

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER

Alexandra Mendes de Oliveira<sup>1</sup>, Ana Cláudia Souto de Camargo<sup>2</sup>, Natália Carolina Schell<sup>3</sup>, Ellen Cristiane Gomes Navarro<sup>4</sup>.

### RESUMO

A incontinência urinária na mulher é um problema tanto de saúde quanto social, pois interfere muito na qualidade de vida da mulher incontinente. No Brasil as pesquisas são poucas e ficam restritas em alguns grupos populacionais, dificultando saber qual a real situação das mulheres brasileiras. Os tratamentos são os mesmos de alguns anos atrás, o que mudou foram as técnicas cirúrgicas e os equipamentos que ficaram mais modernos, favorecendo para que haja mais oportunidades de tratar e melhorar a incontinência urinária. A enfermagem tem papel de extrema importância no diagnóstico e tratamento, na qual tem o objetivo de incentivar e encorajar as mulheres com incontinência urinária no tratamento, pois os resultados serão alcançados em longo prazo, elas podem desistir e agravar conseqüentemente sua incontinência urinária.

**Palavras-chave:** Incontinência urinária, Mulher, Enfermagem.

### ABSTRACT

Urinary incontinence in women is a problem both health and social, because it interferes a lot in quality of life of the woman incontinent. In Brazil, studies are few and are restricted in some population groups, making it difficult to know what the real situation of Brazilian women. The treatments are the same a few years ago, what changed were the surgical techniques and equipment that were more modern, there are encouraging more opportunities to treat and improve urinary incontinence. Nursing is critically important role in the diagnosis and treatment, which aims to stimulate and encourage women with urinary incontinence treatment, because the results will be achieved in the long run they may give up and therefore worsen their incontinence.

**Key words:** Urinary incontinence, Women, Nursing.

---

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.

<sup>2</sup> Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.

<sup>3</sup> Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.

<sup>4</sup> Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.



## INTRODUÇÃO

Definida como perda involuntária de urina atualmente pela International Continence Society (ICS), a incontinência urinária (IU) vem sendo tratado como um problema social e de higiene, valorizando a queixa das pacientes, sendo que a definição anterior necessitava uma observação clínica do problema. (ABRAMS, 2003).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) existem quatro tipos de incontinência urinária, sendo a contínua, quando há perda constante de urina, a paradoxal ou por transbordamento, quando a bexiga fica muito cheia, por incapacidade de ser esvaziada, transborda e goteja pela uretra, por urgência, onde está associada a um desejo forte, súbito e inadiável de urinar, não dando tempo de chegar ao banheiro, sendo chamada também de urge-incontinência e a IU de esforço ou estresse, quando há perda de urina ao tossir, espirrar ou aos esforços. (SBU, 2011).

Atualmente os estudos têm demonstrado grande preocupação com a qualidade de vida das mulheres com IU. Os episódios de IU durante as atividades desenvolvidas diariamente são causadores de constrangimento social, disfunção sexual e baixo desempenho profissional. Estas alterações são causas determinantes de isolamento social, estresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa autoestima que resulta em significativa morbidade. (SIMEONOVA, 1999).

De acordo com estudos realizados nos Estados Unidos da América, 11 milhões de mulheres já tiveram episódios de IU, cerca de 85% da população, sendo que não é um problema urinário só do envelhecimento e conseqüente da idade, mas também das mulheres jovens e de meia idade. (AHCPR, 2003). No Brasil as pesquisas são poucas e carentes de estudos de prevalência, as que temos, ficam restritas a um grupo populacional, sem englobar um todo. (SILVA, SANTOS 2005)

Segundo a NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE 1990, A IU na maior parte dos casos, pode ser melhorada ou curada por tratamento médico e intervenções de enfermagem.

A IU é um problema que não tem divulgação tanto na área da saúde como nos meios de comunicação, nem faz parte de uma campanha promovida pelo ministério da saúde, como forma de prevenção ou até mesmo de explanar o assunto entre a população. Segundo Palma, Riccetto e Herrmann 2007, na visão epidemiológica, a IU é um problema de saúde pública.

A população tem os sintomas, mas não sabe que pode ser uma IU, que é tratável e na maioria dos casos pode-se chegar à cura, dependendo do tipo de IU que ela possui.

Assim neste estudo de revisão, resolvemos apontar as principais causas da incontinência urinária e as formas de tratamento, enfatizando a participação do enfermeiro nas manobras comportamentais, que são o tratamento de início para quem já possui o diagnóstico correto.

