

Incontinência urinária: abordagem interdisciplinar em uma Unidade Básica de Saúde

Urinary incontinence: an interdisciplinary approach in the Basic Health Care

Caroline Helena Lazzarotto de Lima¹, Gabriela Tomedi Leites¹, Lidiane Bernardy²,
Marcielli Lilian Trevisan³, Cássia Luíse Boettcher², Gabriela Chiochetta⁴,
Heloísa Reckziegel Bello⁵

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária (IU) ocorre entre 30 e 60% das mulheres durante o climatério. O impacto negativo gerado pela IU no cotidiano repercute nos âmbitos físico, social e psicológico da mulher, afetando sua qualidade de vida. Frente a essas implicações e, partindo da consideração de que cada mulher vivencia este problema de forma singular, torna-se necessária uma abordagem integral, ancorada nos preceitos de um atendimento humanizado.

Objetivo: Relatar as atividades realizadas por uma equipe multiprofissional em um grupo voltado à educação para a saúde, à prevenção e ao tratamento da IU em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Porto Alegre/RS.

Descrição da experiência: O trabalho baseou-se na dinâmica de grupo aberto, voltado à realização e ao aprendizado de técnicas cinesioterapêuticas para a reeducação do assoalho pélvico, juntamente com a promoção de um espaço de suporte, troca de informações e experiências em relação a IU. Os encontros eram realizados semanalmente e divididos em duas partes: diálogo aberto e, após, cinesioterapia.

Considerações finais: As atividades favoreceram a troca de experiências e a construção de conhecimento nos aspectos relacionados à IU. O trabalho em grupo mostrou-se como uma forma viável, pouco onerosa, que possibilitou o fácil acesso às informações relativas à IU a um maior número de mulheres. A realização do grupo, com enfoque interdisciplinar, contribuiu para uma visão ampliada da saúde, para o atendimento integral e humanizado à mulher.

Palavras-chave: assistência integral à saúde; saúde da mulher; incontinência urinária.

ABSTRACT

Introduction: The urinary incontinence (UI) occurs among 30 and 60% of women during menopause. It generates a negative impact interfering in aspects such as physical, psychological and social women daily routine, affecting their quality of life. Considering these implications and, based on the consideration that every woman experience this problem in a unique way, an integrated approach is required, anchored in humanized precepts.

Objective: To report the implementation of a women's group focused in the health education, urinary incontinence prevention and treatment in a Basic Health Unit in the city of Porto Alegre.

Description of the experience: The work was based in an open group dynamic, focused on achievement and learning of kinesiotherapeutic techniques to reeducate the pelvic floor function, along with the promotion of a support program to exchange urinary incontinence related information and experiences. The meetings were held weekly and divided into two parts: open dialogue and, after, the kinesiotherapy program.

Conclusion: The activities encouraged the exchange of experiences and knowledge construction in the aspects related to UI. The group work showed to be viable and inexpensive, allowing easy access to information about UI to a greater number of women. The group implementation, with an interdisciplinary focus, contributed to expand the health vision in order to an integral and humanized assistance in urinary incontinence related aspects.

Keywords: comprehensive health care; women's health; urinary incontinence.

¹Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Mulher pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

²Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher (PUCRS).

³Assistente Social. Especialista em Saúde da Mulher (PUCRS).

⁴Psicóloga. Especialista em Saúde da Mulher (PUCRS).

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFRGS). Professora do Curso de Enfermagem da PUCRS.

INTRODUÇÃO

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, de proteção assistencial e de recuperação da saúde nos três níveis de atenção, a partir de uma percepção ampliada do seu contexto de vida, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) incentiva o compromisso com a implementação de ações de saúde que reduzam, entre outras, a morbidade por causas preveníveis e evitáveis, incluindo as doenças crônicas não transmissíveis¹ como a incontinência urinária (IU).

