

# Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina

## Knowledge, attitudes and practice of physicians and nurses of Family Health Strategy regarding female urinary incontinence

*Conocimientos, actitudes y práctica de médicos y enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar en relación a la incontinencia urinaria femenina*

Ana Carolinne Portela Rocha. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. carolptrch@gmail.com (*Autora correspondente*)  
Adriana Barbieri Feliciano. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. adrianabf@ufscar.br  
Maristela Carbol. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. maristela@carbol.com.br  
Cecília Candolo. Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. cecilia@ufscar.br  
Fernanda Vieira Rodvalho Callegari. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. fercallegari@ufscar.br

### Resumo

**Objetivo:** Analisar conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à incontinência urinária (IU) feminina. **Métodos:** O estudo foi realizado nas 19 equipes da ESF de um município no interior paulista, as quais possuíam 41 profissionais elegíveis (22 médicos e 19 enfermeiros). Foi desenvolvido e utilizado um questionário autoaplicável com questões sobre conhecimentos, atitudes e prática dos profissionais na atenção às mulheres com IU. **Resultados:** Responderam ao questionário 33 profissionais (80% da população alvo), sendo 15 médicos e 18 enfermeiros. A maioria dos participantes possuía um nível de conhecimento adequado em relação à propedêutica clínica da IU e considerou que suas atribuições englobam a investigação diagnóstica e o tratamento da IU não complicada. Entretanto, uma parcela significativa desconhecia os exames complementares e a conduta terapêutica para a abordagem inicial das mulheres com IU, principalmente naquelas com IU de Urgência. Quanto à prática, um número expressivo desses profissionais não prescrevia exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, não realizava ações de educação em saúde com as mulheres ou promovia atividades de educação permanente com a equipe de trabalho. **Conclusão:** Os *déficits* de investigação diagnóstica e tratamento da IU feminina identificados sugerem a necessidade de educação permanente e integração de equipes de apoio matricial à ESF, a fim de promover um cuidado mais integral à população. Tais equipes podem ser provenientes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e/ou de parcerias com as universidades locais.

**Como citar:** Rocha ACP, Feliciano AB, Carbol M, Candolo C, Callegari FVR. Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;11(38):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1146](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1146)

### Palavras-chave:

Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde  
Profissionais da Saúde  
Incontinência Urinária  
Estratégia Saúde da Família  
Saúde da Mulher

### Fonte de financiamento:

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

### Parecer CEP:

573.992 (UFSCAR), aprovado em 29/03/2014.

### Conflito de interesses:

declaram não haver.

### Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 24/05/2015.

Aprovado em: 22/02/2016.

## Abstract

**Objective:** To examine knowledge, attitudes and practice of physicians and nurses of the Family Health Strategy (FHS) regarding female urinary incontinence (UI). **Methods:** This study was performed in the 19 teams of FHS from a city in the interior of São Paulo state, which had 41 eligible professionals (22 physicians and 19 nurses). A self-application questionnaire with questions regarding knowledge, attitudes and practice of the professionals in the assistance to women with UI was developed and used. **Results:** Answered to the questionnaire 33 professionals (80% of the target population), being 15 physicians and 18 nurses. Most of the participants had an adequate level of knowledge related to propaedeutic clinics and considered that their attributions include diagnostic investigation and treatment of non-complicated UI. However, a large number of them did not know complementary tests and treatments for the initial management of UI in women, especially for Urgency UI. Regarding the practice, a significant amount of these professionals did not prescribe pelvic-floor strengthening exercises, perform popular education in health actions with women, nor promote permanent education within the health team in their working places. **Conclusion:** Deficits related to the diagnostic investigation and treatment of female UI identified suggest the requirement for permanent education and integration of matrix support teams to the FHS, in order to promote a more integrated care to the population. These teams can be from the Support Centre for Family Health (NASF) and/or from the partnership with local universities.

## Keywords:

Health Knowledge,  
Attitudes, Practice  
Health Personnel  
Urinary Incontinence  
Family Health Strategy  
Women's Health