## **METODOLOGIA**

Para a realização deste trabalho, adotou-se uma pesquisa bibliográfica com revisão literária nacional e internacional, dos últimos 23 anos (1988 a 2011), dos quais abordam Incontinência urinária na mulher.

A pesquisa Bibliográfica abrange a temática abordada no estudo, que incluem livros, teses, publicações científicas e monografias. Foi realizada uma leitura para seleção do material, para entrarmos em contato com o tema em estudo. Para isso a pesquisa foi realizada manualmente através do acervo da biblioteca da faculdade Inesul, consulta nos bancos de dados: LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), Google Acadêmico, SCIELO (Scientific Electronic Library Online), SBU (Sociedade Brasileira de Urologia).

O período de coleta dos dados foi de Setembro de 2010 a Março 2011.

## **DISCUSSÃO**

Os distúrbios de micção na mulher estão relacionados com alterações da bexiga e ou/ uretra, nos esfíncteres, ocasionando um quadro de incontinência urinária (IU), assim o organismo conta com a urina para excretar produtos que devem ser eliminados para o meio exterior. (ABRAMS, 1988) (DANGELO E FATTINI, 2007).

O reflexo da micção consiste em um ciclo completo, único de aumento progressivo e rápido da pressão, em duas fases, ou seja, enchimento e esvaziamento, onde há um retorno da pressão ao tônus basal da bexiga, que só ocorrerá quando a bexiga se encher e o reflexo de micção ficar mais intenso, provocando a saída da urina. (GUYTON, HALL, 2002).

A micção se resume simplificando em duas fases, enchimento da bexiga e esvaziamento pela uretra, onde a IU vai ocorrer no esvaziamento, pois a uretra não “segura”

essa urina corretamente, fazendo com que a mulher se torne incontinente, ou seja, a falta de controle.

Algumas mudanças funcionais parecem ocorrer na bexiga e na uretra da mulher com o tempo, contrações involuntárias do músculo detrusor, diminuição da pressão uretral máxima e do comprimento funcional da uretra e diminuição da complacência vesical, devido aos fatores que influenciam o risco para tal. (RUBISTEIN, RUBISTEIN, 2001)

Os fatores de risco para IU são: idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crônicas, uso de alguns simpaticomiméticos e parassimpaticolíticos, constipação, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal. (HIGA et al., 2008)

Segundo BRUNNER E SUDDARTH 2005, os fatores de risco incluem também a gravidez de parto vaginal, episiotomia, menopausa, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, demência e doença de Parkinson.

A Idade é a principal causa da IU, afeta as mais idosas, a partir do climatério e menopausa, que chega a 43% dos 35 a 81 anos. (GUARISI et al, 1997). A nictúria é um dos principais problemas das idosas, pois durante a noite produzem muita urina, aumentando a urgência miccional. (MCDOWELL et al.,1992)

São diversas razões que levam as mulheres a não procurar tratamento para sua IU. De acordo com uma pesquisa realizada em julho 2005<sup>a</sup> janeiro de 2006 em uma unidade básica de saúde de São Paulo, Silva e Lopes 2009, listaram 09 motivos da não procura do tratamento: O médico disse não ser necessário, Acha normal perder urina, não tem tempo/não considera importante/tem outros problemas a resolver, a perda de urina é pequena/não incomoda muito/problema recente, não conhece opções e formas de tratamento, está aguardando resultado de exames, tem vergonha, acha que não adianta tratar/não tem cura, tem medo de fazer cirurgia.

Higa e Lopes 2007 relataram em sua pesquisa que a não procura por ajuda médica para a IU ocorre também por vergonha, preconceito e desconhecimento dos tratamentos clínicos, impedindo o diagnóstico e tratamento precoce, afetando sua vida sexual, social e profissional.

Durante anos, a cirurgia foi considerada o melhor tratamento para a IU, porém as técnicas de tratamento foram esquecidas, somente nos anos 1980, voltaram a ter importância, mesmo depois de Arnold Kegel criar os exercícios em 1948, que hoje

chamamos de terapia comportamental, para fortalecer a musculatura pélvica. (MOREIRA, YASUDA, KIMURA, 2001).