A incontinência urinária, definida por perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico², ocorre entre 30 e 60% das mulheres durante o período climatérico. Ainda, estudos relatam que episódios de perda urinária também ocorrem em mulheres jovens^{3,4}. Dentre os fatores predisponentes estão: o hipoestrogenismo e a diminuição do diâmetro das fibras musculares do assoalho pélvico (AP) decorrentes do processo do envelhecimento; obesidade; multiparidade; tosse crônica; paridade; cirurgias pélvicas prévias e sedentarismo^{3,4}. Além disso, 30% da população feminina não conseguem contrair o assoalho pélvico adequadamente^{3,5,6}, o que ressalva a necessidade do acompanhamento profissional qualificado⁷. O assoalho pélvico é responsável pela estabilização da bexiga e da oclusão da luz uretral para a manutenção da pressão intrauretral maior que a vesical^{7,8}.

A IU manifesta-se como uma doença crônica de início gradual, com agravamento progressivo. Os tipos de IU mais frequentes no sexo feminino são: a incontinência urinária de esforço (IUE), em 38% dos casos; a incontinência urinária de urgência (IUU), em 14%; e a incontinência urinária mista (IUM) em 48% das mulheres^{9,10}.

A terapêutica conservadora para a IU é realizada através de técnicas de reeducação da musculatura do AP. A abordagem visa a rearmonização postural para a correção da estática pélvica e o fortalecimento dos componentes esfínterianos, para o aumento do tônus e para uma correta transmissão das pressões intra-

abdominais que auxiliarão no mecanismo da continência^{7,8}.

O impacto negativo gerado pela IU no cotidiano acarreta repercussões nos âmbitos psicológico, físico, social, sexual, ocupacional e econômico da mulher e de seus familiares^{11,12}, afetando o bem estar^{6,13} e diminuindo a qualidade de vida^{8,14,15}.

Mulheres, com perda urinária, podem ter o sono interrompido pela noctúria, levando ao cansaço e a alterações de humor^{6,13}. Para a adaptação à inconveniência e à redução do impacto dos sintomas, as mulheres desenvolvem modificações comportamentais. Dentre elas, a descoberta da localização de banheiros, a limitação das atividades funcionais em decorrência do aumento da frequência urinária⁵, o uso constante de perfumes de odor forte, a utilização de roupas escuras, a diminuição da ingestão hídrica, o uso de absorventes e a suspensão de fármacos que estimulem a eliminação urinária¹². Isso pode resultar em isolamento secundário, dificultando as relações e o convívio social. Forma-se um ciclo vicioso de ansiedade e de sofrimento, acompanhado de vergonha e de gradativa piora da perda miccional^{5,12}.

Frente às implicações físicas, sociais e psíquicas da IU na qualidade de vida da mulher e de familiares¹⁶ e, partindo da consideração de que cada mulher vivencia este problema de forma singular¹², torna-se necessária uma abordagem integral, ancorada nos preceitos de um atendimento humanizado.

A integralidade será contemplada de forma efetiva quando as ações realizadas por uma equipe multiprofissional atingirem a perspectiva interdisciplinar^{17,18}. Busca-se o vínculo entre os profissionais e as usuárias através de um espaço que reforce o caráter da atenção à saúde como direito, melhorando o grau de informação em relação aos seus corpos e as suas condições de saúde, para que possam fazer escolhas adequadas ao seu contexto e ao seu momento de vida¹⁹. Nesse sentido, existe fortalecimento do trabalho em grupo com enfoque nas pedagogias participativas²⁰ e sem dicotomizar a prevenção e o tratamento; contribuindo para uma visão ampliada da saúde, promovendo troca de experiências necessárias e a construção do conhecimento individual e coletivo.

