo que os enfermeiros podem atuar nas atividades físicas recomendadas para as mulheres incontinentes, entre as quais está incluída o TMAP, realizado através de exercícios que visam fortalecer essa região do corpo para diminuir os sintomas causados pela IU^{88,154}.

Considerando a TMAP, a NICE⁸⁷ recomenda oferecer exercícios supervisionados da musculatura do assoalho pélvico envolvendo leve tensionamento dos mesmos músculos usados para cessar flatos ou o fluxo de urina, com incrementos de cinco a dez segundos seguidos por fases de repouso de dez segundos, totalizando oito contrações. Para serem efetivos, esses exercícios precisam ser feitos duas ou três vezes ao dia por, pelo menos, três meses. Dependendo da força da musculatura pélvica, quando inicialmente avaliada, essas repetições podem ser aumentadas ao longo das sessões. As pessoas idosas podem precisar se exercitar por períodos de tempo mais longo para fortalecer os músculos do assoalho pélvico. No entanto, não deve-se utilizar de forma rotineira, a perineometria ou

eletromiografia, *biofeedack* e eletroestimulação, para treinamento do músculo do assoalho pélvico⁸⁷.

Na proposta de tratamento de IUE sem a utilização de aparelhos, estudo comparativo foi realizado na Santa Casa de Belo Horizonte, no qual foi aplicado o tratamento a dois grupos, utilizando-se em um deles apenas a reabilitação do assoalho pélvico inferior, e em outro, sessões de eletroestimulação. As participantes do estudo foram mulheres, com idades entre 31 e 67 anos, com IU, sendo essas divididas aleatoriamente em dois grupos de sete participantes. Os resultados obtidos após dez sessões de tratamento foram os seguintes: no primeiro grupo, 71,4% das mulheres ficaram sem sintomas e 28,6% com perda leve. No grupo submetido à eletroestimulação, 28,6% delas encontravam-se sem sintomas, 57,1% com perda leve e 14,3% com perda moderada¹⁵⁵.

A assistência de enfermagem a mulheres com IU sem a utilização de aparelhos vem crescendo, porque os estudos estão apontando essa alternativa como uma possibilidade concreta por meio da qual se obtêm bons resultados, a baixo custo. O mesmo também foi demonstrado em pesquisa desenvolvida na Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com 27 mulheres, com idade média de 48 anos, com diagnóstico de IUE. As participantes do estudo submeteram-se à reabilitação do assoalho pélvico inferior com duas sessões semanais, durante doze semanas. Elas foram acompanhadas no ambulatório, além de serem orientadas para a realização de exercícios no domicílio, em média, duas vezes ao dia, sem a utilização de qualquer aparelho associado. Os resultados obtidos após esse tratamento demonstraram que 66,7% das mesmas consideraram-se curadas, 14,8% melhoradas e 18,5% referiram apresentar o mesmo quadro clínico prévio¹⁵⁶.

Os resultados expostos, quanto ao uso de intervenções que incluem a reabilitação do trato urinário inferior, são de extrema importância, já que muitos centros de saúde, como nas unidades básicas, costumam não realizar investimentos em equipamentos deste tipo, como o eletroestimulador ou o *biofeedback*. Vale ainda lembrar que esses equipamentos são apenas coadjuvantes no tratamento comportamental para a IU. Acredita-se que este tipo de tratamento, quando bem orientado e acompanhado, permite a pessoa incontinente a obtenção dos resultados desejados, principalmente, o resgate de sua autonomia, independência e autoestima, aspectos esses de suma importância para melhoria de sua qualidade de vida.

Após a implementação dessas intervenções de enfermagem relativas à TC, em casos de persistência dos sintomas, as portadoras de IUE deverão ser encaminhadas para outros membros da equipe, quando houver opção de terapias farmacológicas, cirúrgicas, ou ainda, por falha do tratamento. Em caso de melhora dos sintomas, estas devem ser informadas quanto à importância da educação continuada envolvendo essas mudanças comportamentais^{88,91}.

Dada à importância da aplicabilidade dos aspectos ora mencionados, para que haja uma efetiva promoção da continência urinária, apresenta-se, a seguir, um guia instrucional para a implementação do protocolo aqui proposto, que deve ser observado pelos enfermeiros em sua prática clínica.



**PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES
COMPORTAMENTAIS DE ENFERMAGEM
PARA CONTROLE DA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES
IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DE SAÚDE**

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS

JOÃO PESSOA

ABRIL/2016

Kamyla Félix Oliveira dos Santos

PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS DE ENFERMAGEM
PARA CONTROLE DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM
MULHERES IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.

Este guia foi desenvolvido pela doutoranda Kamyla Félix Oliveira dos Santos do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da Prof. Dr^a Maria das Graças Melo Fernandes.

JOÃO PESSOA

ABRIL/2016

OBJETIVO:

Oferecer um guia prático de intervenções de enfermagem acerca da Terapia Comportamental, adequado à realidade de mulheres idosas atendidas na Atenção Primária, destacando as melhores evidências relacionadas à incontinência urinária de esforço.

.

.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Revisão da literatura.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Comportamental é uma associação de técnicas, de baixo custo, que envolve orientações simples, que podem minimizar ou até mesmo cessar as perdas urinárias, as quais têm como princípio o desenvolvimento de estratégias para minimizar ou eliminar a incontinência urinária.

Atualmente, a incontinência urinária de esforço nas mulheres idosas, revelam-se como um problema de saúde pública devido o aumento significativo dos seus índices de prevalência^{65,69-70}. Abordar a mulher incontinente não constitui tarefa fácil, por envolver desgaste multidimensional caracterizado por alterações na sua saúde física e psicológica, além de implicações no seu desempenho sexual, no aspecto social e ambiental. Essa abordagem torna-se ainda mais complexa, quando envolve mulheres idosas.

Ante essas ponderações, o cuidado do enfermeiro a mulher idosa com essa síndrome geriátrica deve ser sistematizado, pautado em intervenções de enfermagem baseadas em evidências e num modelo teórico pertinente, de modo a favorecer um suporte qualificado a obtenção da melhora da sua qualidade de vida e bem-estar.

Considerando isso, este protocolo tem por finalidade instrumentalizar os enfermeiros no tocante a padronização das intervenções comportamentais para controle da IUE em mulheres idosas atendidas na atenção primária de saúde, com bases em nove intervenções propostas pelas diretrizes clínicas *Promoting Continence Using Prompted Voiding, Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)*⁸⁸, *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice, Springer Publishing Company*⁹¹, *Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women, National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*⁸⁷, que são contempladas em 11 intervenções e 138 atividades de enfermagem da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) que foram validadas consensualmente por um grupo de desenvolvimento. Para subsidiar o protocolo, utilizou-se a Teoria do Controle Urinário, derivada da Teoria de Adaptação de Roy, visando promover a adaptação à continência.

É oportuno destacar que este material não esgota o aporte teórico sobre o problema em questão, porém contempla a maioria das situações práticas voltadas para o atendimento dos enfermeiros as mulheres idosas com incontinência urinária de esforço na Atenção Primária. Faz-se necessário que o profissional, mediante a avaliação das intervenções e atividades apresentadas, assim como através da utilização do raciocínio clínico e da tomada de decisão para sua utilização no serviço, considere as especificidades das mulheres e as características do local que será implementado.

2 ASPECTOS LEGAIS

As ações descritas neste protocolo possuem como respaldo legal, resoluções do Conselho Federal de Enfermagem, que norteiam a atuação dos profissionais, visando à garantia do seguimento das legislações vigentes e à organização do processo de trabalho⁵⁶, fundamentada nas seguintes normativas:

- ✓ Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, a qual determina como ação privativa do Enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem e, neste contexto, a prescrição da assistência de enfermagem, visando à garantia da integralidade do cuidado¹¹⁷.
- ✓ Resolução COFEN 159/93 – dispõe sobre Consulta de Enfermagem como atividade privativa do Enfermeiro¹¹⁸.
- ✓ Resolução COFEN 358/2009 - dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Esta pressupõe, ainda, a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde¹¹⁹.
- ✓ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, prevendo a elaboração de protocolos e procedimentos, entre outros, pelas instituições¹²⁰.
- ✓ Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 - altera a Lei nº 8.080/1990, e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS¹²¹.

3 GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA

Para compreensão das recomendações e avaliação da força de evidência das intervenções de enfermagem propostas neste protocolo, faz-se necessário o entendimento de que as classificações dos níveis de evidências das diretrizes possuem apresentações similares, contudo, são distintas em relação aos estudos envolvidos, conforme evidenciado nos quadros 1 e 2. A NICE⁸⁷ e a *Geriatric Nursing Protocols*⁹¹ classificam os estudos mediante a proposta de *Melnyk, Fineout-Overholt*¹³⁴, enquanto que a RNAO⁸⁸ propõe níveis de evidência diferenciados.

Quadro 1 - Classificação dos estudos de acordo com o nível de evidência, conforme a proposta de *Melnyk, Fineout-Overholt*¹³⁴. João Pessoa – PB, 2016.

Nível de evidência	Características	
Nível 1	Revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;	Mais fortes  Mais fracos
Nível 2	Ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;	
Nível 3	Ensaios clínicos bem delineados sem randomização;	
Nível 4	Estudo de coorte e de caso de controle bem delineados;	
Nível 5	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;	
Nível 6	Estudo descritivo ou qualitativo;	
Nível 7	Opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.	

Quadro 2 - Classificação dos estudos de acordo com o nível de evidência, conforme a proposta da *Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)*⁸⁸. João Pessoa – PB, 2016.

Nível de evidência	Características	
Ia	Evidências obtidas a partir de meta-análise ou revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados;	Mais fortes  Mais fracos
Ib	Evidências obtidas a partir de pelo menos um ensaio clínico randomizado;	
IIa	Evidências obtidas a partir de pelo menos um bem concebido estudo controlado sem randomização;	
IIb	Evidências obtidas a partir de pelo menos um outro tipo de bem concebido estudo experimental quase sem randomização;	
III	Evidências obtidas a partir de estudos descritivos não experimentais bem desenhados, como estudos comparativos, estudos de correlação e estudos de casos;	
IV	Evidências obtidas a partir de relatórios de comissões de peritos ou opiniões e/ou experiências clínicas de autoridades respeitadas.	

3 O MODELO TEÓRICO PARA ESTRUTURAÇÃO DO PROTOCOLO

A fundamentação teórica deste estudo respaldou-se na Teoria do Controle Urinário, derivada da Teoria de Adaptação de Roy. As teorias de médio alcance favorecem a solução de problemas clínicos, concentrando-se, de modo predominante, nos efeitos das intervenções de enfermagem¹⁰⁹. Neste entendimento a teoria proposta surgiu para explicar o fenômeno do controle de urina e respaldar a prática assistencial do enfermeiro no processo de empoderamento dos incontinentes quanto à terapia comportamental. Diante disto, faz-se necessária a compreensão dos seus conceitos e pressupostos.

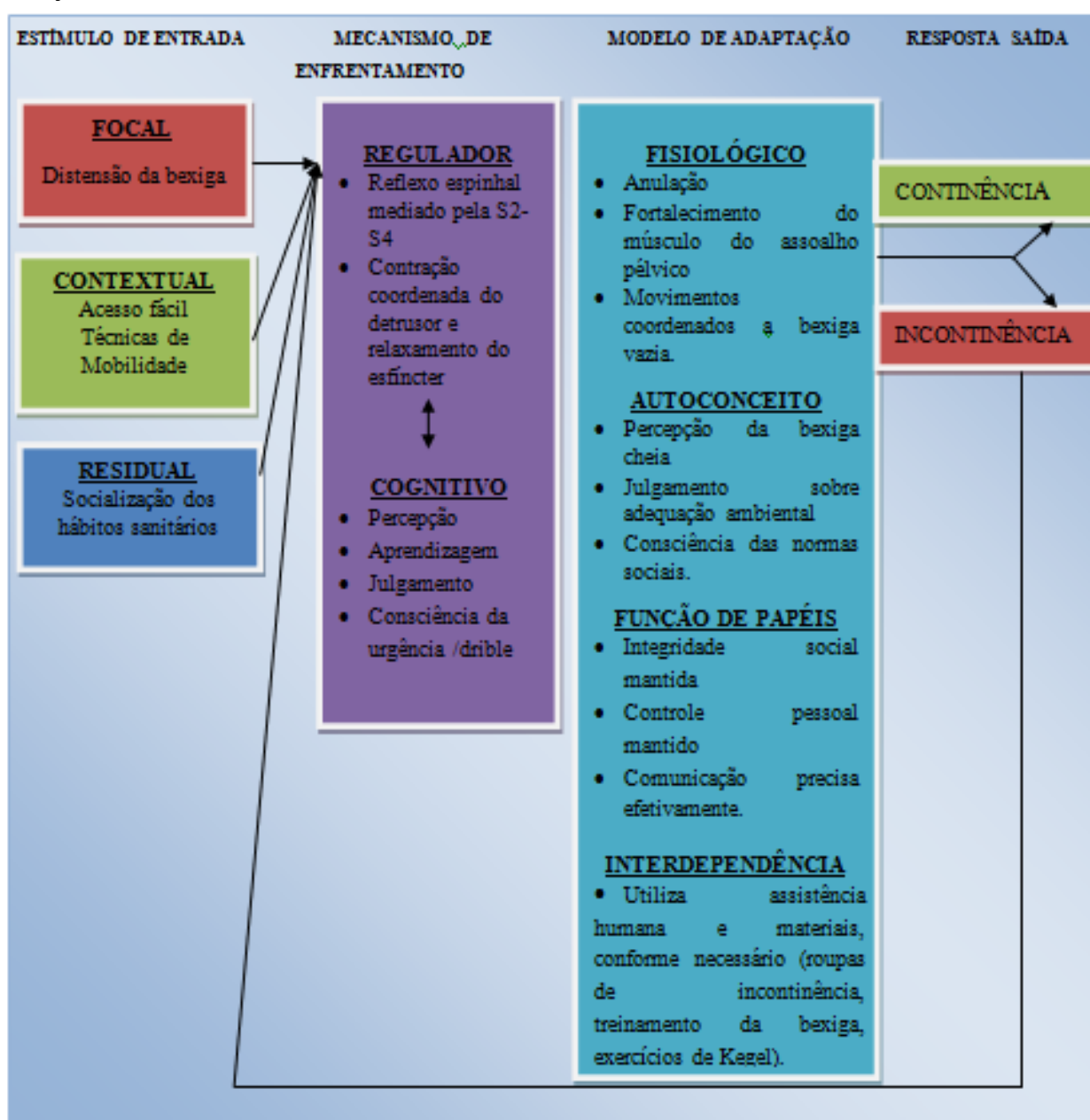
A relação indivíduo-ambiente é permeada por estímulos, os quais induzem a comportamentos determinantes no processo saúde-doença. Esses estímulos são denominados: focais (mudanças ou eventos que afetam diretamente à pessoa); estímulos contextuais (todos os estímulos presentes que influenciam a resposta ao estímulo focal); e estímulos residuais (características inerentes à pessoa capazes de influenciar na situação)¹¹⁰⁻¹¹¹.