Antes de iniciar qualquer tratamento, é essencial que o problema e a causa sejam identificados. As terapias comportamentais são o tratamento de primeira escolha para diminuir ou eliminar a IU, ajudando assim, a diminuir e evitar os efeitos adversos de medicações e cirurgias. Está intimamente ligada com o tipo de IU que a paciente apresenta se fazendo necessária uma avaliação médica antes de iniciar qualquer terapia. (BRUNNER, SUDDARTH, 2005) (GLASHAN, LELIS 2001)

Precisamos entender que a terapia comportamental é de baixo risco e visa à mudança do comportamento geral da paciente, onde é de competência do enfermeiro realizá-la. (GALLO et al.,1997). Segundo BRUNNER, SUDDARTH, 2005, dentro da terapia comportamental, Temos várias estratégias, que são coordenadas pela enfermeira na maioria dos casos, como o Controle hídrico, que inclui ingestão de 1.500 a 1.600ml, entre o café da manhã e a refeição noturna, produzindo urina concentrada e ajudando a reduzir a Urge-incontinência.

O diário miccional também é muito importante e útil para o diagnóstico. A International Urogynecological association recomenda que o diário seja feito durante três dias. (PALMA, RICCETTO, HERRMANN, 2007).

Exercícios da musculatura Pélvica (EMP) também são forte aliados no tratamento da IU, dentro das terapias comportamentais. Conhecidos como Exercícios de Kegel, o EMP visa fortalecer e reabilitar o assoalho pélvico, auxiliado com o biofeedback, que é a avaliação do exercício enquanto está sendo realizado, ajuda o indivíduo a identificar os músculos pélvicos, e são indicados a realizar os exercícios 02 ou 03 vezes por semana. (BRUNNER, SUDDARTH, 2005).

Para obter bons resultados, a paciente tem que estar motivada e compreender exatamente como contrair a sua musculatura pélvica. Para identificar, além do biofeedback, solicitamos que a paciente faça um toque vaginal com os dedos indicador e médio, tentar aproximar, através da contração vaginal, a musculatura dos dedos. (PALMA, RICCETTO, HERRMANN, 2007).

Também existe a terapia com cones vaginais, que são introduzidos na vagina, cones esses com peso de 20 a 100g, onde a mulher ficará por aproximadamente 15 minutos, retendo o cone, através da contração dos músculos pélvicos, 02 vezes ao dia. (PALMA, RICCETTO, HERRMANN, 2007) (BRUNNER, SUDDARTH, 2008).

A eletroestimulação transvaginal ou retal funciona como um exercício muscular artificial, ou seja, aumenta a contratilidade dos músculos pélvicos e tônus muscular. São colocados eletrodos na vagina e/ou reto, onde a paciente é estimulada de 20 a 30 minutos, e é repetido de 02 a 03 vezes por semana onde costuma ser mais eficaz nos sintomas relacionados com os distúrbios funcionais, comparados com portadoras de IU anatômica. (PALMA, RICCETTO, HERRMANN, 2007).

Dentro do tratamento farmacológico, existem vários tipos de remédios que ajudam a diminuir a contração vesical e aumentam a resistência do colo vesical, que associados com as terapias comportamentais, ajudam muito o paciente a não ter efeitos adversos das medicações. Alguns exemplos como os anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, pseudo-efedrina e etc. (BRUNNER, SUDDARTH, 2008).

E por último, o tratamento cirúrgico, que é a ultima escolha, quando todos esses outros métodos não dão resultado. É realizada uma reconstituição dos elementos que dão suporte á uretra, no terço uretral médio, onde se localiza o esfíncter. (PALMA, RICCETTO, HERRMANN, 2007).

Diante de tais explicações, podemos verificar que o enfermeiro tem muita importância no diagnóstico e tratamento, é o que vamos verificar a seguir, na assistência de enfermagem a paciente com IU.

### **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

A história do problema deve procurar a investigação de informações para descrever o quadro, detalhando o seu início, duração, frequência, período, quantidade e características da urina, sintomas, hábitos higiênicos, alimentares e de hidratação. A caracterização das habilidades para o autocuidado engloba a história geniturinária, a neurológica, e clínica em geral, além da psicológica, o ambiente, as medicações, os cuidados básicos e a auto-percepção sobre a incontinência urinária. O exame físico envolve a descrição da função neurológica, o exame abdominal, genital e retal. (apud RODRIGUES, MENDES 1994).