A pertinência deste relato está na divulgação dos conhecimentos adquirido pelos integrantes de um grupo voltado à educação para a saúde, à prevenção e ao tratamento da incontinência urinária, dentro de um contexto de integralidade, de interdisciplinaridade e de humanização, para alcançar a qualidade do atendimento à mulher como proposto pelo PAISM, e através de diálogo aberto e democrático entre mulheres: profissionais e usuárias. Assim, esse estudo tem como objetivo relatar as atividades realizadas por uma equipe multiprofissional em um grupo voltado à educação para a saúde, à prevenção e ao tratamento da incontinência urinária em uma Unidade Básica de Saúde.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O presente trabalho, de caráter descritivo, relata a experiência da implantação de um grupo de mulheres, com foco na educação para a saúde, na prevenção e no tratamento da incontinência urinária em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um bairro da região Leste da cidade de Porto Alegre/RS, no período de outubro de 2008 a junho de 2009.

A equipe multiprofissional formada por residentes da área saúde da mulher: fisioterapeuta, enfermeira e assistente social, levando em consideração a demanda da UBS levantada pelos profissionais, propôs, além de implantar, acompanhar e proceder a avaliação do grupo.

O trabalho baseou-se na dinâmica de grupo aberto²¹, cuja estratégia pedagógica consistiu à realização e ao aprendizado de técnicas cinesioterapêuticas para a reeducação do assoalho pélvico, juntamente com a promoção de um espaço de suporte, troca de informações e experiências em relação a IU, ao mesmo tempo estimulando o autocuidado; para isso utilizou-se linguagem de fácil compreensão, auxílio de recursos audiovisuais, cartazes ilustrativos e materiais didáticos, como facilitadores e incentivadores da participação das integrantes do grupo. O grupo foi apresentado com caráter participativo, sendo que todas as integrantes poderiam interromper e acrescentar colocações a qualquer momento, denotando um espaço aberto de discussões e proporcionando a exposição de opiniões e troca de experiências.

O critério para participação do grupo incluiu:

diagnóstico clínico ou queixa de IU, uterocele, cistocele, retocele, disfunções sexuais de origem músculo-esquelética, puerpério ou interesse na prevenção, independente da idade.

O público alvo foi convidado a participar do grupo pelos profissionais envolvidos no processo e, de forma espontânea, por ter tomado conhecimento, por meio da divulgação em cartazes afixados nas dependências da unidade. Os cartazes informavam: a existência do grupo de prevenção e tratamento de perdas urinárias, convidando as mulheres para participação baseado na procura, mesmo sem a indicação prévia de um profissional da equipe; além do dia e do horário correspondente a realização das atividades.

O processo necessário para o ingresso iniciou com a realização de entrevista individual com o intuito de esclarecer possíveis dúvidas relativas à participação nas atividades, além da avaliação com a ginecologista ou com a clínica geral, quando a indicação não foi realizada pelas mesmas, com a fisioterapeuta e com a enfermeira, no sentido de propiciar o conhecimento das necessidades individuais para efetivar as orientações caso a caso.

A avaliação médica era composta por anamnese (idade, paridade, aborto, tabagismo), história de perdas de urina e histórico de doenças associadas, exame ginecológico, quando pertinente realizado o diagnóstico de incontinência urinária e ocorria liberação para a realização de exercícios físicos. A avaliação da enfermagem consistia em mensuração de pressão arterial, frequência cardíaca, mensuração de peso e altura para aferir o índice de massa corporal. A fisioterapeuta realizava a avaliação de atividade física, através de questionário, e de força da musculatura pélvica, através de resistência manual, realizando o diagnóstico cinesiofuncional. Essa avaliação permitia que, mesmo com o trabalho realizado em grupo, fossem respeitadas as necessidades e individualidades das mulheres.

Os encontros, de 60 minutos de duração, realizaram-se semanalmente, no turno da tarde. Às participantes, especialmente as mulheres com IU, foi reafirmada a importância da participação em, pelo menos, oito encontros de modo a praticar a cinesioterapia, a fim de

reduzir os sintomas de perdas urinárias e da repetição o exercício mais duas vezes por semana²².

A dinâmica dos encontros foi dividida em duas partes. Na primeira, os profissionais falavam sobre a proposta de trabalho, esclarecendo dúvidas, trocando informações e precediam a integração das novas participantes. Na segunda, iniciou-se a realização da cinesioterapia para reeducação do assoalho pélvico, sob a supervisão da fisioterapeuta.