O surgimento constante de estímulos gera a necessidade de respostas adaptativas ou ineficazes por parte do indivíduo que são observadas a partir de quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência. O modo fisiológico é voltado para o atendimento de necessidades básicas para a manutenção da integridade fisiológica, tais como: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, repouso e proteção. Os processos complexos, desse modo, estão associados aos sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e endócrina. O modo de autoconceito é direcionado ao atendimento das necessidades psíquicas, enfoca os aspectos psicológicos e espirituais. O modo de função de papel contempla as necessidades de integridade social, identifica os padrões de relação interpessoal refletidos pelos papéis primários, secundários e terciários. O modo de interdependência, por sua vez, atua sobre as necessidades afetivas, identificando os padrões de valor humano, afeição e amor¹¹⁰⁻¹¹¹.

A facilidade relacionada ao uso desta teoria, como subsídio na construção do protocolo, relaciona-se à transparência dos seus pressupostos e a generalidade dos conceitos. Correlacionando esses conceitos com os do metaparadigma da Enfermagem (saúde, ambiente, Enfermagem, pessoa), evidencia-se de maneira geral: a saúde como reflexo da adaptação, interação da mulher idosa com o ambiente para obtenção da

continência; a pessoa como um sistema adaptativo, respondendo a estímulos externos e internos através de um comportamento (continente ou incontinente), no qual recebe os cuidados de enfermagem através da implementação da terapia comportamental; o ambiente como sistema no qual se desenvolve a mudança para criação das respostas adaptáveis (no caso para este protocolo na Atenção Primária), e a Enfermagem como agente de mudança o qual engloba a avaliação do comportamento e os estímulos que influenciam a adaptação para o controle de urina.

Figura 2 - Modelo Conceitual do Controle de Urina derivado do Modelo de Adaptação de Roy. João Pessoa – PB, 2016.



Fonte: Adaptado de Jirovec, Jenkins, Isenberg, Baiardi^{112:252}.

4 PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS DE ENFERMAGEM PARA CONTROLE DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS

A proposta inicial deste protocolo para seleção das mulheres idosas atendidas na atenção primária com incontinência urinária de esforço é a realização da triagem, avaliação, identificação do problema e encaminhamento para a terapia comportamental, ou para outros especialistas, conforme discriminado.

TRIAGEM

- ✓ Identificação das idosas que autorreferem incontinência urinária de esforço;

AValiação

Quadro 3 - Síntese das recomendações (avaliação) das diretrizes e suas respectivas evidências. João Pessoa – PB, 2016.

RECOMENDAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
* História clínica detalhada ✓ Antecedentes pessoais; ✓ Hábitos alimentares; ✓ Ingestão hídrica; ✓ História obstétrica e ginecológica; ✓ Comorbidades; ✓ Medicações em uso; ✓ Início dos sintomas; ✓ Duração, intensidade e frequência das perdas; ✓ Sintomas urinários associados; ✓ Sensibilidade e controle vesical; ✓ Uso de recursos (fraldas, absorventes, cateteres) e sua frequência; ✓ Manobras de esvaziamento vesical; ✓ Características da urina, presença de dores.	RNAO (nível IV), NICE (nível IV), GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I).
* Exame Físico ✓ Exame abdominal, retal, genital e neurológico; ✓ Teste de Esforço em posição ortostática com a bexiga cheia;	NICE (nível IV) GERIATRIC NURSING PROTOCOLS
* Pad teste/ Diário Miccional por 7 dias	NICE RNAO (nível III)
* Aplicação de questionários fidedignos para avaliação dos sintomas urinários ✓ Classificação da incontinência (Incontinência urinária de esforço leve ou moderada) através do <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)</i>; ✓ Avaliação prévia da qualidade de vida por meio do <i>King's Health Questionnaire</i>.	NICE
* Encaminhamento a um serviço especializado em casos de IUE grave e outros agravos complicadores como: ✓ Hematúria, disúria, prolapso sintomático, cirurgia prévia, massa pélvica e suspeita de fístula.	NICE

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence⁸⁷, Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice⁹¹, Promoting Continence Using Prompted Voiding, Registered Nurses Association of Ontario⁸⁸.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF);

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nos ÚLTIMOS TRÊS MESES.

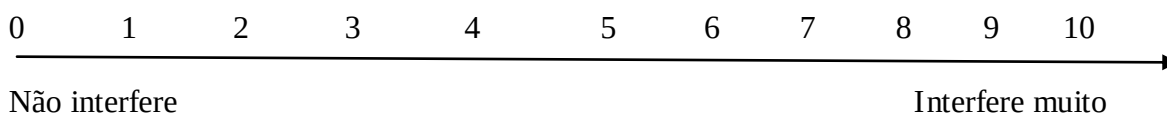
1. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- Nunca (0)
- Uma vez por semana ou menos (1)
- Duas ou três vezes por semana (2)
- Uma vez ao dia (3)
- Diversas vezes ao dia (4)
- O tempo todo (5)

2. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- Nenhuma (0)
- Uma pequena quantidade (2)
- Uma moderada quantidade (4)
- Uma grande quantidade (6)

3. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)



ICIQ Escore: soma dos resultados 1 + 2 + 3 = _____

4. Quando você perde urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- Nunca ()
- Perco antes de chegar ao banheiro ()
- Perco quando tusso ou espiro ()
- Perco quando estou dormindo ()
- Perco quando estou fazendo atividades físicas ()
- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo ()
- Perco sem razão óbvia ()
- Perco o tempo todo ()

Fonte: Tamanini, Dambros, D'Ancona, Palma, Rodrigues Netto Jr ⁷⁸

King's Health Questionnaire.

1 – Como você avalia sua saúde hoje?

Muito boa (1) Boa (2) Normal (3) Ruim (4) Muito Ruim (5)

2- Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você?

LIMITAÇÃO NO DESEMPENHO DE TAREFAS

3 a – Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa? (ex. limpar, lavar, cozinhar, etc).

Nenhuma (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

3 b - Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho na escola?

Nenhuma (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

LIMITAÇÃO FÍSICA/SOCIAL

4 a – Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

4 b – Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

4 c – Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

4 d – Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

RELAÇÕES PESSOAIS

5 a – Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?

Não se aplica (0) Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

5 b – Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com o companheiro?

Não se aplica (0) Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

5 c – seu problema de bexiga incomoda seus familiares?

Não se aplica (0) Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

EMOÇÕES

6 a – Você fica deprimida com seu problema de bexiga?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

6 b – Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

6 c – Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

SONO / ENERGIA

7 a – Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

7 b – Você se sente desgastada ou cansada?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

MEDIDAS DE GRAVIDADE

8 a - Você usa algum tipo de protetor higiênico como : fralda, forro, absorvente, tipo Modess para manter-se seca?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

8 b – Você controla a quantidade de líquido que bebe?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

8 c – Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

8 d – Você se preocupa em estar cheirando urina?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

O quanto eles afetam a você. Escolha da lista abaixo **apenas aqueles problemas** que você tem no momento.

Frequência: Você vai muitas vezes ao banheiro?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Noctúria: Você levanta a noite para urinar?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Enurese noturna: Você molha a cama à noite?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Infecções frequentes: Você tem muitas infecções urinárias?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

A Terapia Comportamental é considerada, atualmente, o ponto-chave da terapêutica em IUE, pois auxilia a pessoa a entender o funcionamento vesical, os mecanismos de perda urinária e o funcionamento do assoalho pélvico^{86,103}. Os resultados esperados ao final da terapia é que a mulher idosa se mantenha continente e/ou que seja capaz de identificar os fatores que influenciam o aumento dos sintomas de incontinência para que o seu enfrentamento conduza-lhe a um comportamento ajustado e/ou adaptado, a fim de que ela atinja uma melhora na qualidade de vida³⁹.

O fundamento da Terapia Comportamental consiste na implementação de uma técnica chamada de condicionamento operante. Isso ocorre quando os comportamentos recompensatórios tendem a ser repetidos, substituindo aqueles indesejados. Na medida em que a mulher idosa observa a melhora da incontinência quando adere à terapia, ela passa a repetir as ações orientadas pelo profissional até fazer parte do seu cotidiano, então, observa-se que houve mudança no seu hábito de vida⁵².

Na condução desta pesquisa, por se tratar da construção de um protocolo de intervenções específicas de enfermagem para mulheres idosas com IUE na Atenção Primária, não foram contempladas na Terapia Comportamental a farmacoterapia em virtude de esta não ser ação do campo da Enfermagem; nem os dispositivos invasivos por seu uso envolver questões culturais, sexuais e fisiológicas, pouco mencionadas, além da falta de aparelhos e recursos no cenário que será aplicado o protocolo.

Neste sentido, ressalta-se que as intervenções e atividades de Enfermagem elegíveis e validadas por especialistas foram relacionadas por similaridade à quatro eixos norteadores da Terapia Comportamental que contemplam os modos de Adaptação da Teoria do Controle Urinário. No que concerne ao eixo *motivação para continência*, abordou-se a modificação do comportamento e ensino: indivíduo; na *mudança no estilo de vida*, o controle do peso e monitorização hídrica; no *controle dos hábitos miccionais*, o controle da eliminação urinária, cuidados na incontinência urinária, assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário, cuidado com o períneo, reeducação vesical e controle de medicamentos; enquanto que no *treinamento do assoalho pélvico*, os exercícios para musculatura pélvica, todos com potencialidades para promover um enfrentamento do problema, conforme verificado no quadro a seguir:

Quadro 12 - Intervenções comportamentais de enfermagem para controle da *Incontinência urinária de esforço* em mulheres idosas atendidas na Atenção Primária de Saúde. João Pessoa – PB, 2016.

EIXOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES DE CUIDADO
MOTIVAÇÃO PARA CONTINÊNCIA	MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO	1. Ajudar a mulher idosa ¹ a identificar pontos fortes e reforça-los.
		2. Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis.
		3. Apresentar a mulher idosa ¹ a pessoas (ou grupos) que tenham enfrentado com sucesso a mesma experiência.
		4. Evitar mostrar rejeição ou depreciação enquanto luta para mudar comportamentos.
		5. Oferecer reforço positivo e decisões que a mesma ¹ tomou com independência.
		6. Auxiliar a mulher idosa ¹ a identificar mesmo os pequenos sucessos.
		7. Identificar o comportamento a ser modificado (comportamento-alvo) em termos concretos e específicos.
		8. Usar períodos de tempo específicos ao medir unidades de comportamento, no caso da Terapia Comportamental para IUE, por no mínimo três meses ¹ .
		9. Determinar se o comportamento-alvo identificado, precisa ser aumentado, diminuído ou aprendido.
		10. Elaborar um programa de mudança de comportamento.
		11. Desenvolver um método para registro do comportamento e suas mudanças.
		12. Encorajar a mulher idosa a participar do registro dos comportamentos.
		13. Facilitar o envolvimento da família e cuidadores de saúde ¹ no processo de modificação, conforme apropriado.
		14. Encorajar a mulher idosa ¹ a participar da escolha dos elementos de reforço.
		15. Explorar a possibilidade de uso do <i>feedback</i> para intensificar a percepção das mudanças de comportamento pela mulher idosa ¹ .
		16. Avaliar as mudanças de comportamentos comparando as ocorrências iniciais com as pós-intervenção.
		17. Registrar o processo de modificação sempre que necessário.
		18. Comunicar o plano de intervenção e as modificações à equipe de tratamento regularmente.
		19. Manter o reforço durante um período mais longo (telefone ou contato pessoal).
	ENSINO: INDIVÍDUO	20. Determinar as necessidades de aprendizagem da mulher idosa ¹ .
		21. Avaliar o nível atual de conhecimentos e compreensão do conteúdo.
		22. Avaliar o nível educacional.
		23. Avaliar capacidades/ deficiências cognitivas, psicomotoras e afetivas.
		24. Identificar ¹ a motivação da mulher idosa ¹ para aprender informações específicas.
		25. Fixar metas de aprendizagem realistas e recíprocas.
		26. Identificar os objetivos de aprendizagem necessários ao alcance das metas.
		27. Selecionar métodos/ estratégias de ensino adequadas.
		28. Adaptar o conteúdo as capacidades/ deficiências cognitivas, psicomotoras e/ou afetivas.
		29. Proporcionar um ambiente que leve à aprendizagem.
		30. Avaliar o que a mulher idosa ¹ conseguiu em relação aos objetivos enunciados.
		31. Reforçar comportamentos, conforme apropriados.
		32. Dar tempo para que faça perguntas e discuta preocupações.
		33. Escolher novos métodos/estratégias de ensino quando as anteriores não tiveram funcionando.
		34. Encaminhar a mulher idosa ¹ a outros especialistas para que alcance os objetivos de aprendizagem, conforme apropriado.
		35. Documentar o conteúdo apresentado, os materiais escritos disponibilizados e o que a mulher idosa ¹ compreendeu das informações, ou seus comportamentos indicativos de aprendizagem, no prontuário.
		36. Incluir a família, pessoas importantes e/ou cuidadores ¹ , conforme apropriado.

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁵⁴.

¹ Expressões destacadas em negrito foram acrescentadas pela pesquisadora e enfermeiras especialistas nos enunciados das atividades, visando clarificar e/ou especificar sua operacionalização.

Continuação

EIXOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES DE CUIDADO
MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA	MONITORIZAÇÃO HÍDRICA	37. Determinar o histórico da quantidade e o tipo de ingestão de líquidos e dos hábitos de eliminação.
		38. Determinar possíveis fatores de desequilíbrio hídrico
		39. Monitorar peso.
		40. Monitorar a ingestão e a eliminação (questionar acerca do hábito da evacuação diária, com fezes pastosas para evitar o esforço) ¹ .
		41. Monitorar a pressão sanguínea, frequência cardíaca e estado respiratório.
		42. Monitorar a pressão sanguínea ortostática e mudança no ritmo cardíaco, conforme apropriado.
		43. Monitorar mucosas, turgor da pele e sede.
		44. Monitorar cor e quantidade da urina.
		45. Monitorar ocorrência de distensão de veias do pescoço, crepitações pulmonares, edema periféricos e aumento de peso.
		46. Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de ascite.
		47. Observar a presença ou a ausência de vertigem ao colocar-se de pé
		48. Distribuir a ingestão de líquidos, conforme apropriado.
	CONTROLE DE PESO	49. Discutir com a mulher idosa ¹ a relação entre ingestão de alimentos, exercício, aumento e perda de peso.
		50. Discutir com a mulher idosa ¹ as condições capazes de afetar o peso.
		51. Discutir acerca dos hábitos, costumes e fatores culturais e hereditários que influenciem no peso.
		52. Discutir os riscos associados ao fato de estar com excesso (IMC>27) ¹ .
		53. Determinar a motivação individual para mudar os hábitos alimentares.
		54. Determinar o peso corporal ideal do indivíduo.
		55. Encorajar a mulher idosa ¹ a registrar seu peso todas as semanas para uma boa ingestão alimentar e exercícios e exibi-las em local onde possam ser revistar diariamente.
		56. Encorajar a mulher idosa ¹ a consumir diariamente quantidades adequadas de água (em torno de 1.500 a 2.000ml/dia) ¹ .
		57. Informar sobre a disponibilidade de grupos de apoio para prestar auxílio.