A enfermagem pode auxiliar no diagnóstico e controle da perda urinária contribuindo na qualidade de vida das mulheres incontinentes. Exames simples identificam os fatores de risco, como a anamnese e uma simples pergunta: Você perde urina quando tosse, espirra ou quando sente forte desejo de urinar? Ajudando assim a determinar as intervenções de

enfermagem a serem adotadas e a detectar o diagnóstico precoce. (O'BRIEN, 1991) (GLASHAN, 1999) (BUTLER, 1999).

Para que a terapia comportamental seja eficaz, é preciso que o enfermeiro encoraje a paciente e dê apoio, pois a terapia não melhora rapidamente e ela pode desistir. O acompanhamento dessa paciente possibilita que a enfermeira responda as suas perguntas e dúvidas referentes ao seu tratamento e lhe dê toda a assistência necessária para uma melhora do seu quadro clínico.

Alguns pontos devem fazer parte da anamnese e observação do enfermeiro quando atende pacientes incontinentes (apud MCDOWELL et al.,1994):

IU de esforço:

- Anotar queixas de perda urinária durante exercícios físicos, tosse, espirro, carregar pesos. Realizar o exame pélvico e atentar para fraqueza do assoalho pélvico.

Urge Incontinência:

- o paciente relata urgência miccional, que pode se precipitar por sons sugestivos de ruído de água, assim o teste de provocação de urina tem que estar presente.

IU por transbordamento:

- O enfermeiro pode obter durante a anamnese uma história variável, mas sempre associada a perda involuntária da urina em volumes diminutos, porém suficiente para promover constrangimento pessoal e social. Pode referir também elevada frequência miccional e sensação de constante bexiga cheia, mesmo após ter urinado, assim o enfermeiro intervém com a avaliação do resíduo pós miccional, obtidos através de sondagem vesical ou ultrassom.

IU contínua:

Mais comum em idosos, normalmente é relatada para o enfermeiro pela própria paciente ou cuidador, que apresenta episódios de grande volume de perda de urina e muitas vezes, não é consciente das perdas, por isso o enfermeiro deve procurar avaliar o aspecto cognitivo e o prejuízo da mobilidade.

IU mista:

É uma combinação de diversos tipos de IU, onde o enfermeiro em sua anamnese deve contemplar suas perguntas relativas aos diversos tipos de IU, bem como o teste de esforço e volume urinário pós miccional.

O sucesso no tratamento da IU depende muito do diagnóstico correto e corrigir as disfunções e alterações que fazem isso acontecer, sendo que a maioria das pacientes apresenta mais de um tipo de incontinência Urinária. (D'ANCONA, 2001).

A enfermagem tem atuação decisiva desde o reconhecimento dos sintomas até o tratamento, pois é ela quem vai acompanhar o paciente na maioria dos casos em todo o processo e encoraja-lo a seguir em frente, para que tenha uma qualidade de vida, mesmo sendo incontinente e tendo que aprender a controlar os períodos de idas ao banheiro. As pesquisas nesta área precisam ser exploradas e difundidas, pra que profissionais se adequem a realidade e sejam capacitados.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, nota-se a importância do enfermeiro no diagnóstico correto e tratamento da paciente com incontinência urinária. Pretendeu-se também com este trabalho proporcionar ao leitor, a importância de se diagnosticar e tratar o quanto antes, pois a maioria das mulheres pensa ser um problema comum, e perder urina não é nunca foi e tem tratamento.

Ao avaliar a literatura acerca do assunto, observamos que, quando a maioria dessas mulheres procura o serviço de saúde, já estão com baixa autoestima e convivendo com o problema há muito tempo, sendo que o enfermeiro da unidade básica, em uma coleta citopatológica, poderia fazer uma simples pergunta: Você urina quando tosse, espirra, faz exercícios físicos?

