

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

ANA CAROLINNE PORTELA ROCHA

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA DE MÉDICOS E
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO
À INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA**

São Carlos

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

ANA CAROLINNE PORTELA ROCHA

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA DE MÉDICOS E
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO
À INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos
para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica
Área de concentração em Gestão da Clínica
Orientação: Prof^a Dr^a Fernanda Vieira Rodovalho
Callegari
Co-orientação: Prof^a. Dr^a Adriana Barbieri Feliciano

São Carlos

2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

R672ca Rocha, Ana Carolinne Portela.
Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família em relação à incontinência urinária feminina / Ana Carolinne Portela Rocha. -- São Carlos : UFSCar, 2015.
115 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2015.

1. Saúde pública. 2. Profissionais da saúde. 3. Incontinência urinária. 4. Saúde da família. 5. Atuação profissional. I. Título.

CDD: 614 (20^a)



FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA CAROLINNE PORTELA ROCHA

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

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 02/02/2015

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Fernanda Vieira Rodovalho Callegari / UFSCar

Prof.^a Dr.^a Thais de Oliveira Gozzo / USP

Prof.^a Dr.^a Maristela Carbol / UFSCar

Dedico este trabalho

Aos meus pais, meu precioso tesouro.

*A todos que se dedicam a cuidar das pessoas, em qualquer âmbito e profissão,
que se inquietam em tornar digna a vida de seu próximo.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom e amado Deus, princípio e fim de minha existência, força propulsora e sentido da minha vida. Sem a Tua mão a me sustentar eu não conseguiria chegar até aqui e seguir adiante. Obrigada pelo milagre de cada dia e por enviar pessoas de bem para ajudar a constituir a minha história!

À minha Mãe, Rainha e Senhora, Virgem Maria, por me alimentar na fé, proteger e conduzir-me à vontade do Senhor.

Aos meus pais, pela total entrega de si e pelos inúmeros sacrifícios para que eu concretize meus sonhos. Gratidão sem fim!

À minha avó Lusía, minha segunda mãe, que agora me acompanha na eternidade: *“a saudade eterniza a presença de quem se foi”*.

Às queridas Flávia e Alice, amigas da faculdade e de sempre, pela vida compartilhada nesses 9 anos de história: *“Verdade que me une a vocês”*.

Aos meus familiares que estão no Maranhão: *“perto estás, se dentro estás”*.

Aos pacientes que passaram e passam por minhas mãos, pela confiança depositada e por fomentar em mim o desejo de ser cada vez melhor na profissão que escolhi.

À minha orientadora, Fernanda, pela presença, paciência e perene otimismo. Docentes como você me fazem acreditar que estou no caminho certo.

À minha co-orientadora, Adriana, e aos docentes que gentilmente aceitaram compor as bancas de qualificação e defesa desse mestrado, pelas pertinentes contribuições.

Aos amigos que nasceram pela fé: os do Grupo de Oração Universitário (GOU) Sopro de Vida da USP Ribeirão Preto (Michele, Regiane, Daniel, Valquíria, Alexandre, Anderson, Debora, Ana Paula, Tiago, Karlianne, Fernanda, Natália e Ivan); do GPP e

do Ministério Universidades Renovadas (MUR) de Ribeirão (Luiza, Hellen, Tati, Carol Damas, Carla, Ana Paula, Carol, Justo, Igor, Jéssica e Flaviane); do Projeto Revoada Missionária e do MUR São Paulo (Luís Cláudio, Maiara, Felipe, Larissa, Camila, Lucas e Roberto); da convivência São Carlos-Araraquara e Comunidade Shalom (Lívia, Daniela, Daniel, Michele, Mayara, Mariana, Guga e Danubia). O tesouro que encontrei em cada um de vocês me fez reconhecer a grandeza da diversidade de dons e compreender que não podemos ser bons profissionais sozinhos. Obrigada por fortificar minha vivência acadêmica por meio das partilhas de vida, orações, encontros, viagens e tantos momentos inesquecíveis dentro e fora da universidade.

Ao professor Hugo, orientador da Iniciação Científica, e aos pós-graduandos do Laboratório de Fisioterapia Cardiovascular que acompanhei durante a graduação (Nathália, Sabrina, João Henrique, Thaisa, Izabela e Geisa), pela iniciação na pesquisa e por todo aprendizado.

À Ana Paula Manfio, mais do que técnica de laboratório e professora, um exemplo de pessoa íntegra e comprometida com o ensino. Obrigada pela amizade conservada.

À Dra. Marina, do Instituto de Educação e Cultura Viktor Frankl, pelo apoio na minha fase de recém-formada e por plantar em todos os que trabalham em seus projetos a sementinha da busca pelo sentido.

Aos docentes, preceptores, residentes e às minhas equipes de referência e matricial (Daiana, Luize, Conrado, Elyne, Luciana e Thalita) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar, do qual surgiu o desejo em fazer esse mestrado. Obrigada por me ensinar a ampliar o olhar, a empreender uma abordagem mais dialógica no relacionamento com usuários e equipes.

Ao prof. Darlei, do Departamento de Fisioterapia (DFisio) da UFSCar, pela dedicação à residência nas tutorias de área e de campo, pelos conselhos e por me apoiar na empreitada do mestrado e da especialização pós-residência.

Às equipes de Saúde da Família Cidade Aracy I, Jardim São Carlos e Santa Eudóxia, pela acolhida, confiança e intensas vivências no dia a dia da residência. Obrigada pelo crescimento proporcionado nesse campo tão rico.

Às companheiras de república, passadas (Tha e Lu) e atuais (Marina, Pri e Dani), pelas ocasiões diversificadas e inusitadas, por cuidarem de minha saúde mental e nutrição com o matriciamento domiciliar, pela companhia nas madrugadas de estudo e por tornarem o meu cotidiano mais leve.

Aos amigos Renato e Inês, do Instituto Humana e da ABAN de Juiz de Fora - MG, pelo testemunho de vida e doação às causas mais nobres e pelo incentivo de aplicar o conhecimento em favor dos que mais necessitam.

À equipe do Núcleo de Estudos em Neuropediatria e Motricidade (NENEM) do DFisio - UFSCar, à qual tive o prazer de me integrar em 2014, especialmente professora Eloisa, Carolina, Andrea, Michele, Raquel, Letícia e equipe do Aperfeiçoamento em Intervenção Precoce. Agradeço pelos ensinamentos, oportunidades e amizade.

Aos docentes e secretárias do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, por propiciar o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Às Secretarias de Saúde de Ribeirão Preto e São Carlos e a todos os que contribuíram para que esse estudo acontecesse: docentes entrevistados, profissionais da etapa piloto e os da população-alvo. Obrigada por reconhecerem o valor da pesquisa nessa área.

À professora Cecilia Candolo, do Departamento de Estatística da UFSCar, pela parceria oportuna neste trabalho.

“Não perguntamos mais pelo sentido da vida, mas nos experimentamos a nós mesmos como os indagados, como aqueles aos quais a vida dirige perguntas diariamente e a cada hora - perguntas que precisamos responder, dando a resposta adequada, não através de elucubrações ou discursos, mas apenas através da ação, através da conduta correta. Em última análise, viver não significa outra coisa que arcar com a responsabilidade de responder adequadamente às perguntas da vida, pelo cumprimento das tarefas colocadas pela vida a cada indivíduo, pelo cumprimento da exigência do momento”.

Viktor E. Frankl

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. É uma condição altamente prevalente na população feminina, que impacta substancialmente a qualidade de vida. Apesar disso, permanece subdiagnosticada e subtratada pelo fato de muitas mulheres não procurarem assistência, pelos profissionais não as questionarem acerca dos sintomas e/ou não ofertarem as opções terapêuticas apropriadas. Na Estratégia Saúde da Família (ESF) médicos e enfermeiros com formação generalista são os responsáveis pela assistência uroginecológica. O objetivo deste estudo foi analisar conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da ESF de um município no interior de São Paulo em relação à IU feminina. Trata-se de um estudo de corte transversal do tipo inquérito na atenção primária. Participaram do estudo 33 profissionais da ESF, sendo 15 médicos e 18 enfermeiros. Para a coleta de dados foi desenvolvido e utilizado um questionário autoaplicável com questões abertas e fechadas. Os resultados demonstram que a maioria dos profissionais possui um nível de conhecimento adequado em relação à propedêutica clínica da IU. No entanto, uma parcela significativa desconhece os exames complementares e a conduta terapêutica para a abordagem inicial das mulheres com IU, principalmente naquelas com IU de Urgência. De modo geral, não houve diferença significativa no nível de conhecimento de médicos e enfermeiros sobre a IU, exceto pelo fato de os enfermeiros estarem mais familiarizados do que os médicos com a definição atual da IU. Em relação às atitudes, a maioria considera que realizar a investigação diagnóstica e o tratamento da IU não complicada faz parte de suas atribuições. Quanto à prática, um número expressivo desses profissionais não prescreve exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, não realiza ações de educação em saúde com as mulheres ou promove atividades de educação permanente com a equipe de trabalho. Os resultados sugerem a necessidade de investimento em equipes de apoio matricial, seja mediante os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou por meio de parcerias com cursos de graduação e pós-graduação das universidades locais.

Descritores: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Profissionais da Saúde. Incontinência Urinária. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is defined as the complaint of any involuntary loss of urine. It is a highly prevalent condition in women which impacts strongly their quality of life. In spite of this, it remains underdiagnosed and undertreated because a great number of women doesn't seek for treatment, health professionals don't ask them about these symptoms and/or they don't provide appropriate treatments to women. In Family Health Strategy (FHS), physicians and nurses, who are general professionals, provide urogynecology assistance. This study aimed to examine knowledge, attitudes and practice of physicians and nurses from the FHS in a city into São Paulo state about female UI. This is a cross sectional study, classified as a survey on primary care. At total 33 FHS's professionals participate of the study, being 15 physicians and 18 nurses. To collect data was developed and used a self-application questionnaire with open and closed questions. Results show that most professionals have an adequate level of knowledge about UI's clinical propaedeutic. However, a great number of them doesn't know complementary tests and treatment for the initial management of UI in women, mainly for the Urgency UI. In general, there wasn't significant difference at level of knowledge between physicians and nurses about UI, except the fact that nurses were more familiar with the current definition of UI than doctors. Related to the attitudes, the majority considers that doing diagnostic investigation and treatment of non-complicated UI are part of their attribution. About the practice, an expressible amount of these professionals doesn't prescribe pelvic floor strengthening exercises, doesn't perform popular education in health actions with the women or doesn't promote permanent education with the health team in their working places. These findings suggest the requirement for investment in matrix support teams, such as Support Centre for Family Health (NASF) or by the partnership with graduation and post graduation health courses from local universities.

Keywords: Health Knowledge, Attitudes, Practice. Health Personnel. Urinary Incontinence. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Diagrama de inclusão dos participantes do estudo.....39
- Figura 2** – Etapas do estudo segundo o modelo CAP.....41
- Figura 3** – Algoritmo da abordagem inicial da incontinência urinária feminina.....44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos de “Conhecimentos, Atitudes e Prática” adotados no estudo.....	41
Quadro 2 – Respostas dos profissionais especialistas sobre o que se deve saber e fazer para uma adequada assistência à mulher com incontinência urinária na Estratégia Saúde da Família.....	43
Quadro 3 – Principais aspectos a serem considerados na avaliação da incontinência urinária.....	45
Quadro 4 – Exames adicionais recomendados antes ou durante a avaliação da incontinência urinária pelo especialista.....	46
Quadro 5 – Classificação dos graus de recomendação para evidência científica.....	47
Quadro 6 – Tratamentos para incontinência urinária não complicada e seus graus de recomendação.....	47
Quadro 7 – Diretrizes utilizadas para a elaboração das questões de acordo com o modelo CAP.....	48
Quadro 8 – Questões de Conhecimento e suas respectivas alternativas corretas.....	49
Quadro 9 – Respostas das assertivas consideradas adequadas (positivas) na seção Atitudes.....	50
Quadro 10 – Respostas das assertivas consideradas adequadas (positivas) na seção Práticas.....	50
Quadro 11 – Descrição das variáveis do estudo, sua classificação e divisão dentro do questionário.....	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Proporção de aceites e recusas para participar do estudo segundo a profissão.....	56
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos participantes do estudo segundo a profissão.....	56
Gráfico 3 – <i>Boxplot</i> correspondente ao número de acertos dos médicos e enfermeiros nas questões da seção Conhecimentos.....	60
Gráfico 4 – Correlação entre a frequência absoluta de acertos dos médicos e enfermeiros nas questões da seção Conhecimentos e as variáveis idade e tempo de conclusão da graduação.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo.....	58
Tabela 2 – Associação entre tipo de formação profissional geral e de IES com a formação complementar e o tempo de atuação na ESF.....	59
Tabela 3 – Frequências de acertos e erros dos médicos e enfermeiros nas questões da seção Conhecimentos.....	61
Tabela 4 – Associação entre as frequências de acertos e erros nas questões da seção Conhecimentos e as categorias profissionais.....	62
Tabela 5 – Correlação entre a frequência de acertos e as variáveis idade e tempo de conclusão da graduação.....	63
Tabela 6 – Associação entre as questões com mais de 30% de erro com o tipo de IES, tempo de conclusão da graduação e tempo de atuação na ESF.....	64
Tabela 7 – Frequência absoluta de respostas nas opções de 1 a 4 e Intervalos de Confiança de 95% <i>bootstrap</i> na seção Atitudes.....	66
Tabela 8 – Frequência absoluta de respostas nas opções de 1 a 4 e Intervalos de Confiança de 95% <i>bootstrap</i> na seção Práticas.....	68
Tabela 9 – Análise individual da concordância de assertivas da seção Atitudes com assertivas da seção Práticas.....	69
Tabela 10 – Análise de assertivas da seção Atitudes com grupos de assertivas da seção Práticas.....	70
Tabela 11 – Frequência das barreiras relatadas pelos profissionais na assistência às mulheres com incontinência urinária.....	71

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AB** – Atenção Básica
- ACS** – Agente comunitário de saúde
- CAP** – Conhecimentos, atitudes e prática
- EP** – Educação Permanente
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- ICS** – *International Continence Society*
- ICIQ** – *International Consultation on Incontinence Questionnaire*
- IES** – Instituição de Ensino Superior
- IMC** – Índice de Massa Corpórea
- IU** – Incontinência Urinária
- IUE** – Incontinência Urinária de Esforço
- IUM** – Incontinência Urinária Mista
- IUU** – Incontinência Urinária de Urgência
- LI** – Limite Inferior do intervalo de confiança
- LS** – Limite Superior do intervalo de confiança
- MAP** – Musculatura/músculos do assoalho pélvico
- MD** – Mediana
- MFC** – Medicina de Família e Comunidade
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PMAQ** – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- PROF** – Profissional
- REVALIDA** – Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras
- SBH** – Síndrome da Bexiga Hiperativa
- SF** – Saúde da Família
- SF/ MFC** – Saúde da Família e/ou Medicina em Família e Comunidade
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFSCar** – Universidade Federal de São Carlos
- USF** – Unidade de Saúde da Família
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 Continência urinária e micção.....	23
1.2 Definição e classificação da incontinência urinária.....	24
1.3 Fisiopatologia da incontinência urinária.....	25
1.4 Epidemiologia da incontinência urinária.....	26
1.5 Fatores de risco associados à incontinência urinária.....	27
1.6 Fatores socioeconômicos e qualidade de vida na incontinência urinária.....	27
1.7 Diagnóstico da incontinência urinária.....	28
1.8 Tratamento da incontinência urinária feminina.....	29
1.9 A Estratégia Saúde da Família e a incontinência urinária.....	30
2 JUSTIFICATIVA.....	34
3 OBJETIVOS.....	37
3.1 Geral.....	37
3.2 Específicos.....	37
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 Tipo de estudo.....	38
4.2 Local do estudo.....	38
4.3 População-alvo.....	39
4.4 Critérios de elegibilidade.....	40
4.5 Modelo Conhecimentos, Atitudes e Prática (CAP).....	40
4.6 Elaboração do questionário.....	41
4.6.1 Identificação do tema do estudo.....	42
4.6.2 Elaboração das questões.....	42
4.6.2.1 Entrevistas com especialistas da área.....	42
4.6.2.2 Delimitação dos eixos temáticos.....	43
4.6.3 Validação das questões.....	51

4.7 Instrumento de coleta de dados.....	51
4.8 Coleta de dados.....	53
4.9 Aspectos éticos.....	53
4.10 Processamento e análise dos dados.....	54
5 RESULTADOS.....	56
6 DISCUSSÃO.....	72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICES.....	90
APÊNDICE A – VERSÃO INICIAL DO QUESTIONÁRIO.....	90
APÊNDICE B – VERSAL FINAL DO QUESTIONÁRIO.....	99
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS).....	105
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESTUDO PILOTO.....	107
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	109
ANEXOS.....	111
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSCar.....	111
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS.....	113
ANEXO C – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS.	114
ANEXO D – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO.....	115

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha jornada acadêmica em 2006, na V turma do curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP – USP). Ao adentrar o ambiente universitário fiquei encantada ante o mundo que se abria aos meus olhos, recém-egressa do Ensino Médio.

Por se tratar de um curso novo na FMRP rapidamente a turma foi instigada a procurar docentes para fazer Iniciação Científica (IC). Já no segundo semestre de 2006 ingressei no laboratório de Fisioterapia Cardiovascular, onde permaneci até o último ano da faculdade (2010). De início auxiliei projetos com treinamento aeróbio de ratos submetidos a modelos de hipertensão arterial, sendo bolsista pelo PIBIC/CNPq (2007-2008).

Apesar de gostar muito dos estudos na área de concentração de minha IC e das disciplinas do ciclo básico, a escassez de aulas com os pacientes e a distância do estágio gerou em mim certo desânimo com o curso. Intentando aproximar-me da clínica, solicitei ao meu orientador que me incluísse em um projeto com seres humanos. Passei então a acompanhar uma mestrandia com pacientes que possuíam distúrbios metabólicos no Hospital das Clínicas e depois fui inserida em um projeto de avaliação da modulação autonômica cardíaca em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos, sendo beneficiada com uma bolsa da FAPESP (2009-2010).

No quarto ano fiz meu primeiro estágio, na área de Fisioterapia Aplicada a Queimados, com duração de apenas um mês. Neste deparei-me de forma mais intensa com a dor que afligia aquelas pessoas e percebi quão grande é a responsabilidade que temos ao cuidar delas. Inflamou-se em mim o desejo de estar cada vez mais próxima dessa realidade.

