

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE À INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

NURSES' ACTION IN BASIC CARE FOR FEMALE URINARY INCONTINENCE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Thamires Souza do Nascimento¹
Howard Lopes Ribeiro Junior²

RESUMO

A incontinência urinária é uma doença comum, dispendiosa para o sistema de saúde e que muitas vezes não é discutida durante as consultas entre os profissionais de saúde e pacientes. Muitas opções de tratamento estão disponíveis, desde modificações simples no estilo de vida até intervenções cirúrgicas. A Sociedade Internacional de Continência define incontinência urinária como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. Apesar de ser mais prevalente em mulheres idosas, estudos recentes mostraram que a população mais jovem também está susceptível a essa disfunção. Sabe-se que a busca contínua por capacitação e novos conhecimentos a cerca das distintas práticas do enfermeiro na atenção básica deve ser contínua. Neste cenário, a presente pesquisa se justifica pelo fato de retratar as formas de atuação do enfermeiro da atenção básica frente à incontinência urinária feminina, além de caracterizar as formas de tratamentos conservadoras realizadas por estes profissionais. A partir de um estudo de revisão integrativa, foram identificados um total de quatro artigos relacionados às distintas abordagens, tais como os exercícios de Kegel, estratégias de supressão de urgência e técnicas de distração. Com esta revisão, foi caracterizado que o enfermeiro é um profissional de extrema importância na atenção primária, cabendo a ele investigar sinais e sintomas durante as consultas de rotina. Percebeu-se ainda que, com esta atuação, é reduzida a quantidade de encaminhamentos para setores terciários e, consequentemente, as filas de espera por tratamento, além da melhora na qualidade de vida das pacientes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Incontinência Urinária.

ABSTRACT

Urinary incontinence is a common disease that is expensive for the health care system and is often not discussed during consultations between health professionals and patients. Many treatment options are available, from simple lifestyle modifications to surgical interventions. The International Continence Society defines urinary incontinence as the complaint of any involuntary loss of urine. Although more prevalent in older women, recent studies have shown that the younger population is also susceptible to this dysfunction. It is known that the continuous search for training and new knowledge about the different practices of nurses in

¹Enfermeira. Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Maracanaú.

²Biólogo. Mestre e Doutor em Ciências Médicas. Professor-Formador I Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil.

primary care must be continuous. In this scenario, this research is justified by the fact that it portrays the forms of action of the primary care nurse, facing female urinary incontinence, and characterizes the forms of conservative treatments performed by these professionals. From an integrative review study, a total of four articles were identified related to different approaches such as Kegel exercises, urgency suppression strategies and distraction techniques. With this review, it was characterized that the nurse is an extremely important professional in primary care, and it is up to him to investigate signs and symptoms during routine consultations. It was also noticed that this action reduces the number of referrals to tertiary sectors and consequently the queues for treatment, in addition to the improvement in patients' quality of life.

Keywords: Nursing. Primary Health Care. Urinary Incontinence.

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é uma doença comum, onerosa para o sistema de saúde e que muitas vezes não é discutida durante as consultas entre os profissionais de saúde e pacientes. Muitas opções de tratamento estão disponíveis, desde modificações simples no estilo de vida até intervenções cirúrgicas. Avanços recentes remodelaram o tratamento da IU com novos avanços farmacológicos e terapias cirúrgicas (WOOD; ANGER, 2013).

A Sociedade Internacional de Continência define Incontinência Urinária como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. A ICS classifica ainda a IU em três categorias principais. Primeiramente, tem-se a IU de esforço, que é a queixa de perda involuntária por esforço, tosse ou espirro; a IU por urgência, que se caracteriza pela queixa de perda involuntária acompanhada por ou imediatamente precedida por urgência; e, por fim, tem-se a IU mista, quando ocorre a associação dos sintomas de urgência e esforço, com perda de urina aos esforços, espirros e tosses (ABRAMS *et al.*, 2002).

A prevalência da IU em mulheres é variável, e muitos chegam a pensar que essa condição se restringe à população idosa, mas estudos com a população estadunidense mostraram prevalência de 17% em mulheres maiores de 20 anos. Esse índice chega a 38,2% quando se avalia a faixa etária de 80 anos ou mais (WU *et al.*, 2014). Já em um estudo realizado na Malásia com mulheres da zona urbana e rural, o percentual encontrado foi 16 e 23%, respectivamente (MURUKESU *et al.*, 2019).

Quando se fala no impacto na qualidade de vida, a IU atinge vários aspectos, entre eles a vida sexual, emocional, limitações sociais e limitações físicas. Salonia *et al.* (2004), após a aplicação de questionário validado que avalia a função sexual, relataram que 46% dos pacientes que sofrem de diferentes tipos de IU ou sintomas do trato urinário inferior apresentavam disfunção sexual feminina. Os aspectos a seguir foram avaliados também através de um questionário validado especificamente para a IU e a qualidade de vida. Levando em consideração as emoções, as mulheres participantes relataram impacto na sua vida emocional, com os valores variando de 24,8% a 36,2%. Quando questionadas sobre as limitações sociais que IU lhes causavam, uma parcela das entrevistadas respondeu que isso lhes atrapalhava em suas atividades, com índices variando de 12,1% a 22,9%. Entre as variáveis pesquisadas, a que apresenta maiores valores, e variação, é a de limitações físicas, ou seja, a que mais afeta a qualidade de vida das entrevistadas, com valores de 21,6% a 54%. (MURUKESU *et al.*, 2019).