## Resumen

**Objetivo:** Analizar conocimientos, actitudes y prácticas de médicos y enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en relación a la incontinencia urinaria (IU) femenina. **Métodos:** El estudio se hizo en los 19 equipos de la ESF de un municipio del estado de São Paulo, que poseía 41 profesionales habilitados (22 médicos y 19 enfermeros). Fue desarrollado y utilizado un cuestionario auto aplicable con preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas en la atención a las mujeres con IU. **Resultados:** Respondieron al cuestionario 33 profesionales (80% de la población blanco), siendo 15 médicos y 18 enfermeros. La mayoría tenía un nivel de conocimiento adecuado sobre la propedéutica clínica de la IU y consideraban que sus atribuciones engloban la investigación diagnóstica y el tratamiento de la IU no complicada. Sin embargo, una parte significativa desconocía los exámenes complementarios y la conducta terapéutica para el abordaje inicial de las mujeres con IU, principalmente aquellas con IU de Urgencia. Destacando la práctica, un número significativo de los profesionales no prescribía ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, no realizaban acciones de educación en salud con las mujeres o promovían educación permanente con el equipo de trabajo. **Conclusión:** Las carencias de investigación diagnóstica y tratamiento de la IU femenina identificados sugieren la necesidad de educación permanente y integración de equipos de apoyo matricial a la ESF, para proveer un cuidado más integral a la población. Tales equipos pueden ser de los Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar (NASF) y/o de asociaciones con las universidades locales.

## Palabras clave:

Conocimientos, Actitudes  
y Práctica en Salud  
Personal de Salud  
Incontinencia Urinaria  
Estrategia de Salud Familiar  
Salud de la Mujer

## Introdução

As políticas de saúde no SUS vêm com a proposição de fortalecimento do cuidado centrado no sujeito e na família, sob a lógica da vigilância à saúde nos territórios.<sup>1</sup> Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu para fortalecer o papel da Atenção Básica (AB) como porta preferencial de acesso, ordenadora e coordenadora do cuidado, constituindo-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Este arranjo é especialmente relevante na atualidade, considerando a grande necessidade de manejo de pessoas com doenças crônicas, predominantes no cenário epidemiológico e demográfico atuais.<sup>2,3</sup>

Dentre as condições com caráter crônico, encontra-se a incontinência urinária (IU), a qual acomete preponderantemente a população feminina. A prevalência mundial estimada para a IU entre as mulheres é de 25 a 45%, taxa que ascende proporcionalmente ao aumento da idade.<sup>4,5</sup>

Definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, a IU é distinguida em três principais subtipos: (1) Incontinência Urinária de Esforço (IUE), que se refere à perda urinária durante esforços ou exercícios físicos, espirro ou tosse; (2) Incontinência Urinária de Urgência (IUU), ou seja, a perda imediatamente precedida e acompanhada por um repentino e intenso desejo de urinar (urgência), difícil de ser inibido; e (3) Incontinência Urinária Mista (IUM), que está associada tanto aos esforços quanto à urgência.<sup>6,7</sup>

De acordo com as recomendações da V Conferência Internacional de Incontinência, a avaliação inicial de mulheres com queixa de IU deve ser realizada por médicos generalistas, os quais devem primeiramente identificar se a IU é complicada.<sup>7</sup> Nesse caso, deve-se referenciar as pacientes imediatamente para tratamento especializado. As demais mulheres com IU não complicada, que representam ampla maioria, devem ser tratadas em princípio por médicos generalistas ou de família, enfermeiros e fisioterapeutas.

A terapêutica de escolha é a abordagem conservadora e inclui modificações no estilo de vida, fisioterapia e uso de medicamentos, a depender do subtipo de IU.<sup>7</sup> Nessa abordagem, têm-se destacado os exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) pela efetividade na redução dos sintomas em todos os tipos de IU.<sup>8-10</sup> Propõe-se que o tratamento inicial da IU não complicada seja mantido com profissionais generalistas por pelo menos 8 a 12 semanas. Após este período, na ausência de melhora do quadro, as pacientes devem ser referenciadas para a atenção especializada.<sup>7</sup>

Apesar do elevado dispêndio econômico, dos diversos sentimentos negativos referidos e do prejuízo nas atividades ocupacionais e de lazer, as mulheres com IU tendem a ocultar os sintomas e não procuram por tratamento.<sup>11-15</sup> As principais razões que fazem com que essas mulheres assumam tal conduta são: considerar normal a perda urinária; não ter tempo e priorizar outros problemas; a perda urinária ser pequena; não conhecer opções terapêuticas para a IU; pensar que não há possibilidade de cura; medo de ser encaminhada à cirurgia e vergonha do assunto.<sup>16,17</sup>

Além de as mulheres sofrerem caladas, estudos revelam que os profissionais de saúde não têm o hábito de questioná-las sobre a sintomatologia da IU,<sup>17-19</sup> o que dificulta a detecção precoce dessa condição, diminuindo as chances de sucesso com formas menos invasivas de tratamento.<sup>20</sup>