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁵⁴.¹ Expressões destacadas em negrito foram acrescentadas pela pesquisadora e enfermeiras especialistas nos enunciados das atividades, visando clarificar e/ou especificar sua operacionalização.

EIXOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES DE CUIDADO
CONTROLE DOS HÁBITOS MICTICIONAIS	CONTROLE DA ELIMINAÇÃO URINÁRIA	58. Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor conforme apropriado.
		59. Monitorar o surgimento e sinais e sintomas de retenção urinária.
		60. Identificar os fatores que contribuem para episódios de incontinência.
		61. Orientar a mulher idosa ¹ ou a família a registrar o débito urinário, conforme apropriado.
		62. Encaminhar a mulher idosa ¹ para o médico diante da ocorrência de sinais e sintomas de infecção do trato urinário.
		63. Ensinar a mulher idosa ¹ a obter amostras do jato médio da urina ao primeiro sinal de retorno de sinais e sintomas de infecção.
		64. Ensinar a beber 250 mL de líquido entre as refeições e no início da noite.
		65. Auxiliar a mulher idosa ¹ no desenvolvimento de uma rotina de uso do vaso sanitário, conforme apropriado.
		66. Orientar a mulher idosa ¹ a esvaziar a bexiga antes de procedimentos relevantes.
		67. Restringir líquidos sempre que necessário.
		68. Orientar a mulher idosa ¹ a monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção do trato urinário
	CUIDADOS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	69. Identificar causas multifatoriais de incontinência.
		70. Proporcionar privacidade durante a eliminação.
		71. Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor.
		72. Discutir os procedimentos e os resultados esperados com a mulher idosa ¹ .
		73. Modificar as roupas e o ambiente para propiciar acesso fácil ao vaso sanitário.
		74. Auxiliar a selecionar a roupa/ absorvente adequado para incontinência no controle de curto prazo, enquanto seja planejado um tratamento mais definitivo.
		75. Higienizar a área da pele dos genitais a intervalos regulares.
		76. Oferecer <i>feedback</i> positivo diante de qualquer redução nos episódios de incontinência.
		77. Limitar os líquidos para duas a três horas antes de dormir, conforme apropriado.
		78. Programar a administração de diuréticos de modo a causar impacto mínimo no estilo de vida.
		79. Orientar a mulher idosa ¹ /família a registrar a eliminação e o padrão urinário, conforme apropriado.
		80. Orientar a mulher idosa ¹ a beber um mínimo de 1.500mL de líquidos/dia.
		81. Orientar sobre formas de evitar constipação ou impactação fecal.
		82. Limitar a ingestão de irritantes vesicais (p.ex., refrigerantes ¹ , café, chá, chocolate, álcool ¹).
		83. Monitorar hábitos intestinais.
		84. Encaminhar a especialista em continência urinária, conforme apropriado.
	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO: USO DO VASO SANITÁRIO	85. Levar em conta a cultura da mulher idosa ¹ ao promover atividades de autocuidado.
		86. Levar em conta a idade da mulher idosa ¹ ao promover atividades de autocuidado.
		87. Ajudar a mulher idosa ¹ a chegar ao vaso sanitário/cadeira higiênica/comadre urinol partido/urinol comum, a intervalos específicos, se necessário ¹ .
		88. Analisar a reação da mulher idosa ¹ à falta de privacidade.
		89. Proporcionar privacidade durante a eliminação.
		90. Facilitar a higiene íntima ao final da eliminação.
		91. Orientar a mulher idosa ¹ / outras pessoas sobre a rotina de eliminação
		92. Providenciar dispositivos auxiliares, conforme apropriado.
		93. Monitorar a integridade da pele da mulher idosa ¹ .

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁵⁴.

¹ Expressões destacadas em negrito foram acrescentadas pela pesquisadora e enfermeiras especialistas nos enunciados das atividades, visando clarificar e/ou especificar sua operacionalização.

EIXOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES DE CUIDADO
CONTROLE DOS HÁBITOS MICCIONAIS	CUIDADO COM O PERÍNEO	94. Orientar acerca da ¹ higiene, conforme apropriado.
		95. Manter o períneo seco.
		96. Limpar completamente o períneo a intervalos regulares
		97. Orientar o uso de ¹ absorventes para drenagem, conforme apropriado.
		98. Registrar as características da drenagem, conforme apropriado.
	REEDUCAÇÃO VESICAL	99. Determinar a capacidade de reconhecer a urgência para urinar.
		100. Manter registro da continência durante três dias para estabelecer o padrão urinário.
		101. Ajudar a mulher idosa ¹ a identificar padrões de incontinência.
		102. Revisar o ato de eliminação urinária com a mulher idosa ¹ .
		103. Estabelecer um intervalo para programa inicial de uso do vaso sanitário, com base no padrão de eliminação.
		104. Estabelecer um intervalo para o uso do vaso sanitário não inferior a uma hora e, de preferência, não superior a duas horas.
		105. Levar a mulher idosa ¹ ao vaso sanitário e lembrá-lo de urinar nos intervalos prescritos, conforme apropriado ¹ .
		106. Oferecer privacidade durante o uso do vaso sanitário.
		107. Usar o poder da sugestão (p.ex., abrir torneira ou dar descarga no vaso sanitário) para ajudar a mulher idosa ¹ a urinar.
		108. Evitar deixar a mulher idosa ¹ no vaso sanitário por mais de cinco minutos.
		109. Reduzir o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora quando ocorrerem mais de 3 episódios de incontinência em 24h
		110. Manter o intervalo de uso do vaso sanitário quando três ou menos episódios de incontinência ocorrer em 24 horas.
		111. Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora quando a mulher idosa ¹ não conseguir urinar em dois ou mais momentos programados para uso do vaso sanitário.
		112. Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em uma hora quando a mulher idosa ¹ não apresentar episódios de incontinência durante três dias, até ser alcançado um intervalo ideal de quatro horas.
		113. Manifestar confiança de que a incontinência será melhorada.
		114. Ensinar a mulher idosa ¹ a conter a urina conscientemente até chegar o momento combinado de uso do vaso sanitário.
		115. Conversar sobre o registro diário de continência com a mulher idosa ¹ para oferecer reforço.
	CONTROLE DE MEDICAMENTOS	116. Revisar periodicamente com a mulher idosa ¹ e/ou familiares os tipos e as quantidades dos medicamentos tomados
		117. Monitorar respostas às mudanças no regime medicamentoso, conforme apropriado.
		118. Determinar o conhecimento da mulher idosa ¹ sobre os medicamentos.
		119. Desenvolver estratégias com a mulher idosa ¹ para melhorar a adesão ao regime medicamentoso prescrito.
		120. Consultar outros profissionais da saúde para minimizar a quantidade e a frequência dos medicamentos necessários para um efeito terapêutico.
		121. Ensinar a mulher idosa ¹ e/ou familiares a ação e os efeitos secundários esperados dos medicamentos.
		122. Providenciar para a mulher idosa ¹ e familiares informações escritas e ilustradas para melhorar a autoadministração dos medicamentos, conforme apropriado.
		123. Orientar a mulher idosa ¹ sobre o momento de buscar atendimento médico.
		124. Identificar os tipos e as quantidades de medicamentos usados sem prescrição médica.
		125. Informar sobre o uso de medicamentos sem prescrição médica e sobre a maneira como eles podem influenciar a condição existente.
		126. Determinar se a mulher idosa ¹ está utilizando remédios caseiros, feitos de acordo com a cultura popular, e os possíveis efeitos no uso dos medicamentos prescritos e não prescritos.
		127. Revisar com a mulher idosa ¹ as estratégias de controle do regime medicamentoso, informando acerca dos medicamentos que não devem ser oferecidos rotineiramente para incontinência urinária, além das causas potencializadoras desse problema no uso de diuréticos, sedativos, hipnóticos, anticolinérgicos e analgésicos opióides ¹ .

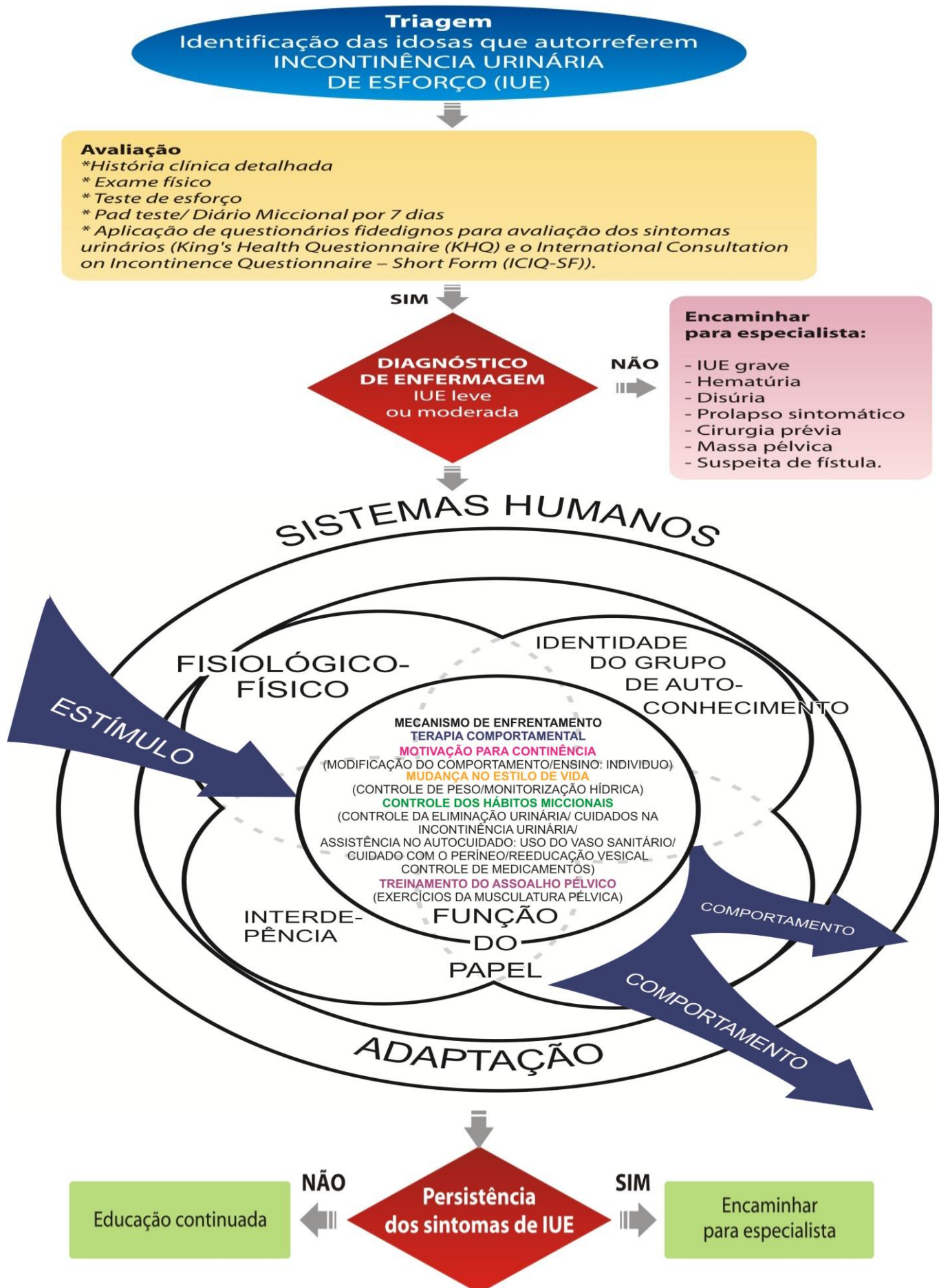
EIXOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES DE CUIDADO	
TREINAMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO	EXERCÍCIOS PARA MUSCULATURA PÉLVICA	128. Determinar a capacidade para reconhecer a urgência miccional.	
		129. Orientar a mulher idosa ¹ a contrair e, depois, relaxar o anel muscular em torno da uretra e do ânus, como se tentasse evitar o movimento urinário ou intestinal.	
		130. Orientar a mulher idosa ¹ a evitar contrair o abdome, as coxas e as nádegas, prendendo a respiração ou fazendo esforço durante o exercício.	
		131. Assegurar que a mulher idosa ¹ possa distinguir entre o esforço voluntário de contrair os músculos e o esforço involuntário de aliviar a musculatura.	
		132. Orientar a mulher idosa ¹ a identificar o músculo levantador do ânus e o urogenital, colocando um dos dedos da mão na vagina e pressionando.	
		133. Orientar a mulher idosa ¹ a realizar exercícios de fortalecimento muscular, chegando a até 300 contrações diárias, mantendo cada contração por 10 segundos e descansando, pelo menos, 10 segundos entre cada contração, conforme o protocolo da instituição.	
		134. Informar a mulher idosa ¹ que há necessidade de seis a 12 semanas para que os exercícios mostrem resultado.	
		135. Oferecer <i>feedback</i> positivo pela realização dos exercícios recomendados.	
		136. Ensinar a mulher idosa ¹ a monitorar a resposta aos exercícios tentando interromper o fluxo de urina uma vez por semana, no máximo.	
		137. Oferecer instruções escritas que descrevem a intervenção e a quantidade recomendada das repetições.	
		138. Discutir o registro da continência com a mulher idosa ¹ , oferecendo reforço, conforme apropriado ¹ .	

Fonte: Google imagens, 2015

Fonte: Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman⁵⁴.¹ Expressões destacadas em negrito foram acrescentadas pela pesquisadora e enfermeiras especialistas nos enunciados das atividades, visando clarificar e/ou especificar sua operacionalização.

Considerando que as intervenções e atividades validadas, estão listadas nesses quatro eixos norteadores da terapia comportamental de forma correlacionadas, com potencialidades para promover um enfrentamento do problema, o protocolo em questão gera uma resposta adaptativa simultânea entre os modos de adaptação sustentados pela Teoria, podendo resultar em adaptação do controle urinário ou em uma resposta ineficaz conforme o fluxograma das ações do protocolo (figura 6) que é apresentado a seguir:

Figura 6 - Fluxograma de operacionalização da terapia comportamental para mulheres idosas com incontinência urinária de esforço. João Pessoa-PB, 2016.



Os diferentes aspectos envolvidos na concretude deste estudo, tanto como processo, assim como produto, permitiram as seguintes considerações:

No que tange ao objetivo, este foi plenamente alcançado, emergindo, assim, um protocolo de intervenções comportamentais de enfermagem para mulheres idosas com IUE atendidas na Atenção Primária de Saúde, respaldado em evidências científicas, por meio de diretrizes clínicas, intervenções e atividades de enfermagem da NIC, consubstanciado na Teoria de Adaptação do Controle Urinário e no percurso metodológico recomendado pela OMS.

O protocolo ora referido contempla nove intervenções comportamentais de enfermagem, selecionadas entre as melhores evidências indicadas por três diretrizes clínicas internacionais, que se correlacionam com 11 intervenções e 138 atividades de enfermagem da NIC. Além disso, estruturou-se um fluxograma e um guia instrucional para favorecer a sua aplicabilidade por parte dos enfermeiros da atenção primária.