O enfermeiro, como profissional atuante na atenção básica, é responsável por fazer, além de outras atividades, a avaliação física e mental da paciente que chega até à unidade de saúde com as queixas de incontinência urinária. Ao se deparar com essa situação tal profissional deve estar preparado para atuar de forma ágil, escolhendo o tratamento ou manejo adequado, reduzindo assim filas para a atenção secundária e terciária (ASSIS, 2019).

Atuando no manejo precoce, o enfermeiro, como educador, pode e deve atuar na prevenção por meio da divulgação de atitudes simples que previnam a incontinência e/ou suas complicações. Exemplos de tais ações incluem: controle de intervalo miccional, ingestão de água e treinamento dos músculos do assoalho pélvico (PATERSON *et al.*, 2016). Diante do exposto percebe-se a importância de verificar a abordagem do enfermeiro e a forma como esse profissional atua diante de casos de incontinência urinária na atenção primária à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão integrativa a cerca dos principais estudos que retratem as formas de atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde frente às diferentes formas de incontinência urinária, no período entre 2014 e 2019.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Como objetivo específico, buscou-se obter literatura científica relevante que caracterizasse as formas conservadoras de tratamento para a incontinência urinária e suas aplicações na atenção básica, a fim de gerar uma melhor compreensão de mais um papel que o enfermeiro pode assumir, favorecendo, assim, a elaboração de novas ações de promoção de saúde das mulheres acompanhadas.

3 REVISÃO DELITERATURA

O assoalho pélvico incorpora um complexo grupo de músculos formando uma rede no fundo da cavidade abdominopélvica (STROHBEHN *et al.*, 1996; KEANE, 2000). A continência urinária é mantida por forças passivas e ativas (DELANCEY, 1990; TOOZS-HOBSON *et al.*, 2001) e depende primordialmente da integridade do assoalho pélvico do qual o músculo levantador do ânus com seus dois componentes funcionais é o mais forte. Os músculos do assoalho pélvico se contraem em coativação voluntária ou reflexa com os músculos abdominais (SAPSFORD *et al.*, 2001; SAPSFORD; HODGES, 2001).

Quando há o aumento da pressão intra-abdominal ocorre uma contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico para manter a sustentação dos órgãos pélvicos e a continência. A contração voluntária dos músculos resulta do movimento para cima e para dentro do períneo e órgãos pélvicos. Ademais, promove um fechamento da uretra, vagina e ânus. A função normal dos músculos do assoalho pélvico tem papel importante para manutenção da continência urinária e fecal (MARIJKE *et al.*, 2009 *apud* FROTA, 2016).

Os músculos do diafragma pélvico, quando estão enfraquecidos, proporcionam suporte inadequado às vísceras pélvicas e a continência (FROTA, 2016). Alguns pacientes apresentam uma contração disfuncional entre músculos pélvicos e abdominais. Quando os músculos pélvicos estão fracos e o paciente realiza esforço, tosse ou espirra, um movimento caudal ocorre e há o deslocamento do assoalho pélvico (CONSTANTINO *et al.*, 2002).

A partir do enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, ocorrem as chamadas disfunções do assoalho pélvico (GILL; HURT, 1998), a qual a incontinência urinária está inserida, podendo ocorrer também o prolapso de órgãos pélvicos, a incontinência anal e a disfunção sexual. A partir do entendimento do funcionamento da musculatura do assoalho pélvico é possível enumerar alguns fatores de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária (FROTA, 2016).

A gestação em si já é um grande fator de risco. Ela é acompanhada por uma maior frouxidão do tecido conjuntivo, mobilidade da articulação sacro-ilíaca e relaxamento dos músculos abdominais, além das alterações hormonais e da pressão que os órgãos pélvicos sofrem com o decorrer da gestação (TAYRAC *et al.*, 2016). A prevalência da IU na população geral é de aproximadamente 25%, e 33% destas está relacionado ao parto vaginal (VOLLOYHAUG *et al.*, 2016).

A cesariana como forma de proteger o assoalho pélvico durante o parto não é totalmente eficaz pelos motivos já citados anteriormente, como frouxidão dos tecidos e pressão intra-abdominal sofridos durante a gestação.

Apesar de dados mostrarem que IU é mais comum após parto vaginal do que em relação à cesárea, quando comparados em longo prazo essas diferenças se tornam menos óbvias (AUKEE; TIHTONEN, 2010). Além do que, nenhuma diferença significativa foi notada quando comparadas a força da musculatura do assoalho pélvico pós-cesárea e pós-parto vaginal (BAYTUR *et al.*, 2007).

Incluem também fatores de risco relacionados à gestação e nascimento o uso de fórceps, perímetro cefálico maior que 35,5 centímetros e um segundo estágio de trabalho de parto muito estendido, com tempo superior a 110 minutos (VALSKY *et al.*, 2009)

Fatores como a idade, etnia, história familiar, os níveis de estrogênio, condições genéticas, sobrepeso e obesidade e fatores ambientais atuam como elementos importantes na fisiopatologia do desenvolvimento das disfunções do assoalho pélvico e IU (AUKEE; TIHTONEN, 2010) (BAZI *et al.*, 2016).