Finalmente cheguei ao quinto ano, inteiramente dedicado ao estágio profissionalizante. Foram 6 semanas em cada área (Neurologia adulto e infantil, Saúde da Comunidade, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia, Geriatria, Saúde da Mulher, Cardiologia e Respiratória), predominantemente nos níveis de atenção secundário e terciário (centros de reabilitação, enfermarias e UTIs hospitalares). A minha terceira rodada de estágio foi em Saúde da Comunidade, nos Núcleos de Saúde da Família e

no Centro de Saúde Escola da FMRP. A experiência desse curto período me afetou de maneira particular: entrar na casa das pessoas por meio das visitas e consultas domiciliares, estando mais próxima do seu cotidiano; atuar em equipe multiprofissional, com a possibilidade de realizar interconsultas, discutir casos e propor planos terapêuticos em conjunto, voltados à realidade daquela população; e muitos outros fatores me atraíam para esse campo.

A partir daí contemplei na Saúde da Família e Comunidade uma chance para aprimorar minhas habilidades profissionais de forma global e, talvez, encontrar uma área em que mais me identificasse, possuindo até então um perfil muito generalista. Encerrando a graduação voltei minha atenção para programas de residência multiprofissional com esse enfoque. No primeiro ano em que prestei os processos seletivos não passei. Mesmo assim, não desisti da ideia e fui amadurecendo o local: decidi-me por São Carlos e direcionei todos os meus esforços no ano de 2011 para conseguir uma vaga na Universidade Federal (UFSCar).

Enquanto estudava para a residência, tomei parte em duas atividades. A primeira se deu por meio de um trabalho voluntário na Associação *Totus Tuus Domine*, a qual possuía uma pequena clínica para atendimento multiprofissional nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e pedagogia, atendendo gratuitamente a uma comunidade na periferia de Ribeirão Preto. A outra foi em um projeto com idosos no Instituto de Educação e Cultura Viktor Frankl (IECVF), com o *slogan* de “*Renovação do Sentido da Vida para Idosos*”. Foi um trabalho muito interessante, inovador, que oferecia, entre outras atividades, oficinas de integração multiprofissional. Integrei o núcleo de formulação das oficinas e atuei como fisioterapeuta junto a profissionais de musicoterapia e psicologia. Mais do que simplesmente propor atividades físicas e cognitivas, era preciso resgatar naquelas pessoas o sentido que ainda estava para ser cumprido, o que a vida ainda esperava delas. O IECVF oferecia um grupo de estudos em *logoterapia*, isto é, a terapia do sentido da vida, uma corrente da psicologia desenvolvida por Viktor Frankl que embasava todos os projetos do instituto.

Ambas as experiências realçaram em mim a aspiração de atuar na Atenção Básica, nível tão pouco vivenciado durante a graduação. Em 2012 consegui alcançar o

almejado objetivo: entrar na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar.

Desde o começo da residência obtive relatos de experiência de minhas veteranas fisioterapeutas sobre a realização de atendimentos conjuntos com a equipe de enfermagem na área de Saúde da Mulher. Não por acaso, havia tido experiências marcantes nessa área em minha história de vida: cresci acompanhando minha mãe em seu local de trabalho junto a médicos ginecologistas; presenciei alguns relatos de exclusão social de mulheres que sofriam de incontinência urinária durante minha adolescência; durante o estágio da graduação, tanto no específico de Saúde da Mulher realizado no ambulatório do hospital quanto na Saúde da Comunidade, em postos de saúde, realizei uma série de atendimentos individuais e em grupo, principalmente de mulheres afligidas pela incontinência.

Tão logo percebi que esse seria um campo de atuação promissor na Saúde da Família, comecei a movimentar as equipes nas quais estava inserida. Em uma delas fiz uma capacitação geral com toda a equipe; em outra, a residente de enfermagem e uma enfermeira se interessaram pelas consultas compartilhadas e foi pactuado que seriam agendadas sempre que fosse despertada a queixa nas consultas individuais ou que houvesse dúvidas por parte da equipe de enfermagem; em alguns momentos estudamos juntas sobre as dúvidas que surgiam dos atendimentos e sobre as abordagens; construí ainda um modelo com material de baixo custo para facilitar a visualização dos órgãos e musculatura pélvica e a compreensão da fisiopatologia da incontinência, a ser utilizado nas consultas individuais e nos grupos. Foi uma experiência fantástica de matriciamento: acompanhei algumas consultas ginecológicas, com a ciência prévia e manifestação de interesse por parte das mulheres, aprendendo com minhas colegas de trabalho. Aproveitava para demonstrar e ensinar aspectos da avaliação uroginecológica fisioterapêutica e os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, bem como outras orientações.

Um dos resultados da exitosa utilização dessa ferramenta de gestão foi a elaboração de um resumo expandido que foi apresentado por algumas residentes no Congresso Internacional de Saúde Pública em Cuba no ano de 2012. O trabalho teve como título *“Matriciamento como Ferramenta para o Processo de Trabalho em Equipe*

em uma Unidade de Saúde da Família, Brasil: Relato de Experiência” e congregou ações realizadas na unidade de saúde pelos residentes e a equipe.

Nas consultas descobri que muitas mulheres apresentavam a queixa de incontinência urinária há anos e grande parte não havia tido tratamento, nem sequer orientações. Algumas já apresentavam uma repercussão significativa na qualidade de vida, reduzindo a frequência e as opções de atividades para evitar a incontinência, sendo que a maioria delas encontrava-se em plena idade ativa. Outras já haviam passado por procedimentos cirúrgicos e apresentavam recorrência dos sintomas.

Nesse período estava pensando no Trabalho de Conclusão da residência que deveria propor e diante de minhas crescentes indagações advindas das consultas ginecológicas comecei a cogitar a ideia de engrenar no mestrado. Tinha em mente que a pesquisa cumpriria sua real função se fosse originária de minha prática clínica e promovesse um benefício em favor da comunidade. Desse modo, ingressei no programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica em 2013, ainda cursando a residência, tomando como tema a incontinência urinária (IU) feminina na Estratégia Saúde da Família (ESF). Após realizar uma revisão da literatura e identificar uma lacuna em relação aos conhecimentos, atitudes e prática (CAP) dos profissionais em relação à IU feminina, defini com minha orientadora voltar o olhar para os que realizam a assistência uroginecológica das mulheres na ESF.

O estudo tomou um rumo interessante à medida que agregamos referenciais norteadores, entre eles o modelo CAP. Aceitamos o desafio de construir um instrumento de coleta de dados a partir da união entre as evidências científicas correntes sobre a IU feminina e a experiência empírica de profissionais especialistas.

A aplicação do questionário forneceu indícios de ações que podem ser exploradas no cotidiano dos serviços, a fim de consolidar o cuidado à incontinência urinária feminina.

Sinto-me agraciada pelo encerramento de mais um ciclo em minha etapa acadêmica e mais ainda pela estruturação de um projeto que visou estabelecer uma ponte entre universidade e comunidade.

Anseio que este trabalho possa afetar positivamente todos os envolvidos: profissionais, mulheres, comunidade científica e gestores de saúde.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Continência urinária e micção

A capacidade de manter a continência urinária exige uma adequada coordenação entre a bexiga, o complexo esfíncteriano uretral e os sistemas nervosos central e periférico (FONG; NITTI, 2010).

A bexiga é composta por um músculo liso, denominado detrusor, colágeno e elastina. É uma estrutura altamente complacente, permitindo que o armazenamento de urina ocorra com aumento mínimo de pressão no detrusor (KLEVMARK, 1974).

O complexo esfíncteriano uretral é dividido em duas partes: a primeira corresponde ao músculo liso do colo vesical e ao componente uretral proximal (esfíncter interno) e a segunda à musculatura estriada do assoalho pélvico (esfíncter externo) (FONG; NITTI, 2010). Essa musculatura estriada possui uma disposição anatômica em formato de abóboda, compondo uma espécie de anel que circunda a uretra, o útero e o reto (GUADERI; OSKOU EI, 2014). A função esfíncteriana normal preserva a uretra proximal de movimentos durante aumentos na pressão abdominal (FONG; NITTI, 2010). Segundo a teoria de De Lancey, a sustentação uretral é provida pela parede vaginal anterior e seus anexos musculares, ligamentares e fasciais. No estado fisiológico, durante aumentos na pressão abdominal, a uretra é comprimida contra essas estruturas e assim permanece ocluída (DE LANCEY, 1994). Nas mulheres fatores como a presença de muco na mucosa, os efeitos dos coxins vasculares submucosos e efeitos estrogênicos contribuem para a oclusão adequada (FONG; NITTI, 2010).

O ciclo miccional é organizado nas fases de armazenamento e esvaziamento, ambas controladas por reflexos que envolvem o tronco encefálico e a medula espinal (DRAKE et al., 2010). Durante o armazenamento vesical o esfíncter interno se contrai tonicamente, enquanto o detrusor permanece relaxado (FOWLER; GRIFFITHS; DE GROAT, 2008). Essa fase é dependente de reflexos medulares sacrais, que ativam vias simpáticas e somáticas e de sistemas tônicos inibitórios no cérebro que suprimem o disparo excitatório parassimpático para a bexiga (MORRISON et al., 2005). A distensão das paredes da bexiga durante a fase de armazenamento conduz à estimulação

simpática da musculatura lisa da saída da bexiga e à descarga do nervo podendo para a estimulação do esfíncter uretral externo. A estimulação simpática também inibe o detrusor e a transmissão dos gânglios vesicais parassimpáticos (DE GROAT et al., 1997; 2001).

O esvaziamento é executado pela ativação do reflexo miccional espinobulboespinal (DRAKE et al., 2010), o qual é acionado quando a intensa atividade aferente na bexiga ativa o centro pontino da micção, inibindo o reflexo medular de continência. O primeiro evento é o relaxamento do esfíncter uretral externo, seguido por um aumento na pressão do detrusor e pela abertura do colo vesical e da uretra (FONG; NITTI, 2010). Esse reflexo miccional está normalmente sob controle voluntário, de modo que o cérebro determina o momento em que o esvaziamento é permitido frente às necessidades do organismo e ao contexto social (DRAKE et al., 2010). Ele requer ainda a integração e modulação pelos componentes parassimpático e somático da medula sacral, assim como pelos componentes simpáticos toracolombares (FONG; NITTI, 2010).

1.2 Definição e classificação da incontinência urinária

A incontinência urinária (IU) é um sintoma de armazenamento do trato urinário inferior, definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (HAYLEN et al., 2010; ABRAMS et al., 2010). Epidemiologicamente, a definição atual de IU amplia o reconhecimento dessa condição, posto que a definição prévia da *International Continence Society* (ICS), de perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico, tinha por finalidade detectar apenas a prevalência do incômodo causado pela incontinência (ABRAMS et al., 1988; 2010).

Pode-se classificar a IU feminina de acordo com o quadro clínico, sendo os tipos mais comuns: (1) Incontinência Urinária de Esforço (IUE), que se refere à queixa de perda involuntária de urina durante esforços ou exercícios físicos, espirro ou tosse, resultante de um aumento na pressão abdominal; (2) Incontinência Urinária de Urgência (IUU), ou seja, a queixa de perda de urina associada ao sintoma de urgência, que consiste na perda imediatamente precedida e acompanhada por um repentino e intenso desejo de urinar, difícil de ser inibido; e (3) Incontinência Urinária Mista (IUM), definida

como a queixa de perda involuntária de urina associada com a urgência e também com esforços, exercício físico, espirro ou tosse (ABRAMS et al., 2010).

Independentemente do tipo de IU, pode-se classificá-la ainda como complicada na presença de dor, hematúria, infecções recorrentes, problemas de esvaziamento suspeitos ou comprovados, prolapso de órgãos pélvicos (POP) significativo, incontinência persistente após irradiação pélvica, cirurgia pélvica radical, cirurgia prévia para incontinência ou fístula suspeita associadas à IU (ABRAMS et al., 2010).

1.3 Fisiopatologia da incontinência urinária

Basicamente dois elementos estão envolvidos na gênese da IU: a disfunção da bexiga e a disfunção do complexo esfinteriano uretral (WEIN, 1981).

Suspeita-se de disfunção vesical na presença da Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH), ou Síndrome da Urgência, caracterizada por urgência miccional, com ou sem IU, comumente acompanhada de noctúria e aumento na frequência urinária na ausência de fatores infecciosos, metabólicos ou locais (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010). A perda de urina associada à urgência pode ocorrer quando a bexiga falha em agir como um sistema de armazenamento de baixa pressão, devido a uma baixa complacência, ou devido à hiperatividade do detrusor, o que pode ser distinguido ao exame urodinâmico. Ambas as condições podem ser decorrentes de uma doença neurológica ou serem idiopáticas (não neurogênicas). As causas neurológicas incluem lesão medular, espinha bífida e outras condições congênitas, estenose medular, esclerose múltipla, acidente cerebrovascular e lesões de desnervação que podem ocorrer após cirurgia pélvica radical. As causas não neurológicas da baixa complacência vesical alteram a constituição da bexiga e incluem cistite de radiação, obstrução da saída vesical de longo período, cateterismo domiciliar por longo tempo ou tuberculose da bexiga (FONG; NITTI, 2010).

A disfunção esfinteriana, ocasionada por lesões de estruturas intrínsecas ou extrínsecas à uretra e ao colo vesical, está relacionada à IUE (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010). Em mulheres, esse tipo de disfunção ocorre usualmente após o parto ou com o avançar da

idade, podendo ainda ser causada por doenças neurológicas que afetam as inervações abaixo da medula espinal sacral ou estar associada a cirurgias vesical e uretral prévias e/ou à terapia por irradiação. Ademais, lesões acima do tronco encefálico, incluindo acidente cerebrovascular, tumor cerebral, doença de Parkinson e atrofia múltipla de sistemas também podem causar disfunção esfinteriana (FONG; NITTI, 2010).

Apesar de a IU não ser um sintoma normal do envelhecimento, algumas condições relacionadas à idade e alterações na função vesical e do assoalho pélvico contribuem para seu surgimento em idosos (MARKLAND et al., 2011).

1.4 Epidemiologia da incontinência urinária

A IU é uma condição altamente prevalente na população feminina. No entanto, os registros são demasiadamente variáveis em razão das diferentes metodologias dos estudos e da qualidade do autorrelato. Estima-se que no mundo todo 25 a 45% das mulheres de diferentes idades apresentem algum grau de IU. Mesmo mulheres jovens, na faixa de 20 a 39 anos, relatam algum tipo de IU (7-37%), havendo uma elevação proporcional ao aumento da idade. Nos homens, a prevalência global de IU é cerca de metade da encontrada nas mulheres, sendo frequentemente associada à cirurgia de próstata e à idade (BUCKLEY et al., 2010).

Entre as mulheres mais jovens a IUE é o tipo mais prevalente, alcançado o pico na faixa etária de 40 a 59 anos, ao passo que a partir dos 60 anos a IUM alcança as maiores taxas (BUCKLEY et al., 2010).

No Brasil, a prevalência de IU feminina varia de 15,3 a 35% (GUARISI et al., 2001; DE SOUZA; SANTOS, 2010; BRITO et al., 2012). Um recente estudo de base populacional que incluiu mulheres com idade superior ou igual a 50 anos, conduzido no município de Campinas, interior de São Paulo, constatou uma prevalência total de IU de 52,3%. Entre os tipos de IU, a IUM foi a mais prevalente nessas mulheres, com uma taxa de 26,6%, seguida pela IUU com 13,2% e finalmente pela IUE, com 12,4% (REIGOTA et al., 2014).

1.5 Fatores de risco associados à incontinência urinária

Tem sido encontradas associações entre o aumento da prevalência de IU e diversos fatores como: história familiar de IU, raça caucasiana, idade, número de gestações e de partos, menopausa, prolapso genital, elevado índice de massa corpórea (IMC), diabetes, hipertensão arterial, uso de diuréticos, bebidas carbonadas, tabagismo, tosse crônica, doenças respiratórias, condições neurológicas, função motora deficitária, déficit cognitivo, constipação intestinal, frequência de atividade física maior ou igual a 3 vezes por semana (DALLOSSO et al., 2003; ZHU et al., 2009; BUCKLEY et al., 2010; MARKLAND et al., 2011; REIGOTA et al., 2014).

Muitas das condições acima estão relacionadas ao aumento na pressão intra-abdominal, o qual excede a capacidade esfinteriana, como em determinadas atividades físicas que simulam uma manobra de Valsalva (REIGOTA et al., 2014). A cafeína, presente em grande parte das bebidas carbonadas, possui efeitos estimulantes no detrusor (DALLOSSO et al., 2003).

1.6 Fatores socioeconômicos e qualidade de vida na incontinência urinária

Embora não represente risco direto à vida, a IU causa um impacto substancial na qualidade de vida pela cronicidade dos sintomas (HUANG et al., 2006; MARKLAND et al., 2011). As mulheres com IU relatam sentimentos de angústia, desespero, desamparo, impotência, sensação de voltar à infância, medo de exalar cheiro de urina e de sofrer rejeição, vergonha e constrangimento pela perda de urina em locais impróprios. Tais aspectos reverberam negativamente em seu cotidiano, resultando em baixa autoestima, isolamento social, estresse, depressão, prejuízo nas atividades da vida diária e de lazer, no desempenho sexual e profissional (HIGA et al., 2010; VOLKMER et al., 2012; MENEZES et al., 2012). Soma-se a isso, o risco aumentado de quedas e fraturas na IUU (CHIARELLI; MACKENZIE; OSMOTHERLY, 2009; MARKLAND et al., 2011).

Além do prejuízo na qualidade de vida, a IU também acarreta elevado dispêndio econômico (SUBAK et al., 2008; COYNE et al., 2014). Nos Estados Unidos cerca de 12 bilhões de dólares são gastos anualmente, quantia que continua a crescer

(CHONG; KHAN; ANGER, 2011). Aproximadamente 37% dos gastos com a IU provêm do uso de protetores (absorventes e fraldas) e de lavanderia (KOCH, 2006).

1.7 Diagnóstico da incontinência urinária

Na avaliação inicial da mulher com IU, é fundamental que os profissionais de saúde realizem anamnese e exame físico minuciosos, além de solicitar exames complementares adequados a essa situação, a fim de classificar o tipo de IU e avaliar a necessidade de encaminhamento imediato ao especialista.

Na anamnese é necessário identificar o tempo de ocorrência e a severidade dos sintomas, a associação com outros sintomas urinários, o desconforto causado na paciente. É particularmente importante excluir causas transitórias e reversíveis de IU, como a infecção de urina, questionar sobre a existência de outras doenças e a medicação em uso e investigar sintomas neurológicos, pois a IU pode ser a primeira manifestação de uma doença neurológica. A história ginecológica e obstétrica pode fornecer informações relevantes para distinguir a causa da IU e orientar a tomada de decisão no tratamento. Deve-se inquirir ainda sobre a ingestão de líquidos detalhando o tipo, a quantidade e o período do dia. É aconselhável que a paciente registre os horários de consumo de líquidos, esvaziamento e das perdas de urina dentro de 24 horas em um diário miccional (FONG; NITTI, 2010; LUCAS et al., 2013).