Destaca-se, também, que as intervenções e atividades de enfermagem elegíveis para a elaboração do protocolo foram relacionadas a quatro eixos norteadores da TC que contemplam os modos de Adaptação da Teoria do Controle Urinário: motivação para continência, mudança no estilo de vida, controle dos hábitos miccionais e treinamento do assoalho pélvico.

É oportuno destacar que não se pretende com o protocolo desenvolver com as mulheres idosas apenas mudanças fisiológicas que culminem na adaptação da continência urinária. As conquistas a serem obtidas com a sua aplicabilidade devem transcender esse aspecto, fazendo-se necessário despertar nas mulheres idosas princípios de autonomia, independência, tomada de consciência e mudanças de comportamento, além de uma significativa relação de confiança com o profissional enfermeiro. Com este protocolo, almeja-se que a assistência de enfermagem seja cientificamente estruturada, efetiva, eficiente, participativa, na medida em que se permita que as mulheres idosas sejam ativas e empoderadas no processo do cuidado.

Quanto aos elementos facilitadores da pesquisa, destaca-se a pertinência do referencial teórico para a abordagem de seu objeto. A teoria utilizada foi essencial para o avanço do estudo por favorecer o entendimento dos modos de adaptação de pessoas incontinentes no enfrentamento do controle urinário, aspectos essenciais à TC. No que concerne às limitações para operacionalização do estudo, estas compreenderam a

carência de estudos clínicos relevantes e diretrizes clínicas nacionais que abordem o fenômeno IU no campo da Enfermagem.

Como docente de Enfermagem das áreas da Saúde da Mulher e da Saúde da Pessoa Idosa, assim como enfermeira assistencial, acredito que o protocolo traz implicações e contribuições significativas para o ensino, pesquisa e prática clínica. No tocante ao ensino, por trazer reflexões da necessidade de expansão da prática baseada em evidência, além da sensibilização para inserção dessa temática nos componentes curriculares dos cursos formadores dos profissionais de Enfermagem. Este estudo reforça que esta área do conhecimento é pouco explorada e se trata de mais um excelente espaço de atuação do enfermeiro.

Quanto à pesquisa, os resultados obtidos na investigação tentam preencher as lacunas no deficit da produção científica nessa abordagem. Este estudo representou o primeiro esforço sistematizado para organizar a prática clínica de Enfermagem relativa à TC envolvendo mulheres idosas com IUE, contudo é importante pontuar que novas pesquisas podem surgir a partir desta, na tentativa de esclarecer outras nuances do objeto e contemplar a atuação dos demais membros da equipe de saúde, já que este não foi o objetivo desta proposta, mas que emerge como ponto fundamental para compreensão da prática sob a ótica multidisciplinar.

Considerando isso, a intenção da pesquisadora é dar continuidade à investigação e realizar a fase de implementação e avaliação dessas intervenções de enfermagem, em estágio de pós-doutoramento. Somente após esta etapa, será realizado o contato com a secretaria de saúde local para apresentação do plano de implantação da ferramenta elaborada. Sendo assim, a divulgação deste protocolo para o município consiste em um compromisso ético da pesquisadora por entender que é necessário ainda contribuir com realização de capacitação dos enfermeiros e docentes, além de oferecer um suporte no processo de operacionalização na atenção primária à saúde para concretização efetiva deste trabalho.

Na esfera da prática clínica, a incorporação das ações propostas pelo protocolo, indubitavelmente, contribuirá para melhoria da qualidade da assistência através da padronização das intervenções comportamentais de enfermagem para as mulheres idosas com IUE, respaldadas em evidências científicas. Alude-se à necessidade de incentivar a incorporação das evidências científicas no campo da prática da

Enfermagem, rompendo-se com os paradigmas baseados em práticas empíricas. Evidencia-se, atualmente, a carência de serviços e profissionais de saúde preparados para o atendimento a essa população na atenção primária, o que reflete a necessidade de capacitação desses profissionais, assim como a adequação dos serviços.

Diante do exposto, convém ressaltar que não basta fornecer o conhecimento sobre as medidas de controle miccional e adaptação da continência para que essas ações se efetivem na prática. São necessários a conscientização e o envolvimento dos profissionais quanto ao julgamento clínico e terapêutico do enfermeiro, tanto no processo de avaliação das mulheres idosas, de forma individualizada e holística, quanto no planejamento de ações coletivas condizentes com suas necessidades locais. Além disso, é oportuno responsabilizá-los por um plano de atualização, no máximo a cada dois anos, mediante o aparecimento de informações impactantes, que exijam mudanças fundamentais do protocolo em questão.

Acredita-se que o mesmo gera na população-alvo uma resposta adaptativa simultânea entre os modos de adaptação sustentados pela Teoria do Controle Urinário, o que deve ser considerado quando da sua aplicabilidade nos serviços de Atenção Primária, especialmente na implementação de educação continuada que incorpore recursos materiais técnico-científicos para a garantia e um cuidado de enfermagem efetivo com vistas ao manejo da IUE e à padronização dessa assistência para obtenção da continência.

- 1 Santos KFO. Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária. [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba –UFPB / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.
- 2 Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO, Andrade CG, Costa ICP, Fernandes MGM. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev. baiana enferm.* 2013; 27(2): 181-92.
- 3 Santos KFO, Fernandes MG, Silva KI, Brito FM. Incontinência urinária em dissertações e teses no cenário nacional: estudo bibliométrico. *Texto & contexto enferm.* No prelo 2016.
- 4 Lima-Costa MF, Camarano AA. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. *In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia.* Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p.3-19.
- 5 Chaimowicz F. Envelhecimento e Saúde no Brasil. *In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara; 2011. p. 74-98.
- 6 Costa CKF, Mesquita RA, Porto Júnior SS, Massuda EM. Envelhecimento populacional e a necessidade de reforma da saúde pública e da previdência social brasileiras. *A Economia em Revista.* 2011; 19(2):121 – 31.
- 7 Farinatti PTV. Corte cronológico e compressão de morbidade. *In: Farinatti PTV. Envelhecimento: promoção de saúde e exercícios.* Barueri, SP: Mande, 2008. p. 17-21.
- 8 Fernandes MGM, Garcia LG. O sentido da velhice para homens e mulheres idosas. *Saude soc [Internet].* 2010 [acesso em 2015 Oct 10]; 19(4): 771-783. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/05.pdf>
- 9 WHO – World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization; Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

- 10 Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF, 2004. [acesso em 2015 Out 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
- 11 Caldas CP. Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia. *In: Papaléo Netto M. (org.). Tratado de gerontologia*, 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 163-76.
12. Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira. *In: Freitas EV. (org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
13. Eliopoulos C. A população que envelhece. *In: Enfermagem Gerontológica*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 14 Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibeling LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev bras. Geriatr. gerontol.* 2014; 17(1):79-86.
- 15 Silva JV, Silva, JA, Moreira MMR, Gomes PO. As representações sociais sobre ser idoso e ser cuidador de idoso em cidades do sul de Minas Gerais. *Rev Nursing.* 2009; 12(137):485-90.
- 16 Santos M. Epidemiologia do Envelhecimento. *In: Nunes MI, Ferretti REL, Santos M. Enfermagem em Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2012.p.3-8.
- 17 Willlliams CM. Envelhecimento saudável e avaliação de adulto de mais idade. *In: South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. CURRENT medicina de família e comunidade: diagnóstico e tratamento*, 3ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. p. 447-60.
18. World G. Panorama Geral do Envelhecimento. *In: World G. Enfermagem Gerontológica*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 1-27.

- 19 Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. saúde pública*. 2012; 28(5): 955-964.
20. World Health Organization. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. [Internet]. 2015 [cited 2015 Out 02]. Available from: http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. [Internet]. 2011 [acesso em 2015 Out 02]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
- 22 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)b. *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação*. [Internet]. 2015 [acesso em 2015 Nov 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
23. Lebrã ML. Epidemiologia do envelhecimento. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [Internet]. 2009 Abr [cited 2015 Jan 02]; (47):23-6. Available from: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122009000200006&lng=pt.
- 24 Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(6): 2919-25.
- 25 Lemos CP, Sirena SA. Saúde do Idoso. In: Gusso G, Lopes JMC (org) *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. v.1. Porto Alegre: Artmed, 2012.p.685-92.
- 26 Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev. bras. enferm*. 2009; 62 (1): 51-6.

- 27 Abreu NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Quality of life from the perspective of elderly women with urinary incontinence. *Rev. bras. Fisioter.* 2007; 11(6): 429-36.
- 28 Continence Foundation. Charter for continence. London: Continence Foundation. [Internet]. 1995[cited 2015 Dez 02]. Available from: <http://www.ics.org/about/history>
- 29 Royal College of Physicians. Incontinence – causes, management and provision of services. London: Royal College of Physicians, 1995.
- 30 Fantl JA, Newman DK, Colling J, Jonh OL, Chistopher K, Richard L, et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical Practice Guideline, n.2, 1996 Update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
- 31 Consensus Statement First International Conference for the Prevention of Incontinence; 1997 June 25-27. London: Continence Foundation. [Internet]. 1997. [cited 2015 Dez 02]. Available from: <http://www.simonfoundation.org/Images/Prevention%20of%20Incontinence.pdf>
- 32 Santos CC, Pimenta CA, Nobre Mc. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). [Internet]. 2007 June [cited 2016 Mar 24]; 15(3): 508-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en.
- 33 Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002; 10(5):690-5.
- 34 Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Susan M. Enfermagem baseada em evidências: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 35 Subak LL, Quesenberry CP, Posner SF, Cattolica E, Soghikian K. The effect of behavioral therapy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet*

Gynecol. [Internet]. 2002 Jul [cited em 2015 nov 8]; 100(1):72-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100806>

36 Festen L, Duggan P, Coates D. Improved quality of life in women treated for urinary incontinence by an authorised continence nurse practitioner. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19 (4):567-71.

37 Booth J, Kulien S, Zang Y. Promoting urinary continence with older people: key issues for nurses. *Int J Older People Nurs.* [Internet]. 2009. [cited 2015 Dez 02]; 4(1):63-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2008.00159.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage>

38 Herr-Wilbert IS, Imhof L, Hund-Georgiadis M, Wilbert DM. Assessment-Guided Therapy of Urinary Incontinence After Stroke. *Rehabilitation Nursing.* [Internet]. 2010. [cited 2015 Out 02]; 35: 248–253. Available from: http://www.rehabnurse.org/apps/ws_resource/public_index.php?task=full_article&art_id=493&cat_id=45

39 Caldas CP, Conceição IRS, José RMC, Silva BMC. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. *Texto & contexto enferm.* 2010 Out-Dez; 19(4): 783-8

40 Mesquita LA, César PM, Monteiro MVC, Silva Filho ALS. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. *Femina.* 2010; 38(1): 23-9.

41 Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2006;40(1): 34-41.

42 Du Moulin MF, Hamers JPH, Ambergen AW, Halfens RJG. Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies. *Scand. j. caring sci.* [Internet]. 2009 [cited 2015 Out 02]; 23(2):222-308. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2008.00610.x/abstract>

- 43 Liapis A, Bakas P, Liapi S, Sioutis D, Creatsas G. Epidemiology of female urinary incontinence in the Greek population: EURIG study. *Int Urogynecol J*. 2010; 21(2):217-22.
- 44 Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourol. Urodyn*. 2010; 29:213–40.
- 45 Silva APM, Santos VLCC. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(1): 36-45.
- 46 Loureiro LSN, Medeiros ACT, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. *Rev. Rene, Fortaleza*. 2011; 12(2):417-23.
- 47 Fumincelli L, Mazzo A, Silva AAT, Pereira BJC, Mendes IAC. Produção científica sobre eliminações urinárias em periódicos de enfermagem brasileiros. *Acta paul. Enferm*. 2011; 24(1): 127-131.
- 48 Silva VA, D'Elboux MJ. Factors associated with urinary incontinence in elderly individuals who meet frailty criteria. *Texto & contexto enferm*. 2012; 21(2):338-47.
- 49 Mata LRF, Gomes CRG, Goulart LC, Macedo MML, Rodrigue RN. National scientific production in nursing journals related to urinary incontinence: integrative review. *Rev enferm UFPE*. 2014; 8(9):3188-96.
- 50 Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007; 21(2):321-9.
- 51 Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int*. [Internet] 2016 [cited 2016 Jan 02]; 117: 20–33. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bju.13187/full#bjui3187-bib-0002>

- 52 Silva BMC. Terapia comportamental no controle da incontinência urinária da mulher idosa: uma ação de enfermagem na promoção do autocuidado. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ / Faculdade de Enfermagem; 2012.
- 53 Pinceli MG, Moccellin AS. Protocolos de prevenção da incontinência urinária em idosas: revisão crítica da literatura. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2014; 9(2): 139-43.
- 54 Bulechek GM, Butcher K, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- 55 Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
- 56 Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Gonçalves MRB, Gomes PC, Solha RKT, et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Gestão COREN-SP 2012-2014.
- 57 Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics.* 2002; 21(2):167-78.
- 58 Ehrlich PL. Caring for the frail elderly in the home: a multidisciplinary approach. *Home Health Care Manag Pract.* 2006;19(1):38-44.
- 59 Amaral JRG, Fung LK. Incontinência urinária. *In: Jacob Filho W. Terapêutica do idoso. Manual da Liga do GAMIA.* 2ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008.
- 60 Moraes EN; Marino MCA; Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev. méd. Minas Gerais.* 2010; 20(1):54-66.

- 61 Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMB, *et al.* Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. AMB rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(6):688-90.
- 62 Maluf C; Carvalho GM; Lima JLDA; Sousa RMC. Incontinência urinária. *In:* Nunes MI, Ferretti REL, Santos M. Enfermagem em Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2012.p.145-54.
- 63 Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci Júnior S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. Acta Cir. Brás. 2003; 18(5): 47-51.
- 64 Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. Age Ageing. 2009; 38(3): 333-38.
- 65 Resende Júnior JAD, Dornas MC, Figueiredo Filho RT, Carrerette FB, Damião R. Incontinência urinária feminina: da medicina baseada em evidências para clínica diária. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2008; 7(1): 108-15.
- 66 Rosa LHT, Souza CM, Lima CHL, Boggio ESB, Santos FC, Carboni C, *et al.* Prevalência da incontinência urinária em idosos de Porto Alegre-RS. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2014; 9(2): 104-09.
- 67 Cavalcante KVM, Silva MIGC, Bernardo ASF, Souza DE, Lima TCGC, Magalhães AG. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. Rev. bras. promoç. saúde (Impr.). 2014; 27(2): 216-23.
- 68 Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. Rev. bras. enferm. 2014; 67(2): 227-232.
- 69 Newman DK. Stress urinary incontinence in women: involuntary urine leakage during physical exertion affects countless women. The American Journal of Nursing. [Internet] 2003 Aug [cited em 2015 nov 8]; 103(8):46-55. Available from: <http://www.nursingcenter.com>

- 70 Nygaard I, Heit M. Stress urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology*. 2004; 104(3): 607-620.
- 71 Hunskaar S, Perder G, Sykes D, Voss AS. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. [Internet]. 2004 [cited 2016 Jan 02]; 93 (3): 324-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764130>
- 72 Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faundes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(5): 428-35.
- 73 Wagg AS, Newman DK, Leichsenring K, Van Houten P. Developing an Internationally-Applicable Service Specification for Continence Care: Systematic Review, Evidence Synthesis and Expert Consensus. *PLoS ONE*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 02]; 9 (8): 104-29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133406/>
- 74 Qaseem A, Dallas P, Forclea MA, Starkey M, Thomas DD, Shekelle P, et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014; 161: 429-40.
- 75 Carr RJ. Incontinência urinária. In: South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. *CURRENT medicina de família e comunidade: diagnóstico e tratamento*, 3ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. p.469-79.
- 76 Leme LEG, Melo DAS. Incontinência urinária. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Tratado de gerontologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- 77 Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. *Rev. latinoam. enferm*. 2003; 11(4): 532-8.