O tratamento para IU inclui mudança comportamental, com a redução do uso de cafeína, ingestão de água em pequenas quantidades em vez de grande quantidade de uma vez só; o treinamento dos músculos do assoalho pélvico para fortalecê-los e ajudar a controlar a micção; para a IU de urgência, medicamentos podem ser considerados se o treinamento e estratégias comportamentais não forem eficazes; para a IU de esforço, os pessários podem ser particularmente úteis se inseridos antes de iniciadas atividades que desencadeiam a incontinência, como exercícios. A cirurgia ou outros procedimentos podem ser considerados se a incontinência urinária persistir, apesar das terapias mais conservadoras (MUTH, 2017).

O problema da IU tem sido frequentemente subestimado e negligenciado na atenção primária à saúde, mesmo com o reconhecimento do Sistema Único de Saúde sobre a necessidade de realização de procedimentos distintos. A falta de receptividade dos profissionais de saúde a este assunto e a não apresentação de uma alternativa de tratamento conservador representa uma falha no sistema (BRITO; GENTILLI, 2017).

A falta de conhecimento e habilidades sobre o assunto de uma parcela significativa de profissionais, especificamente voltados para a promoção, prevenção e tratamento de mulheres acometidas por essa condição, merece destaque. Revelam uma necessidade de novas estratégias de ação e mecanismos de abordagem, sobretudo na Atenção Primária. Tais mudanças poderiam diminuir os encaminhamentos para o nível secundário e nível terciário

ou de alta complexidade, diminuindo assim as grandes filas existentes no sistema (BRITO; GENTILLI,2017).

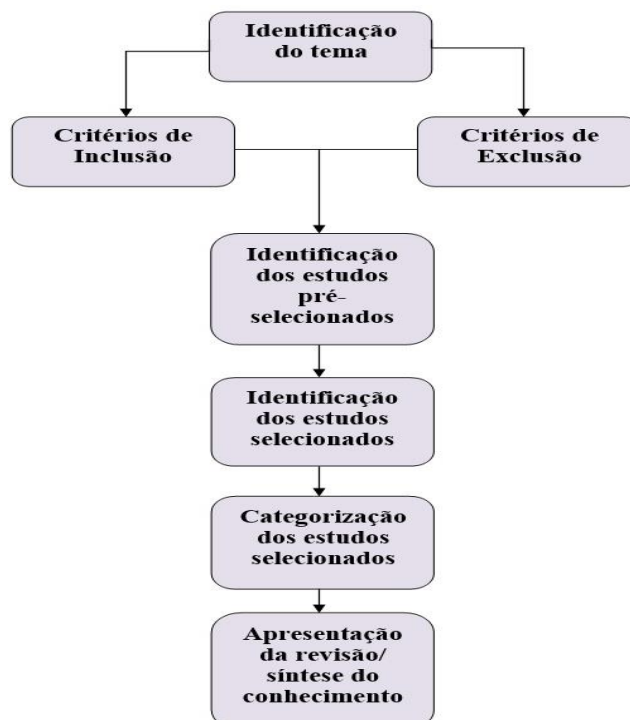
Delarmelindo (2010) recomenda que na área de Saúde da Mulher sejam fortalecidas as ações voltadas ao diagnóstico, prevenção e tratamento da IU, reforçando que as mulheres devem ser encorajadas a externar suas perdasurinárias para que estas não lhes sejam mais consideradas vexatórias. Assim, o enfermeiro deve estar capacitado para atuar no manejo da incontinência urinária na atenção básica, focando sua atenção principalmente na prevenção e promoção de saúde, aproveitando-se de todos os momentos oportunos para realizar ações que aumentem a qualidade de vida das mulheres que convivem com a incontinência urinária.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa (RI) que se restringiu aos estudos científicos, sejam teórico-metodológicos, quantitativos ou qualitativos, a cerca das formas de atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde no tratamento da incontinência urinária, estabelecidos como limite a data de publicação o período de 2015 a 2019, independentemente dos países em que os estudos fossem realizados. Foram excluídos estudos que avaliassem outras disfunções do assoalho pélvico ou que estivessem fora do tempo estipulado para a realização da pesquisa.

Esta pesquisa baseou-se na ideia de que a RI é um método específico, que resume o histórico da literatura empírica ou teórica para fornecer um entendimento mais abrangente de um fenômeno particular (BOTELHO *et al.*, 2011). A revisão integrativa possibilita o compêndio de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, guiados pelos resultados apresentados nas pesquisas prévias. Essa metodologia de pesquisa objetiva delinear uma investigação sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. Portanto, o presente estudo foi desenvolvido de acordo com os pressupostos estabelecidos por Botelho *et al.* (2011), que retratam que um estudo de RI deve seguir as etapas contidas na figura 1.

Figura 1 - Representação esquemática da metodologia de RI.



Fonte: Adaptado de Botelho *et al.* (2011).

De acordo com Botelho *et al.* (2011), a RI deve iniciar com a identificação do tema e a seleção da questão da pesquisa, oferecendo um raciocínio teórico e incluindo definições estabelecidas previamente pelos pesquisadores. Em uma segunda etapa, preconiza-se a definição dos critérios de inclusão e exclusão, sempre com foco principal na pergunta de pesquisa determinada no momento de identificação do tema (BOTELHO *et al.*, 2011).