O passo seguinte é a avaliação física, a qual deve incluir os exames abdominal, perineal e digital da vagina, avaliação da contração do assoalho pélvico e teste de tosse (ou teste de esforço, que também pode ser feito pela manobra de Valsalva). O exame do períneo possibilita avaliar o status estrogênico e a presença de prolapso de órgãos pélvicos (POP). Se a bexiga estiver repleta, o teste de esforço pode revelar uma IUE (LUCAS et al., 2013).

Finalmente, para auxiliar na formulação da hipótese diagnóstica, parte-se para a solicitação de exames complementares. A análise da urina é um teste simples e obrigatório para a IU, disponível em qualquer nível de atenção. Outros testes podem ser acrescentados, como a urodinâmica, que é um teste mais sofisticado, restrito à atenção especializada, usado para confirmar o diagnóstico sintomático ou quando os sintomas não estão esclarecidos. A avaliação urodinâmica mensura as pressões abdominal e

vesical e permite calcular as pressões no detrusor durante as fases de enchimento e esvaziamento (FONG; NITTI, 2010).

A IU não se encaixa nos critérios de um programa de rastreamento (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2007; BRASIL, 2010a), por ser necessariamente sintomática e não possuir um estado subclínico. No entanto, o conhecimento de seus fatores de risco e a presença dos sinais e sintomas característicos da IU permitem a detecção e intervenção precoces e, conseqüentemente, redução da morbidade a ela associada.

1.8 Tratamento da incontinência urinária

As técnicas utilizadas no tratamento da IU variam, a depender do tipo de IU, de abordagens conservadoras às intervenções cirúrgicas. Para mulheres com IUE, IUU e IUM, que representam os tipos de expressão clínica mais prevalentes dessa condição, o tratamento inicial inclui abordagens conservadoras, como modificações no estilo de vida, fisioterapia e uso de medicamentos (ABRAMS et al., 2010).

Dentre as modificações no estilo de vida, o decréscimo do consumo de cafeína e a redução de peso são medidas com impacto positivo no tratamento IU (ABRAMS et al., 2010).

O tratamento fisioterapêutico engloba um conjunto de modalidades terapêuticas, dentre as quais se destacam os exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) ou exercícios de Kegel e recursos adjuntos como cones vaginais, *biofeedback* e a estimulação elétrica nervosa transcutânea do assoalho pélvico e do nervo tibial posterior (PRICE; DAWOOD; JACKSON, 2010; HAY-SMITH et al.; JEREZ-ROIG et al., 2013; GHADERI; OSKOU EI, 2014).

A terapêutica medicamentosa, indicada para a IUU, consiste na inibição das contrações do detrusor decorrentes do estímulo colinérgico nos receptores muscarínicos da bexiga com o uso de antimuscarínicos, também denominados anticolinérgicos, como a tolterodina e a oxibutinina. Algumas drogas antidepressivas possuem eficácia clínica na bexiga hiperativa, sendo a imipramina a mais utilizada embora apresente uma indicação limitada devido aos efeitos colaterais (DAMIÃO et al., 2006).

Usualmente, assume-se a opção cirúrgica como tratamento eletivo da IUE diante da persistência dos sintomas, após terem sido testadas todas as formas conservadoras disponíveis (BAKALI et al., 2013).

Identificar tal condição na fase inicial eleva as chances de se obter sucesso com formas menos invasivas de tratamento, como o treinamento dos MAP, possibilitando uma melhora na qualidade de vida das mulheres acometidas e redução dos custos para essa população e para o sistema de saúde (GUARDA et al., 2007).

Há evidências de que o treinamento dos MAP contribui para a melhora de todos os tipos de IU (PRICE; DAWOOD; JACKSON, 2010), tendo se mostrado efetivo em mulheres adultas com IUE e IUM (HAY-SMITH et al., 2013) e na prevenção da IU relacionada ao ciclo gravídico-puerperal (HAY-SMITH et al., 2009). A contração dos MAP age como um suporte adicional aos órgãos pélvicos e ao fechamento da uretra, podendo ser ensinada por instrução verbal e/ou pela palpação manual. Assim como no fortalecimento de outros grupos musculares do corpo, a efetividade dessa técnica está relacionada à intensidade e frequência dos exercícios (GHADERI; OSKOUEI, 2014). É amplamente estudada e utilizada pelos fisioterapeutas, todavia não é de competência restrita dessa profissão, havendo relatos de atuação de médicos e enfermeiros capacitados para ofertar a orientação (MONZ et al., 2005; SHAW et al., 2006; MARTINS; RIBEIRO; SOLER, 2011; DA SILVA; D'ELBOUX, 2012).

1.9 A Estratégia Saúde da Família e a incontinência urinária

A Saúde da Família (SF), criada em 1994 sob o formato de programa e posteriormente intitulada como estratégia, vem sendo utilizada pelo governo brasileiro para a reorientação do modelo de assistência à saúde a partir da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 1997).

Como integrante da AB, a Estratégia Saúde da Família (ESF) possui constitui a via de acesso preferencial ao Sistema Único de Saúde (SUS), coordenadora e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2012).

As ações de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento, previstas nesse nível de atenção, devem ser programadas a fim de contemplar as necessidades

de saúde de maior frequência no território das unidades de saúde (BRASIL, 2012), sendo a atenção integral à Saúde da Mulher uma de suas prioridades (BRASIL, 2010b).

Alguns atributos da ESF são particularmente diferenciais para o cuidado de condições crônicas como a IU: a atenção à saúde centrada no sujeito, na família e na comunidade; a adscrição de sua clientela, por meio do cadastramento das famílias residentes no território sob sua responsabilidade, com a possibilidade de seguimento longitudinal e de criação de vínculos de corresponsabilização pelo cuidado entre profissionais e usuários; e o processo de trabalho pautado em equipes multiprofissionais, com priorização de espaços de educação permanente (EP) e de educação em saúde à população (BRASIL, 2012). Essa visão de organização dos serviços de saúde está entrelaçada ao princípio da clínica ampliada e reformulada, ou seja, a clínica centrada nos sujeitos, inserida em sua realidade e respeitando sua singularidade (CAMPOS, 2003).

As equipes da ESF são compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ou não contar com uma equipe de saúde bucal, com dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Os médicos e enfermeiros são os responsáveis pela assistência uroginecológica e geralmente possuem uma formação generalista ou, em menor frequência, especialistas em SF ou em Medicina de Família e Comunidade (MFC) (BRASIL, 2012).

Com o intuito de potencializar a ação da ESF, ampliando a sua abrangência e resolutividade, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no ano de 2008 (BRASIL, 2010b). Apesar de estar na AB, o NASF não representa uma porta de acesso ao SUS, mas tem como missão apoiar as práticas desenvolvidas no território da ESF. A terminologia “apoio” remete-se a uma de suas ferramentas de gestão, o apoio matricial ou matriciamento. Tal conceito foi introduzido por Campos (1999) e está intimamente relacionado ao de equipes de referência. Segundo esse autor as equipes de referência são as que mantêm a responsabilidade pela condução dos casos, enquanto o apoio matricial tem a função de propiciar a retaguarda especializada às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No âmbito da ESF, as equipes de SF assumem o papel de equipes de referência e o NASF, o de apoio matricial (BRASIL, 2010b).

Podem estar inseridas no NASF diversas áreas e especialidades, como profissionais de educação física, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, psiquiatria, serviço social, terapia ocupacional, entre outras. Sua composição depende das necessidades locais, sendo estabelecida pelos gestores municipais (BRASIL, 2012).

Para operacionalizar suas ações, o NASF possui nove áreas estratégicas, dentre as quais está a de Saúde da Mulher. Orienta-se que seus profissionais ofereçam suporte às equipes da ESF, capacitando-as para ofertar uma atenção qualificada às mulheres com queixas ginecológicas durante todo o ciclo vital. De acordo com as diretrizes do NASF a IU deve ser especialmente abordada na fase climatérica e pós-menopausa e os exercícios de fortalecimento dos MAP no período pré-natal, com a participação de fisioterapeutas e educadores físicos como forma de preparar a gestante para o parto (BRASIL, 2010b).

A atuação do NASF junto às equipes de SF compreende duas dimensões: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira diz respeito à ação clínica direta para com a população e a segunda ao apoio educativo proporcionado à equipe. Mesmo atuando diretamente com os usuários, o NASF deve privilegiar ações como atendimentos conjuntos e interdisciplinares, discussões de caso e construção de projetos terapêuticos, visando o compartilhamento de saberes e o aprendizado por parte de todos os envolvidos (BRASIL, 2010b).

Desse modo, o NASF tem como público-alvo tanto os usuários adstritos quanto os profissionais das equipes da ESF. O matriciamento surge, assim, como um meio de fortalecer o processo comunicativo entre profissionais de diferentes áreas e níveis de atenção, a fim de mudar a lógica hierárquica do sistema, antes centrada em protocolos de referência e contrarreferência, para uma abordagem mais dinâmica e responsável (CHIAVERINI et al., 2011).

Nessa direção, a configuração de equipes com tais arranjos interdisciplinares e enfoque cooperativo exige a adoção de outros dois conceitos: os de *núcleos* e *campos de competência*. Os núcleos remetem às atribuições específicas de cada profissão, isto é, o que confere identidade aos seus conhecimentos e prática. Os campos de competência dizem respeito a um conjunto de saberes comuns, não restritos a uma

especialidade, mas que podem ser compartilhados com outras áreas (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; CAMPOS, 2000).

Para tanto, a EP representa uma das ferramentas prioritárias para o trabalho do NASF. Tem por objetivo não apenas a simples transferência passiva de conhecimento, mas conduzir os envolvidos à reflexão sobre a ação, propiciando o aprendizado significativo a partir de situações transcorridas no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2006; 2010b; 2012). A participação ativa dos profissionais nesse processo levaria, então, à construção conjunta de um campo transdisciplinar, reduzindo a incidência de ações fragmentadas e isoladas tão somente em seus núcleos de saber, as quais frequentemente não favorecem e até prejudicam a resolução de determinados casos (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Estudos mostram que as mulheres brasileiras apresentam uma expectativa de vida superior à dos homens, porém com maior morbidade, ainda que procurem mais os serviços de saúde, sobretudo para a realização de exames preventivos (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992; PINHEIRO et al., 2002).

Apesar da elevada prevalência e do impacto socioeconômico, a IU feminina permanece subdiagnosticada, seja porque um grande número de mulheres não procura assistência ou pelo fato de os profissionais de saúde não as questionarem sobre esses sintomas (SILVA; LOPES, 2009; BARBOSA et al., 2009; RIOS et al., 2011).

Não obstante os profissionais de saúde estarem cientes da perda de urina pelas pacientes eles falham na conduta, não introduzindo o tratamento adequado (SHAW et al., 2006). Um estudo realizado com a população norte americana mostrou que apenas 60% das mulheres que procuraram atendimento devido à perda urinária receberam tratamento. Das que o receberam, 50% referem grande frustração com a persistência da incontinência (HARRIS et al., 2007).

Diversos estudos avaliam o comportamento das mulheres com IU quanto à procura por tratamento (SHAW et al.; KOCH, 2006; MORRILL et al., 2007; RIOS et al., 2011) e alguns apontam as causas de não o fazê-lo (GUARISI et al., 2001; HIGA; LOPES, 2007; BASU; DUCKETT; SILVA; LOPES, 2009; HIGA et al., 2010). Para as acometidas, a IU deve ser ocultada e apresenta-se como um obstáculo nas relações interpessoais, de modo que optam por se proteger, sofrendo sozinhas, do que pedir ajuda e buscar tratamento (HIGA et al., 2010). Até mesmo entre os profissionais de saúde essa disfunção tende a ser negligenciada. Cerca de 80% das enfermeiras de em um hospital escola que relataram IU não haviam procurado tratamento devido à baixa frequência ao pequeno volume da perda urinária e à crença de que se trata de um problema comum na população feminina (HIGA; LOPES, 2007).

Usuárias de uma unidade pública de saúde de um município situado no interior de São Paulo alegaram como principais motivos da não procura por assistência: o fato de o médico dizer que não era necessário; considerar normal a perda urinária; não ter tempo e por priorizar outros problemas, considerados mais importantes para se resolver. Uma menor parcela das participantes da pesquisa relatou ainda: não conhecer

opções terapêuticas para a IU; pensar que não adiantava tratar a condição por não haver possibilidade de cura; medo de ser encaminhada à cirurgia e vergonha do assunto (SILVA; LOPES, 2009).

Em 2001, Blanes, Pinto e Santos investigaram conhecimentos e atitudes de mulheres de 55 anos ou mais sobre a IU na capital paulistana e identificaram muitas informações errôneas e atitudes negativas acerca do assunto, concluindo que eram necessárias intervenções educativas para essa população.

Dentre os estudos que tiveram profissionais como população-alvo, alguns avaliaram conhecimentos e prática de enfermeiros que cuidam de idosos residentes em casas de repouso. Nestes foram percebidas necessidades educacionais e de treinamento para os profissionais em relação à IU (SAXER et al., 2008; YUAN; WILLIAMS, 2010). Yuan e Williams (2010) verificaram que mais da metade dos enfermeiros estudados considerava a IU como constituinte normal do envelhecimento e uma ocorrência natural no pós-parto.

Saxer e colaboradores (2008) constataram que o nível de conhecimento foi maior entre os enfermeiros do que entre os auxiliares de enfermagem avaliados. Os maiores déficits para ambos os grupos surgiram na seção referente ao registro e documentação da perda urinária, de modo que cerca de 40% dos enfermeiros e dos auxiliares de enfermagem nunca registravam os episódios de IU nos idosos sob seus cuidados (SAXER et al., 2008).

Na rede básica de saúde de um município no interior de São Paulo foi aplicado um questionário para enfermeiros, médicos de família, clínicos gerais e ginecologistas. Os resultados mostraram que os ginecologistas foram os profissionais que mais investigavam a presença de IU, todavia a conduta ofertada nem sempre foi a mais adequada (BARBOSA et al., 2009). Esse trabalho não questionou, contudo, a opinião dos participantes acerca de tópicos relacionados à IU para comparar com as condutas referidas em sua prática clínica.

Considerando que a ESF é a porta de entrada no SUS, é imperativo saber se os médicos e enfermeiros que nela atuam reconhecem a relevância da IU e se estão aptos para identificá-la e garantir uma atenção qualificada às mulheres. Mesmo estando no nível primário de atenção à saúde, a organização funcional da ESF confere os recursos

necessários para o tratamento inicial da IU não complicada, dado que o tratamento conservador é a primeira linha terapêutica.

Por ser um recurso simples e elegível para todos os tipos de IU, o fortalecimento dos MAP pode ser facilmente incorporado no cotidiano das pacientes. Depende apenas da instrução adequada pelo profissional e da compreensão por parte da mulher, além de se mostrar acessível e viável de ser adotado em quaisquer unidades públicas de saúde (VAZ, 2012; CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da ESF de um município no interior do estado de São Paulo em relação à incontinência urinária feminina.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos profissionais do estudo;
- Identificar o grau de conhecimento dos profissionais acerca da definição atual, formas de apresentação clínica, critérios diagnósticos e métodos de tratamento da IU;
- Identificar as atitudes dos profissionais referentes à identificação precoce da IU e às suas atribuições em relação à investigação diagnóstica e ao tratamento das mulheres com IU;
- Verificar a prática dos profissionais em relação à identificação precoce da IU, investigação diagnóstica e tratamento das mulheres com IU;
- Analisar a associação entre as características sociodemográficas dos profissionais e seus conhecimentos sobre a IU;
- Analisar a associação entre as atitudes e a prática dos profissionais em relação à investigação diagnóstica e tratamento da IU;
- Identificar as barreiras que os profissionais do estudo encontram na prática clínica para realizar a assistência às mulheres com IU.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Consiste em um estudo observacional, de corte transversal, do tipo inquérito (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2002; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2007).

O termo observacional diz respeito ao posicionamento do investigador na pesquisa, o qual apresenta um papel de observador, interferindo minimamente no curso da mesma (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2002). A nomenclatura transversal, ou seccional, designa a dimensão temporal do desenho do estudo, caracterizada pela observação de determinado evento ou grupo de indivíduos em um único momento. É denominado inquérito (em inglês, *survey*) quando se utiliza da coleta de dados primários com sujeitos de pesquisa (MEDRONHO et al., 2009; ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2011).

Estudos transversais são muito apropriados para descrever características de uma população em um dado período, podendo também ser aplicados com objetivos analíticos na tentativa de estabelecer relações de associação entre as características investigadas sem, contudo, testar hipóteses sobre vínculos causais entre eventos. (MEDRONHO et al., 2009).

4.2 Local do Estudo

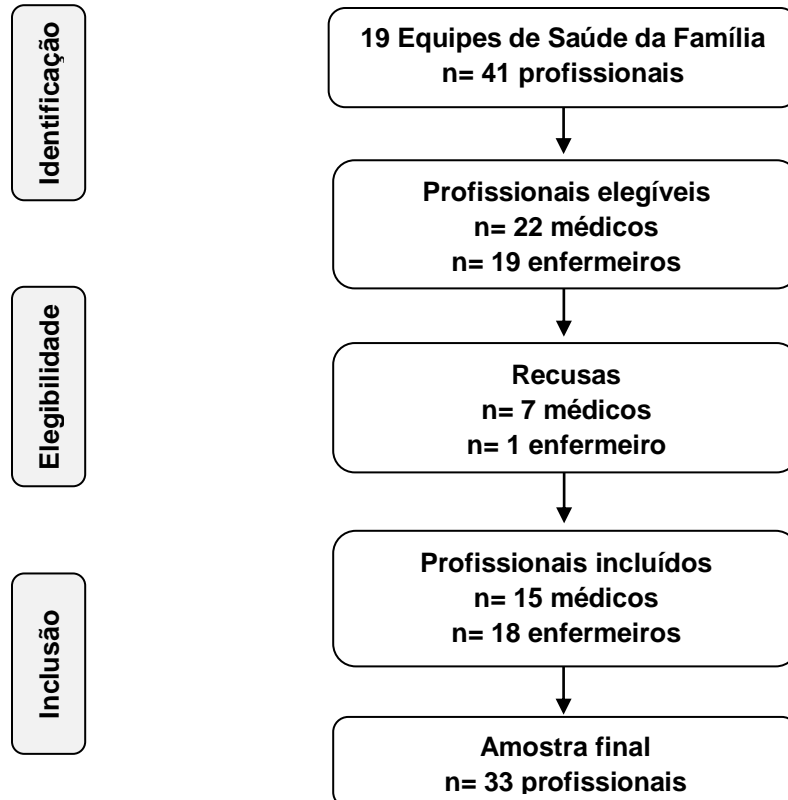
A pesquisa foi desenvolvida na ESF de um município de médio porte situado na região central do estado de São Paulo, Brasil. Neste, a Rede de Atenção Básica é estruturada em um modelo misto de atenção, coexistindo Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem ESF e UBSs com ESF (BRASIL, 2012), sendo estas denominadas Unidades de Saúde da Família (USF). As UBSs sem ESF são compostas por dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e de saúde bucal e médicos especialistas em Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. As equipes das USFs são constituídas, segundo o modelo preconizado para a ESF, por dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e de saúde bucal e médicos generalistas ou com formação em medicina de família, além dos agentes comunitários de saúde (SÃO CARLOS, 2014).