- 78 Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues Netto Jr N. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev. saúde pública*. 2004; 38(3):438-444.
- 79 Borges JBR, Neri L, Sigrit RMS, Martins LO, Guarisi T, Marchesini. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. *Einstein (São Paulo)*. 2009; 7(3 Pt 1):308-13.
- 80 Solano JPC, Scazufca M, Menezes PR. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. *Rev. bras. epidemiol.* 2011;14(1): 75-85.
- 81 Silva L, Lopes MHBM. De M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(1): 72-8.
- 82 Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, *et al* . Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005; 27(5): 235-42.
- 83 Anders K. Recent developments in stress urinary incontinence in women. *Nursing Standard*. 2006; 20(35): 48-54.
- 84 North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- 85 Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2008; 42(1): 187-92.
- 86 Dedicação AC, Saldanha MES, Driusso P. Tratamento das incontinências no idoso. *In: Perracini MR, Fló CM. Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

- 87 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013. 48 p. (Clinical guideline; n.. 171).
- 88 Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Nursing Best Practice Guidelines (NBPG). Promoting Continence Using Prompted Voiding. (Revised 2011). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario, 2011.
- 89 DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. [Internet]. 2015. [atualizado 2015]; [acesso em 2015 Jul 28]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2015.htm>
- 90 Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds). 5th International Consultation on Incontinence. Paris: ICUD-EAU, 2013.
- 91 Dowling-Castronovo A, Bradway C. Urinary incontinence. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, editor(s). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4th ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2012. p. 363-87.
- 92 Marciel A, Meira MA, Dias RC, Marques LM. Incontinência urinária. In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p.423-37.
- 93 Barros JD, Lucena ACT, Anselmo CWSF. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura. An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb. 2007; 52(2): 173-80.
- 94 Health Quality Ontario. Portable Bladder Ultrasound: An Evidence-Based Analysis. Ontario Health Technology Assessment Series. 2006; 6(11): 1-51.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379524/>
- 95 Herbruck LF. Stress urinary incontinence: an overview of diagnosis and treatment options. Urologic Nursing. 2008; 28(3):189-99.

- 96 Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Moalli PA, Markland AD, Mallet V, *et al.* Factors associated with incontinence frequency in a surgical cohort of stress incontinent women. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(6): 2088-93.
- 97 Waetjen LE, Ye J, Feng WY, Johnson WO, Greendale GA, Sampsel CM. Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2009;114(5): 989-98.
- 98 Morgan DM, Cardoza P, Guire K, Fenner DE, DeLancey JO. Levator ani defect status and lower urinary tract symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2010; 21(1): 47-52.
- 99 Eliasson K, Nordlander I, Mattsson E, Larson B, Hammarström M. Prevalence of urinary leakage in nulliparous women with respect to physical activity and micturition habits. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004; 15(3): 149-53.
- 100 Jiang K, Novi JM, Darnell S, Arya, Lily A. Exercise and Urinary Incontinence in Women. *Obstet. gynecol. surv..* 2004; 59(10): 717-21.
- 101 Zucchi EVM, Sartori MGF, Girao MJBC, Baracat EC, Lima GR. Impacto da atividade esportiva no assoalho pélvico. *Femina.* 2003; 31(4): 333-5.
- 102 Ramos L. RPA - Reabilitação Perineal Ativa. [Internet]. 2014 [acesso em 2015 Oct 05]. Disponível em: www.perineo.info
- 103 Guarda RI, Gariba M, Nohama P, Amaral VF. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. *Femina.* 2007; 35(4): 219-26.
- 104 Gomes LP, Ribeiro RM, Baracat EC. Tratamento não-cirúrgico da incontinência urinária de esforço: revisão sistemática. *Femina.* 2010; 38(7): 333-40.
- 105 Schaurich D, Crossetti MGO. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14 (1): 182-8.

- 106 Raimondo ML, Fegadoli D, Méier MJ, Wall ML, Labronici LM, Raimondo-Ferraz MI. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(3): 529-34.
- 107 Bousso RS, Poles K, Cruz DALM. Nursing concepts and theories. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48(1): 141-145.
- 108 Mcewen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. 4 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2016.590p.
- 109 Peterson SY, Bredow TS. Middle range theories: application to nursing research. 3rd.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- 110 Roy C, Andrews HA. O modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.
- 111 Phillips KD. Modelo de Adaptação. Irmã Callista Roy. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5 ed. Lusociência, 2004.
- 112 Jirovec MM, Jenkins J, Isenberg M, Baiardi J. Urine control theory derived from roy's conceptual framework. *Nursing Science Quarterly.* 1999; 12(3): 251-5.
- 113 Polit DF, Beck C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 114 Lobiondo-Wood G, Haber J. Desenhos não-experimentais. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. (Org.). Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. p.110-21.
- 115 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 02 mai 2015.

116 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº. 311/2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov>. Acesso 03 de maio de 2010.

117 Brasil. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso 10 nov. 2013.

118 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN no 159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluocofen-1591993_4241.html. Acesso 20 dez. 2015.

119 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN no 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso 20 dez. 2013.

120 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso 10 nov. 2015.

121 Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/L12401.htm#art1. Acesso 10 nov. 2015.

- 122 Ribeiro, RC. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade? Ver Bras Clin Med. 2010; 8(4): 350-5.
- 123 Domansky RC. Elaboração de protocolos. In: Domansky RC, Borges EL (orgs). Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. 2ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.
- 124 Borges EL. Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidência. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP; 2005.
- 125 Guimarães CA. Medicina baseada em evidência. Ver. Col. Bras. Cir. 2009; 36(5): 369-70.
- 126 Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Susan M. Enfermagem baseada em evidência: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 127 Pedrolo E, Danski MT, Mingorance P, Lazzari LSM, Méier MJ, Crozera K. A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. Cogitare enferm. 2009; 14(4):760-3.
- 128 Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The Pico Strategy For The Research Question Construction And Evidence Search. Rev. latinoam. enferm. 2007; 15(3).
- 129 Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev. latinoam. enferm. 2004; 12(3):549-56.
- 130 WHO – World Health Organization. Guidelines for WHO Guidelines. Global Programme on Evidence for Health Policy. Geneva: Switzerland, 2003.
- 131 Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5): 546-53.

- 132 Evans D, Pearson A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *J Clin Nurs* 2001; 10(5):593-9.
- 133 Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
- 134 Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
- 135 Sampaio RS, Santos I, Amantéa ML, Nunes ASA. A classificação das intervenções de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. *Acta paul. enferm.* 2011;24(1): 120-6.
- 136 Almeida MA, Lucena AF. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. *Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 23-40.
- 137 McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification NIC: Iowa intervention Project*. 2. ed. St. Louis: Mosby; 1996.
- 138 Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *NIC Interventions Linked to 2007-2008 NANDA-I Nursing Diagnoses* 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. [acesso em: 2015 nov 14] Disponível em: <http://evolve.elsevier.com>
- 139 Johnson M, Bulecheck GM, Butcher H, Mass M, Moorhead S, Swanson E. *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 140 Carlson J. Consensus validation process: A standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC and NOC terms for local populations. *J Nurs Terminol Classif*. 2006; 17(1):23-24.

- 141 Lunney M, McGuire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation Study Identifies Relevant Nursing Diagnoses, Nursing Interventions, and Health Outcomes for people with Traumatic Brain Injuries. *Rehabil Nurs*. 2010; 35(4):161-66.
- 142 Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Rodrigues Netto Jr N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(2): 203-211.
- 143 Lorenzo-Gómez MF, Gómez-García A, Padilha-Fernández B, García-Criado FJ, Silva-Abuín JM, Mirón-Carnelo JÁ et al. Factores de riesgo de fracaso de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante cinta suburetral transobturatriz. *Actas urol esp*. 2011; 35(8): 454-8.
- 144 Brasil. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde . Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 145 Leite BFT, Salvador DHY, Araújo CLO de. Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados. *Rev Kairós [Internet]*. 2009 [cited 2015 June 04]; 12(1):247-56. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2790/1825>
- 146 Walter AJ, Thornton JA, Steele AC. Further characterization of the supine empty stress test for predicting low valsalva leak point pressures. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2004;15 (5): 298-301.
- 147 Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What Type of Urinary Incontinence Does This Woman Have? *JAMA*. 2008; 299(12):1446-56.
- 148 Milson I. Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). *In: 5th International Consultation on Incontinence, Paris February, 2013.*

- 149 Bo Eun Kwon, Gi Yon Kim, Youn Jung Son, Young Sook Roh, Mi Ae You. Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: A Systematic Literature Review. *Int Neurourol J*. 2010; 14(3): 133–138.
- 150 Reilly NJ. Assessment and management of acute or transient urinary incontinence. In: Doughty DB. *Urinary and fecal incontinence: nursing management*. 2nd ed. St Louis: Mosby, 2000.
- 151 Azevedo GR. Controle da Incontinência Urinária: aspectos de Enfermagem. [Internet] 2015 [acesso 2015 Jun 15]. Disponível em: http://www.sobest.org.br/docs/Capitulo_Livro_Leila.pdf
- 152 Quallich AS, Lajiness MJ. Manejo de Enfermagem. Distúrbios Urinários. In: Pellico LH. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2015.
- 153 Sociedade Brasileira de Urologia. Incontinência urinária: propedêutica. Projetos e Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2006.
- 154 Sousa JG, Ferreira VR, Oliveira RJ, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioter Mov*. 2011; 24(1):39-46.
- 155 Bernardes NO, Péres FR, Souza ELBL, Souza OL. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2000; 22(1): 49-54.
- 156 Camargo ALM. Cinesioterapia do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária de esforço. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Reabilitação: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
-

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL
DOUTORADO

APÊNDICE A

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Eu, _____, como membro participante da construção e validação do **protocolo de intervenções de enfermagem de terapia comportamental para controle de incontinência urinária de esforço em mulheres idosas**, declaro nos últimos 4 anos e para o futuro próximo possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

- () pessoal,
- () comercial,
- () econômico/financeiro,
- () político
- () religioso
- () ideológico.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse para execução deste protocolo devem ser manifestadas abaixo:

Assinatura:

João Pessoa-PB, ____/____/____

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL
DOUTORADO

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –ESPECIALISTAS

Título do Projeto: TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA CONTROLE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS: construção e avaliação de protocolo de intervenções de enfermagem

Pesquisadora responsável: Kamyla Félix Oliveira dos Santos

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria das Graças Melo Fernandes

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Somos pesquisadoras do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, e gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa intitulada: TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA CONTROLE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS: construção e avaliação de protocolo de intervenções de enfermagem. Este estudo tem como objetivo principal: construir um protocolo de intervenções de enfermagem relativa à terapia comportamental para o processo adaptativo de mulheres idosas com incontinência urinária de esforço frente ao controle urinário. E os objetivos específicos são: descrever estratégias de terapia comportamental para reabilitação da IUE em mulheres idosas, contempladas nas diretrizes clínicas, intervenções e atividades propostas pela NIC como subsídio para elaboração de protocolo; estruturar um protocolo de intervenções comportamentais para uso dos enfermeiros no manejo da IUE em mulheres idosas; validar por consenso o protocolo através da avaliação de especialistas e elaborar um guia de implementação do protocolo.

A finalidade deste trabalho é de assim proporcionar resultados que poderão subsidiar os profissionais da Enfermagem no planejamento e implementação de ações comportamentais específicas, padronizadas por meio de protocolo assistencial, para um cuidado efetivo com as idosas com IUE, contribuindo, assim, para uma melhora na qualidade de vida dessas mulheres. Desta maneira a sociedade e o cenário de pesquisa utilizado poderão se beneficiar com os dados obtidos desta pesquisa subsidiando assim orientações acerca de indicadores para melhoria da assistência a essa população, bem como, a reflexão e motivação de outros estudos a *posteriori* versando sobre a temática.

Para a realização desta pesquisa, solicitamos a sua colaboração na qualidade de colaborador (especialista/perito) para etapa de validação por consenso, para julgar as intervenções de Enfermagem das diretrizes clínicas internacionais de incontinência urinária em consonância com as Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC), voltadas para mulheres idosas com incontinência urinária de esforço quanto a concordância ou não e sugestões para a construção do protocolo.

Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, o dano eventual que este estudo poderá ocasionar-lhe de imediato é mínimo, relacionado a

um possível desconforto psicológico no que tange a extensão e exaustão na construção do instrumento. Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação, é voluntária, não sendo obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo.

É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos a sua colaboração.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____ / ____ / 2016.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Kamyla Félix Oliveira dos Santos.

Telefones para contato da pesquisadora: (83) 9628-3474/ (83) 3245-1581

E-mail: kamylaoliveira@hotmail.com

Endereço residencial: Rua Severino Nicolau de Melo, nº225 apto.310/ Jardim Oceania João Pessoa-PB/ CEP: 58037-700.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. Iniciais: _____
 2. Sexo: () masculino () feminino
 3. Idade em anos completos: _____
 4. Tempo de formação (graduação em Enfermagem): _____
 5. Titulação máxima: () graduação () especialização () mestrado () doutorado. Especificar: _____
- Atenção para as questões 6 e 9 que poderão conter mais de uma alternativa):
6. Atuação profissional: () instituição de ensino () assistência hospitalar () assistência domiciliar () assistência atenção básica () Não se aplica () Outras. Especificar: _____ Tempo de atuação: _____
 7. Exerce atividades profissionais voltadas a pessoa idosa? () sim () não
 8. Área de experiência profissional com a temática saúde da pessoa idosa:
 () ensino () assistência hospitalar () assistência domiciliar () assistência atenção básica () Não se aplica () Outras. Especificar: _____
 9. Desenvolveu ou desenvolve, como autor(a) ou orientador(a), pesquisa com a temática:
 - a) Saúde da pessoa idosa? () sim () não
 () Monografia () Monografia de especialização () Artigo científico () Dissertação () Tese () Não se aplica () Outros. _____
 - b) Diretrizes clínicas /Processo de enfermagem/ Classificações de Enfermagem (NANDA-I/CIPE /NIC/NOC/OUTROS)?
 () Monografia () Monografia de especialização () Artigo científico () Dissertação () Tese () Não se aplica () Outros. _____
 - c) Assistência de Enfermagem na área da Estomatologia? () sim () não
 () Monografia () Monografia de especialização () Artigo científico () Dissertação () Tese () Não se aplica () Outros. _____
 - d) Incontinência urinária? () sim () não
 () Monografia () Monografia de especialização () Artigo científico () Dissertação () Tese () Não se aplica () Outros. _____

Especificar o de maior relevância e/ou titulação _____:

PARTE II – APRESENTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

* Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013.

* Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4th ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2012.

* Promoting Continence Using Prompted Voiding. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2011.

INTERPRETAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS SEGUNDO AS DIRETRIZES UTILIZADAS

Quadro 1 - Classificação dos estudos de acordo com o nível de evidência conforme a proposta de Melnyk, Fineout-Overholt (2005) utilizados pela NICE e Geriatric Nursing Protocols. João Pessoa - PB, 2016.

Nível de evidência	Características	Mais fortes ↑ Mai icos ↓
Nível 1	Revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;	
Nível 2	Ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;	
Nível 3	Ensaio clínico bem delineado sem randomização;	
Nível 4	Estudo de coorte e de caso de controle bem delineados;	
Nível 5	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;	
Nível 6	Estudo descritivo ou qualitativo;	
Nível 7	Opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.	

Adaptado de: Melnyk, BM & Fineout-Overholt, E. (2005). Prática baseada em evidências na enfermagem e cuidados de saúde: Um guia para as melhores práticas. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins e Stetler, CB, Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., et al. (1998). Utilization-focused revisões integrativas em um serviço de enfermagem. Enfermagem Aplicada Research, 11 (4) 195-206.

Quadro 2 - Classificação dos estudos de acordo com o nível de evidência conforme a proposta da Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). João Pessoa - PB, 2016.

Nível de evidência	Características	Mais fortes ↑ Mai icos ↓
Ia	Evidências obtidas a partir de meta-análise ou revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados;	
Ib	Evidências obtidas a partir de pelo menos um ensaio clínico randomizado;	
IIa	Evidências obtidas a partir de pelo menos um bem concebido estudo controlado sem randomização;	
IIb	Evidências obtidas a partir de pelo menos um outro tipo de bem concebido estudo experimental quase sem randomização;	
III	Evidências obtidas a partir de estudos descritivos não experimentais bem desenhados, como estudos comparativos, estudos de correlação e estudos de casos;	
IV	Evidências obtidas a partir de relatórios de comissões de peritos ou opiniões e/ou experiências clínicas de autoridades respeitadas.	

PARTE II – APRESENTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

* Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013.

* Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4th ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2012.

* Promoting Continence Using Prompted Voiding. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2011.

RECOMENDAÇÕES DAS DIRETRIZES - AVALIAÇÃO	SUMÁRIO DA EVIDÊNCIA (Grau incluído se especificado)
Histórico clínica detalhada	NICE (nível IV), GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I), RNAO (nível IV)
Exame físico	NICE (nível IV), GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I),
Pad teste/ Diário Miccional de no mínimo 3 dias (RNAO sugere de 3 dias por no mínimo 3 e no máximo 8 semanas)	NICE, RNAO (III),
Aplicação de questionários fidedignos para avaliação dos sintomas urinários	NICE
Encaminhamento a um serviço especializado em casos de IUE grave e outros agravos complicadores.	NICE
RECOMENDAÇÕES DAS DIRETRIZES – TERAPIA COMPORTAMENTAL	SUMÁRIO DA EVIDÊNCIA (Grau incluído se especificado)
1. Assistência ao banheiro e treinamento da bexiga (Micção programada ou solicitada)	NICE (nível III), GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I), RNAO (nível III).
3. Ingestão adequada de líquidos (RNAO e NICE recomendam a ingestão de 1.500 a 2.000ml, e solicita minimizar o uso de bebidas como caféina e alcoólicas sempre que possível).	NICE (nível I), GERIATRIC NURSING PROTOCOLS, RNAO (III).
4. Barreiras atitudinais e ambientais para facilitar a continência	NICE (nível IV), GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I), RNAO (III).
5. Disponibilização de dispositivos (evidenciam como estratégia de enfrentamento e não como tratamento)	RNAO, NICE.
6. Cuidados com a dieta, controle e perda de peso (IMC >27 - GERIATRIC NURSING PROTOCOLS/ IMC >30 – NICE, atentar para os alimentos que são irritantes da bexiga)	NICE (nível III), GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível II).
7. Exercícios do assoalho pélvico (NICE recomenda de no mínimo 3 meses com 8 contrações/3xdia)	NICE (nível I), GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I), RNAO (nível Ia).
8. Evitar cateterismo vesical	NICE (nível), GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível IV).
9. Evitar medicamentos que podem contribuir para IU	GERIATRIC NURSING PROTOCOLS (nível I), RNAO (nível IV).
10. Encaminhar para outros membros da equipe se a paciente optar por terapias farmacológicas ou cirúrgicas ou por falha do tratamento.	GERIATRIC NURSING PROTOCOLS, RNAO (nível IV).

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO POR CONSENSO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROPOSTAS PELA NIC A SEREM INCLUÍDAS NO PROTOCOLO DE TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA CONTROLE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS.

Questionamento: Na sua prática assistencial quais intervenções de enfermagem propostas pela NIC você concorda que devem ser incluídas no protocolo de Terapia Comportamental para controle de incontinência urinária de esforço em mulheres idosas em consonância com as recomendações das diretrizes clínicas apresentadas?

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC	Concorda		Justificativa/ Sugestões
	Sim	Não	
1. Controle de MEDICAMENTOS (2380): – Domínio 2: Fisiológico: complexo - Classe H: controle de medicamentos - Nível: sugerida – Definição: facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos.			
2. Exercícios para Musculatura PÉLVICA (0560): Domínio 1: Fisiológico Básico – Classe B: controle da eliminação - Nível: sugerida (principal) – Definição: fortalecimento e treinamento dos músculos levantador do ânus e urogenital pela contração voluntária e repetitiva para reduzir a incontinência de esforço, de urgência ou ambos.			
3. ENSINO: indivíduo (5606): Domínio 3: Comportamental – Classe S: educação do paciente - Nível: sugerida - Definição: planejamento, implementação e avaliação de um programa de ensino criado para atender a necessidades específicas do paciente.			
4. Controle da Eliminação URINÁRIA (0590): Domínio 1: Fisiológico Básico – Classe B: controle da eliminação - Nível: sugerida - Definição: manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária.			
5. Treinamento do Hábito URINÁRIO (0600): Domínio 1: Fisiológico Básico – Classe B: controle da eliminação - Nível: sugerida – Definição: estabelecimento de um padrão previsível de esvaziamento da bexiga para prevenir incontinência em pessoas com capacidade cognitiva limitada, com incontinência urinária funcional, por pressão ou urgência.			
6. Cuidados na Incontinência Urinária (0610): Domínio 1: Fisiológico Básico – Classe B: controle da eliminação - Nível: sugerida (principal) - Definição: auxílio na promoção da continência e na manutenção da integridade da pele e do períneo.			
7. Controle do PESO (1260): Domínio 1: Fisiológico Básico – Classe D: apoio nutricional - Nível: sugerida – Definição: facilitação da manutenção de peso corporal adequado e porcentagem de gordura corporal ideal.			
8. Monitoração HÍDRICA (4130): Domínio 2: Fisiológico: complexo - Classe N – controle perfusão tissular - Nível: sugerida – Definição: coleta e análise de dados do paciente para regulação do equilíbrio hídrico.			
9. Controle do AMBIENTE: segurança (6486): Domínio 4: Segurança – Classe V: controle de risco - Nível: sugerida – Definição: monitoramento e manipulação do ambiente físico para promoção da segurança.			
10. Cuidados com o PERÍNEO (1750): Domínio 1: Fisiológico Básico – Classe F: facilitação do autocuidado - Nível: opcional – Definição: manutenção da integridade da pele do períneo e alívio do desconforto perineal.			
11. Assistência no AUTOCUIDADO: uso do vaso sanitário (1804): Domínio 1: Fisiológico Básico – Classe B: controle da eliminação - Nível: opcional - Definição: auxílio à outra pessoa nas eliminações			
12. Modificação do COMPORTAMENTO (4360): Domínio 3: Comportamental – Classe O: terapia comportamental - Nível: opcional - Definição: promoção de uma mudança de comportamento.			
13. Reeducação VESICAL (0570): Domínio 1: Fisiológico Básico – Classe B: controle da eliminação - Nível: opcional – Definição: melhora do funcionamento da bexiga para pessoas com incontinência urinária, aumentando a capacidade da bexiga para conter a urina e a capacidade do paciente para interromper o ato urinário.			

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO POR CONSENSO DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM A SEREM INCLUÍDAS NO PROTOCOLO DE TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA CONTROLE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS CONSTANTES NAS DIRETRIZES CLÍNICAS E NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC).

Recomendação clínica e Modo de adaptação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Intervenção de Enfermagem e atividades de cuidado	Concorda		Justificativa/ Sugestões
			Sim	Não	
Evitar medicamentos que podem contribuir para IU. (Fisiológico e Interdependência)	Domínio 2 Fisiológico: Complexo Classe H – Controle de medicamentos Intervenções para facilitar os efeitos desejados dos agentes farmacológicos Nível: Sugerida 1. Controle de Medicamentos – facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos.	1. Determinar os medicamentos necessários e administrá-los, conforme o profissional que os prescreveu e/ou o protocolo da instituição.			
		2. Discutir as preocupações financeiras relativas ao regime de medicamentos.			
		3. Determinar a capacidade do paciente para automedicar-se, conforme apropriado.			
		4. Monitorar a eficácia da modalidade de administração dos medicamentos.			
		5. Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico da medicação.			
		6. Monitorar sinais e sintomas de toxicidade do medicamento.			
		7. Monitorar os efeitos adversos do medicamento.			
		8. Monitorar níveis séricos do sangue (p.ex., eletrólitos, protombina, medicamentos), conforme apropriado.			
		9. Monitorar interações não terapêuticas dos medicamentos.			
		10. Revisar periodicamente com o paciente e/ou familiares os tipos e as quantidades dos medicamentos tomados.			
		11. Descartar medicamentos antigos, suspensos ou contraindicados, conforme apropriado.			
		12. Facilitar mudanças de medicamentos junto ao médico, conforme apropriado.			
		13. Monitorar respostas às mudanças no regime medicamentoso, conforme apropriado.			
		14. Determinar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos.			
		15. Monitorar a adesão do regime de medicamentos.			
		16. Determinar os fatores que podem impedir o paciente de tomar os medicamentos prescritos.			
		17. Desenvolver estratégias com o paciente para melhorar a adesão ao regime medicamentoso prescrito.			
		18. Consultar outros profissionais da saúde para minimizar a quantidade e a frequência dos medicamentos necessários para um efeito terapêutico.			
		19. Ensinar ao paciente e à família o método de administração do medicamento, conforme apropriado.			
		20. Ensinar ao paciente e/ou familiares a ação e os efeitos secundários esperados dos medicamentos.			
		21. Providenciar ao paciente e familiares informações escritas e ilustradas para melhorar a autoadministração dos medicamentos, conforme apropriado.			
		22. Desenvolver estratégias para controlar os efeitos adversos dos medicamentos.			
		23. Obter prescrição médica para automedicação do paciente, conforme apropriado.			
		24. Estabelecer um protocolo para o armazenamento, reabastecimento e controle dos medicamentos deixados à cabeceira da cama do paciente com fins de automedicação.			
		25. Investigar prováveis recursos financeiros para compra dos medicamentos prescritos, conforme apropriado.			
		26. Determinar o impacto do uso dos medicamentos no estilo de vida do paciente.			
		27. Oferecer alternativas de horário e modalidades de automedicação dos medicamentos para minimizar os efeitos sobre o estilo de vida.			
		28. Auxiliar o paciente e a família a realizar os ajustes necessários no estilo de vida associados a determinados medicamentos, conforme apropriado.			
		29. Orientar o paciente sobre o momento de buscar atendimento médico.			
		30. Identificar os tipos e as quantidades de medicamentos usados sem prescrição médica.			
		31. Informar sobre o uso de medicamentos sem prescrição médica e sobre a maneira como eles podem influenciar a condição existente.			
		32. Determinar se o paciente está utilizando remédios caseiros, feitos de acordo com a cultura popular, e os possíveis efeitos no uso dos medicamentos prescritos e não prescritos.			
		33. Revisar com o paciente as estratégias de controle do regime medicamentoso.			
		34. Oferecer ao paciente uma lista de recursos para contato caso haja necessidade de mais informações sobre o regime terapêutico.			
		35. Contatar o paciente e a família, após a alta, conforme apropriado, para responder a perguntas e discutir preocupações associadas ao regime terapêutico.			

Recomendação clínica e Modo de adaptação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Intervenção de Enfermagem e atividades de cuidado	Concorda		Justificativa/ Sugestões
			Sim	Não	
Exercícios para a musculatura pélvica (Modo fisiológico)	Domínio 1 Fisiológico Básico Classe B – Controle da Eliminação Nível: Sugerida/ Principal 2. Exercícios para musculatura pélvica: fortalecimento e treinamento dos músculos levantador do ânus e urogenital pela contração voluntária e repetitiva para reduzir a incontinência de esforço , de urgência ou ambos.	1. Determinar a capacidade para reconhecer a urgência miccional.			
		2. Orientar o paciente a contrair e, depois, relaxar o anel muscular em torno da uretra e do ânus, como se tentasse evitar o movimento urinário ou intestinal.			
		3. Orientar o paciente a evitar contrair o abdome, as coxas e as nádegas, prendendo a respiração ou fazendo esforço durante o exercício.			
		4. Assegurar que o paciente possa distinguir entre o esforço voluntário de contrair os músculos e o esforço involuntário de aliviar a musculatura.			
		5. Orientar a paciente do sexo feminino a identificar o músculo <i>levantador do ânus</i> e o urogenital, colocando um dos dedos da mão na vagina e pressionando.			
		6. Orientar o paciente a realizar exercícios de fortalecimento muscular, chegando a até 300 contrações diárias, mantendo cada contração por 10 segundos e descansando, pelo menos, 10 segundos entre cada contração, conforme o protocolo da instituição.			
		7. Informar ao paciente que há necessidade de seis a 12 semanas para que os exercícios mostrem resultado.			
		8. Oferecer <i>feedback</i> positivo pela realização dos exercícios recomendados.			
		9. Ensinar o paciente a monitorar a resposta aos exercícios tentando interromper o fluxo de urina uma vez por semana, no máximo.			
		10. Incorporar <i>biofeedback</i> ou estimulação elétrica à rotina dos pacientes selecionados diante de indicação de assistência para identificar os músculos corretos a serem contraídos e/ou para provocar a força desejada de contração muscular.			
		11. Oferecer instruções escritas que descrevem a intervenção e a quantidade recomendada das repetições.			
		12. Discutir, diariamente, o registro da continência com o paciente, oferecendo reforço.			