Na terceira etapa, os pesquisadores citam que deve ser realizada a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, a partir de uma leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca. Em seguida, segue-se a classificação dos estudos selecionados, a fim de sintetizar as informações extraídas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores (BOTELHO *et al.*, 2011). Por fim, dá-se continuidade com a apresentação da revisão e a condesação do conhecimento, facilitando o alcance de conhecimento e informações que possibilitem os leitores a avaliação dos procedimentos avaliados durante a elaboração da RI.

No método de busca foram utilizados três recursos informacionais, sendo as cinco bases de dados eletrônicas PubMed, que engloba o MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Plataforma Capes e EBSCO *Information Services*, além da biblioteca virtual SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e o buscador acadêmico Google Acadêmico. Foram excluídas veiculações de produções científicas de resumos de congresso, manuscritos acadêmicos, tais como monografias, dissertações e teses, e, por fim, documentos técnicos (literatura cinzenta).

Foram utilizados, durante a busca dos artigos, os descritores DeCS: “nursing”, “primary health care” e “urinary incontinence”, nas versões português e inglês, filtrados na espécie humana, para verificação o título, o resumo ou o assunto. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, artigos na íntegra disponíveis que retratassem a temática escolhida e artigos publicados e indexados na referida base de dados nos últimos cinco anos. A busca foi realizada no período de setembro a novembro de 2019.

Após a identificação, realizou-se a seleção primária dos artigos de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão previamente definidos. Todos os estudos foram avaliados pelo título, descritores e resumo disponível. Aqueles em que não foi possível selecionar apenas por estes aspectos descritos buscou-se a publicação do artigo na íntegra.

O instrumento elaborado para obter e analisar as informações dos estudos incluídos na presente revisão foi composto dos seguintes itens:

- a) O estudo apresenta a atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde diante da incontinência urinária nas mulheres?
- b) O estudo apresenta forma de tratamento conservadora utilizada na atenção básica?

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados, a partir da seleção por título, resumo e descritores 11 artigos científicos relacionados às distintas atuações do enfermeiro na atenção primária diante da incontinência urinária. Seguida da seleção de estudos que se utilizaram desta temática, finalizando a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura do texto completo, foram obtidos nesta revisão integrativa o total de 4 manuscritos científicos. Na tabela, 1 são apresentadas as referências utilizadas caracterizando os autores, o ano, os objetivos e os periódicos científicos utilizados para a publicação.

Tabela 1 - Apresentação da síntese de estudos quanto aos autores, ano, objetivos e periódico avaliado.

Nº	Autor	Ano	Objetivo	Periódico
1	Tomasi <i>et al.</i>	2017	Cuidados e promoção da saúde de mulheres idosas com IU na APS.	Texto Contexto Enfermagem
2	Pair & Somerall	2018	Implementação do Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico na APS por enfermeiros.	The Nurse Practitioner
3	Alves <i>et al.</i>	2016	Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na APS e avaliação de sua efetividade.	Fisioterapia Brasil
4	Dufour <i>et al.</i>	2019	Descrever disfunções comuns do assoalho pélvico e os cuidados conservadores.	Physiotherapy Canada

Fonte: Elaborada pela autora.

5.1 Contextualizando a Incontinência Urinária

A incontinência urinária é uma condição que afeta mulheres em diversas faixas etárias, concentrando-se, porém, em mulheres idosas, com taxas de prevalência que variam de 26,2% a 37,9% (TAMANINI *et al.*, 2009; ROSA *et al.* 2014).

Um tópico que merece destaque é o fato de um grande número de mulheres subestimar ou omitir os sintomas de IU desde a fase inicial, podendo ter prejuízos emocionais, sociais e físicos (RIOS *et al.*, 2011). Muitas vêm como algo normal da idade, ou seja, os sintomas da IU são banalizados, convivendo com isso sem buscar ajuda de profissionais (HONÓRIO, SANTOS; 2009). Destaca-se que o não relato desta disfunção ocorre também devido a sensação de vergonha e pelo não conhecimento da existência de tratamento para redução ou cura dos sintomas (BUSATO, MENDES, 2007).

Alguns estudos demonstraram a ocorrência da IU associado à idade, histórico ginecológico e obstétrico, à menopausa, à hipertensão arterial sistêmica (HAS), à diabetes mellitus (DM), obesidade, tabagismo, álcool, ingestão de líquidos cafeinados e ao sedentarismo (HIGA *et al.*, 2008; GÖZÜKARA *et al.*, 2015).

Baseado nos fatores de risco citados, acredita-se que a mudança comportamental de alguns deles seja possível.

Tomasi e colaboradores (2017) trazem em seu estudo que o conhecimento dos profissionais enfermeiros da atenção básica sobre os fatores de risco é limitado, deixando de lado aspectos importantes como: medidas para prevenir constipação, manutenção de hábitos saudáveis, uso correto de medicações (de HAS e DM, por exemplo), evitar o tabaco e álcool, entre outros. Sabe-se que esses fatores de risco poderiam prevenir e/ou minimizar os sintomas.