No período de coleta de dados o município possuía uma cobertura da ESF de 28,96%, atendendo a uma população estimada de 65.550 pessoas, e contava com 19 equipes da ESF distribuídas em 15 USFs (algumas unidades possuíam mais de uma equipe) e um NASF (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

4.3 População-alvo

Foram convidados para participar da pesquisa todos os médicos e enfermeiros da ESF do município em questão nos meses de setembro e outubro de 2014. A essa época cada equipe possuía, em geral, um médico e um enfermeiro, com exceção de 3 equipes, as quais apresentavam dois médicos cada. Dessa forma, havia uma população de 41 profissionais na ESF, sendo 19 enfermeiros e 22 médicos. Concordaram em participar do estudo 18 enfermeiros e 15 médicos, totalizando 33 profissionais. A figura 1 esquematiza a inclusão dos participantes no estudo.

Figura 1. Diagrama de inclusão dos participantes do estudo.



Fonte: produção da própria autora, 2014.

4.4 Critérios de elegibilidade

Para ser considerado elegível para o estudo o profissional deveria atuar como médico ou enfermeiro em uma USF na assistência à saúde, independentemente do tempo de atuação. Aqueles que respondessem incompletamente à parte estruturada do questionário (questões fechadas) seriam excluídos.

4.5 Modelo Conhecimentos, Atitudes e Prática (CAP)

Este estudo foi concebido segundo o modelo CAP (conhecimentos, atitudes e prática), o qual vem sendo amplamente utilizado na comunidade científica (BLANES; PINTO; SANTOS, 2001; MARINHO et al., 2003; TIRELLI; TUCUNDUVA et al., 2004; ALVES; LOPES; 2007; PAIVA; SAXER et al., 2008; FERNANDES et al.; DE ARAÚJO; POHLMANN; REIS, 2009; DA SILVA et al.; JÁCOME et al. , 2011; FLORES et al., 2013) como parte do planejamento para a educação em saúde (CANDEIAS; MARCONDES, 1979).

Nessa proposta, antes de se iniciar um processo de conscientização sobre determinado assunto, faz-se necessário avaliar o ambiente onde essa intervenção se fará para que esta seja eficiente e atenda às necessidades da população. Desse modo, um estudo CAP tem por objetivo identificar o que as pessoas sabem sobre determinado assunto, como elas se sentem e como se comportam (KALIYAPERUMAL, 2004).

Ao ser criado, o modelo CAP tinha por base a premissa de que um conhecimento cientificamente correto estaria relacionado a uma atitude adequada, o que conduziria a uma mudança comportamental, ou seja, a uma prática favorável à saúde. Sabe-se, no entanto, que pode haver uma incoerência nesses aspectos, de modo que a identificação de conhecimentos e atitudes positivos é frequentemente acompanhada por uma prática negativa (CANDEIAS; MARCONDES, 1979).

Embora extensamente utilizado, não há uma padronização na literatura sobre a definição dos conceitos de conhecimentos, atitudes e prática (ALVES; LOPES; 2007). No presente estudo foram adotados os conceitos CAP segundo Marinho et al. (2003) e Kaliyaperumal (2004), descritos no quadro 1.

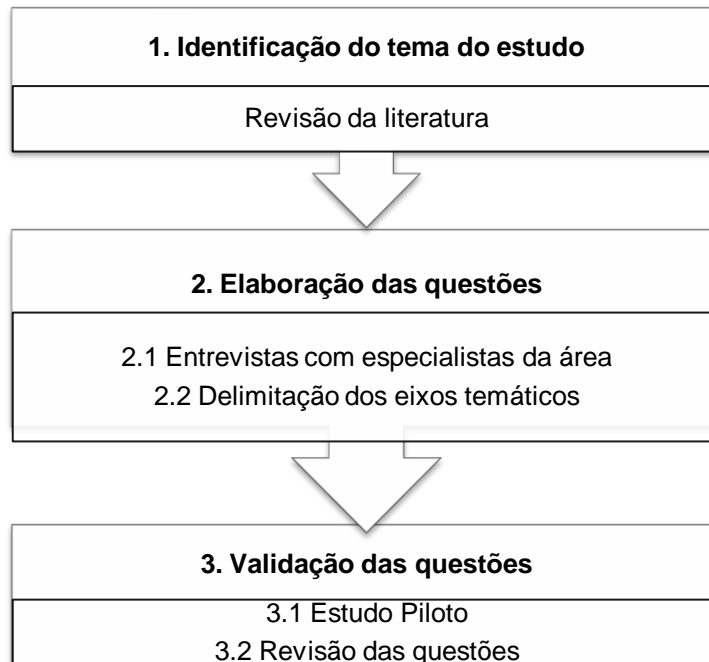
Quadro 1. Conceitos de “Conhecimentos, Atitudes e Prática” adotados no estudo.

Conhecimentos	Compreensão de um dado assunto. Habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.
Atitudes	Opiniões, sentimentos, predisposições e crenças dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo, dimensão emocional.
Prática	Refere-se aos meios pelos quais se demonstra os conhecimentos e as atitudes através das ações. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo, dimensão social.

Fontes: MARINHO et al., 2003; KALIYAPERUMAL, 2004.

4.6 Elaboração do questionário

Kaliyaperumal (2004) sugere a adoção de alguns passos para o desenvolvimento de questionários para estudos CAP. Dessa forma, com base nesse autor, a elaboração do questionário desta pesquisa foi composta pelas seguintes etapas: (1) identificação do tema do estudo; (2) elaboração das questões; (3) validação das questões (figura 2).

Figura 2. Etapas da elaboração do questionário CAP.

Fonte: adaptado de KALIYAPERUMAL, 2004.

4.6.1 Identificação do tema do estudo

A primeira etapa consistiu no levantamento bibliográfico de estudos concernentes à IU feminina que apresentavam médicos e enfermeiros como população-alvo.

A busca foi realizada em bases de dados eletrônicas (Pubmed/Medline, Scopus, Science Direct, Web of Science, Cochrane, LILACS, Portal CAPES e Scielo) e em bibliotecas virtuais de teses e dissertações de algumas universidades públicas brasileiras.

Foram combinados os seguintes termos na busca (palavras-chave e descritores): *urinary incontinence in women; female urinary incontinence; knowledge; attitudes; practice; health professionals; health personnel; nurses; physicians; doctors; primary care; questionnaires; incontinência urinária em mulheres; incontinência urinária feminina; conhecimentos; atitudes; prática; profissionais de saúde; médicos; enfermeiros; atenção primária; atenção básica; saúde da família; questionários.*

4.6.2 Elaboração das questões

4.6.2.1 Entrevistas com especialistas da área

Foram realizadas entrevistas com cinco profissionais, especialistas na área de Saúde da Mulher/Ginecologia (3 médicos e 2 enfermeiros), docentes de universidades públicas renomadas, para estabelecer os eixos temáticos que deveriam ser abordados no questionário.

A entrevista foi guiada pela pergunta disparadora: *“O que o médico/enfermeiro que atua na ESF precisa saber e fazer para uma adequada assistência à mulher com incontinência urinária?”*. Quando houve necessidade a pesquisadora realizou indagações adicionais para obter esclarecimentos.

Cada uma das entrevistas foi gravada e posteriormente transcrita. As respostas foram agrupadas e categorizadas por eixos temáticos (quadro 2).

Quadro 2. Respostas dos especialistas sobre o que se deve saber e fazer para uma adequada assistência à mulher com incontinência urinária na Estratégia Saúde da Família.

Eixos temáticos das respostas	PROF 1	PROF 2	PROF 3	PROF 4	PROF 5
Conhecer o conceito de IU	X	X			
Reconhecer os sinais e sintomas de IU/ caracterizar seus tipos	X	X	X	X	X
Questionar sobre queixas urinárias mesmo quando a queixa não surge espontaneamente na consulta	X		X	X	X
Identificar os fatores de risco associados à IU	X		X		X
Excluir infecção do trato urinário como causa da IU	X	X	X		
Saber solicitar exames complementares	X	X	X	X	
Realizar um exame físico acurado - incluir: - teste de esforço para detectar perda objetiva de urina - avaliação de prolapso genital - avaliação da função da musculatura do assoalho pélvico	X	X	X		
Ser capaz de formular uma hipótese diagnóstica a partir da anamnese e do exame físico	X				X
Conhecer as modalidades terapêuticas para a IU e suas indicações (terapia comportamental/modificação de hábitos, exercícios do assoalho pélvico, fisioterapia, medicações, cirurgias)	X	X	X		X
Avaliar o impacto da IU na qualidade de vida da mulher/ valorizar a queixa	X	X	X	X	
Solicitar que a paciente realize o diário miccional		X			
Reconhecer os limites de governabilidade da AB e o momento de encaminhar as pacientes a outros profissionais	X	X	X	X	X
Continuar o cuidado na AB após encaminhamento ao especialista	X				
Fornecer orientações à mulher sobre a condição (educação em saúde individual ou em grupo/ sala de espera)		X		X	X
Envolver uma equipe multidisciplinar no cuidado à IU		X		X	X
Mobilizar a equipe para a importância do reconhecimento precoce e tratamento da IU	X	X			X

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: PROF = profissional; IU = incontinência urinária; AB = Atenção Básica. Os profissionais 1, 2 e 3 são médicos, enquanto os profissionais 4 e 5 são enfermeiros, todos atuantes na área de Saúde da Mulher/ Ginecologia.

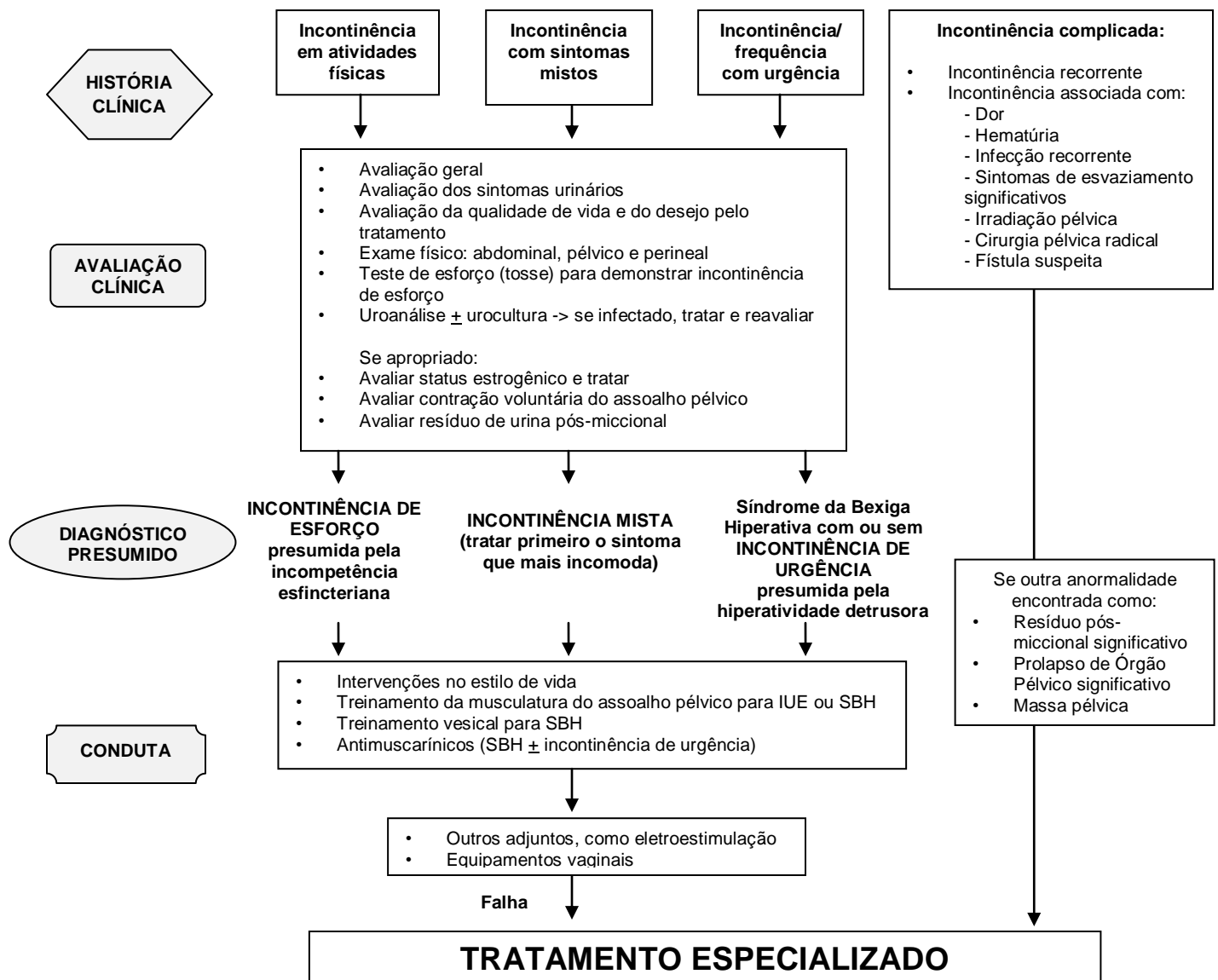
4.6.2.2 Delimitação dos eixos temáticos

Os eixos de temáticos a serem explorados nas questões pautaram-se nas repostas obtidas nas entrevistas com os especialistas, nas recomendações mais atuais do Comitê Científico Internacional de Avaliação e Tratamento de Incontinência Urinária, Prolapso de Órgãos Pélvicos e Incontinência Fecal, produto da IV Conferência Internacional de Incontinência (ABRAMS et al., 2010) e nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012).

O documento da IV Conferência recomenda que a avaliação inicial de mulheres

com queixa de IU seja realizada por médicos generalistas, os quais devem primeiramente identificar as pacientes com IU complicada. Nesse caso, deve-se referenciá-las imediatamente para tratamento especializado. As demais mulheres com IU não complicada, que representam ampla maioria, devem ser tratadas a princípio por profissionais de saúde tais como médicos generalistas ou de família, enfermeiros e fisioterapeutas (figura 3) (ABRAMS et al., 2010).

Figura 3. Algoritmo da abordagem inicial da incontinência urinária feminina.



Fonte: traduzido e adaptado de ABRAMS et al., 2010.

Nota: IUE = Incontinência Urinária de Esforço; SBH = Síndrome da Bexiga Hiperativa.

No quadro 3 são apresentados os principais aspectos que devem ser investigados na avaliação inicial de mulheres com queixa de IU (ABRAMS et al., 2010).

Quadro 3. Principais aspectos a serem considerados na avaliação da incontinência urinária feminina.

HISTÓRIA CLÍNICA E AVALIAÇÃO GERAL	
Revisão dos sistemas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presença, severidade, duração e incômodo dos sintomas urinários. ▪ Identificar sintomas nos sistemas orgânicos relacionados. ▪ Efeito de quaisquer sintomas na função sexual. ▪ Presença e severidade de sintomas sugestivos de doença neurológica.
História Progressa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamento conservador, médico e cirúrgico prévios. ▪ Doenças coexistentes que podem ter um efeito na incontinência, como asma em pessoas com IUE, doenças que podem originar incontinência em idosos. ▪ Medicação em uso. ▪ História obstétrica e menstrual. ▪ Deficiência física: comprometimento de mobilidade, destreza e acuidade visual.
História social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores ambientais: sociais, culturais e físicos. ▪ Estilo de vida: exercício físico, tabagismo, quantidade e qualidade de consumo de comida e bebida.
Outros fatores que contribuem para o planejamento terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desejo pelo tratamento e extensão aceitável. ▪ Objetivos do paciente e expectativas com o tratamento. ▪ Rede de apoio do paciente. ▪ Função cognitiva.
EXAME FÍSICO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado Geral: mental, obesidade (IMC), habilidade física e mobilidade. ▪ Exame abdominal: massas, distensão vesical, cicatrizes cirúrgicas pronunciadas. ▪ Exame pélvico (períneo e genitália externa): massa pélvica, função da musculatura do assoalho pélvico. ▪ Exame vaginal para prolapso. ▪ Teste de esforço para incontinência urinária: tosse e esforço para detectar a perda. ▪ Exame neurológico 	
UROANÁLISE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descartar infecção do trato urinário como causa da IU. ▪ Urocultura quando indicada. 	
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	
Utilizar questionários validados para avaliar os sintomas e o impacto na qualidade de vida: ICIQ é altamente recomendado.	
DIÁRIO MICCIONAL	
Registrar a frequência miccional, os volumes de urina esvaziados, episódios de incontinência e uso de protetores/absorventes.	

Fonte: ABRAMS et al., 2010.

Nota: IUE = Incontinência Urinária de Esforço; IMC = Índice de Massa Corporal; IU = Incontinência Urinária; ICIQ = *International Consultation on Incontinence Questionnaire*.

No processo investigativo, antes ou durante a avaliação do especialista, pode ser útil a realização de exames complementares, especificados no quadro 4, alguns dos quais fortemente recomendados para situações específicas, a fim de direcionar a conduta adequada.

Quadro 4. Exames adicionais recomendados antes ou durante a avaliação da incontinência urinária feminina pelo especialista.

Exame complementar	Indicação
Avaliação da função renal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes com IU com alta probabilidade de disfunção renal.
Urofluxometria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com a medida de urina pós-miccional é um teste de rastreamento para sintomas sugestivos de disfunção de esvaziamento ou sinais físicos de POP ou de distensão vesical.
Estimativa de urina residual pós-miccional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes com suspeita de disfunção de esvaziamento, como pacientes neurológicos.
Imagens	<p>Altamente recomendadas na presença de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomas urinários cuja avaliação inicial indica possível coexistência de doença pélvica; ▪ Hematúria; ▪ IU neurogênica; ▪ IU associada com significativo resíduo pós-miccional; ▪ Coexistência com doença renal; ▪ POP severo não tratado; ▪ Estudo urodinâmico com evidência de baixa complacência vesical.
Endoscopia do trato urinário inferior	<p>Altamente recomendada na presença de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teste inicial sugerindo outras patologias, como hematúria. ▪ Dor ou desconforto que pode sugerir lesão intravesical.
Estudo urodinâmico	<p>Recomendado na presença de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados podem alterar a conduta, como priorizar tratamentos mais invasivos para a IU; ▪ Falha no tratamento, para planejamento terapêutico posterior; ▪ IU complicada; ▪ Avaliação inicial ou a longo prazo de alguns tipos de disfunção urinária neurogênica. <p>Objetivos da avaliação urodinâmica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reproduzir os sintomas do paciente e correlacioná-los aos achados urodinâmicos; ▪ Avaliar a sensação vesical; ▪ Detectar hiperatividade do detrusor; ▪ Avaliar a competência uretral durante a fase de armazenamento; ▪ Determinar a função detrusora durante a fase de esvaziamento; ▪ Avaliar a função excretora durante o esvaziamento; ▪ Mensurar o volume urinário residual.