Mesmo quando cientes da perda urinária, os profissionais de saúde falham na conduta, não introduzindo o tratamento adequado.<sup>21</sup> Entre mulheres norte-americanas que procuraram atendimento devido à IU, apenas 60% o receberam. Destas, 50% refere grande frustração com a persistência da incontinência.<sup>22</sup> Um estudo brasileiro, desenvolvido com profissionais da rede básica de um município no interior de São Paulo, identificou que o encaminhamento para o especialista (ginecologista ou urologista) era uma conduta comum entre 43,3% dos enfermeiros, 29,4% dos médicos clínicos gerais e 14,8% dos médicos da família. Ainda nesse estudo, o relato de conduta mais adotada pelos ginecologistas foi o tratamento cirúrgico.<sup>18</sup>

Na ESF, a assistência uroginecológica é compartilhada entre médicos e enfermeiros, os quais possuem formação generalista ou especialização em Saúde da Família e/ou em Medicina de Família e Comunidade.<sup>23</sup> Diante das evidências de subdiagnóstico e tratamento inadequado da IU, é de suma importância identificar se esses profissionais reconhecem a relevância dessa disfunção e se estão aptos para identificá-la e garantir uma atenção qualificada às mulheres, de forma que este conhecimento se traduza em melhores práticas no cuidado.

O modelo conhecimentos, atitudes e prática (CAP) tem sido empregado com o intuito de mapear o ambiente educacional de uma comunidade e, assim, avaliar a necessidade de intervenção nesse nível. Esse modelo engloba três dimensões: o saber (conhecimentos); as crenças e opiniões (atitudes); e como as pessoas se comportam (prática) acerca de determinado tema.<sup>24,25</sup> A respeito da IU, estudos que avaliaram conhecimentos e práticas de enfermeiros cuidadores de idosos em casas de repouso concluíram que os

profissionais possuíam necessidades educacionais e de treinamento.<sup>26,27</sup> Até o momento, contudo, não foram encontrados estudos relacionados à IU feminina que avaliassem especificamente todas as dimensões de um estudo CAP entre médicos e enfermeiros da ESF.

Considerando que pode haver uma incoerência entre as dimensões CAP, de modo que a identificação de conhecimentos adequados e atitudes positivas pode estar atrelada a uma prática negativa,<sup>28</sup> é imprescindível investigar todos esses componentes. Desse modo, o presente estudo teve por objetivo analisar conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à IU feminina.

## Métodos

Estudo observacional, de corte transversal, desenvolvido nas 19 equipes da ESF de um município de médio porte situado na região central do estado de São Paulo, Brasil. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição proponente da pesquisa, conforme parecer número 573.992, e pela Secretaria Municipal de Saúde do município sede da pesquisa. Todos os participantes manifestaram concordância mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os médicos e enfermeiros atuantes na ESF do município no período da coleta dos dados, independentemente do tempo de atuação, foram considerados elegíveis para participar do estudo, totalizando 41 profissionais na ESF, sendo 19 enfermeiros e 22 médicos.

Para a coleta dos dados da pesquisa, percorreram-se as seguintes etapas:

1. Construção do instrumento: inicialmente foram realizadas entrevistas com médicos e enfermeiros especialistas na área de Saúde da Mulher/Ginecologia e Obstetrícia para a identificação dos eixos temáticos do instrumento. Seu conteúdo foi baseado nas recomendações internacionais para avaliação e tratamento da IU mais atuais à época de formulação do questionário<sup>29</sup> e na Política Nacional de Atenção Básica,<sup>23</sup> sendo formulado pelas pesquisadoras responsáveis segundo as diretrizes do modelo CAP.<sup>25</sup>
2. Estudo piloto: a versão inicial do questionário foi pré-testada com 13 profissionais da ESF de um município próximo ao local onde o estudo foi desenvolvido, a fim de avaliar a clareza das questões e aprimorar o instrumento. Após o estudo piloto, o questionário foi revisado e adequado pelas pesquisadoras.
3. Na sequência procedeu-se à coleta dos dados empregando a versão final do questionário. Esta apresentou-se em formato semiestruturado, de natureza autoaplicável, composta por seções referentes aos dados sociodemográficos, conhecimentos, atitudes e prática em relação à IU feminina. A seção Conhecimentos incluiu questões no modelo de casos clínicos, em formato de múltipla escolha, com apenas uma alternativa considerada correta. Nas seções Atitudes e Prática foram construídas assertivas em formato de escala de Likert de 4 pontos.

A aplicação dos questionários foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2014, no ambiente de trabalho dos profissionais, mediante agendamento de acordo com sua disponibilidade. No momento da coleta era entregue o instrumento aos profissionais, os quais respondiam o mesmo na presença da pesquisadora. O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de 22 minutos.

As mesmas referências da literatura utilizadas para a formulação do questionário serviram de parâmetro para a análise das respostas, consideradas como corretas ou incorretas na seção Conhecimentos, e positivas ou negativas nas seções Atitudes e Práticas.