A cada 15 dias, foram destinados, pelo menos, 20 minutos do encontro, à reflexão de assuntos referentes à IU seus aspectos físicos, psíquicos e sociais. Além da equipe dos profissionais participaram convidados especialistas na área. A sugestão dos temas e a ordem de apresentação aconteceram de acordo com o interesse das participantes. Dentre os assuntos abordados destacam-se: o diagnóstico, tratamento e prevenção da IU; a importância do autocuidado e da higiene corporal com a adoção de hábitos saudáveis; o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de infecção urinária; o papel da sexualidade durante o ciclo vital; a relação entre medicamentos e IU; e o convívio social e familiar da mulher com IU.

DISCUSSÃO

A realização das atividades em grupo com enfoque interdisciplinar contribuiu para uma visão ampliada da saúde, favoreceu a troca de experiências e a construção de conhecimento entre as participantes. O trabalho em grupo mostrou-se como uma forma viável, pouco onerosa, que possibilitou o fácil acesso às informações relativas à IU a um maior número de mulheres; ampliando a capacidade de análise e intervenções dos indivíduos no próprio contexto, levando em conta sua subjetividade²³⁻²⁵. A interdisciplinaridade e a troca de informação remetem a transformação, construção e a necessidade de soluções, de aprendizado para questões recorrentes no dia-a-dia bilateralmente entre os profissionais e as mulheres usuária do sistema de saúde.

A possibilidade de compartilhar questões físicas, afetivas e sociais mostrou-se uma experiência positiva para as mulheres ao conviver com realidades e soluções diferentes; e para os profissionais trouxe

mudanças na forma de observar essas questões não recorrendo a dicotomização entre a prevenção e a assistência, corroborando com o preconizado para a organização dos serviços e das práticas de saúde na atenção primária, onde a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das assistenciais por um mesmo serviço²⁶.

Ainda, o grupo resultou na socialização das participantes, sendo que muitas devido às limitações decorrentes da IU interromperam vínculos sociais. Outro benefício observado é a relação entre o profissional e a usuária, que não se encontrou centrada na vertente hegemônica, vertical, não dialógica e passiva; mas possuiu ênfase a ação coletiva e a participação sobre o processo saúde-doença^{20,27}, favorecendo o aprimoramento de todos os envolvidos, por meio da valorização dos saberes e na possibilidade de intervir criativamente no processo.

Assim, a metodologia utilizada baseada na prática pedagógica participativa²⁰, buscando o incremento do poder comunitário e pessoal, mostrou-se essencial na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da IU, minimizando a incapacidade e constrangimentos decorrentes do processo.

As participantes que realizaram os exercícios regularmente perceberam diminuição dos sintomas da perda urinária. A cinesioterapia para fortalecimento do assoalho pélvico tem apresentado resultados expressivos para a melhora dos sintomas de IU em até 85% dos casos²⁸. As participantes referiram ter aproveitado as discussões sobre as temáticas relacionadas à IU, especialmente as relacionadas ao autoconhecimento e ao autocuidado.

Dentre as limitações do grupo, observou-se no relato das participantes que dentre os fatores impeditivos para a procura do tratamento da IU em estágio inicial está a insuficiência de serviços de saúde especializados, ressaltando a importância de intervenções semelhantes à realizada. A criação de programas de tratamento e de prevenção da IU pode causar importante impacto na saúde da população feminina, uma vez que a IU é uma das afecções mais prevalentes, afetando a qualidade de vida da mulher²⁹.

Muitos estudos são realizados no intuito de identificar

o problema da IU e de compreender seu impacto na vida das mulheres. Ressaltando a importância e necessidade de ações que interferem ativamente nesse problema, com a implementação de projetos, como o realizado neste estudo, que visam prevenir e intervir de forma qualificada, nos sintomas de perda urinária e nas repercussões dessa afecção. Tendo a avaliação positiva da proposta pelas integrantes, sugere-se a utilização de atividades semelhantes, com grupo aberto para atividades dessa natureza. Ainda, destaca-se que as residências multiprofissionais em saúde, enquanto espaço de formação, de troca, de discussão e de construção de conhecimento, se constituem como uma possibilidade de inovação nos serviços de saúde, na medida em que potencializam e renovam as práticas.