O momento certo de investigar a IU ainda é incerto, mas sabe-se que muitos enfermeiros já investigam-na em alguns momentos como: durante a coleta da citologia oncológica, na consulta de pré-natal e durante o acolhimento (BARBOSA *et al.*, 2009). A forma como é abordada, entretanto, ainda é controversa, já que muitos profissionais acreditam que investigar a presença da IU necessite de delicadeza, por ser um tema que muitas mulheres não se sintam à vontade para falar (TOMASI *et al.*, 2017).

5.2 Avaliação do Assoalho Pélvico

A avaliação do assoalho pélvico (ou da disfunção do assoalho pélvico já instalada) consiste em investigações iniciais, uma entrevista subjetiva e um exame físico interno (DUFOUR *et al.*, 2019).

Uma história detalhada (exame subjetivo) consiste em perguntas sobre frequência de micção, questões pós-miccionais (BETTEZ *et al.*, 2012), hábitos de ingestão de líquidos, dor na região pélvica, história obstétrica e uroginecológica e outras informações sensoriais. Relatos de perda de urina durante o exercício, risos ou tosse podem indicar IU de esforço, enquanto urgência súbita com ou sem estímulo específico pode indicar a IU de urgência. Os questionários validados para pacientes podem avaliar a gravidade e o impacto da IU na qualidade de vida (DUFOUR *et al.*, 2019) e serem um auxílio na avaliação das mulheres atendidas.

Inicialmente, um exame de urina para descartar uma infecção da bexiga é importante (BETTEZ *et al.*, 2012), mas um diário miccional que cubra 24 horas (NAOEMOVA *et al.*, 2008) ou 3 a 7 dias fornece informações valiosas sobre frequência, tempo de micção, ingestão de líquidos, quantidade de percas e a causa (PAIR, SOMERALL; 2018).

O exame físico inclui um exame pélvico para avaliar as propriedades do assoalho pélvico e dos órgãos pélvicos (DIETZ, 2015). Um exame digital avalia a função do músculo pélvico e normalmente inclui uma medida de força e coordenação. A força de uma contração muscular é classificada de 0 a 5 na escala de Oxford modificada, enquanto a coordenação muscular é avaliada por como e quando o assoalho pélvico se contrai em resposta a uma tosse voluntária (DIETZ, 2015), (MORRISON, 2016), (NEVILLE *et al.*, 2012). O exame é realizado com a introdução do segundo e terceiro dedos do examinador a 2-3 cm do introito vaginal, com um movimento de abdução (ALVES *et al.*, 2016). O avaliador pode fornecer um retorno sobre a qualidade da contração muscular para garantir que o paciente realize corretamente exercícios para fins terapêuticos (DUFOUR *et al.*, 2019).

5.3 Tratamento da disfunção do assoalho pélvico

O gerenciamento de cuidado do usuário difere dependendo dos sinais e sintomas apresentados e do impacto na qualidade de vida do indivíduo (DUFOUR *et al.*, 2019).

Os indivíduos podem ser capazes de manejar a incontinência, modificando seu comportamento para lidar com os padrões de desencadeamento e de acomodação. Técnicas de educação e aconselhamento são utilizadas para ajudar a combater esses hábitos (DUFOUR *et*

al., 2019).

O tratamento da IU pode ser realizado por meio do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), com recomendação da *International Continence Society* (ICS) como terapia de primeira escolha (ABRAMS *et al.*, 2010). Em 2014, o Colégio Americano de Médicos (ACP) desenvolveu seis recomendações clínicas para manejos não-cirúrgicos de IU em mulheres. Elas são apresentadas na tabela 2 (QASEEM *et al.*, 2014):

Tabela 2 – Recomendações clínicas para o manejo da IU

Recomendações clínicas para o manejo da IU
O tratamento de primeira linha em mulheres com IU de esforço é o TMAP;
Para mulheres com IU de urgência é recomendado o treinamento vesical;
É recomendado o TMAP com treinamento vesical em mulheres com IU mista;
O tratamento com farmacoterapia sistêmica não deve ser usado para IU de esforço;
É recomendado o tratamento farmacológico em mulheres com IU de urgência se o treinamento vesical não tiver êxito;
É recomendada a perda de peso e o exercício para mulheres obesas com IU.
Fonte: Adaptado de QASEEM <i>et al.</i> , 2014.

Nos quatro estudos listados, todos os autores concordam sobre a importância do treinamento dos músculos do assoalho pélvico. Dufour e colaboradores (2019) já estão mais a frente de Pair e Somerall (2018) quando dizem que o TMAP consiste em mais do que os exercícios de Kegel (médico que reconheceu a importância do fortalecimento do músculo pubococcígeo como uma maneira de gerenciar a IU de esforço e que deu nome aos exercícios) (PAIR, SOMERALL, 2018), mas ao mesmo tempo Dufour *et al.* não dizem a forma a ser seguida pelo profissional nos exercícios, enquanto Pair e Somerall destacam esse segmento. Alves e colaboradores (2016) resumiram-se a dizer que o programa de TMAP apresentados em seu estudo fundamentou-se na inclusão de exercícios de mobilidade pélvica, alongamento, fortalecimento e relaxamento, realizados em cinco diferentes posições (decúbito dorsal, sentada no solo, sentada sobre a bola, cócoras e posição ortostática) de acordo com o protocolo proposto por Marques e colaboradores (2013). Disseram, ainda, que foram realizadas quatro séries de dez contrações rápidas e quatro séries de 10 contrações sustentadas dos músculos do assoalho pélvico, com manutenção de oito segundos de contração e dezesseis segundos de relaxamento (MARQUES *et al.*, 2013), distribuídas durante os exercícios acima descritos. Já Tomasi *et al.* (2017) não só apresentaram e realizaram os

exercícios do assoalho pélvico para/com profissionais da atenção básica quanto criaram um *folder* educativo voltado para o público-alvo do estudo, mulheres idosas, além de conter a definição de incontinência urinária, sintomas, fatores de risco, orientações e os exercícios de fortalecimento.