Fonte: ABRAMS et al., 2010.

Nota: IU= Incontinência Urinária; POP = Prolapso de Órgãos Pélvicos.

O tratamento inicial da IU não complicada inclui abordagens conservadoras como aconselhamento sobre estilo de vida, fisioterapia, treinamento vesical, terapias comportamentais e medicação. Testes mais sofisticados, como o estudo urodinâmico, não são prioritários para se iniciar a terapia conservadora. Em mulheres com IUM, é preconizado que seja dada prioridade ao tratamento dos sintomas que mais as incomodam (ABRAMS et al., 2010).

Os tratamentos para cada tipo de IU não complicada, segundo os graus de recomendação da classificação do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (2009) (quadro 5), estão listados no quadro 6.

Quadro 5. Classificação dos graus de recomendação para evidência científica.

Grau de Recomendação	Tipos de Estudo
A	Estudos consistentes nível 1 - Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência
B	Estudos consistentes níveis 2 ou 3 ou extrapolações de estudos nível 1 - Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência
C	Estudos nível 4 ou extrapolações de estudos níveis 2 ou 3 - Estudos de relatos de casos não controlados
D	Evidência níveis 5 ou estudos inconsistentes ou inconclusivos de qualquer nível - Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais

Fonte: OXFORD CENTRE OF EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2009; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010.

Nota: os graus de recomendação representam a força de evidência científica da literatura referente a cada tema. As diferenças entre os níveis de evidência devem-se ao desenho do estudo empregado na geração da evidência científica.

Quadro 6. Tratamentos para incontinência urinária não complicada e seus graus de recomendação.

Tratamento	Tipo de incontinência	Grau de recomendação
Redução do consumo de cafeína	Todos	B
Redução de peso	Todos	A
Treinamento supervisionado da musculatura do assoalho pélvico	Todos	A para IUE
Cones vaginais	Todos	B para IUE
Treinamento vesical supervisionado	IUU	A
Antimuscarínicos	Hiperatividade do detrusor com ou sem IUU	A
Tratamento inicial da deficiência estrogênica e/ou de infecção do trato urinário e reavaliação após intervalo adequado	Todos	B

Fonte: ABRAMS et al., 2010.

Nota: IUU= Incontinência Urinária de Urgência; IUE = Incontinência Urinária de Esforço.

Propõe-se que essa terapêutica para a IU não complicada seja mantida pelo menos por 8 a 12 semanas. Após este período, caso não haja melhora do quadro, as pacientes devem ser referenciadas para tratamento especializado. Nesse âmbito, a avaliação urodinâmica é fortemente recomendada, visto que fornece o diagnóstico do tipo de IU, conduzindo à conduta apropriada (ABRAMS et al., 2010).

A PNAB orienta a organização do processo de trabalho das equipes de saúde na Atenção Básica. Tal política prevê, nas atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de AB, a ocorrência de ações educativas de modo planejado. Estas correspondem às atividades de educação em saúde voltadas para a população adstrita e à EP, a qual tem como foco as equipes. A EP é ainda enfatizada na atribuição específica dos médicos e enfermeiros (BRASIL, 2012).

Finalizada a definição dos eixos temáticos, foram incorporadas algumas diretrizes de acordo com o modelo CAP, presentes no quadro 7, com o intuito de delinear o formato estrutural das questões em cada seção (KALIYAPERUMAL, 2004).

Quadro 7. Diretrizes utilizadas para a elaboração das questões de acordo com o modelo CAP.

Seção	Diretrizes
Conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> - O enunciado deve ser elaborado de maneira tal que o respondente não necessite de alternativas para responder às questões. - Tópicos: epidemiologia, sintomas, progressão, diagnóstico e opções de tratamento da condição em estudo.
Atitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir questões que permitam avaliar as crenças prevalentes e os equívocos sobre o tema. - Formular afirmativas e solicitar que a população do estudo aponte o quanto concorda ou não com as mesmas. - Utilizar escalas pré-determinadas, como a de Likert. - Tópicos: importância, significado e severidade da condição, procedimentos de acompanhamento, importância da referência.
Prática	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir questões que permitam avaliar a prática de uma determinada população referentes à condição tema. - Tópicos: intervenção, aconselhamento, prática de referência, condução dos casos, educação permanente e/ou continuada.

Fonte: KALIYAPERUMAL, 2004.

Como parâmetro para estipular as alternativas corretas na seção Conhecimentos, exibidas no quadro 8, foram assumidos os critérios da IV Conferência Internacional de Incontinência (ABRAMS et al., 2010).

Quadro 8. Questões de Conhecimento e suas respectivas alternativas corretas.

Caso clínico	Conteúdo da questão	Enunciado da questão	Alternativa correta
Mulher, 48 anos, G3P3 (3 gestações e 3 partos), vem à consulta na Unidade de Saúde da Família (USF) com queixa de perda de urina há 3 meses.	Anamnese	1. Os sinais e sintomas que devem ser minimamente investigados nessa mulher são:	d) disúria, hematúria, frequência urinária, urgência, perda urinária aos esforços, prolapso de órgãos pélvicos.
	Anamnese	2. Os antecedentes pessoais que devem ser minimamente investigados nessa mulher são:	a) comorbidades, medicação em uso, cirurgias prévias, irradiação pélvica.
	Exame Físico	3. Os elementos do exame físico que devem ser minimamente avaliados nessa mulher são:	c) IMC, musculatura do assoalho pélvico, abdome, genitais externos, prolapso de órgãos pélvicos, genitais internos, perda objetiva de urina.
Mulher, 45 anos, ciclos menstruais regulares, G4P3A1 (4 gestações, 3 partos e 1 aborto), procura a USF com queixa de perda de urina ao tossir ou espirrar, sem outros sintomas urinários. Ao exame físico pélvico sem anormalidades.	Formulação de Hipótese Diagnóstica	4. A hipótese diagnóstica mais provável é:	b) Incontinência Urinária de Esforço.
	Conduta	5. A conduta inicial mais adequada para essa paciente é:	a) Urina I, urocultura, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, redução de peso, manter acompanhamento na USF.
Mulher, 62 anos, menopausada há 10 anos, G2P1A1 (2 gestações, 1 parto e 1 aborto), procura a USF queixando-se de perda urinária antes de chegar ao banheiro, precedida por um desejo súbito e incontrolável de urinar. Não apresenta restrições locomotoras.	Formulação de Hipótese Diagnóstica	6. A hipótese diagnóstica mais provável é:	d) Incontinência Urinária de Urgência.
	Conduta	7. A conduta inicial mais adequada para essa paciente é:	d) Urocultura, urina I, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, antimuscarínicos, treinamento vesical, manter acompanhamento na USF.
Mulher, 57 anos, G2P2, vem à consulta com queixa de perda de urina ao tossir e espirrar. Nega urgência miccional. Apresenta história de infecções do trato urinário recorrentes no passado. Ao exame físico, presença de prolapso genital significativo.	Conduta	8. A conduta mais adequada é:	c) Urina I, urocultura, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, encaminhamento imediato ao especialista.
Segundo a Sociedade Internacional de Incontinência (International Continence Society - ICS)	Conceito	9. O conceito mais atual de incontinência urinária é:	a) queixa de qualquer perda involuntária de urina.

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nas seções Atitudes e Prática, além do referencial supracitado, as diretrizes da PNAB (BRASIL, 2012) foram adotadas para determinar as respostas de Atitudes e Prática consideradas adequadas, denominadas positivas (quadros 9 e 10).

Quadro 9. Respostas das assertivas consideradas adequadas (positivas) na seção Atitudes.

Assertiva	Atitudes positivas
1. A incontinência urinária deve ser investigada somente quando a mulher apresenta queixa de perda de urina.	Discordar total ou parcialmente Concordar total ou parcialmente
2. Considero relevante a investigação de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de incontinência urinária.	
3. É papel do enfermeiro que trabalha na atenção primária realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.	
4. É papel do enfermeiro que trabalha na atenção primária realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.	
5. É papel do médico que trabalha na atenção primária realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.	
6. É papel do médico que trabalha na atenção primária realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.	
7. A Estratégia Saúde da Família oferece os recursos necessários para a investigação diagnóstica e o tratamento da incontinência urinária não complicada.	
8. Existem recursos clínicos e cirúrgicos disponíveis para reverter a incontinência urinária feminina.	
9. É papel do enfermeiro que trabalha na ESF orientar a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.	
10. É papel do médico que trabalha na ESF orientar a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.	

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: as opções para assinalar as alternativas eram: discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo parcialmente e concordo totalmente.

Quadro 10. Respostas das assertivas consideradas adequadas (positivas) na seção Prática.

Assertiva	Prática positiva
1. Investigo sinais e sintomas de incontinência urinária em mulheres mesmo quando não apresentam queixa de perda de urina.	Frequentemente ou sempre
2. Investigo a presença de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras.	
3. Investigo a presença e a severidade de sintomas sugestivos de doença neurológica.	
4. Investigo hábitos relacionados ao estilo de vida como: prática de exercício físico, tabagismo, ingestão de alimentos e líquidos.	
5. Investigo a presença de limitações físicas e cognitivas que afetam a mobilidade.	
6. Avalio o impacto dessa condição sobre a qualidade de vida das mulheres.	
7. Solicito exames laboratoriais.	
8. Prescrevo exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico.	
9. Início terapêutica medicamentosa*.	
10. Realizo atividades de Educação Permanente com a equipe para capacitá-la em relação ao cuidado da mulher com incontinência urinária.	
11. 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.	

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: as opções para assinalar as alternativas eram: nunca, raramente, frequentemente e sempre.

* Conduta restrita à categoria médica.

4.6.3 Validação das questões

Finalizada a construção do questionário, este foi analisado por um profissional especialista na área de Ginecologia. As sugestões desse profissional foram então incorporadas e a versão preliminar do instrumento aplicada como pré-teste em uma população semelhante à do estudo (APÊNDICE A), a fim de aprimorar o questionário, avaliar a clareza das perguntas, a adequação da linguagem utilizada e a viabilidade do instrumento.

O estudo piloto foi realizado em julho de 2014 em um município de grande porte no interior de São Paulo, a uma distância aproximada de 100 quilômetros do município-alvo do estudo, mediante a autorização de sua Secretaria Municipal de Saúde. A amostra foi constituída de 13 profissionais, sendo 7 médicos e 6 enfermeiros.

Ao final do preenchimento foi solicitado que os participantes fizessem uma avaliação do instrumento e dessem sugestões por escrito. Com exceção de 1 profissional, o qual considerou o número de questões como excessivo, os demais assinalaram como adequado. Na seção Conhecimentos, 30,8% (n=4) dos participantes relataram que algumas questões forneceram dicas para a resolução de outras. Nas seções Atitudes e Prática 23,1% (n=3) dos profissionais fizeram esse tipo de observação. Uma das questões de Conhecimentos apresentava duas alternativas idênticas. A média de tempo despendido para responder ao questionário foi de 25 minutos (APÊNDICE B). As respostas foram analisadas e o questionário revisado e adequado para a versão final, aplicada na coleta de dados com a população-alvo do estudo.

4.7 Instrumento de coleta de dados

O questionário, desenvolvido especificamente para o estudo, era de natureza autoaplicável e semi-estruturado, apresentando questões fechadas e abertas (APÊNDICE B).

O instrumento foi organizado em cinco partes/seções:

- **Parte I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:** apresentou questões relativas à identificação, formação acadêmica, titulação, vinculação no SUS e experiência profissional. Para a construção dessa seção foi utilizado como

modelo o instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para a avaliação externa das unidades de saúde no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2013);

- **Parte II – CONHECIMENTOS:** constituída por questões estruturadas, redigidas em formato de múltipla escolha do tipo *one-best-answer* (uma só alternativa considerada correta). Estas foram fundamentadas no Manual “*Constructing Written Test Questions for the Basic and Clinical Sciences*” do *National Board of Medical Examiners* dos Estados Unidos (CASE; SWANSON, 2003), referência condutora para a formulação do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras (REVALIDA) no Brasil. Foi adotado o modelo de casos clínicos dispostos em vinhetas seguidos pelos enunciados. Cada vinheta continha informações suficientes para a resolução das questões e algumas vinhetas foram utilizadas para mais de uma pergunta. Em cada questão havia uma alternativa correta e três distratores. De acordo com o manual as alternativas incorretas não deveriam ser totalmente erradas, de modo que todas as alternativas apresentem certo conteúdo verdadeiro, porém a adotada como correta deve contemplar de forma mais ampla o assunto abordado. As alternativas distratoras devem ser homogêneas, plausíveis, gramaticalmente consistentes, compatíveis logicamente, possuir a uma mesma categoria (por exemplo: diagnósticos, tratamento, etc.) e, na medida do possível, apresentar o mesmo comprimento da resposta correta. É recomendado ainda que não se utilize o formato “*Qual das seguintes proposições está correta?*” ou “*Cada uma das alternativas é correta, EXCETO*” (CASE; SWANSON, 2003);
- **Parte III – ATITUDES:** foi composta por assertivas desenvolvidas no formato de escala de Likert de 4 pontos. Esse tipo de escala possui características psicométricas e é utilizada em questionários para obter as preferências ou o grau de concordância dos sujeitos frente a um enunciado que exprime algo favorável ou desfavorável em relação a um tema (BERTRAM, 2007; DE MIRANDA et al., 2009). Diante de cada assertiva foi solicitado que o

profissional assinalasse aquela que correspondia à sua opinião, com as seguintes opções: discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo parcialmente e concordo totalmente;

- **Parte IV – PRÁTICA:** formada por assertivas em escala de Likert de 4 pontos. Foi requerido que o profissional escolhesse a assertiva que mais se aproximasse da frequência com que realiza determinada ação em sua prática: nunca, raramente, frequentemente e sempre (AQUILANTE et al., 2012);
- **Parte V:** consistiu em uma questão aberta com a finalidade de identificar as barreiras encontradas pelo profissional na assistência às mulheres com IU.

4.8 Coleta de dados

A coleta de dados com a população-alvo ocorreu no período compreendido entre 8 de setembro e 10 de outubro de 2014. A princípio os médicos e enfermeiros das USFs foram contatados por telefone em seus locais de trabalho, a fim de agendar a coleta no horário em que melhor se adequava à sua rotina.

No momento da visita à USF foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicados os riscos e benefícios da pesquisa e dadas as instruções para o preenchimento do questionário. A pesquisadora mostrou-se disponível para realizar esclarecimentos ou sanar as dúvidas que porventura surgissem em relação ao enunciado das questões sem, contudo, induzir às respostas.

4.9 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (ANEXO A) e pelas Secretarias Municipais de Saúde dos locais onde ocorreram as coletas de dados (ANEXOS B, C e D).

Antes do preenchimento do questionário, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e apresentado o TCLE aos profissionais para leitura e assinatura no caso de concordância em participar do estudo. Esse procedimento ocorreu tanto na entrevista com os especialistas quanto no estudo piloto e na coleta com a população-alvo. O TCLE (APÊNDICES C, D e E) assegurava o sigilo absoluto das informações fornecidas,

bem como sua privacidade e anonimato, liberdade de desistência da participação e de retirar o consentimento, com a garantia de ausência de qualquer prejuízo para os mesmos. Foi entregue uma cópia do TCLE a cada profissional.

4.10 Processamento e análise dos dados

As variáveis do estudo foram classificadas em quantitativas (contínuas ou discretas) e qualitativas (nominais ou ordinais), como mostra o quadro 11.

Quadro 11. Descrição das variáveis do estudo, sua classificação e divisão dentro do questionário.

Divisão no questionário	Variáveis	Classificação
Identificação*	Idade (anos)	Quantitativa contínua
	Gênero (masculino ou feminino)	Qualitativa nominal
Formação profissional geral*	Profissão (medicina ou enfermagem)	Qualitativa nominal
	Instituição de Ensino Superior em que concluiu a graduação (pública ou privada)	Qualitativa nominal
	Tempo de conclusão da graduação (anos)	Quantitativa contínua
Formação complementar*	Especialização (sim ou não)	Qualitativa nominal
	Residência (sim ou não)	Qualitativa nominal
	Especialização e/ou Residência em Saúde da Família/ Medicina de Família e Comunidade (sim ou não)	Qualitativa nominal
	Mestrado (sim ou não)	Qualitativa nominal
Vínculo empregatício*	Agente contratante (municipal ou federal)	Qualitativa nominal
	Tipo de vínculo (temporário ou permanente)	Qualitativa nominal
	Forma de ingresso (concurso público ou processo seletivo)	Qualitativa nominal
Experiência profissional*	Tempo de atuação na ESF – categorias: <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano • 1 a 5 anos • 6 a 10 anos • 11 a 15 anos • 16 a 20 anos • Mais de 20 anos 	Qualitativa ordinal
	Atuação na Saúde Suplementar (sim ou não)	Qualitativa nominal
	Tempo de atuação na Saúde Suplementar – categorias: <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano • 1 a 5 anos • 6 a 10 anos • 11 a 15 anos • 16 a 20 anos • Mais de 20 anos 	Qualitativa ordinal
Conhecimentos	Acertos e erros nas questões de Conhecimentos (frequências absoluta e relativa)	Quantitativa discreta
Atitudes	Escore das assertivas de Atitudes (frequência absoluta)	Quantitativa discreta
Prática	Escore das assertivas de Prática (frequência absoluta)	Quantitativa discreta

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: *as variáveis resultantes das partes de identificação, formação profissional geral e complementar, vínculo empregatício e experiência profissional foram denominadas variáveis sociodemográficas.

Primeiramente, os dados foram tabulados em planilhas do *Excel* e, em seguida, importados para processamento no software estatístico livre *R*.

A análise descritiva foi utilizada para a obtenção dos valores de média, desvio padrão (DP), frequências absoluta e relativa, mínimo, máximo, mediana e quartis.

Utilizou-se o Teste Exato de Fisher (FISHER, 1970; AGRETI, 2002) com a finalidade de testar a existência de associação entre as variáveis.

O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para verificar a relação de linearidade entre variáveis quantitativas e a direção desta (positiva ou negativa).

Para as respostas obtidas nas seções Atitudes e Prática foram inicialmente atribuídos valores numéricos às opções, 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. Posteriormente foram calculadas as medianas dos escores de cada assertiva. Aos valores das medianas foram associados os intervalos de confiança de 95%, com limites superior e inferior, obtidos segundo o método *bootstrap* (EFRON; TIBSHIRANI, 1993).