Os dados foram inicialmente armazenados em planilhas do Excel e posteriormente exportados para o *software* estatístico R. As respostas obtidas nas seções Atitudes e Prática foram transformadas em variáveis numéricas, da seguinte maneira: escore 1 para discordo totalmente e nunca; 2 para discordo parcialmente e raramente; 3 para concordo parcialmente e frequentemente; e 4 para concordo totalmente e sempre. A análise dos dados foi realizada no mesmo *software*. Os valores das medianas de cada assertiva foram associados os intervalos de confiança de 95%, calculados segundo o método *bootstrap*.<sup>30</sup> Foram utilizados a análise descritiva e o teste de Pearson para correlação e adotado o nível de significância de 5%.

## Resultados

Dos 41 profissionais da ESF atuantes no período de coleta de dados, 33 (80%) aceitaram responder ao questionário, sendo 15 médicos e 18 enfermeiros. A média ( $\pm$  desvio padrão) de idade dos profissionais foi de 38 anos ( $\pm 8,08$ ), variando de 26 a 57 anos. O tempo médio de conclusão da graduação foi de 13 anos ( $\pm 8,12$ ), com uma variação de 1 a 35 anos.

Na Tabela 1 são apresentadas as demais características sociodemográficas dos participantes do estudo. A maioria dos profissionais era do sexo feminino (82%); concluiu o ensino superior em instituição de ensino superior pública (61%); fez especialização em Saúde da Família e/ou Medicina de Família e Comunidade (SF/MFC) (73%); não passou por programas de residência em SF/MFC (64%); não fez mestrado ou outro tipo de pós-graduação *stricto sensu* (82%); possuía vínculo empregatício municipal (85%) e trabalhava nesse segmento por um período de 11 a 15 anos (39%).

No que se refere aos conhecimentos, a média de acertos dos profissionais foi de 6,48 ( $\pm 1,46$ ), com uma variação de 3 a 9 acertos. Na Tabela 2 constam as frequências de acertos e erros por questão da seção Conhecimentos. Os maiores índices de acertos foram obtidos nas questões que envolviam a formulação de hipóteses diagnósticas dos tipos de IU de esforço e de urgência. Entretanto, houve um declínio de acertos nas questões sobre condutas relacionadas a esses tipos de IU. A conduta inicial envolvendo a IU de urgência alcançou a maior frequência de erros. Cerca de 40% dos participantes não soube identificar o conceito mais atual de IU.

Não houve correlação estatisticamente significativa entre a frequência absoluta de acertos na seção Conhecimentos e a idade dos participantes ( $p=0.377$ ;  $r=-0,159$ ) e entre a frequência absoluta de acertos e o tempo de conclusão da graduação dos profissionais ( $p=0.793$ ;  $r=-0,048$ ).

No tocante à identificação precoce de sinais e sintomas de IU, a maioria dos profissionais (55%) discorda que esses devam ser investigados somente quando surge a queixa por parte da mulher. Em relação à investigação diagnóstica da IU, 94% concordam que é papel do médico realizá-la e 76% concordam que esta função também é do enfermeiro. Quanto ao tratamento da IU não complicada, todos os profissionais apontam que a elaboração do plano terapêutico é papel do médico, enquanto 55% acreditam que essa é uma atribuição também dos enfermeiros. Uma quantidade significativa de profissionais considera que é papel tanto do enfermeiro (88%) quanto do médico (94%) da ESF orientar a realização de exercícios para fortalecimento dos MAP (Tabela 3).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Variáveis	n <sup>1</sup>	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	27	82
Masculino	6	18
<b>IES em que concluiu a graduação</b>		
Pública	20	61
Privada	13	39
<b>Especialização (360h) em SF/MFC</b>		
Não	9	27
Sim	24	73
<b>Residência (SF/MFC)</b>		
Não	21	64
Sim	12	26
<b>Residência (outras áreas)</b>		
Clínica Médica/Geriatria	1	3
Ginecologia e Obstetria	1	3
Pediatria	1	3
<b>Mestrado</b>		
Não	27	82
Sim	6	18
<b>Tipo de vínculo empregatício</b>		
Municipal	28	85
Federal	5	15
Residência em Medicina de Família e Comunidade (em curso)	1	3
Programa Mais Médicos	3	9
PROVAB	1	3
<b>Forma de ingresso</b>		
Concurso público	24	73
Processo seletivo	9	27
<b>Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família</b>		
Menos de 1 ano	5	15
1 - 5 anos	6	18
6 - 10 anos	8	24
11 - 15 anos	13	39
16 - 20 anos	1	3

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; IES: Instituição de Ensino Superior na qual os profissionais concluíram a graduação; SF/MFC: Saúde da Família e/ou Medicina de Família e Comunidade; PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica; <sup>1</sup> Para todos os campos descritos considerar o total de 33 profissionais.