Pair, Somerall (2018) trazem como destaque dois pontos importantes: a descrição dos exercícios de Kegel e o treinamento comportamental.

O treinamento do assoalho pélvico de acordo com o Dr. Kegel é apresentado na tabela 3:

Tabela 3 – Treinamento do Assoalho Pélvico (Kegel, 1956)

Treinamento do Assoalho Pélvico (Kegel, 1956)
Ao acordar pela manhã e antes de urinar, contrair e manter a contração dos músculos do pubococcígeo por 5 a 10 segundos (repita isso cinco vezes);
Imediatamente após ficar em pé, contraia os músculos do pubococcígeo 10 vezes antes de caminhar;
Mantenha os músculos do pubococcígeo no estado contraído até chegar ao banheiro;
Durante a micção, interrompa o fluxo urinário quatro a cinco vezes contraindo os músculos do pubococcígeo;
Ao longo do dia, contraia os músculos do pubococcígeo cinco vezes, segurando cada contração por 5 a 10 segundos (repita este exercício a cada hora).

Fonte: Adaptado de Kegel, 1956.

Já o treinamento comportamental consiste em técnicas de treinamento vesical, estratégias de supressão do desejo e técnicas de distração, apresentados logo mais na tabela 4.

Uma programação de micção é um programa de treinamento vesical em que o paciente esvazia a bexiga de acordo com a programação. Isso permite que o paciente aumente a capacidade da bexiga. O treinamento da bexiga pode aumentar a quantidade de tempo entre esvaziar a bexiga e pode aumentar a capacidade da bexiga, potencialmente diminuindo o desejo de urinar, reduzindo assim a incontinência (CAMERON *et al.*, 2013).

Mulheres devem ser capazes de se manterem continentes por no mínimo 2 a 3 horas. Por exemplo, se a paciente urinar a cada hora, encoraje-a a reter urina a cada 1 hora e 15 minutos. Estratégias de supressão ajudam a manter a continência por mais 15 minutos. Uma vez que o paciente possa segurar consistentemente por 1 hora e 15 minutos sem percas por 3 dias, aumente os intervalos para mais 15 minutos até que a paciente seja hábil a urinar em

intervalos de 2 a 3 horas (PAIR, SOMERALL, 2018).

Estratégias de supressão e técnicas de distração são formas utilizadas para evitar a urgência, a incontinência e suprimir o desejo de urinar (PAIR, SOMERALL, 2018).

Algumas estratégias de supressão e técnicas de distração foram apresentadas por Ostle (2016), Hersh e Salzman(2013), as quais também estão representadas na tabela 4.

Dois estudos concordaram quando disseram que assistência à mulher incontinente é melhor desenvolvida na atenção básica quando realizada de forma multidisciplinar, principalmente por enfermeiros e fisioterapeutas. Dufour *et al.* (2019) reconhecem que os cuidados prestados por enfermeiros e fisioterapeutas para o atendimento à continência se sobressaem, especificamente porque os dois tipos de profissionais se envolvem na coleta de um histórico detalhado do paciente, usam diários vesicais e avaliam a função muscular do assoalho pélvico (FRAHM, 1998). Já Tomasi e colaboradores (2017) afirmam que talvez, se fosse feito um trabalho com manejo multiprofissional, todos os profissionais soubessem realizar uma melhor investigação com intuito de identificar os tipos de IU, a gravidade da mesma e as possibilidades de orientações e tratamento.

Tabela 4 – Técnicas de Treinamento Comportamental

Treinamento Vesical	Estratégias de Supressão de Urgência	Técnicas de Distração
Programar o esvaziamento da bexiga;	Quando sentir vontade de urinar pare o que está fazendo, sente-se e relaxe seu corpo;	Realizar cálculos matemáticos;
Iniciar o programa com tempo de continência de mais 15 min;	Em seguida, aperte e relaxe os músculos do seu pubococcígeo cinco vezes sem parar;	Contar de trás para frente;
Aumentar os intervalos em 15 min até que a paciente se mantenha continente por 2 a 3h.	Descanse por 10 segundos;	Fazer uma lista de tarefas;
	Repetir desde o início.	Ligar para um amigo; Repetir estas declarações para si mesmo: "Eu posso fazer isso" "Eu posso esperar" "Eu mantive minha urina antes sem acidente".

Fonte: Adaptado de Pair, Somerall (2018); Ostle (2016) e Hersh, Salzman (2013).