A experiência relatada permitiu a reflexão sobre a complexidade dos aspectos envolvidos na IU quer sejam físicos, psíquicos e/ou sociais. As atividades realizadas no grupo sobrepuseram-se à visão reabilitativa, historicamente relacionada à Fisioterapia, uma vez que preponderou o envolvimento e a integração das demais disciplinas. As ações educativas para a promoção da saúde, para a prevenção e para o tratamento da IU voltaram-se, primordialmente, ao atendimento integral e humanizado da mulher.

REFERENCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003 Jan; 61(1):37-49.
- Zanetti NRD, Castro RA, Rolta AL, Santos PD, Sartori M. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Med J* 2007; 125(50):256-59.
- Outeriño JMP, Pérez AJR, Duarte AV, Navarro S, Blasco JML. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Act Uro Esp*. 2007; 719-30.
- Junior PCF, Sartori MG, Sartori MGF, Lima GR. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *RBGO* 2006; 28(1):54-62.
- Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Gineco Obstet*. 2005; 27(5):235-42.
- Ribeiro JP, Raimundo A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Anal Psicol*. 2005; 23(3):305-14.
- Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. *Eur J Rehabil Med*. 2008; 44:47-63.
- Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência Urinária Feminina. *Acta Urológica* 2007; 24(1):79-82.
- Sykes D, Castro R, Pons ME, Hampel C, Hunskaar S, Papanicolaou S, et al. Characteristics of female outpatients with urinary incontinence participating in a 6-month observational study in 14 European countries. *Maturitas* 2005; 52(2):13-23.
- Simonetti R, Truzzi JC, Bruschini H, Glashan RQ, Lelis MAS. Incontinência urinária em idosos: impacto social e tratamento. *A Terceira Idade* 2001; 12(23):53-69.
- Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(3):527-35.
- Badía Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sagrañes J. Validity of the King's Health questionnaire in the assessment of quality of life of patients with urinary incontinence. *The King's Group. Med Clin (Barc)* 2000 May; 114(17):647-52.
- Dugan E, Cohen S, Robinson D, Anderson R, Preisser J, Sggs P, Pearce K, Poehling U, McGann P. The quality of life of older adults with urinary incontinence: Determining generic and condition-specific predictors. *Qual Life Res*. 1998; 7(4):337-44.
- Lalos O, Berglund AL, Lalos A. Impacto f urinary and climateric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long-term outcome. *J Adv Nurs*. 2001 Feb; 33(3):316-27.
- Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1):80-7.
- Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e Interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Rev Ciênc Saúde* 2008; 1(1):24-32.
- On MLR. O Serviço Social e a Perspectiva interdisciplinar. In: Martinelli ML, organizadora. *O Uno e Múltiplo nas Relações entre as áreas de saber*. São Paulo: Cortez; 1995. p. 152-8.
- Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; (5):1342-53.
- Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(5):1527-34.
- Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Fleck SJ, Kramer WJ. Fundamentos do treinamento de força muscular. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1997.
- Mello Filho J et al. Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- Pochon-Rivière E. O processo grupal. 5ª ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes; 1988.
- Zimerman D. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9(16):39-52.
- Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.11-9.

28. Hay-Smith EJ, Bo Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (1):1407.
29. Simeonova Z, Milson I, Kullendorff AM, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in woman from urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999 Jul;78(6):546-51.

Endereço para correspondência:

Gabriela Tomedi Leites
Av. Coronel Lucas de Oliveira, 2608, Ap. 502
Porto Alegre/RS
Telefone: +55 51 33886494 e +55 51 81780799
E-mail: gabitomedi@yahoo.com.br