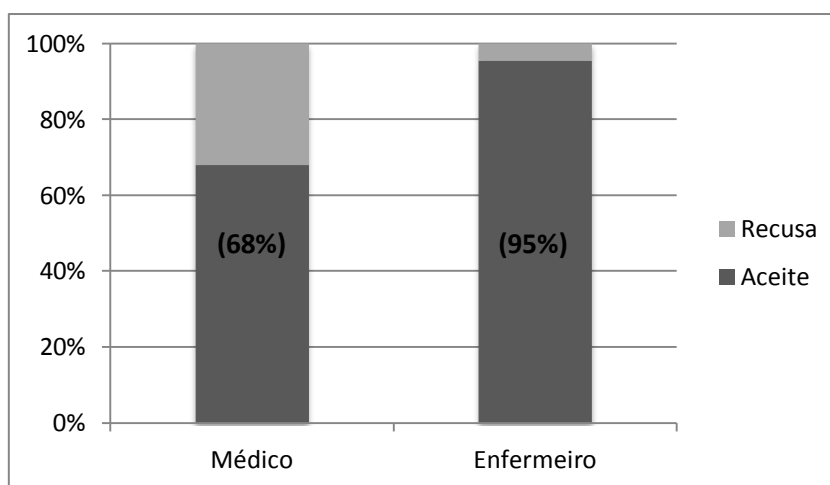
Foi usado o Coeficiente de concordância W de Kendall (KENDALL, 1948) para verificar o grau de concordância entre as respostas relativas às seções Atitudes e Prática com conteúdo inter-relacionado.

Para todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

Dos 41 médicos e enfermeiros atuantes na ESF do município de São Carlos no período de setembro a outubro de 2014, 33 (80%) aceitaram responder ao questionário. O número de aceites foi maior entre os enfermeiros do que entre os médicos. Enquanto 18 (95%) de 19 enfermeiros aceitaram responder ao questionário, 15 (68%) de 22 médicos o responderam (gráfico 1).

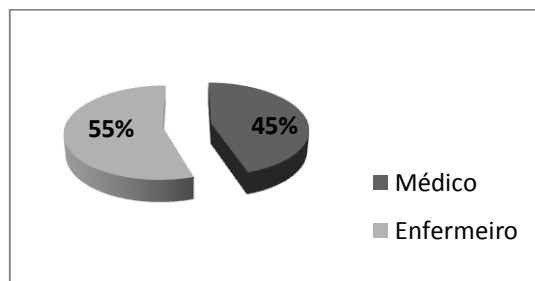
Gráfico 1- Proporção de aceites e recusas em participar do estudo segundo a profissão.



Fonte: produção da própria autora, 2014.

Dentre os 33 profissionais que responderam ao questionário, 15 (45%) tinham formação em medicina e 18 (55%) em enfermagem, conforme demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição percentual dos participantes do estudo segundo a profissão.



Fonte: produção da própria autora, 2014.

Em relação às características sociodemográficas dos participantes, a média de idade 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 deles pertencia ao gênero feminino (n= 27; 82%); concluiu a graduação em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas (n= 20; 61%); fez especialização em Saúde da Família e/ou Medicina de Família e Comunidade (SF/MFC) (n= 24; 73%); não passou por programas de residência em SF/MFC (n= 21; 64%); não fez mestrado ou outro tipo de pós-graduação *stricto sensu* (n= 27; 82%); possuía vínculo empregatício municipal (n= 28; 85%); ingressou na ESF por meio de concurso público (n= 24; 73%); trabalhava na ESF por um período de 11-15 anos (n= 13; 39%) e tinha experiência na Saúde Suplementar (n= 22; 67%).

Os que passaram por outros programas de residência concluíram a formação em Clínica Médica/Geriatria (n=1; 3%), Ginecologia e Obstetrícia (n=1; 3%) e Pediatria (n=1; 3%).

Os que possuíam um vínculo empregatício federal eram todos médicos, contratados por meio do Programa de Residência em MFC do Ministério da Educação (n= 1; 3%) ou por meio dos Programas de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Mais Médicos, do Ministério da Saúde (n= 1; 3%) e (n= 3, 9%), respectivamente.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Variáveis	n [†]	%
Gênero		
Feminino	27	82
Masculino	6	18
IES em que concluiu a graduação		
Pública	20	61
Privada	13	39
Especialização (360h) em SF/MFC		
Não	9	27
Sim	24	73
Residência (SF/MFC)		
Não	21	64
Sim	12	26
Residência (outras áreas)		
Clínica Médica/ Geriatria	1	3
Ginecologia e Obstetrícia	1	3
Pediatria	1	3
Mestrado		
Não	27	82
Sim	6	18
Tipo de vínculo empregatício		
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
Forma de ingresso		
Concurso público	24	73
Processo seletivo	9	27
Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família		
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
Atuação na Saúde Suplementar (privado/convênio)		
Sim	22	67
Não	11	33
Tempo de atuação na Saúde Suplementar		
Menos de 1 ano	5	15
1 – 5 anos	11	33
6 – 10 anos	1	3
11 – 15 anos	3	9
16 – 20 anos	1	3
Mais de 20 anos	1	3

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: 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. [†] Para todos os campos descritos considerar o total de 33 profissionais.

Analisando as características sociodemográficas de especialização em SF/MFC, residência, mestrado, tempo de atuação na ESF, tipo de formação profissional (medicina ou enfermagem) e tipo de IES observou-se associação entre a realização de especialização com o tipo de formação profissional ($p < 0,0001$). Também foi observada associação entre o tipo de IES na qual os profissionais concluíram a graduação com a participação em programas de residência ($p = 0,0151$) com o tempo de atuação na ESF ($p = 0,0216$) (tabela 2).

Tabela 2. Associação entre tipo de formação profissional e de IES com a formação complementar e o tempo de atuação na ESF.

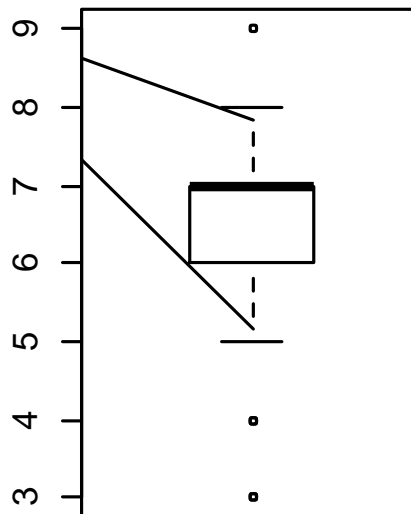
Variáveis	Profissão n		Valor de p	Tipo de IES n		Valor de p
	Medicina	Enfermagem		Pública	Privada	
Especialização SF/MFC						
Sim	6	18	< 0,0001*	13	11	0,2635
Não	9	0		7	2	
Residência						
Sim	9	5	0,0853	12	2	0,0151*
Não	6	13		8	11	
Mestrado						
Sim	2	4	0,6648	4	2	1
Não	13	14		16	11	
Tempo ESF						
Menos de 1 ano	1	4	0,1506	1	4	0,0216*
1 – 5 anos	3	3		2	4	
6 – 10 anos	2	6		7	1	
11 – 15 anos	9	4		10	3	
16 – 20 anos	0	1		0	1	

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: n= frequência absoluta; IES = Instituição de Ensino Superior na qual os profissionais concluíram a graduação; ESF = Estratégia Saúde da Família; SF/MFC = Saúde da Família e/ou Medicina de Família e Comunidade. * denota significância estatística, isto é, valor de $p < 0,05$ (Teste Exato de Fisher).

No que se refere aos Conhecimentos, a média de acertos dos profissionais foi de 6,48 ($\pm 1,46$), a mediana foi 7, sendo os valores mínimo e máximo de 3 e 9, respectivamente (gráfico 3).

Gráfico 3. *Boxplot* correspondente ao número de acertos dos médicos e enfermeiros nas questões da seção Conhecimentos.



Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: os pontos fora do gráfico representam os valores de acertos discrepantes (*outliers*).

Na tabela 3 constam as frequências absolutas e relativas de acertos e erros por questão da seção Conhecimentos. Apesar de, em geral, os profissionais terem demonstrado um conhecimento adequado acerca das etapas de anamnese e exame físico da IU (questões 1 a 3), 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 (questões 4 e 6). Entretanto, houve um declínio de acertos nas questões sobre condutas relacionadas a esses tipos de IU (questões 5 e 7). Daqueles que erraram sobre a conduta inicial para a IUE (questão 5) a tendência foi a de assinalar a alternativa que continha a avaliação urodinâmica e o encaminhamento ao especialista. A conduta inicial envolvendo a IU de urgência alcançou a maior frequência de erros (questão 7). Cerca de 40% dos participantes não soube identificar o conceito mais atual de IU segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS) (questão 9).

Tabela 3. 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	1. Sinais e sintomas que devem ser minimamente investigados	22 (67)	11 (33)
Anamnese	2. Antecedentes pessoais que devem ser minimamente investigados	28 (85)	5 (15)
Exame Físico	3. Elementos do exame físico que devem ser minimamente avaliados	25 (76)	8 (24)
Formulação de Hipótese Diagnóstica (IUE)	4. Hipótese diagnóstica mais provável	29 (88)	4 (12)
Conduta (IUE)	5. Conduta inicial mais adequada	22 (67)	11 (33)
Formulação de Hipótese Diagnóstica (IUU)	6. Hipótese diagnóstica mais provável	29 (88)	4 (12)
Conduta (IUU)	7. Conduta inicial mais adequada	18 (55)	15 (45)
Conduta (IU complicada)	8. Conduta mais adequada	22 (67)	11 (33)
Conceito	9. Conceito mais atual de IU	20 (61)	13 (39)

Fonte: produção da própria autora, 2014.

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

A tabela 4 mostra a associação entre a frequência de acertos e erros por questão da seção Conhecimentos de acordo com as categorias profissionais. Em 7 das 9 questões, o grupo de enfermeiros apresentou um percentual maior de acertos quando comparado ao grupo de médicos. Entretanto, apenas na questão 9 houve associação estatisticamente significativa entre a frequência de acertos e a profissão ($p=0,0052$). Dos 10 médicos que erraram a questão 9 metade assinalou o conceito antigo de IU, identificando-a como a perda urinária que é um problema social e higiênico.

Tabela 4. Associação entre as frequências de acertos e erros nas questões da seção Conhecimentos e as categorias profissionais.

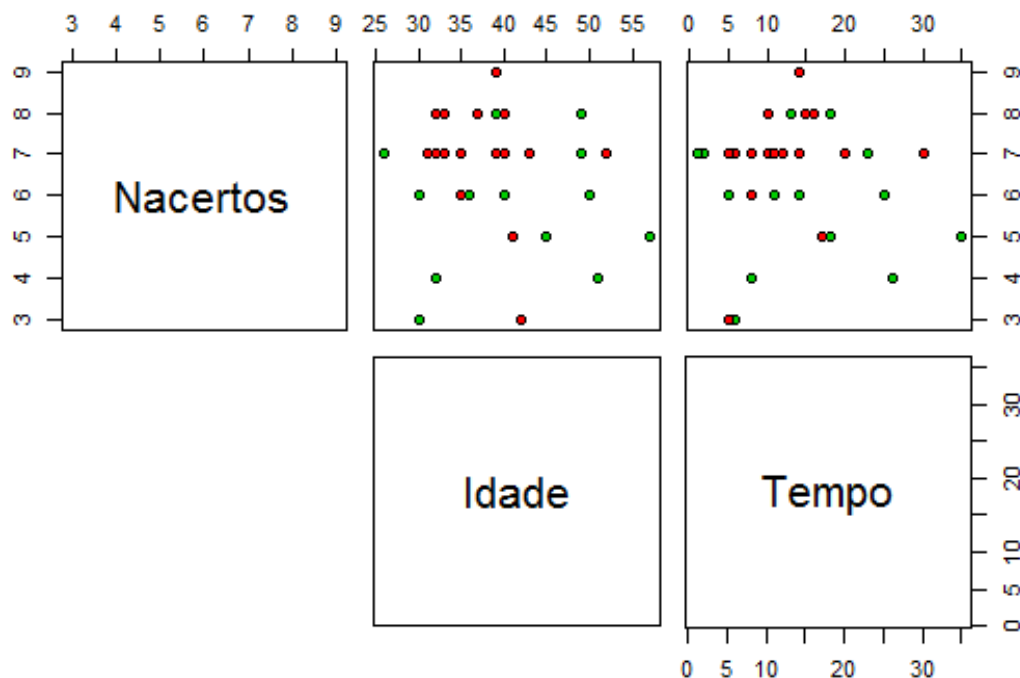
Eixo de conteúdo	Enunciado da questão	Profissão	Acertos n (%)	Erros n (%)	Valor de p
Anamnese	1. Sinais e sintomas que devem ser minimamente investigados	Enfermeiro Médico	11 (61) 11 (73)	7 (39) 4 (27)	0,7120
Anamnese	2. Antecedentes pessoais que devem ser minimamente investigados	Enfermeiro Médico	17 (94) 11 (73)	1 (6) 4 (27)	0,1523
Exame Físico	3. Elementos do exame físico que devem ser minimamente avaliados	Enfermeiro Médico	15 (83) 10 (67)	3 (17) 5 (33)	0,4184
Formulação de Hipótese Diagnóstica (IUE)	4. Hipótese diagnóstica mais provável	Enfermeiro Médico	16 (89) 13 (87)	2 (11) 2 (13)	1
Conduta (IUE)	5. Conduta inicial mais adequada	Enfermeiro Médico	14 (78) 8 (53)	4 (22) 7 (47)	0,1631
Formulação de Hipótese Diagnóstica (IUU)	6. Hipótese diagnóstica mais provável	Enfermeiro Médico	17 (94) 12 (80)	1 (6) 3 (20)	0,3083
Conduta (IUU)	7. Conduta inicial mais adequada	Enfermeiro Médico	10 (56) 8 (53)	8 (44) 7 (47)	1
Conduta (IU complicada)	8. Conduta mais adequada	Enfermeiro Médico	10 (56) 12 (80)	8 (44) 3 (20)	0,2659
Conceito	9. Conceito mais atual de IU	Enfermeiro Médico	15 (83) 5 (33)	3 (17) 10 (67)	0,0052*

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; IUE = Incontinência Urinária de Esforço; IUU = Incontinência Urinária de Urgência; IU = Incontinência Urinária; * denota significância estatística, isto é, valor de $p < 0,05$ (Teste Exato de Fisher).

O gráfico 4 demonstra que não houve correlação estatisticamente significativa entre o número de acertos na seção Conhecimentos e a idade dos participantes ($p = 0.377$) e entre o número de acertos e tempo de conclusão da graduação dos profissionais ($p = 0.7931$).

Gráfico 4. Correlação entre a frequência absoluta de acertos dos médicos e enfermeiros nas questões da seção Conhecimentos e as variáveis idade e tempo de conclusão da graduação.



Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: Nacertos = frequência absoluta de acertos; Idade = idade dos profissionais; Tempo = tempo de conclusão da graduação. Os pontos vermelhos representam o grupo de enfermeiros e os verdes, o grupo de médicos (Correlação de Pearson).

Os valores de p e do coeficiente de Pearson referentes às correlações exibidas no gráfico acima são apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Correlação entre a frequência de acertos e as variáveis idade e tempo de conclusão da graduação.

Variáveis	Correlação de Pearson	Valor de p
Idade	-0,1589	0,3770
Tempo de Conclusão da Graduação	-0,0475	0,7931

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: significância estatística corresponde a valores de $p < 0,05$.

No entanto, quando foram analisadas somente as questões com mais de 30% de erro (questões 1, 5, 7, 8 e 9), observou-se que o tempo de conclusão da graduação apresentou associação estatisticamente significativa com o número de acertos da questão 8 ($p=0,0394$), relacionada à conduta inicial mais adequada para a IU complicada (tabela 6).

Tabela 6. Associação entre as questões com mais de 30% de erro com o tipo de IES, tempo de conclusão da graduação e tempo de atuação na ESF.

	Questão 1			Questão 5			Questão 7			Questão 8			Questão 9		
	Acertos n	Erros n	Valor de p	Acertos n	Erros n	Valor de p	Acertos n	Erros n	Valor de p	Acertos n	Erros n	Valor de p	Acertos n	Erros n	Valor de p
IES															
Pública	13	7	1	15	5	0,2697	12	8	0,4928	13	7	1	12	8	1
Privada	9	4		7	6		6	7		9	4		8	5	
TempoCG															
1 – 5 anos	3	3		2	4		4	2		5	1		2	4	
6 – 10 anos	6	2		4	4		5	3		2	6		5	3	
11 – 15 anos	7	2	0,5431	8	1	0,1632	4	5	0,8812	7	2	0,0394*	7	2	0,3948
16 – 20 anos	2	3		4	1		3	2		3	2		4	1	
> 20 anos	4	1		4	1		2	3		5	0		2	3	
Tempo ESF															
< 1 ano	2	3		2	3		3	2		3	2		3	2	
1 – 5 anos	5	1	0,2059	4	2	0,6409	4	2	0,3622	4	2	0,2160	4	2	1
6 – 10 anos	7	1		5	3		6	2		3	5		5	3	
11 – 15 anos	8	5		10	3		5	8		11	2		7	6	
16 – 20 anos	0	1		1	0		0	1		1	0		1	0	

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: n = frequência absoluta; IES = Instituição de Ensino Superior na qual os profissionais concluíram a graduação; TempoCG = Tempo de Conclusão da Graduação; Tempo ESF = tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família. * denota significância estatística, isto é, valor de $p < 0,05$ (Teste Exato de Fisher).

As tabelas 7 e 8 descrevem as frequências absolutas de respostas nas opções de 1 a 4, as medianas e os limites superior e inferior dos intervalos de confiança de 95% das assertivas nas seções Atitudes e Prática.

A seção Atitudes foi composta por 10 assertivas, nas quais as opções de 1 a 4 representaram as seguintes respostas: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo parcialmente; 3 = concordo parcialmente; 4 = concordo totalmente (tabela 7).

No que se refere à identificação precoce de sinais e sintomas de IU, a maioria dos profissionais (n=18; 55%) discorda que esses devam ser investigados somente quando surge a queixa por parte da mulher (assertiva 1). O maior grau de concordância foi observado na assertiva 2, na qual 32 profissionais (97%) concordaram totalmente que é relevante investigar comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de IU.

Em relação à investigação diagnóstica da IU, 31 profissionais (94%) concordam que é papel do médico realizá-la (assertiva 5) e 25 (76%) concordam que esta é uma função do enfermeiro (assertiva 3). Quanto ao tratamento da IU não complicada, todos os profissionais concordam que é papel do médico a elaboração do plano terapêutico (assertiva 6), enquanto 18 (55%) concordam que essa é uma atribuição dos enfermeiros (assertiva 4).