Recomendação clínica e Modo de adaptação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Intervenção de Enfermagem e atividades de cuidado	Concorda		Justificativa/ Sugestões
			Sim	Não	
Terapia Comportamental (Modo Fisiológico, Autoconceito, Função de papéis e Interdependência)	Domínio 3: Comportamental Classe S – Educação do Paciente Nível: Sugerida 3. Ensino: indivíduo Planejamento, implementação e avaliação de um programa de ensino criado para atender a necessidades específicas do paciente.	1. Estabelecer comunicação.			
		2. Estabelecer a credibilidade do professor, conforme apropriado.			
		3. Determinar as necessidades de aprendizagem do paciente.			
		4. Avaliar o nível atual de conhecimentos e compreensão do conteúdo pelo paciente.			
		5. Avaliar o nível educacional do paciente.			
		6. Avaliar capacidades/ deficiências cognitivas, psicomotoras e afetivas do paciente.			
		7. Determinar a capacidade do paciente para aprender informações específicas (i.e., nível de desenvolvimento, estado psicológico, orientação, dor, cansaço, necessidades básicas não atendidas, estado emocional e adaptação à doença).			
		8. Determinar a motivação do paciente para aprender informações específicas (i.e., crenças de saúde, desobediências anteriores, experiências ruins com cuidados de saúde/aprendizagem e metas conflitantes).			
		9. Melhorar a prontidão do paciente para aprender, conforme apropriado.			
		10. Fixar metas de aprendizagem realistas e recíprocas com o paciente.			
		11. Identificar os objetivos de aprendizagem necessários ao alcance das metas.			
		12. Determinar a sequência na apresentação do material.			
		13. Avaliar o estilo de aprendizagem do paciente.			
		14. Selecionar métodos/ estratégias de ensino adequadas.			
		15. Selecionar materiais educativos apropriados.			
		16. Adaptar o conteúdo as capacidades/ deficiências cognitivas, psicomotoras e/ou afetivas do paciente.			
		17. Ajustar a instrução de modo a facilitar a aprendizagem, conforme apropriado.			
		18. Proporcionar um ambiente que leve à aprendizagem.			
		19. Orientar o paciente quando convier.			
		20. Avaliar o que o paciente conseguiu em relação aos objetivos enunciados.			
		21. Reforçar comportamentos, conforme apropriados.			
		22. Corrigir interpretações erradas das informações, conforme apropriado.			
		23. Dar tempo ao paciente para que faça perguntas e discuta preocupações.			
		24. Escolher novos métodos/estratégias de ensino quando as anteriores não tiveram funcionando.			
		25. Encaminhar o paciente a outros especialistas/ agências para que alcance os objetivos de aprendizagem, conforme apropriado.			
		26. Documentar o conteúdo apresentado, os materiais escritos disponibilizados e o que o paciente compreendeu das informações, ou seus comportamentos indicativos de aprendizagem, no prontuário médico permanente.			
		27. Incluir a família/ pessoas importantes, conforme apropriado.			

Recomendação clínica e Modo de adaptação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Intervenção de Enfermagem e atividades de cuidado	Concorda		Justificativa/ Sugestões
			Sim	Não	
Assistência ao banheiro e treinamento da bexiga (Modo Fisiológico)	Domínio 1 Fisiológico Básico Classe B – Controle da Eliminação Nível: Opcional 4. Controle da eliminação urinária - manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária.	1. Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor conforme apropriado.			
		2. Monitorar o surgimento e sinais e sintomas de retenção urinária.			
		3. Identificar os fatores que contribuem para episódios de incontinência.			
		4. Ensinar ao paciente os sinais e os sintomas de infecção do trato urinário.			
		5. Anotar o horário da última eliminação de urina, conforme apropriado.			
		6. Orientar o paciente/família a registrar o débito urinário, conforme apropriado.			
		7. Inserir sonda vesical, conforme apropriado.			
		8. Obter amostra de urina do jato médico para análise urinária, conforme apropriado.			
		9. Encaminhar o paciente para o médico diante da ocorrência de sinais e sintomas de infecção do trato urinário.			
		10. Ensinar o paciente a obter amostras do jato médio da urina ao primeiro sinal de retorno de sinais e sintomas de infecção.			
		11. Orientar o paciente para reagir imediatamente à urgência de urinar, conforme apropriado.			
		12. Ensinar o paciente a beber 250 mL de líquido às refeições, entre as refeições e no início da noite.			
		13. Auxiliar o paciente de desenvolver uma rotina de uso do vaso sanitário, conforme apropriado.			
		14. Orientar o paciente a esvaziar a bexiga antes de procedimentos relevantes.			
		15. Registrar o horário da primeira eliminação de urina após o procedimento, conforme apropriado.			
		16. Restringir líquidos sempre que necessário.			
		17. Orientar o paciente a monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção do trato urinário			
		18. Implementar sondagem vesical intermitente, conforme apropriado.			
		19. Encaminhar a especialista em continência urinaria, conforme apropriado.			

Recomendação clínica e Modo de adaptação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Intervenção de Enfermagem e atividades de cuidado	Concorda		Justificativa/ Sugestões
			Sim	Não	
Diário Miccional de 3-7 dias Assistência ao banheiro e treinamento da bexiga (micção programada ou solicitada) (Modo Fisiológico e Interdependência)	Domínio 1 Fisiológico Básico Classe B – Controle da Eliminação Nível: Opcional 5. Reeducação vesical: melhora do funcionamento da bexiga para pessoas com incontinência urinária, aumentando a capacidade da bexiga para conter a urina e a capacidade do paciente para interromper o ato urinário.	1. Determinar a capacidade de reconhecer a urgência para urinar.			
		2. Encorajar o paciente a manter uma eliminação urinária diária.			
		3. Manter um registro específico da continência durante três dias para estabelecer o padrão urinário.			
		4. Ajudar o paciente a identificar padrões de incontinência.			
		5. Revisar o ato de eliminação urinária com o paciente.			
		6. Estabelecer um intervalo para programa inicial de uso do vaso sanitário, com base no padrão de eliminação.			
		7. Estabelecer um horário para iniciar e concluir o programa de uso do sanitário, caso treinamento não seja concluído em 24h.			
		8. Estabelecer um intervalo para o uso do vaso sanitário não inferior a uma hora e, de preferência, não superior a duas horas.			
		9. Levar o paciente ao vaso sanitário e lembrá-lo de urinar nos intervalos prescritos.			
		10. Oferecer privacidade durante o uso do vaso sanitário.			
		11. Usar o poder da sugestão (p.ex., abrir torneira ou dar descarga no vaso sanitário) para ajudar o paciente a urinar.			
		12. Evitar deixar o paciente no vaso sanitário por mais de cinco minutos.			
		13. Reduzir o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora quando ocorrerem mais de 3 episódios de incontinência em 24h			
		14. Manter o intervalo de uso do vaso sanitário quando três ou menos episódios de incontinência ocorrerem em 24 horas.			
		15. Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora quando o paciente não conseguir urinar em dois ou mais momentos programados para uso do vaso sanitário.			
		16. Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em uma hora quando o paciente não apresentar episódios de incontinência durante três dias, até ser alcançado um intervalo ideal de quatro horas.			
		17. Manifestar confiança de que a incontinência será melhorada.			
		18. Ensinar o paciente a conter a urina conscientemente até chegar o momento combinado de uso do vaso sanitário.			
		19. Conversar sobre o registro diário de continência com o paciente para oferecer reforço.			
	Domínio 1 Fisiológico Básico Classe B – Controle da Eliminação Nível: Opcional 6. Treinamento do hábito urinário: estabelecimento de um padrão previsível de esvaziamento da bexiga para prevenir incontinência em pessoas com capacidade cognitiva limitada, com incontinência urinária funcional, por pressão ou urgência.	1. Manter registro específico da continência durante três dias para estabelecer o padrão de eliminação urinária.			
		2. Estabelecer o intervalo dos horários iniciais de uso de vaso, com base no padrão de eliminação urinária e na rotina usual.			
		3. Estabelecer o horário de início e término do programa de uso do vaso sanitário, caso não seja de 24 horas.			
		4. Estabelecer o intervalo de uso do vaso sanitário, de preferência, não inferior a duas horas.			
		5. Auxiliar o paciente a usar o vaso sanitário e levá-lo a urinar conforme os intervalos prescritos.			
		6. Oferecer privacidade para usar o vaso sanitário.			
		7. Usar o poder da sugestão (p.ex, água da torneira correndo e descarga do vaso sanitário).			
		8. Evitar deixar o paciente no vaso sanitário por mais de cinco minutos.			
		9. Reduzir o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora se houver mais de dois episódios de incontinência em duas horas			
		10. Manter o intervalo de uso do vaso sanitário se houver dois ou menos episódios de incontinência em 24 horas.			
		11. Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora se o paciente não apresentar episódios de incontinência em 48 horas, até atingir um intervalo ideal de quatro horas.			
		12. Discutir o registro diário de continência com a equipe para oferecer reforço e encorajar a adesão ao horário do vaso.			
		13. Manter os horários de uso do vaso para auxiliar no estabelecimento e na manutenção de um hábito de eliminação urinaria.			
		14. Oferecer <i>feedback</i> positivo ou reforço positivo ao paciente quando ele urinar nos intervalos estabelecidos para uso do vaso.			

Recomendação clínica e Modo de adaptação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Intervenção de Enfermagem e atividades de cuidado	Concorda		Justificativa/ Sugestões
			Sim	Não	
Barreiras atitudinais e ambientais para facilitar a continência (Modo Fisiológico)	Domínio 1 Fisiológico Básico Classe B – Controle da Eliminação Nível: Sugerida (principal) 7. Cuidados na incontinência urinária - auxílio na promoção da continência e na manutenção da integridade da pele e do períneo.	1. Identificar causas multifatoriais de incontinência.			
		2. Proporcionar privacidade durante a eliminação.			
		3. Explicar a etiologia do problema e a justificativa das ações.			
		4. Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor.			
		5. Discutir os procedimentos e os resultados esperados com o paciente.			
		6. Auxiliar e desenvolver/manter um sentimento de esperança.			
		7. Modificar as roupas e o ambiente para propiciar acesso fácil ao vaso sanitário.			
		8. Auxiliar a selecionar a roupa/ absorvente adequado para incontinência no controle de curto prazo, enquanto seja planejado um tratamento mais definitivo.			
		9. Oferecer roupas protetoras, se necessário.			
		10. Higienizar a área da pele dos genitais a intervalos regulares.			
		11. Oferecer <i>feedback</i> positivo diante de qualquer redução nos episódios de incontinência.			
		12. Limitar os líquidos para duas a três horas antes de dormir, conforme apropriado.			
		13. Programar a administração de diuréticos de modo a causar impacto mínimo no estilo de vida.			
		14. Orientar o paciente/família a registrar a eliminação e o padrão urinário, conforme apropriado.			
		15. Orientar o paciente a beber um mínimo de 1.500mL de líquidos/dia.			
		16. Orientar sobre formas de evitar constipação ou impactação fecal.			
		17. Limitar a ingestão de irritantes vesicais (p.ex., bebidas com cola, café, chá e chocolate).			
		18. Obter uma amostra de urina para cultura e teste de sensibilidade de necessário.			
		19. Monitorar a eficiência do tratamento cirúrgico, médico, farmacológico e autoprescrito.			
		20. Monitorar hábitos intestinais.			
		21. Encaminhar a especialista em continência urinária, conforme apropriado.			
Assistência ao banheiro e treinamento da bexiga (Modo Fisiológico)	Domínio 1 Fisiológico Básico Classe B – Controle da Eliminação Nível: Opcional 8. Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário – auxílio à outra pessoa nas eliminações.	1. Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado.			
		2. Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado.			
		3. Remover as roupas básicas para possibilitar a eliminação.			
		4. Ajudar o paciente a chegar ao vaso sanitário/cadeira higiênica/comadre urinol partido/urinol comum, a intervalos específicos.			
		5. Analisar a reação do paciente à falta de privacidade.			
		6. Proporcionar privacidade durante a eliminação.			
		7. Facilitar a higiene íntima ao final da eliminação.			
		8. Recolocar as roupas do paciente após a eliminação.			
		9. Dar descarga no vaso sanitário			
		10. Instituir uma agenda de eliminação, conforme apropriado.			
		11. Orientar o paciente/ outras pessoas sobre a rotina de eliminação.			
		12. Instituir rondas ao banheiro, conforme apropriado e sempre que necessário.			
		13. Providenciar dispositivos auxiliares (p.ex., cateter externo ou urinol), conforme apropriado.			
		14. Monitorar a integridade da pele do paciente.			

Recomendação clínica e Modo de adaptação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Intervenção de Enfermagem e atividades de cuidado	Concorda		Justificativa Sugestões
			Sim	Não	
Cuidados com a dieta, controle e perda de peso. (Fisiológico e Interdependência)	Domínio 1 Fisiológico Básico Classe D – Apoio nutricional Intervenções para modificar ou manter o estado nutricional Nível: Sugerida 9. Controle do peso: facilitação da manutenção de peso corporal adequado e porcentagem de gordura corporal ideal.	1. Discutir com o paciente a relação entre ingestão de alimentos, exercício, aumento e perda de peso.			
		2. Discutir com o paciente as condições medicas capazes de afetar o peso.			
		3. Discutir com o paciente os hábitos, os costumes e os fatores culturais e hereditários que influenciem no peso.			
		4. Discutir os riscos associados ao fato de estar com excesso ou abaixo do peso.			
		5. Determinar a motivação individual para mudar os hábitos alimentares.			
		6. Determinar o peso corporal ideal do indivíduo.			
		7. Determinar a porcentagem ideal de gordura corporal do indivíduo.			
		8. Desenvolver com o indivíduo um método de manter um registro diário da ingestão, das sessões de exercícios e/ou mudanças no peso.			
		9. Encorajar o indivíduo a registrar seu peso todas as semanas para uma boa ingestão alimentar e exercícios e exibi-las em local onde possam ser revistar diariamente.			
		10. Encorajar o indivíduo a registrar seu peso todas as semanas em um gráfico, conforme apropriado.			
		11. Encorajar o indivíduo a consumir diariamente quantidades adequadas de água.			
		12. Planejar recompensas ao indivíduo para comemorar o alcance das metas de curto e longo prazos.			
		13. Informar o indivíduo sobre a disponibilidade de grupos de apoio para prestar auxílio.			
		14. Auxiliar na elaboração de planos alimentares bem equilibrados, coerentes com o nível de gasto de energia.			
Ingestão adequada de líquidos (Fisiológico e Interdependência)	Domínio 2 Fisiológico: Complexo Classe N – Controle Perfusão Tissular Intervenções para otimizar a circulação de sangue e líquidos até os tecidos. Nível: Sugerida 10. Monitoração hídrica: coleta e análise de dados do paciente para regulação do equilíbrio hídrico.	1. Determinar o histórico da quantidade e o tipo de ingestão de líquidos e dos hábitos de eliminação.			
		2. Determinar possíveis fatores de desequilíbrio hídrico (p. ex, hipertermia, terapia com diuréticos, patologias renais, insuficiência cardíaca, sudorese, disfunção hepática, exercício exagerado, exposição ao calor, infecção estado pós-operatório, poliúria, vômito e diarreia).			
		3. Monitorar peso.			
		4. Monitorar a ingestão e a eliminação.			
		5. Monitorar valores de eletrólitos séricos e urinários, conforme apropriado.			
		6. Monitorar níveis de albumina sérica e de proteína total.			
		7. Monitorar níveis de osmolalidade sérica e urinária.			
		8. Monitorar a pressão sanguínea, frequência cardíaca e estado respiratório.			
		9. Monitorar a pressão sanguínea ortostática e mudança no ritmo cardíaco, conforme apropriado.			
		10. Monitorar parâmetros hemodinâmicos invasivos, conforme apropriado.			
		11. Manter o registro preciso de ingestão e eliminação.			
		12. Monitorar mucosas, turgor da pele e sede.			
		13. Monitorar cor, quantidade e gravidade específica da urina.			
		14. Monitorar ocorrência de distensão de veias do pescoço, crepitações pulmonares, edema periféricos e aumento de peso.			
		15. Monitorar o dispositivo de acesso venoso, conforme apropriado.			
		16. Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de ascite.			
		17. Observar a presença ou a ausência de vertigem ao colocar-se de pé			
		18. Administrar agentes farmacológicos para aumentar do débito urinário, conforme apropriado.			
		19. Restringir e distribuir a ingestão de líquidos, conforme apropriado.			
		20. Manter o gotejamento endovenoso prescrito.			
		21. Administrar agentes farmacológicos para aumentar o débito urinário, conforme apropriado.			
		22. Administrar diálise, conforme apropriado, observando a resposta do paciente.			