Na seção Prática, a maioria dos profissionais (63%) indicou que investiga regularmente sinais e sintomas de IU em mulheres que não se queixam de perda de urina. Na presença de sinais e sintomas sugestivos de IU, um número expressivo de profissionais procura: identificar com assiduidade comorbidades (97%) e hábitos relacionados ao estilo de vida (97%); solicitar exames laboratoriais (94%); investigar

**Tabela 2.** Frequências de acertos e erros dos médicos e enfermeiros nas questões da seção Conhecimentos.

Eixo de conteúdo	Enunciado da questão	Acertos n (%)	Erros n (%)
Anamnese	Sinais e sintomas que devem ser minimamente investigados	22 (67)	11 (33)
Anamnese	Antecedentes pessoais que devem ser minimamente investigados	28 (85)	5 (15)
Exame Físico	Elementos do exame físico que devem ser minimamente avaliados	25 (76)	8 (24)
Formulação de Hipótese Diagnóstica (IUE)	Hipótese diagnóstica mais provável	29 (88)	4 (12)
Conduta (IUE)	Conduta inicial mais adequada	22 (67)	11 (33)
Formulação de Hipótese Diagnóstica (IUU)	Hipótese diagnóstica mais provável	29 (88)	4 (12)
Conduta (IUU)	Conduta inicial mais adequada	18 (55)	15 (45)
Conduta (IU complicada)	Conduta mais adequada	22 (67)	11 (33)
Conceito	Conceito mais atual de IU	20 (61)	13 (39)

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; IUE: Incontinência Urinária de Esforço; IUU: Incontinência Urinária de Urgência; IU: Incontinência Urinária.

**Tabela 3.** Frequência absoluta de respostas e intervalos de confiança de 95% bootstrap na seção Atitudes.

Assertiva	Frequência absoluta de respostas				MD (LI; LS)	Atitudes positivas
	Opções					
	1	2	3	4		
A incontinência urinária deve ser investigada somente quando a mulher apresenta queixa de perda de urina.	13	5	10	5	2 (1; 3)	1 e 2
Considero relevante a investigação de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de incontinência urinária.		1		32	4 (--)*	3 e 4
É papel do enfermeiro que trabalha na atenção primária realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.	2	6	16	9	3 (3; 3)	3 e 4
É papel do enfermeiro que trabalha na atenção primária realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.	6	9	14	4	3 (2; 3)	3 e 4
É papel do médico que trabalha na atenção primária realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.		2	9	22	4 (4; 4)	3 e 4
É papel do médico que trabalha na atenção primária realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.			10	23	4 (4; 4)	3 e 4
A Estratégia Saúde da Família oferece os recursos necessários para a investigação diagnóstica e o tratamento da incontinência urinária não complicada.	4	4	16	9	3 (3; 3)	3 e 4
Existem recursos clínicos e cirúrgicos disponíveis para reverter a incontinência urinária feminina.	1	4	10	18	4 (3; 4)	3 e 4
É papel do enfermeiro que trabalha na ESF orientar a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.	1	3	15	14	3 (3; 4)	3 e 4
É papel do médico que trabalha na ESF orientar a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.		2	12	19	4 (3; 4)	3 e 4

As opções enumeradas de 1 a 4 representam as seguintes respostas: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo parcialmente; 3 - concordo parcialmente; 4 - concordo totalmente. MD: mediana; LI: limite inferior do intervalo de confiança; LS: limite superior do intervalo de confiança; \* Para a assertiva 2 não foi possível calcular o intervalo de confiança, pois houve predominância da opção 4.