Sabendo da importância da multidisciplinaridade e da realidade da maioria das

unidades de atenção básica, destaca-se o papel do enfermeiro no cuidado à mulher incontinente. Os enfermeiros da atenção primária desempenham um papel importante no reconhecimento e promoção do tratamento da IU da usuária. De acordo com o ACP, a primeira escolha no tratamento para IU inclui TMAP para incontinência de estresse, treinamento vesical para incontinência de urgência, e treinamento vesical e TMAP para incontinência mista. A aplicação das orientações práticas fornecidas pelos enfermeiros pode melhorar a qualidade de vida das pacientes que sofrem com incontinência urinária (PAIR, SOMERALL, 2018).

6 CONCLUSÃO

A incontinência urinária é uma disfunção do assoalho pélvico bastante prevalente entre o público feminino. Cabe ao enfermeiro investigar sinais e sintomas durante as consultas na atenção básica, já que esse tema é considerado vergonhoso por muitas mulheres, que acabam não relatando suas queixas.

Com esse estudo pode-se perceber que a atuação do enfermeiro é ampla e que há muito o que ser feito pelas mulheres incontinentes na atenção primária, diminuindo a quantidade de encaminhamentos para setores terciários e consequentemente as filas de espera por tratamento, além da melhora perceptível na qualidade de vida das pacientes.

Percebe-se, entretanto, a falta de estudos que descrevam o exercício deste profissional na atenção primária à saúde, o que limitou a discussão do tema no presente estudo. Deixa-se como sugestão para estudos posteriores a realização de pesquisas com intervenções e coleta de dados para avaliação dos protocolos aplicados pelos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. *et al.* The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**, v. 21, p. 167 – 178, 2002.

ABRAMS, P. *et al.* Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. **Neurourol Urodyn**, v. 29, p. 213- 240, 2010.

ALVES, F. K. *et al.* Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa. **Fisioter Bras**; v. 17, n. 2, p. 131 – 139, 2016.

ASSIS, G.M. Atuação do enfermeiro na área de incontinências: podemos fazer mais. **ESTIMA**, Braz. J. Enterostomal Ther., 17: e0719.

AUKEE, P.; TIHTONEN, K. Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders. **Duodecim**, v. 126, p. 2381 – 2386, 2010.

BARBOSA, S. S. *et al.* Como profissionais de saúde da rede básica identificam e trata a incontinência urinária feminina. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 4, p. 449 - 456, 2009.

BAYTUR, Y.B. *et al.* Pelvic floor function and anatomy after childbirth. **J Reprod Med**, v. 52, p. 604 – 610, 2007.

BAZI, T. *et al.* Prevention of pelvic floor disorders: international urogynecological association research and development committee opinion. **Int Urogynecol J**, v. 27, n. 12, p. 1785 – 1795, 2016.

BETTEZ, M. *et al.* Update: guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. **Can Urol Assoc J**. v. 6, n. 5, p. 354 – 363, 2012.

BOTELHO, L. L. R. *et al.* O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, vol. 5, n. 11, p. 121 – 136, 2011.

BRITO, F. A. de; GENTILLI, R. de M. L. Desatenção à mulher incontinente na atenção primária de saúde no SUS. **Fisioter Bras**; v. 18, n. 2, p. 205 – 213, 2017.

BUSATO, W.F.S.J.; MENDES, F.M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**; v. 36, n. 4, p. 49 – 55, 2007.

CAMERON, A.P. *et al.* Diagnosis and office-based treatment of urinary incontinence in adults. Part two: treatment. **Ther Adv Urol.**, v. 5, n. 4, p. 189 – 200, 2013.

CONSTANTINO, C.E. *et al.* Determining the displacement of the pelvic floor and pelvic organs during voluntary contractions using magnetic resonance imaging in younger and older women. **BJU Int**, v.90, p. 408 – 414, 2002.

DELANCEY, J.O. Anatomy and physiology of urinary continence. **Clin Obstet Gynecol**, v. 33, p. 298 – 307, 1990.

DELARMELINDO, R.C.A. **Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da incontinência urinária como componente interveniente**. [Dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2010.

DIETZ, H.P. Pelvic organ prolapse: a review. **Aust Fam Physician**; v. 44, n. 7, p. 446 –452, 2015.

DUFOUR, S. *et al.* Enhancing Pelvic Health: Optimizing the Services Provided by Primary Health Care Teams in Ontario by Integrating Physiotherapists. **Physiotherapy Canada**, v. 71, n. 2, p. 168 –175, 2019.

FRAHM, J. The role of the physical therapist in incontinence: innovation and communication to improve patient care. **Ostomy Wound Manage**, v. 43, n. 1, p. 47 –53, 1998.

FROTA, I. P. R. **Função do assoalho pélvico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico**. 82 f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

GILL, E.J.; HURT, W. G. Pathophysiology of pelvic organ prolapse. **Obstet Gynecol**, 1998; 25: 757-769.

GÖZÜKARA, F.*et al.* Urinary incontinence among women registered with a family health Center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence. **Turk J Med Sci**; v. 45, n. 4, p. 931 – 939, 2015.

HERSH, L.; SALZMAN, B. Clinical management of urinary incontinence in women. **Am Fam Physician**; v. 87, n. 9, p. 634 – 640, 2013.

HIGA, R.*et al.* Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm USP**; v. 42, n. 1, p. 187 – 192, 2008.