A ESF foi apontada como sendo capaz de oferecer os recursos necessários para o diagnóstico e tratamento da IU não complicada por 25 indivíduos (76%) (assertiva 7). A maioria dos profissionais (n=28; 85%) concordam que há recursos clínicos e cirúrgicos disponíveis para reverter a IU feminina (assertiva 8).

Uma quantidade significativa de profissionais considera que é papel tanto do enfermeiro (n=29; 88%) quanto do médico (n=31; 94%) da ESF orientar a realização de exercícios para fortalecimento dos MAP (assertivas 9 e 10, respectivamente).

Tabela 7. Frequência absoluta de respostas nas opções de 1 a 4 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		
1. 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
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
3. 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
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
5. 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
6. 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
7. 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
8. Existem recursos clínicos e cirúrgicos disponíveis para reverter a incontinência urinária feminina.	1	4	10	18	4 (3; 4)	3 e 4
9. 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
10. 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

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: 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.

A seção Prática foi composta por 11 assertivas, nas quais as opções de 1 a 4 representam as seguintes respostas: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = frequentemente; 4 = sempre (tabela 8).

Nessa seção, nota-se predominância de prática positiva nas assertivas relacionadas à identificação precoce de sinais e sintomas de IU, investigação diagnóstica e à prescrição de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, pertencente ao conteúdo de tratamento.

A maioria dos profissionais (n=21; 63%) indicou que investiga regularmente sinais e sintomas de IU em mulheres que não se queixam de perda de urina (assertiva 1). Na presença de sinais e sintomas sugestivos de IU, um número expressivo de sujeitos procura: identificar com assiduidade comorbidades (n=32; 97%) e hábitos relacionados ao estilo de vida (n=32; 97%); solicitar exames laboratoriais (n=31; 94%); investigar limitações físicas e cognitivas que afetem a mobilidade (n=30; 91%) e a presença e severidade de sintomas sugestivos de doença neurológica (n= 23; 70%), assertivas 2, 4, 7, 5 e 3, respectivamente. Ainda, 29 deles (88%) avaliam quase sempre o impacto da IU sobre a qualidade de vida da mulher (assertiva 6).

Aproximadamente 40% dos profissionais raramente ou nunca prescrevem exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico às mulheres com IU (assertiva 8). Observa-se que há uma limitação para o início da terapêutica medicamentosa da IU na ESF, uma vez que 27 profissionais (82%) raramente ou nunca realizam prescrições para esse fim (assertiva 9).

Observou-se uma fragilidade dos profissionais em executar atividades educativas na ESF, pois 29 profissionais (88%) raramente ou nunca realizam atividades de educação permanente com a equipe (assertiva 10) e 25 (76%) apresentam o mesmo comportamento em relação às atividades de educação em saúde com a população (assertiva 11).

Tabela 8. Frequência absoluta de respostas nas opções de 1 a 4 e intervalos de confiança de 95% *bootstrap* na seção Prática.

Assertiva	Frequência absoluta de respostas				MD (LI; LS)	Prática positiva
	Opções					
	1	2	3	4		
1. 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
2. Investigo a presença de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras.		1	15	17	4 (3; 4)	3 e 4
3. Investigo a presença e a severidade de sintomas sugestivos de doença neurológica.	2	8	13	10	3 (3; 3)	3 e 4
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
5. Investigo a presença de limitações físicas e cognitivas que afetam a mobilidade.		3	18	12	3 (3; 4)	3 e 4
6. Avalio o impacto dessa condição sobre a qualidade de vida das mulheres.		4	18	11	3 (3; 3)	3 e 4
7. Solicito exames laboratoriais.	2		15	16	3 (3; 4)	3 e 4
8. Prescrevo exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico.	6	7	14	6	3 (2; 3)	3 e 4
9. Início terapêutica medicamentosa.	16	11	5	1	2 (1; 2)	3 e 4*
10. Realizo atividades de Educação Permanente com a equipe para capacitá-la em relação ao cuidado da mulher com incontinência urinária.	9	20	2	2	2 (2; 2)	3 e 4
11. 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

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: 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.

Ao analisar separadamente cada assertiva da seção Atitudes inter-relacionando com as assertivas da seção Prática não se encontrou concordância estatisticamente significativa entre as respostas (tabela 9).

Tabela 9. Análise individual da concordância de assertivas da seção Atitudes com assertivas da seção Prática.

Eixo de conteúdo	Assertiva na Seção Atitudes[†]	Assertiva na Seção Prática[†]	Coefficiente de Kendall (Wt)	Valor de p
Identificação precoce da IU	1	1	0,352	0,8930
Investigação de comorbidades e hábitos de vida	2	2	0,449	0,6340
Investigação diagnóstica da IU (papel do enfermeiro)	3	1	0,681	0,0827
		2	0,461	0,5920
		3	0,647	0,1230
		4	0,668	0,0973
		5	0,612	0,1790
Tratamento da IU não complicada (papel do enfermeiro)	4	7	0,463	0,5880
		8	0,634	0,1430
		9	0,460	0,5970
		10	0,618	0,1690
Investigação diagnóstica da IU (papel do médico)	5	11	0,530	0,3750
		1	0,706	0,0612
		2	0,537	0,3560
		3	0,714	0,0555
Tratamento da IU não complicada (papel do médico)	6	4	0,556	0,3030
		5	0,558	0,2970
		7	0,537	0,3560
		8	0,530	0,3750
Tratamento (exercícios MAP - papel do enfermeiro)	9	9	0,530	0,3750
		10	0,530	0,3750
Tratamento (exercícios MAP - papel do médico)	10	11	0,530	0,3750
		8	0,620	0,1650
Tratamento (exercícios MAP - papel do médico)	10	8	0,638	0,1360

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: IU = Incontinência Urinária; MAP = musculatura do assoalho pélvico. Significância estatística corresponde a valores de $p < 0,05$ (Coeficiente de concordância W de Kendall). [†] Os enunciados das assertivas podem ser visualizados nas tabelas 7 e 8.

Entretanto, procedendo à análise das assertivas da seção Atitudes (3, 4, 5 e 6) com grupos de assertivas de conteúdo relacionado na seção Prática houve concordância estatisticamente significativa entre as respostas (tabela 10).

Tabela 10. Análise de assertivas da seção Atitudes com grupos de assertivas da seção Prática.

Eixo de conteúdo	Assertiva na Seção Atitudes[†]	Assertivas na Seção Prática[†]	Coefficiente de Kendall (Wt)	Valor de p
Investigação diagnóstica da IU (papel do enfermeiro)	3	1; 2; 3; 4; 5; 7	0,411	<0,0001*
Tratamento (IU não complicada, papel do enfermeiro)	4	8; 9; 10; 11	0,323	0,0152*
Investigação diagnóstica da IU (papel do médico)	5	1; 2; 3; 4; 5; 7	0,421	<0,0001*
Tratamento (IU não complicada, papel do médico)	6	8; 9; 10; 11	0,289	0,0503*

Fonte: produção da própria autora, 2014.

Nota: IU = Incontinência Urinária. * denota significância estatística, isto é, valor de $p < 0,05$ (Coeficiente de concordância W de Kendall). [†] Os enunciados das assertivas podem ser visualizados nas tabelas 8 e 9.

A tabela 11 evidencia que a maioria dos participantes ($n = 23$; 70%) se depara diante de algum tipo de barreira em sua prática. A mais relatada, presente nas respostas de 10 profissionais (30%), diz respeito a problemas de referência e contrarreferência com o serviço especializado, seguida da ausência de espaços de educação permanente ou de atualização para os profissionais da ESF, mencionada por 8 profissionais (24%).

A falta de relato da queixa de IU por parte das pacientes e a ausência de protocolos municipais que respaldem a prescrição de medicação antimuscarínica e solicitação de exames para a IU pelos profissionais da ESF possuem a terceira maior frequência ($n=4$; 12%).

Foram citadas por mais de uma pessoa: a carência de tempo para atividades educativas com a população, a ausência de matriciamento, a escassez de recursos humanos qualificados para o cuidado da IU e a dificuldade de encaminhamento para o tratamento cirúrgico.

Ressaltou-se ainda, com menor frequência: a escassez de tempo de estudo sobre IU, a demora no encaminhamento para a fisioterapia, a excessiva demanda espontânea na ESF, a sobreposição de outras queixas da paciente em detrimento da IU, a baixa consideração da IU nos programas de Saúde da Mulher e a inadequação de papéis na saúde pública.

Tabela 11. Frequência das barreiras relatadas pelos profissionais na assistência às mulheres com IU.

Categorias de respostas	n (%)
Não encontra barreiras/ sem resposta	10 (30)
Problemas de referência e contrarreferência com o serviço especializado	10 (30)
Ausência de Educação Permanente, capacitação ou atualização para as equipes da ESF	8 (24)
Pacientes não relatam a queixa ao profissional	4 (12)
Ausência de protocolos municipais para prescrição de medicação antimuscarínica e solicitação de exames pelos profissionais da ESF	4 (12)
Carência de tempo para atividades de Educação em Saúde na ESF	3 (9)
Ausência de matriciamento	2 (6)
Escassez de recursos humanos qualificados para o cuidado da incontinência urinária	2 (6)
Dificuldade no encaminhamento para intervenção cirúrgica	2 (6)
Escassez de tempo para estudos sobre a incontinência urinária	1 (3)
Lentidão no encaminhamento para fisioterapia	1 (3)
Demanda espontânea excessiva na ESF	1 (3)
Assunto é suplantado por outras queixas da paciente	1 (3)
Tema pouco valorizado nos programas de Saúde da Mulher	1 (3)
Inadequação de papéis na saúde pública	1 (3)

Fonte: produção da própria autora, 2014.

n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo almejou analisar conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da ESF de um município no interior do estado de São Paulo em relação à IU feminina.

A disponibilidade em participar do estudo foi maior entre os enfermeiros do que entre os médicos. Uma das razões para esse fato pode ser a não superação do modelo médico hegemônico ou “procedimento-centrado” (FRANCO; MEHRY, 2014), o qual sobrecarrega esses profissionais no âmbito dos atendimentos individuais agendados e das demandas espontâneas. Mesmo a ESF há mais de 20 anos fazendo oposição a esse modelo, a lógica de atuação da medicina privada continua tensionando o sistema público de saúde a satisfazer a necessidade de consumo de procedimentos pela população. Isto se expressa pelo alto número de consultas, exames e ampla oferta de especialidades médicas (DO NASCIMENTO; DA COSTA, 2009) em detrimento da valorização da promoção à saúde, da escuta qualificada e de espaços que favoreçam o vínculo profissional-usuário (BRASIL, 2010c). Entretanto, na ESF, os enfermeiros também se deparam com dificuldades como a sobrecarga e a sobreposição de tarefas (SPAGNOULO et al., 2012). Esses profissionais frequentemente assumem o papel de coordenação nas equipes da ESF, o que exige, além de competências clínicas para o atendimento à população, a capacidade de liderança e gerenciamento de recursos e conflitos.

A maioria dos profissionais do estudo possuía um vínculo empregatício superior a 10 anos com ESF. Esse é um fato positivo, pois quando se trata da IU feminina o vínculo terapêutico é ferramenta imprescindível para um prognóstico exitoso pela razão de que muitas mulheres não se sentem à vontade para relatar os sintomas ao profissional de saúde e tampouco de questionar sobre as opções terapêuticas disponíveis (GUARISI et al., 2001; SILVA; LOPES, 2009). Sabe-se que além da longitudinalidade do seguimento na ESF, o tempo de contratação no serviço é um fator central para a vinculação do profissional à sua clientela, dado que a alta rotatividade de profissionais pode abalar essa relação (DO NASCIMENTO; DA COSTA, 2009).

De modo geral, os médicos e enfermeiros do estudo apresentaram conhecimentos satisfatórios e condizentes com as evidências científicas sobre a IU

feminina. Entretanto, foi constatada uma fragilidade nos conhecimentos referentes à conduta inicial referente aos diferentes tipos de IU, principalmente em relação à IUU. Por este tipo de IU depender de opções medicamentosas para o seu tratamento (ABRAMS et al., 2010; DALOSSO et al., 2003) pode ser a inexistência de protocolos municipais 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, encaminhando às especialidades casos que poderiam ser resolvidos ou ao menos minimizados na AB antes do encaminhamento.

O conceito atual de IU segundo a ICS não era conhecido pela maioria dos médicos da ESF. Tal fato pode ser atribuído à recente mudança na definição, datada de 2010, e por alguns estudos ainda utilizarem o conceito antigo, válido quando se propõe a avaliar o impacto da IU na qualidade de vida dos acometidos. Um trabalho que utilizou a definição antiga, de perda involuntária de urina que é um problema social e higiênico, encontrou total concordância do conceito de IU entre todos os médicos de família avaliados (BARBOSA et al., 2009).

A idade, o tipo de IES, o fato de ter feito especialização ou residência e o tempo de atuação na ESF não influenciaram os médicos e enfermeiros em responder corretamente as questões. Somente o tempo de conclusão da graduação esteve associado à questão referente à IU complicada, de modo que a experiência parece ter influenciado positivamente no reconhecimento dos casos que necessitam de rápido encaminhamento ao especialista. Infere-se que a formação complementar pode não ter suprido possíveis deficiências da formação acadêmica em relação à IU e que pode haver uma demanda por atualização naqueles que possuem um maior tempo de formação. Já Saxer et al. (2008), ao testar 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. (2009) 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. Considerando que alguns dos próprios sujeitos desta pesquisa reconheceram que as mulheres não relatam a queixa ao profissional, faz-se necessário que os profissionais assumam uma postura mais pró-ativa (PARK, 2013), empregando tecnologias leves de cuidado, isto é, as relações de interação e subjetividade, como o acolhimento e o vínculo (MEHRY, 2002).

No que se refere às atitudes relacionadas à investigação diagnóstica e ao tratamento da IU não complicada houve uma discreta distinção nos papéis de enfermeiros e médicos, de modo que aos médicos são preponderantemente atribuídos os papéis de investigar e tratar a condição. Sabe-se que essas diferenças são compreensíveis tendo em vista a particularidade dos *núcleos de competência* de cada profissão. Todavia, uma vez que a ESF realça a atuação interdisciplinar, deve-se recorrer também ao conceito de *campos de competência* (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997), particularmente importante na IU, de forma que a diversidade se transforme em complementaridade a favor dos usuários e dos próprios profissionais envolvidos.

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 ele não se sinta seguro para ofertar tal orientação. Segundo Barbosa et al. (2009), o manejo da IU deve ser mais enfatizado na formação acadêmica de médicos e enfermeiros. Silva e Lopes (2009) sugerem que sejam implementados programas de reabilitação do assoalho pélvico em unidades públicas de saúde, sob a coordenação de enfermeiros treinados e que esse tema seja integrado aos cursos de graduação em enfermagem.

Ampla maioria dos profissionais estudados referiu avaliar frequentemente a sempre o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres, porém eles não foram questionados de que forma realizam essa avaliação. Hewison, McCaughan e Watt

(2013) conduziram uma revisão com o objetivo de atualizar o quadro de questionários validados para a qualidade de vida na IU e propuseram que médicos e enfermeiros incorporem esse tipo de instrumento na prática clínica.

Chama a atenção, em nossa pesquisa, a deficiência de prática educativa para a IU. Deixar de oferecer orientações sobre a IU às mulheres durante as consultas ou em espaços coletivos pode incutir nas mesmas a não valorização dos sintomas e a manutenção do desconhecimento sobre a fisiopatologia e o manejo do problema, ocasionando assim a escolha de opções terapêuticas inadequadas e comprometendo o seu prognóstico. Uma pesquisa realizada no interior de São Paulo identificou que cerca de 45% das mulheres que sofriam com IU não tinham conhecimento de qualquer 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 (SILVA; LOPES, 2009).

Franco e Mehry (2004) discorrem que a ESF não consegue romper com o modelo hegemônico, pois apesar de priorizar práticas multiprofissionais, os médicos continuam a cuidar da saúde individual, enquanto as estratégias coletivas são deixadas para os outros profissionais. Melo e colaboradores (2014) identificaram como razões para a não adesão de médicos da ESF a essas atividades: 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. É possível que a carência de tempo para realizar educação em saúde com as usuárias e a demanda espontânea excessiva estejam vinculadas aos achados.

Foram destacados pelos participantes como obstáculos para a assistência à IU a ausência de espaços de EP, capacitação e apoio matricial. Na ESF, a EP apresenta-se como prática inerente ao processo de trabalho e ganhou um aliado nos últimos anos com a proposta do apoio matricial, protagonizada pelo NASF (BRASIL, 2010b). A não adoção dessa prática direcionada à IU encontrada nessa população pode estar associada à: baixa relevância atribuída ao tema diante de outras morbidades e demandas encontradas nos territórios; falta de planejamento na agenda da equipe ou à

carência de equipes de apoio matricial, posto que o município possui um único NASF, que não cobre nem metade das equipes de SF. Desse modo, os déficits relativos ao tratamento da IU, encontrados nas seções Conhecimentos e Prática, podem ser explicados, ao menos parcialmente, pela deficiência desses espaços educativos.

Franco e Mehry (2014) pontuam que a ESF, por ser baseada no ideal de vigilância à saúde com o enfoque no território, carece de investimento em direção à clínica para ser de fato resolutive. Nesse sentido, as equipes multiprofissionais do NASF são abarcadas para ampliar a intervenção sobre as necessidades de saúde na ESF, não somente no aspecto coletivo, mas também na clínica individual (BRASIL, 2014). Essa proposta tende a se efetivar e consolidar à medida que suscita nas equipes a necessidade de estabelecer parâmetros para o acionamento do apoio (CAMPOS; GUERRERO, 2010) que sejam condizentes com o perfil demográfico e epidemiológico do território abrangido, identificando os temas que os profissionais mais se deparam e as estratégias que melhor se adéquam à resolução dos casos.

Quando se trata da IU, a figura do fisioterapeuta da equipe matricial pode atuar na capacitação 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.

Uma revisão sistemática recente encontrou estudos que indicavam até 70% de melhora dos sintomas de IUE em mulheres após a realização de treinamento dos MAP, em todas as faixas etárias. Contudo, as evidências mostram que os regimes de treinamento supervisionados por fisioterapeutas ou enfermeiros especialistas em continência são mais efetivos do que a realização de exercícios sem supervisão ou por orientação baseada em folhetos educativos (PRICE; DAWOOD; JACKSON, 2010). Vaz (2012) encontrou efetividade de tratamento fisioterapêutico para mulheres com IU, tanto na assistência estritamente domiciliar como nesta associada à intervenção em grupo em uma UBS, com redução da quantidade de perda de urina, de frequência da IU e do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres. Isso demonstra que o fisioterapeuta tem um papel fundamental em auxiliar as equipes 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. Contudo, os profissionais da equipe de referência precisam estar próximos à execução dessas ações, para evitar o risco da mera transferência de responsabilidade para o fisioterapeuta. Além de médicos e enfermeiros, o agente comunitário de saúde, por ser membro da comunidade e responsável por fazer a ligação dos usuários às unidades de saúde, também é uma peça chave na abordagem da IU.