**Tabela 4.** Frequência absoluta de respostas e intervalos de confiança de 95% bootstrap na seção Prática.

Assertiva	Frequência absoluta de respostas				MD (LI; LS)	Práticas positivas
	Opções					
	1	2	3	4		
Investigo sinais e sintomas de incontinência urinária em mulheres mesmo quando não apresentam queixa de perda de urina.	3	9	19	2	3 (2; 3)	3 e 4
Investigo a presença de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras.		1	15	17	4 (3; 4)	3 e 4
Investigo a presença e a severidade de sintomas sugestivos de doença neurológica.	2	8	13	10	3 (3; 3)	3 e 4
Investigo hábitos relacionados ao estilo de vida como: prática de exercício físico, tabagismo, ingestão de alimentos e líquidos.		1	14	18	4 (3; 4)	3 e 4
Investigo a presença de limitações físicas e cognitivas que afetam a mobilidade.		3	18	12	3 (3; 4)	3 e 4
Avalio o impacto dessa condição sobre a qualidade de vida das mulheres.		4	18	11	3 (3; 3)	3 e 4
Solicito exames laboratoriais.	2		15	16	3 (3; 4)	3 e 4
Prescrevo exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico.	6	7	14	6	3 (2; 3)	3 e 4
Início terapêutica medicamentosa.	16	11	5	1	2 (1; 2)	3 e 4*
Realizo atividades de Educação Permanente com a equipe para capacitá-la em relação ao cuidado da mulher com incontinência urinária.		20	2	2	2 (2; 2)	3 e 4
Realizo atividades de Educação em Saúde (por exemplo, grupos, rodas de conversa, orientações em consultas individuais) com a comunidade para esclarecimentos e orientações sobre incontinência urinária.	11	14	8		2 (2; 2)	3 e 4

As opções enumeradas de 1 a 4 representam as seguintes respostas: 1 - nunca; 2 - raramente; 3 - frequentemente; 4 - sempre. MD: mediana; LI: limite inferior do intervalo de confiança; LS: limite superior do intervalo de confiança. As questões 2 a 9 são precedidas pelo enunciado "Quando detecto sinais e sintomas de incontinência urinária". \* A questão 9 diz respeito a uma atividade restrita aos médicos.

limitações físicas e cognitivas que afetem a mobilidade (91%) e a presença e gravidade de sintomas sugestivos de doença neurológica (70%). Aproximadamente 40% dos profissionais raramente ou nunca prescrevem exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico às mulheres com IU e 82% raramente ou nunca iniciam prescrições medicamentosas. Quanto à execução de atividades educativas na ESF, 88% raramente ou nunca realizam atividades de educação permanente com a equipe e 76% apresentam o mesmo comportamento em relação às atividades de educação em saúde com a população adstrita (Tabela 4).

## Discussão

Os resultados dessa pesquisa revelam que, quando se trata da dimensão Conhecimentos, foi constatado que as condutas para os tipos de IU não estavam tão adequadas quanto os critérios diagnósticos, principalmente quando se trata da IU de Urgência. Por este tipo de IU depender de opções medicamentosas para o seu tratamento,<sup>7,31</sup> é provável que a inexistência de protocolos municipais e o desconhecimento de outros protocolos técnicos que respaldem a prescrição pelos médicos da ESF tenha resultado na baixa indicação da terapêutica, notada na seção Prática, assim como no *déficit* de conhecimento. Esse achado sugere uma limitação nas diretrizes de abordagem da IU e uma contrariedade à proposta de resolutividade da ESF, com o encaminhamento às especialidades de casos que poderiam ser resolvidos ou ao menos minimizados previamente na AB. O fato de uma parcela significativa dos profissionais não conhecer a definição atual de IU pode ser atribuído à recente mudança na definição, publicada em 2010,<sup>6</sup> e por alguns estudos ainda utilizarem o conceito antigo de perda urinária que é um problema social e higiênico.



A idade e o tempo de conclusão da graduação não influenciaram positivamente o conhecimento dos profissionais sobre IU. Infere-se que a formação complementar pode não ter suprido possíveis deficiências da formação acadêmica em relação à IU, havendo uma demanda por atualização. Já Saxer et al.,<sup>26</sup> ao testarem uma escala de conhecimentos e prática sobre IU entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem de casas de repouso, encontraram associação entre idade, educação e experiência na área e os conhecimentos dos participantes.

Barbosa et al.<sup>18</sup> constataram que, exceto os ginecologistas, a maior parte dos demais profissionais pesquisados - enfermeiros, médicos de família e clínicos gerais - nunca ou raramente investigavam a presença de IU em mulheres. Os participantes do presente estudo indicaram, em sua maioria, que a IU deve ser investigada mesmo na ausência da queixa pela mulher e referiram realizar a busca por sinais e sintomas ativamente.

Na opinião de grande parte dos participantes, ambos, médicos e enfermeiros da ESF, devem orientar a realização dos exercícios de fortalecimento dos MAP. Em contrapartida, na prática, um menor número de profissionais prescreve esse recurso terapêutico. Uma hipótese é de que essa competência não tenha sido desenvolvida no decorrer da formação do profissional e que os mesmos não se sintam seguros para ofertar tal orientação. Segundo Barbosa et al.<sup>18</sup>, o manejo da IU deve ser mais enfatizado na formação acadêmica de médicos e enfermeiros.