Recomendação clínica e Modo de adaptação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Intervenção de Enfermagem e atividades de cuidado	Concorda		Justificativa/ Sugestões
			Sim	Não	
Barreiras atitudinais e ambientais para facilitar a continência. (Fisiológico e Interdependência)	Domínio 1 Fisiológico Básico Classe F – Facilitação do autocuidado Intervenções para proporcionar ou auxiliar nas atividades de rotina na vida diária, ou ajudar a sua realização. Nível: Opcional 11. Cuidados com o períneo – manutenção da integridade da pele do períneo e alívio do desconforto perineal.	1. Auxiliar na higiene.			
		2. Manter o períneo seco.			
		3. Providenciar almofada para cadeira, como a almofada em forma de anel, conforme apropriado.			
		4. Examinar a condição da incisão ou laceração (p.ex., episiotomia).			
		5. Aplicar compressa fria, conforme apropriado.			
		6. Aplicar recurso de calor/lâmpada de aquecimento, conforme apropriado.			
		7. Orientar o paciente sobre o uso e as indicações do banho de assento.			
		8. Providenciar banhos de assento.			
		9. Limpar completamente o períneo a intervalos regulares.			
		10. Manter o paciente em posição confortável.			
		11. Colocar absorventes para drenagem, conforme apropriado.			
		12. Registrar as características da drenagem, conforme apropriado.			
		13. Providenciar suporte escrotal, conforme apropriado.			
		14. Providenciar medicamentoso para dor, conforme apropriado.			
Barreiras atitudinais e ambientais para facilitar a continência (Modo Fisiológico)	Domínio 4 Segurança Classe V – Controle de Risco Intervenções para iniciar atividades de redução de risco e manter o monitoramento de risco durante certo tempo. Nível: Sugerida 12. Controle do Ambiente: segurança Monitoramento e manipulação do ambiente físico para promoção da segurança	1. Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de capacidade física e cognitiva e no histórico comportamental anterior.			
		2. Identificar perigos à segurança no ambiente (i.e., físicos, biológicos e químicos).			
		3. Remover os perigos do ambiente, quando possível.			
		4. Modificar o ambiente para minimizar perigos e riscos.			
		5. Providenciar dispositivos de adaptação (p.ex., escadinha com degraus e corrimãos) de modo a aumentar a segurança no ambiente.			
		6. Usar dispositivos protetores (p.ex., contenção, laterais da cama, tranca em portas, cercas e portões) para limitar fisicamente, a mobilidade ou o acesso a situações prejudiciais.			
		7. Notificar as instituições autorizadas a protegerem o ambiente (p.ex., secretaria de saúde local e instituição de proteção ambiental, polícia).			
		8. Dar ao paciente os telefones de emergência (p.ex., polícia, secretaria de saúde local e centro de controle toxicológico).			
		9. Monitorar o ambiente quanto a mudanças na condição de segurança.			
		10. Auxiliar o paciente em sua mudança para um ambiente mais seguro (p.ex., encaminhamento a assistência para conseguir moradia).			
		11. Iniciar e/ou conduzir programas de sondagem de perigos ambientais (p.ex., chumbo e radiação).			
		12. Educar indivíduos e grupos de alto risco sobre perigos ambientais.			
		13. Colaborar com outras instituições para melhorar a segurança do ambiente (p.ex., secretaria de saúde, polícia e instituição de proteção ambiental).			

Recomendação clínica e Modo de adaptação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Intervenção de Enfermagem e atividades de cuidado	Concorda		Justificativa/ Sugestões
			Sim	Não	
Terapia Comportamental (Modo Fisológico, Autoconceito, Função de papéis e Interdependência)	Domínio 3: Comportamental Classe O – Terapia Comportamental Nível: Opcional 13. Modificação do comportamento: promoção de uma mudança de comportamento.	1. Determinar a motivação do paciente para mudar.			
		2. Ajudar o paciente a identificar pontos fortes e reforça-los.			
		3. Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis.			
		4. Apresentar o paciente a pessoas (ou grupos) que tenham enfrentado com sucesso a mesma experiência.			
		5. Manter um comportamento estável do corpo funcional.			
		6. Reforçar decisões construtivas sobre necessidades de saúde.			
		7. Oferecer <i>feedback</i> em termos de sentimentos quando constatado que o paciente está livre de sintomas e parece relaxado.			
		8. Evitar mostrar rejeição ou depreciação enquanto luta para mudar comportamentos.			
		9. Oferecer reforço positivo e decisões que o paciente tomou com independência.			
		10. Encorajar o paciente e examinar o próprio comportamento.			
		11. Auxiliar o paciente a identificar mesmo os pequenos sucessos.			
		12. Identificar o problema do paciente em termos comportamentais.			
		13. Identificar o comportamento a ser modificado (comportamento-alvo) em termos concretos e específicos.			
		14. Fragmentar o comportamento a ser modificado em unidades menores e mensuráveis de comportamento.			
		15. Usar períodos de tempo específicos ao medir unidades de comportamento (p.ex., nº de cigarros fumados por dia).			
		16. Determinar se o comportamento-alvo identificado precisa ser aumentado, diminuído ou aprendido.			
		17. Levar em conta que mais fácil aumentar do que diminuir um comportamento.			
		18. Estabelecer objetivos comportamentais por escrito.			
		19. Elaborar um programa de mudança de comportamento.			
		20. Estabelecer um porto de partida de ocorrência do comportamento antes de começar as mudanças.			
		21. Desenvolver um método (p. ex., gráfico ou tabela) para registro do comportamento e suas mudanças.			
		22. Encorajar o paciente a participar do registro dos comportamentos.			
		23. Discutir com o paciente/ pessoas importantes o processo de modificação do comportamento.			
		24. Facilitar o envolvimento de cuidadores de saúde no processo de modificação do comportamento.			
		25. Facilitar o envolvimento da família no processo de modificação, conforme apropriado.			
		26. Oferecer reforços positivos com os comportamentos que devam ser aumentados.			
		27. Evitar reforços positivos a comportamentos que têm que ser reduzidos e reforçar um comportamento mais desejável.			
		28. Encorajar o paciente a participar da escolha dos elementos de reforço.			
		29. Escolher reforços significativos para o paciente.			
		30. Escolher reforços que possam ser controláveis (p.ex., usados somente quando ocorre o comportamento a ser a modificado).			
		31. Considerar o uso de reforços dados por enfermeiros (p.ex., atenção, tempo para conversar e leitura para o paciente).			
		32. Oferecer reforços logo após a ocorrência de um comportamento.			
		33. Identificar um programa para a distribuição dos reforços: pode ser de forma contínua ou intermitente.			
		34. Coordenar um sistema de prêmios ou pontos como reforço a comportamentos complexos ou múltiplos.			
		35. Elaborar um contrato de tratamento com o paciente em apoio à implementação do sistema de prêmios/pontos.			
		36. Reforçar-se a aquisição de habilidades por meio de reforço sistemático de componentes simples da habilidade.			
		37. Promover a aprendizagem do comportamento desejado usando técnicas de modelagem.			
		38. Explorar a possibilidade de uso do <i>feedback</i> para intensificar a percepção das mudanças de comportamento pelo paciente.			
		39. Avaliar as mudanças de comportamentos comparando as ocorrências iniciais com as pós-intervenção.			
		40. Registrar o processo de modificação sempre que necessário.			
		41. Comunicar o plano de intervenção e as modificações à equipe de tratamento regularmente.			
		42. Manter o reforço durante um período mais longo (telefone ou contato pessoal).			

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL
DOUTORADO

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – MULHER IDOSA

☐ **AVALIAÇÃO PRÉ-TERAPIA COMPORTAMENTAL**

☐ **AVALIAÇÃO PÓS-TERAPIA COMPORTAMENTAL**

HISTÓRIA CLÍNICA/ PARTE I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Iniciais: _____

2. Idade: _____

3. Situação Conjugal:

☐ solteira ☐ casada ☐ separada ☐ viúva ☐ não estável

4. Anos de estudo: _____

5. Ocupação/profissão/ formação: _____

PARTE II – DADOS CLÍNICOS:

11. Menarca: _____ anos

12. Menopausa: _____ anos

13. Fumante:

☐ sim. Há quanto tempo? _____ Quantos cigarros, cigarros de palha e/ou cachimbo/dia? _____

☐ não

☐ parou. Há quanto tempo? _____ Quantos cigarros, cigarros de palha e/ou cachimbo/dia? _____

14. Consumo de bebida alcoólica:

☐ sim. Há quanto tempo? _____ Especificar bebida alcoólica e consumo/dia: _____

☐ não

☐ parou. Há quanto tempo? _____ Especificar bebida alcoólica e consumo/dia: _____

15. A senhora possui alguma dessas alterações/patologias?

☐ Esclerose múltipla

☐ Cistocele

☐ Prolapso Uterino

- ☐ Hemorróida
- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Diabetes *mellitus*
- ☐ AVE/ ICC
- ☐ Asma/ DPOC
- ☐ Neoplasia. Especificar: _____
- ☐ Constipação
- ☐ *Parkinson*
- ☐ Depressão
- ☐ Ansiedade
- ☐ Outras. Especificar: _____

16. Faz uso de algum medicamento prescrita ou não prescrita?

- ☐ não
- ☐ sim (antagonistas de alfa-adrenérgicos, diuréticos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, ansiolítico, antipsicóticos, antidepressivos, sedativos, agentes antparkinsonianos, antiespasmódicos, anti-histamínicos, bloqueadores dos canais de cálcio). Especificar: _____

17. Já realizou alguma cirurgia ginecológica ou urinária?

- ☐ Não
- ☐ sim Especificar: _____
- ☐ não sabe

18. Teve filhos?

- ☐ não
- ☐ sim Quantos por parto normal(vaginal)? _____
- Quantos por cesariana? _____
- Quantos por fórceps? _____
- Número de abortos? _____

19. A senhora sente ou já sentiu dor, ardência ou dificuldade de urinar?

- ☐ sim → ☐ recentemente ☐ passado
- ☐ não
- ☐ não sabe

20. Você tem tido infecções urinárias recorrentes?

- ☐ sim
- ☐ não

☐ não sabe

21. Peso atual: _____

22. IMC: _____

23. Hábitos de vida:

a) Ingesta Hídrica (consumo médio de líquidos/dia):

b) Nutrientes ingeridos/ padrões alimentares:

c) Função urinária:

d) Função intestinal:

e) Características da IU (início, duração, frequência, circunstâncias que ocorre, períodos, uso de tampões/absorventes, mudanças de roupa por dia)

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião realizada no dia 22/10/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA CONTROLE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM”**, da pesquisadora Kamyla Félix Oliveira dos Santos. Prot. nº 0561/15. CAAE: 50061015.1.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO B

International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ – SF)

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nos ÚLTIMOS TRÊS MESES.

1. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

Nunca (0)

Uma vez por semana ou menos (1)

Duas ou três vezes por semana (2)

Uma vez ao dia (3)

Diversas vezes ao dia (4)

O tempo todo (5)

2. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

Nenhuma (0)

Uma pequena quantidade (2)

Uma moderada quantidade (4)

Uma grande quantidade (6)

3. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interfere

Interfere muito

ICIQ Escore: soma dos resultados 1 + 2 + 3 = _____

4. Quando você perde urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

Nunca ()

Perco antes de chegar ao banheiro ()

Perco quando tusso ou espiro ()

Perco quando estou dormindo ()

Perco quando estou fazendo atividades físicas ()

Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo ()

Perco sem razão óbvia ()

Perco o tempo todo ()

ANEXO C

King's Health Questionnaire (KHQ)

1 – Como você avalia sua saúde hoje?

Muito boa (1) Boa (2) Normal (3) Ruim (4) Muito Ruim (5)

2- Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga.

Quanto seu problema de bexiga afeta você?

LIMITAÇÃO NO DESEMPENHO DE TAREFAS

3 a – Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa? (ex. limpar, lavar, cozinhar, etc.)

Nenhuma (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

3 b - Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha se trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra , levar filho na escola, etc?

Nenhuma (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

LIMITAÇÃO FÍSICA/SOCIAL

4 a – Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

4 b – Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

4 c – Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

4 d – Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

RELAÇÕES PESSOAIS

5 a – Seus problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?

Não se aplica (0) Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

5 b – Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com o companheiro?

Não se aplica (0) Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

5 c – seu problema de bexiga incomoda seus familiares?

Não se aplica (0) Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

EMOÇÕES

6 a – Você fica deprimida com seu problema de bexiga?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

6 b – Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

6 c – Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

SONO / ENERGIA

7 a – Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

7 b – Você se sente desgastada ou cansada?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

MEDIDAS DE GRAVIDADE

8 a - Você usa algum tipo de protetor higiênico como : fralda , forro, absorvente, tipo Modess para manter-se seca?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

8 b – Você controla a quantidade de líquido que bebe?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

8 c – Você precisar trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

8 d – Você se preocupa em estar cheirando urina?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

GOSTARÍAMOS DE SABER QUAIS SÃO OS SEUS PROBLEMAS DE BEXIGA E O QUANTO ELES AFETAM A VOCÊ. ESCOLHA DA LISTA ABAIXO **APENAS AQUELES PROBLEMAS** QUE VOCÊ TEM NO MOMENTO.

Frequência: Você vai muitas vezes ao banheiro?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Noctúria: Você levanta a noite para urinar?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Enurese noturna: Você molha a cama à noite?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Infecções frequentes: Você tem muitas infecções urinárias?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?

() Um pouco () Mais ou menos () Muito

ANEXO D

DIÁRIO MICCIONAL

[illegible]