HONÓRIO, M.O.; SANTOS, S.M.A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev Bras Enferm**; v. 62, n. 1, p. 51 – 56, 2009.

KEANE, D. P.; O'SULLIVAN, S. Urinary incontinence: Anatomy, physiology, and pathophysiology. In: Arulkumaran SCL, editors. Best practice & research. **Clinical obstetrics & gynaecology**. London: Baillie're Tindall, v. 14, n. 2, p. 207 – 226, 2000.

KEGEL, A.H. Stress incontinence of urine in women; physiologic treatment. **J Int Coll Surg**; v. 25, n. 4, parte 1, p. 487 – 499, 1956.

MARIJKE, C. *et al.* Pelvic floor muscle function in a general female population in relation with age and parity and the relation between voluntary and involuntary contractions of the pelvic floor musculature. **Int Urogynecol J**; v. 20, p. 1497 – 1504, 2009.

MARQUES, J. *et al.* Pelvic floor muscle training program increases muscular contractility during first pregnancy and postpartum: electromyographic study. **Neurourol Urodyn**; v. 32, n. 7, p. 998 – 1003, 2013.

MORRISON, P. Musculoskeletal conditions related to pelvic floor muscle overactivity. In: Padoa A, Rosenbaum T, editors. The overactive pelvic floor. **Basel, Switzerland: Springer International**; p. 91–111, 2016.

MURUKESU, R. R. *et al.* Urinary incontinence among urban and rural community dwelling older women: prevalence, risk factors and quality of life. **BMC Public Health**, v. 19, n. 4, p. 529, 2019.

MUTH, C. C. Urinary Incontinence in Women. **JAMA**, v. 328, n. 16, oct, 2017.
NAOEMOVA, I. *et al.* Reliability of the 24-h sensation-related bladder diary in women with urinary incontinence. **Int Urogynecol J**; v. 19, n. 7, p. 955 – 959, 2008.

NEVILLE, C.E. *et al.* A preliminary report of musculoskeletal dysfunction in female chronic pelvic pain: a blinded study of examination findings. **J Bodyw Mov Ther**; v. 16, n. 1, p. 50 – 56, 2012.

OSTLE, Z. Assessment, diagnosis and treatment of urinary incontinence in women. **Br J Nurs**; v. 25, n. 2, p. 84 – 91, 2016.

PAIR, L. S. *et al.* Urinary incontinence: Pelvic floor muscle and behavioral training for women. **The Nurse Practitioner**, v. 43, n. 1, 2018.

PATERSON, J.*et al.* Development and Validation of the Role Profile of the Nurse Continence Specialist: A Project of the International Continence Society. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 43, n. 6, p. 641 – 647, 2016.

QASEEM, A. *et al.* Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. **Ann Intern Med**; v. 161, n. 6, p. 429 – 440, 2014.

RIOS, A.A.N. The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. **Int Urogynecol J**; v. 22, p. 879 – 884, 2011.

ROSA, L. H. T.*et al.* Prevalência da incontinência urinária em idosos de Porto Alegre-RS. **Rev Geriatr Gerontol**; v. 9, n. 2, p. 112 – 117, 2014.

SALONIA, A.*et al.* Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. **Eur Urol**, v. 45, p. 642 – 648, 2004.

SAPSFORD, R.R. *et al.* Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. **Neurourol Urodyn**; v. 20, p. 31 – 42, 2001.

SAPSFORD, R.R; HODGES, P.W. Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. **Arch Phys Med Rehabil**; v. 82, p. 1081 – 1088, 2001.

STROHBEHN, K. *et al.* Magnetic resonance imaging of the levator ani with anatomic correlation. **Obstet Gynecol**; v. 87, p. 277 – 285, 1996.

TAMANINI, J.T.N. *et al.* Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE study (health, wellbeing and aging). **Cad Saúde Pública**; v. 25, n. 8, p. 1756 – 1762, 2009.

TAYRAC, R. de *et al.* **Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor**. Springer International Publishing Switzerland, Chapter 2, K.M.K. Ismail (ed.), Perineal Trauma at Childbirth, 2016.

TOMASI, A. V. R. *et al.* Incontinência Urinária em Idosas: Práticas Assistenciais e Proposta de Cuidado Âmbito da Atenção Primária de Saúde. **Texto Contexto Enferm**; v. 26, n. 2, 2017.

TOOZS-HOBSON, P. *et al.* Three-dimensional ultrasound: A novel technique for investigating the urethral sphincter in the third trimester of pregnancy. **Ultrasound Obstet Gynecol**; v. 17, p. 421 – 424, 2001.

VALSKY, D.V. *et al.* Fetal head circumference and length of second stage of labor are risk factors for levator ani muscle injury, diagnosed by 3-dimensional transperineal ultrasound in primiparous women. **Am J Obstet Gynecol**; v. 201, n. 1, p. 91– 97, 2009.

VOLLOYHAUG, I. *et al.* Is bladder neck and urethral mobility associated with urinary incontinence and mode of delivery 4 years after childbirth? **Neurourol Urodyn**; v. 24, n. 10, 2016.

WOOD, L. N.; ANGER, J. T. Urinary incontinence in women. **BMJ**; 349; g4531, 2014.

WU, J. M. *et al.* Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. **Obstet Gynecol**, v. 123, n. 1, p. 141 – 148, 2014.