Mendes<sup>3,32</sup> propõe que a gestão dos serviços de saúde fundamente-se em diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas para a promoção de um cuidado de qualidade aos usuários do sistema. Por conseguinte, tais diretrizes visam não somente facilitar o processo gerencial, como também cumprir uma função educacional, incorporando a educação permanente e a educação em saúde. Nesse sentido, chama a atenção, em nossa pesquisa, a deficiência de práticas educativas para a IU.

Deixar de ofertar orientações sobre a IU às mulheres durante as consultas ou em espaços coletivos pode ajudar a perpetuar a não valorização dos sintomas e a manutenção do desconhecimento sobre a fisiopatologia e o manejo do problema, ocasionando a escolha de opções terapêuticas inadequadas e comprometendo o seu prognóstico. Uma pesquisa realizada no interior de São Paulo indicou que cerca de 45% das mulheres que sofriam com IU não tinham conhecimento de qualquer forma de tratamento. Entre as que possuíam algum conhecimento, 37,1% sabiam da intervenção cirúrgica e apenas 2,9% sobre exercícios e medicação. Mais da metade das mulheres não procurou tratamento para a IU e dentre as que o fizeram, a cirurgia foi a opção mais buscada.<sup>17</sup>

Melo et al.<sup>33</sup> identificaram como razões para a não adesão de médicos da ESF às atividades de educação em saúde: o excessivo agendamento de consultas; a falta de interesse dos profissionais e o fato de os enfermeiros as assumirem. Em nosso estudo, tanto médicos quanto enfermeiros relataram que praticamente não se envolvem em práticas educativas, o que coloca em risco espaços que favoreçam o vínculo profissional-usuário, a escuta qualificada e a promoção à saúde.<sup>34</sup>

Na ESF a educação permanente em saúde é uma ferramenta que se constitui como prática inerente ao processo de trabalho, sobretudo pela composição de equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar.<sup>35</sup> Nos últimos anos a ESF ganhou um forte aliado para a consolidação dessa ferramenta de gestão com a proposta do apoio matricial, protagonizada pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).<sup>36</sup>

A não adoção de práticas de educação permanente relacionadas à IU encontrada na população estudada pode estar associada à: baixa relevância atribuída ao tema; falta de planejamento na agenda da equipe ou à carência de equipes de apoio matricial ou ao modelo de atenção à saúde hegemônico. Nesse sentido, a não incorporação dessa ferramenta pode ocasionar desatualização de conteúdo nos profissionais, além de prejudicar o processo reflexivo e, por conseguinte, a mudança nas práticas de atenção no sentido da adoção de um conceito mais ampliado de saúde, com reconhecimento das singularidades e aumento na resolutividade das ações.<sup>35</sup>

Quando se trata da IU, a figura do fisioterapeuta da equipe matricial pode atuar no empoderamento de médicos e enfermeiros quanto à avaliação funcional do assoalho pélvico e prescrição de exercícios, utilizando-se de atendimentos compartilhados, discussões de caso e reuniões de equipe. Esse profissional pode ainda auxiliar na implementação e condução de grupos de orientação e de exercícios para o assoalho pélvico, não somente objetivando a reabilitação de condições já instaladas, mas também a promoção de saúde e a prevenção. Além disso, o agente comunitário de saúde, por ser membro da comunidade e responsável por fazer a ligação dos usuários às unidades de saúde, deve ser destacado como uma peça chave na abordagem da IU.

Em adição ao NASF, outras estratégias de apoio matricial podem ser agregadas, como parcerias entre a rede municipal de saúde e as instituições de ensino superior. Nesse aspecto, as residências multiprofissionais em saúde são um potente recurso a ser explorado. A inserção de residentes nos serviços repercute em duas direções: no desenvolvimento de competências necessárias à atuação no sistema de saúde e na qualificação dos profissionais da ESF.<sup>37,38</sup>

Clinicamente, há uma extensa gama de estudos e crescente evidência científica voltada ao diagnóstico e ao tratamento da IU. No entanto, são necessários relatos de experiências de estratégias alternativas de intervenção, como o matriciamento, com o objetivo de propagar práticas exitosas.

As limitações deste estudo dizem respeito: à quantidade de profissionais da ESF efetivamente estudados na população alvo; à incapacidade de se medir o desempenho dos profissionais na prática, uma vez que as informações foram conseguidas por autorrelato e podem estar mais associadas ao domínio cognitivo; à formulação de um instrumento para avaliar conjuntamente médicos e enfermeiros, tendo em vista as singularidades de cada profissão; e à utilização de uma única diretriz concernente a um consenso de especialistas sobre a IU para a construção do mesmo.