A prevalência da IU em mulheres é descrita diferentemente em várias literaturas, bem como sua incidência no Brasil e no mundo. Sabemos que é um problema de saúde pública e que merece atenção, mais como atingir essas mulheres sem saber a real proporção desse problema, por isso as pesquisas devem ser intensificadas em sua origem, na Unidade básica de saúde (UBS), pois na atenção primária é onde podemos detectar o problema e estruturar ações para prevalência naquela UBS, bem como atuar e relatar cada vez mais as dificuldades encontradas, pois só assim as pesquisas neste segmento terão mais importância para a opinião pública, pois pelo que percebemos em nosso estudo, é um problema tão comum que é considerado normal pela maioria das pessoas, médicos, enfermeiros, deixando-nos curiosas acerca da prevalência desse problema no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMS P, CARDOSO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P, ULMSTEN U, et al. **The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization Sub-committee of the international continence society.** Urology. 2003; 61(1): 37-49.
- ABRAMS P, BLAIVAS JG, STANTON SL, ANDERSEN JT. **The standardization of terminology of b urinary tract function.** Scand J Urol Nerprhol, 114 (suppl.): 5-19, 1988.
- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (AHCPR). **Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update.** [Online] Rockville, MD. March 1996. Available from: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uioverview.htm> (02 ago. 2003).
- BUTLER RN, MABY JI, MONTELLA JM, YOUNG GPH. **Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman.** Geriatrics. 1999; 54(10): 22-30.
- SMELTZER SC, BARE BG. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Guanabara Koogan, 2005; 10(2): 1347-52.
- DANGELO JG, FATTINI CA. **Anatomia humana: Sistêmica e segmentada.** Atheneu, 2007; 3,175-79.
- D'ANCONA CAL. **Aplicações clínicas da urodinâmica.** Atheneu, 2001; 3,139-43.
- GALLO ML, FALLON P, STASKIN DR. **Urinary incontinence: steps to evaluation diagnosis and treatment.** The nurse Prectioner, 1997; 22(2): 21-42.
- GLASHAN RQ, LELIS MAS. **Fatores de risco associados à incontinência urinária: é possível modificá-los?** Acta Paul Enferm. 1999; 12(1): 43-7.
- GLASHAN RQ, LELIS MAS. **Terapia comportamental: uma abordagem para o enfermeiro no tratamento da incontinência urinária.** Ver Nursing, 2001:18-24.
- GUARISI T, NETO AMP, PEDRO AO, FAUNDES A. **Fatores associados à prevalência de sintomas urinários em mulheres climatéricas.** Rev Bras Ginecol Obst. 1997; 19:589-96.
- GUYTON AC, HALL JE. **Tratado de fisiologia médica.** Guanabara Koogan, 2002; 10,344-46.

- HIGA R, LOPES MGBM, REIS MJ. **Fatores de risco para incontinência urinária na mulher.** Rev Esc de Enferm USP. 2008; 42(1): 187-92.
- HIGA R, LOPES MHBM. **Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento.** Rev Bras Enferm, 2007; 60(5): 503-6.
- MCDOWELL J, BURGIO KL, LOCHER JL, RODRIGUEZ E. **An interdisciplinary approach to the assessment and behavioral treatment of urinary incontinence in geriatric out patients.** J Am Geriatr Soc, 1992; 40(10): 17-23.
- MCDOWELL J, ENGBERG S, WEBER S, BRODAK I, ENGBERG R. **Successful treatment using behavioral interventions of urinary incontinence in homebound older adults.** Geriatric Nursing, 1994; 4(15): 303-307.
- MOREIRA ECH, YASUDA EK, KIMURA FR. **Tratamento cirúrgico e conservador da incontinência urinária de esforço.** Fisioter Mov. 2001; 13(1): 1-10.
- O'BRIEN J, AUSTIN M, SETH P, O'BOYLE P. **Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse.** BMJ. 1991; 303(6813): 1308-12.
- PALMA PCR, RICCETTO CLZ, HERRMANN V. **Incontinência urinária de esforço em mulheres.** Roca, 5;2007,98-110.
- RUBINSTEIN I, RUBINSTEIN M. **Aplicações clínicas da urodinâmica.** Atheneu, 2001; 3, 257-62.
- SILVA L, LOPES MHBM. **Incontinência urinária em mulheres: Razão da não procura por tratamento.** Ver Esc Enferm USP, 2009; 43(1): 72-8.
- SIMEONOVA Z, MILSON I, KULLENDORFF AM, MOLANDER U, BENGTSSON C. **The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from urban Swedish population.** Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78(6): 546-51
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA** - Disponível em <http://www.sbu.org.br/2010/03/urologia-de-a-a-z/> - Acessado em 21/02/2011
- RODRIGUES RAP, MENDES MMR. **Incontinência urinária em idosos: Proposta para a conduta da enfermeira.** Rev Lati Amer Enferm, 1994; 2(2): 5-20.
- TEMML C, HAIDINGER G, SCHIMIDBAUER J, et al. **Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life.** Neurol urodyn, 2000; 19:259-71.