## Conclusões

A rápida expansão do conhecimento na saúde e a diversidade de desafios a que estão expostos os que atuam na ESF exigem atualização frequente de seus conhecimentos e a possibilidade de pensar a prática no cotidiano dos serviços. Dessa forma, os resultados do presente estudo apontam para uma necessidade de intervenção junto aos médicos e enfermeiros da ESF do município em questão, sobretudo por meio da educação permanente em saúde e integração a equipes de apoio especializado matricial. Estas podem ser provenientes dos NASF ou por meio de parcerias entre a rede de saúde e os cursos de graduação e pós-graduação das instituições locais de ensino. Em tal perspectiva, os fisioterapeutas da equipe matricial forneceriam suporte à ESF no manejo clínico e coletivo da IU, identificando suas necessidades pedagógicas e clínicas no sentido de promover um cuidado integral à população.

## Referências

1. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):316-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)
3. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília; 2007. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
5. Buckley BS, Lapitan MC; Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence, Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children--current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*. 2010;76(2):265-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2009.11.078>
6. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>
7. Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Birder L, Bliss D, Bubaker L, et al. International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapsed, and faecal incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khouri S, Wein A, eds. 5th ed. *Incontinence*. Paris: ICUD-EAU; 2013. p. 895-1929 [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://www.icud.info/incontinence.html>
8. Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas*. 2010;67(4):309-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.08.004>
9. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD007471. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub2>
10. Hay-Smith EJ, Bø K, Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. WITHDRAWN: Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD001407. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001407.pub2/abstract>
11. Subak LL, Brubaker L, Chai TC, Creasman JM, Diokno AC, Goode PS, et al.; Urinary Incontinence Treatment Network. High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence. *Obstet Gynecol*. 2008;111(4):899-907. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31816a1e12>
12. Higa R, de Rivorêdo CRSF, Campos LK, Lopes MHM, Turato ER. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):627-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400004>
13. Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz KS, Brüggemann OM, Sperandio FF. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2703-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000019>
14. Menezes GMD, Pinto FJM, Silva FAA, Castro ME, Medeiros CRB. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. *Rev Gaúch Enferm*. 2012;33(1):100-8. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100014&script=sci_arttext)
15. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milsom I. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(2):130-40. <http://www.amcp.org/JMCP/2014/February/17595/1033.html> DOI: <http://dx.doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.2.130>
16. Higa R, Lopes MHBM. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(5):503-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500004>
17. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):72-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100009>

18. Barbosa SS, Oliveira LDR, Lima JLDA, Carvalho GM, Lopes MHBM. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. *Mundo Saúde*. 2009;33(4):449-56. [online] [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/70/449a456.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/70/449a456.pdf)
19. Rios AA, Cardoso JR, Rodrigues MA, de Almeida SH. The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. *Int Urogynecol J*. 2011;22(7):879-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-010-1352-5>
20. Guarda RI, Gariba M, Nohama P, do Amaral VF. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. *FEMINA*. 2007;35(4):219-27. [online] [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina354p219-28.pdf>
21. Shaw C, Das Gupta R, Williams KS, Assassa RP, McGrother C. A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU Int*. 2006;97(4):752-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2006.06071.x>
22. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, Kusek JW, McKinlay JB. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol*. 2007;177(2):680-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2006.09.045>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
24. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):576-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000500005>
25. Kaliyaperumal K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. *A ECS Illumination*. 2004;4(1):7-9. [online] [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://www.birds.cornell.edu/citscitoolkit/toolkit/steps/effects/resource-folder/Guideline%20for%20Conducting%20a%20KAP%20Study%20%28PDF%29.pdf>
26. Saxer S, de Bie RA, Dassen T, Halfens RJ. Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. *Nurse Educ Today*. 2008;28(8):926-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.05.009>
27. Yuan H, Williams BA. Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. *Health Soc Care Community*. 2010;18(1):82-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00876.x>
28. Candeias NMF, Marcondes RS. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1979;13(2):63-8.
29. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al.; Members of Committees; Fourth International Consultation on Incontinence. 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(1):213-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.20870>
30. Efron B, Tibshirani RJ. *An Introduction to the Bootstrap*. London: Chapman & Hall; 1993.
31. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM; Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int*. 2003;92(1):69-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1464-410X.2003.04271.x>
32. Mendes EV. Os Sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
33. Melo VH, Rio SMP, Bonito RF, Lodi CTC, Fonseca MTM, Amaral E. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(30):3-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(30\)550](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(30)550)
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento para gestores e trabalhadores do SUS. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília; 2010. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)
35. Ceccim R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):975-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>

36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica). Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)
37. de Castro VS, Nóbrega-Therrien SM. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):211-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200008>
38. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2010;19(4):814-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400009>