Em adição ao NASF, propostas de parceria entre a rede de saúde e as IES podem ser agregadas ao contexto da SF, como no caso das residências multiprofissionais em saúde. A inserção de residentes nos serviços repercute em duas direções: no desenvolvimento de competências necessárias à atuação no SUS e na qualificação dos profissionais da ESF (BRASIL, 2006; CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; MELO et al., 2012; BEKER, 2014).

Os problemas de referência e contrarreferência com os especialistas mencionados pelos participantes parecem refletir a falha de comunicação na rede de saúde, ainda centrada na lógica de um sistema hierárquico e burocrático. Na nova concepção do Ministério da Saúde de estruturar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), caberia aos especialistas fornecer suporte para as ações da AB, agregando valor aos profissionais desse nível de atenção, uma vez que os tradicionais meios de encaminhamento por escrito têm se mostrado ineficazes (MENDES, 2011).

Foi pontuado ainda que a IU é um tema pouco valorizado nas políticas de atenção à Saúde da Mulher. De fato, em nossa pesquisa bibliográfica verificamos que não há um material específico dirigido à AB que guie o manejo da IU, tratando-se muito pouco sobre a condição nas diretrizes do NASF (BRASIL, 2010b). Por essa razão, foi utilizado como parâmetro para esse trabalho o material proveniente do Comitê Científico Internacional, em língua inglesa (ABRAMS et al., 2010). Ainda assim, existem materiais de livre acesso na internet e em português aos profissionais que desejam se manter atualizados, como uma publicação da Sociedade Europeia de Urologia traduzida para o português com as diretrizes para a IU (LUCAS et al., 2013) e publicações da Sociedade Brasileira de Urologia sobre a propedêutica e tratamentos conservador e cirúrgico (2014).

O ponto forte desse trabalho repousa na adoção da metodologia CAP com o rigor metodológico de suas etapas, especialmente na construção do instrumento de coleta de dados, o qual permitiu o levantamento de diversas hipóteses sobre a abordagem dos profissionais da ESF na IU feminina.

As limitações deste estudo dizem respeito: à quantidade de profissionais da ESF efetivamente estudados no universo da população, o que pode ter comprometido as análises estatísticas; 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.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos conhecimentos, atitudes e prática dos médicos e enfermeiros estudados possibilitou identificar as dimensões que se apresentam fortalecidas e fragilizadas acerca da IU feminina nessa população.

Apesar de possuir um nível de conhecimento adequado em relação à propedêutica clínica da IU, houve maior dificuldade na seleção da conduta inicial dos tipos de incontinência, sendo a da IUU a menos conhecida. Tanto o diagnóstico como o tratamento da IU são reconhecidos pelos médicos e enfermeiros da ESF como parte de suas atribuições. Entretanto, estes falham em não prescrever exercícios de fortalecimento dos MAP com tanta frequência e em não promover uma prática educativa relacionada à IU em seus ambientes de trabalho, como a educação permanente e a educação em saúde.

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. Por conseguinte, os resultados do presente estudo apontam para uma necessidade de intervenção na ESF do município em questão, sobretudo por meio de equipes de apoio matricial. Em tal perspectiva, os fisioterapeutas forneceriam suporte às equipes de referência no manejo clínico e coletivo da IU, identificando suas necessidades pedagógicas e clínicas.

Além dos profissionais do NASF, deve-se investir em outros mecanismos de integração e apoio às equipes de SF, como o fortalecimento da já existente parceria com os cursos da saúde das universidades locais. Partindo do pressuposto de que nenhuma especialidade ou profissão é superior à outra e de que o sucesso das intervenções tende a ser elevado quando se reúnem diferentes visões e saberes acerca do mesmo objeto, a vivência da interdisciplinaridade por estudantes de graduação e pós-graduação é um fator contribuinte para a superação do modelo de atenção médico-centrado, ainda fortemente presente no Brasil. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade ou em Medicina de Família e Comunidade, por ser uma modalidade de treinamento em serviço no contexto da ESF, constitui-se como uma

potência tanto para a formação de profissionais para o SUS quanto para a transformação das práticas nas equipes onde atuam os residentes.

Com a elevação da expectativa de vida na população brasileira, espera-se um crescimento na prevalência da IU. Dessa forma, propomos que essa condição ganhe maior visibilidade nas políticas públicas, com o incremento do tema nos materiais de Saúde da Mulher voltados aos profissionais que atuam na atenção primária.

Aos gestores municipais cabe a missão de consolidar a rede de saúde nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, fomentando o relacionamento solidário e a ampliação de espaços de interlocução entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, a fim de otimizar a oferta de cuidados à população.

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, no âmbito da atenção primária, com o objetivo de propagar práticas exitosas.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardization of Terminology. **Scand. J. Urol. Nephrol. Suppl.**, v. 114, p. 5-19, 1988.

_____. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. **Neurourol. Urodyn.**, v. 21, p. 167-78, 2002.

_____. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapsed, and fecal incontinence. **Neurourol. Urodyn.**, v. 29, n. 1, p. 213-40, 2010.

AGRESTI, A. **Categorical data analysis**. 2. ed. New York: Wiley, 2002. 710p.

ALMEIDA-FILHO, N. A.; BARRETO, M. A. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. A.; ROUQUAYROL, M. Z. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: _____. **Introdução à Epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 1, p. 11-17, 2007.

AQUILANTE, A. G. et al. Implementation of Competency-Based Curriculum in Medical Education: Perspective of Different Roles. **ISRN Education**, v. 2012, p. 1-7, 2012.

AQUINO, E. M. L; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 195-202, 1992.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes:** texto introdutório. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/texto_introdutorio.pdf>. Acesso em: dez. 2014.

BAKALI, E. et al. Treatment of recurrent stress urinary incontinence after failed minimally invasive synthetic suburethral tape surgery in women (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2013.

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

BASU, M.; DUCKETT, J. R. A. Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. **BJOG**, v. 116, n.5, p. 726-730, 2009.

BEKER, K. K. **Apoio matricial e institucional**: investigando interfaces com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

BERTRAM, D. **Likert Scales**. Canada: Calgary, 2007.

BLANES, L.; PINTO, R. C. T.; SANTOS, V. L. C. G. Urinary Incontinence. Knowledge and Attitudes in São Paulo. **Braz. Journal of Urology**, v. 27, n. 3, p. 281–288, 2001.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. [tradução e revisão científica Cesar, J. A.]. **Epidemiologia Básica**. 2 ed. São Paulo, 2007.

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, 1997. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde). Brasília, 2006. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, 2006. 414 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Brasília, 2010a. 95 p.

_____. 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: 2010b. 152 p.

_____. 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: 2010c. 72p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 114 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você** –

Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, 2013. 127 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014.

BRITO, L. G. et al. Stress urinary incontinence in climacteric women in a northeastern Brazilian municipality: A household survey. **Int Urogynecol J.**, v.23, p. 639-45, 2012.

BUCKLEY, B.S. et al. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children - current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. **Urology**, v. 76, n. 2, p. 265-270, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p.393-403, 1999.

_____. **Saúde Paideia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, 185 p.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de Práticas da Atenção Básica:** saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 411 p.

CANDEIAS, N. M. F.; MARCONDES, R. S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, v.5, n.4, p.24-30, 1979.

CASE, S. M.; SWANSON, D. B. **Constructing Written Test Questions For the Basic and Clinical Sciences**. 3 Ed. Philadelphia: National Board of Medical Examiners, 2003.

CASTRO, V. S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 211-220, 2009.

CHIARELLI, P.E.; MACKENZIE, L. A.; OSMOTHERLY, P. G. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. **Aust. J. Physiother.**, v. 55, n. 2, p. 89-95, 2009.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia Prático de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011, 236p.

CHONG, E. C.; KHAN, A. A.; ANGER, J. T. The financial burden of stress urinary incontinence among women in the United States. **Curr Urol Rep.**, v. 12, n. 5, p. 358-362, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO. **O seu município tem muito a ganhar com a contratação de fisioterapeutas!** Tudo o que o gestor deve saber sobre fisioterapia e como implantá-la em seu município. Disponível em: < <http://www.crefito3.org.br/dsn/pdfs/Cartilha%20-%20fisioterapeuta.pdf> > . Acesso em: jan. 2015.

COYNE, K. S. et al. Economic burden of Urgency Urinary Incontinence in the United States: a systematic review. **J. Manag. Care Pharm.**, v. 20, n. 2 , p. 130-140, 2014.

DALLOSSO, H. M. et al. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. **BJU International**, v. 92, p. 69–77, 2003.

DAMIÃO, R. et al. **Bexiga Hiperativa:** tratamento farmacológico. Projeto Diretrizes. 2006.

DA SILVA, L. M. C. et al. Atitude e conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre prevenção e rastreamento do câncer. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 525-534, 2011.

DA SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 5, p. 1221-1226 , 2012.

DE ARAÚJO, S. M.; POHLMANN, C. S.; REIS, V. G. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **RFO**, v. 14, n. 3, p. 190–196 , 2009.

DE FIGUEIREDO, E. M. et al. Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. **Fisioter. Pesq.**, v. 19, n. 2, p. 103-108, 2012.

DE GROAT, W. C. A neurologic basis for the overactive bladder. **Urology**, v. 50, p. 36-52, 1997.

DE GROAT, W. C. et al. Neural control of the urethra. **Scand. J. Urol. Nephrol. Suppl.**, v. 207, p. 35-43, 2001.

DELANCEY, J. O. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 170, p. 1713–1720, 1994.

DE MIRANDA, S. M. et al. Construção de uma Escala para Avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina. **Rev. Bras. de Educação Médica**, v. 33, p. 104-110, 2009.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: dez. 2014.

DE SOUZA, C.R.; SANTOS, V. L. Prevalence of urinary incontinence in a random sample of the urban population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 18, p. 903-910, 2010.

DO NASCIMENTO, V. B.; DA COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In:_____ COHN, A. **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009. p. 67-92.

DRAKE, M. J. et al. Neural control of the lower urinary and gastrointestinal tracts: supraspinal CNS mechanisms. **Neurourology and Urodynamics**, v. 29, p. 119-127, 2010.

EFRON, B.; TIBSHIRANI, R. **An Introduction to the Bootstrap**. London: Chapman & Hall, 1993.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de orientação em uroginecologia e cirurgia vaginal**. São Paulo, 2010.

FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

FISHER, R. A. **Statistical methods for research workers**. London: Oliver & Boyd, 1970.

FLORES, R. T. et al. Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. **Aten Primaria**, v. 48, n. 8, p. 404-408, 2013.

FONG, E.; NITTI, V. W. Urinary incontinence. **Primary Care Clin. Office Pract.**, v. 37, n. 3, p. 599-612, 2010.

FOWLER, C. J.; GRIFFITHS, D.; DE GROAT, W. C. The neural control of micturition. **Nat. Rev. Neurosci.**, v. 9, n. 6, p. 453-466, 2008.

FRANCO, A. P. Ensino Superior no Brasil: cenário , avanços e contradições. **Jornal de Políticas Educacionais**, n. 4, p. 53-63, 2008.

FRANCO, T.; MEHRY, E. PSF: contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf> >. Acesso em: dez. 2014.

GUADERI, F.; OSKOU EI, A. E. Physiotherapy for Women with Stress Urinary Incontinence: a review article. **J. Phys. Ther. Sci.**, v. 26, p. 1493–1499, 2014

GUARDA, R. I. et al. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. **FEMINA**, v. 35, n. 4, p. 219-227, 2007.

GUARISI, T. et al. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. **Rev. Bras. de Ginecol. e Obstetrícia**, v. 23, n. 7, p. 439–443, 2001.

HARRIS, S. S. et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. **J. Urol.**, v. 177, n. 2, p. 680-684, 2007.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 29, p. 4-20, 2010.

HAY-SMITH, J. et al.. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review). **The Cochrane Collaboration**. 2009.

HAY-SMITH, J. et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, v. 7, 2013.

HEWISON, A.; MCCAUGHAN, D.; WATT, I. An evaluative review of questionnaires recommended for the assessment of quality of life and symptom severity in women with urinary incontinence. **Journal of Clinical Nursing**, v. 44, n. 0, p. 2998–3011, 2013.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 5, p. 503-506, 2007.

HIGA, R. et al. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 627-635, 2010.

HOLROYD-LEDUC, J. M.; MEHTA, K. M.; COVINSKY, K. E. Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 52, n. 5, p. 712-718, 2004.

HUANG, A. J. et al. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. **Arch Intern Med**, v. 166, n. 18, p. 2000-2006, 2006.

JÁCOME, E. M. et al. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 57, n. 2, p. 189-198, 2011.

JEREZ-ROIG, J. et. al. Pelvic floor electrostimulation in women with urinary incontinence and/or overactive bladder syndrome: a systematic review. **Actas Urol Esp.**, v. 37, n. 7, p. 429-444; 2013.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.

KENDALL, M.G. **Rank correlation methods**. London: Griffin, 1948.

KLEVMARK, B. Motility of the urinary bladder in cats during filling at physiologic rates: Intravesical pressure patterns studied by a new method of cystometry. **Acta Physiol. Scand.**, v. 90, p 565-577, 1974.

KOCH, L.H. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 51, n. 6, p. 39-44, 2006.

LUCAS, M. G. et al. **Guidelines on urinary incontinence**. Arnhem: The Netherlands: European Association of Urology, 2013.

MARINHO, L. A. B. et al. Conhecimento , atitude e prática do auto- exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-582 , 2003.

MARKLAND, A. D. et al. Incontinence. **Med. Clin. North Am.**, v. 95, n. 3, p. 539-554, 2011.

MARTINS, A. B.; RIBEIRO, J.; SOLER, Z. A. S. G. Proposta de exercícios no pós-parto. Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 40-45, 2011.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MELO, L. M. et al. Matriciamento como ferramenta para o processo de trabalho em equipe em uma Unidade de Saúde da Família, Brasil: relato de experiência. In: Convención Internacional de Salud Pública, 2012. Havana, Cuba. 2012. **Anais...** Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud, 2012.

MELO, V. H. et al. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. **Rev. Bras. de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 3-12, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.

MENEZES, G. M. D. et al. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 100-108, 2012.

MORRISON, J. et al. **Incontinence**. International Consultation on Incontinence. 3. ed. Plymouth: Health Publications, 2005.

MONZ, B. et al. A description of health care provision and access to treatment for women with urinary incontinence in Europe—A five-country comparison. **Maturitas**, v. 52, n. 2, p. 3-12, 2005.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Levels of Evidence**. Disponível em: <<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>> . Acesso em: dez. 2014.

PAIVA, E. P. **Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PARK, W. H. Urinary incontinence and physician's attitude. **Journal of Korean medical science**, v. 28, n. 11, p. 1559-60, 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade , acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PRICE, N.; DAWOOD, R.; JACKSON, S. R. Pelvic floor exercise for urinary incontinence : A systematic literature review. **Maturitas**, v. 67, n. 4, p. 309-315, 2010.

R CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. Disponível em: < <http://www.R-project.org>>. Acesso em: dez. 2014.

REIGOTA, R. B. et al. Prevalence of Urinary Incontinence and Its Association With Multimorbidity in Women Aged 50 Years or Older: A Population-Based Study. **Neurourology and Urodynamics**, 2014.

RIOS, A. A. N. et al. The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. **Int. Urogynecology Journal**, v. 22, n. 7, p. 879-84 , 2011.

SÃO CARLOS. **PSF - Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html>>. Acesso em: dez. 2014.

SAXER, S. et al. Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. **Nurse education today**, v. 28, n. 8, p. 926-34 , 2008.

SHAW, C. et al. A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. **BJU International**, v. 97, p. 752-757, 2006.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 72-78, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Diretrizes SBU**. Disponível em: < <http://www.sbu.org.br/?diretrizes-sbu> >. Acesso em: jan. 2015.

SPAGNUOLO, R. S. et al. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 11, n. 2, p. 226-234, 2012.

SUBAK, L. L. et al. High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence. **Obstet. Gynecol.**, v. 111, n. 4, p. 899–907, 2008.

TIRELLI, M. C. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes**. 2004. Tese (Doutorado em Odontologia Clínica Integrada) - Faculdade de Odontologia da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

TUCUNDUVA, L. T. C. M. et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Rev. Ass. Med. Bras.**, v. 50, n. 3, p. 257-62, 2004.

VAZ, C. T. **Assistência fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária na atenção básica**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Ciências da Reabilitação da Escola de educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

VOLKMER, C. et al. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2703-2715, 2012.

WEIN, A. J. Classification of neurogenic voiding dysfunction. **J. Urol.**, v. 125, p. 605-609, 1981.

YUAN, H.; WILLIAMS, B. A. Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. **Health & social care in the community**, v. 18, n. 1, p. 82–90, 2010.

ZHU, L. et al. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. **Menopause**, v. 16, n. 4, p. 831–836, 2009.

APÊNDICE A – VERSÃO INICIAL DO QUESTIONÁRIO

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

ESTUDO PILOTO

Instruções para preenchimento

1. Utilize somente caneta esferográfica azul ou preta para preenchimento do questionário.
2. Procure **não** deixar itens **sem resposta**.
3. A parte I contém questões abertas e fechadas. Para a maioria das questões fechadas você deve assinalar com um **X apenas uma alternativa**. As questões fechadas nas quais poderão ser assinaladas mais de uma resposta estão identificadas pelo termo **PODE ESCOLHER MAIS DE UM OPÇÃO**.
4. As partes II, III e IV possuem apenas questões fechadas, em que se deve assinalar **apenas uma alternativa**.
5. A questão V é dissertativa. Procure escrever com letra legível.
6. A última parte consiste em uma avaliação do questionário para validá-lo nessa etapa piloto.

Agradecemos imensamente sua colaboração!

PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Identificação e formação do profissional	
1. Data de nascimento	
2. Sexo	Masculino
	Feminino
3. Profissão (<i>poderá escolher mais de uma opção</i>)	Médico(a)
	Enfermeiro(a)
4. Em qual Instituição de Ensino Superior você concluiu a graduação?	
5. Em que ano você concluiu a graduação?	
6. Você possui ou está em formação complementar?	Sim
	Não
7. Possui quais destes processos de formação? (PODERÁ ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO)	
Especialização em Medicina de Família e Comunidade	Não possui
	Concluído
	Em curso
Especialização em Saúde da Família	Não possui
	Concluído
	Em curso
Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
	Concluído

	Em curso
Especialização em Ginecologia e Obstetrícia	Não possui
	Concluído
	Em curso
Possui outra especialização?	Sim Qual?
	Não
Residência em Medicina de Família e Comunidade	Não possui
	Concluído
	Em curso
Residência em Saúde da Família	Não possui
	Concluído
	Em curso
Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
	Concluído
	Em curso
Residência em Ginecologia e Obstetrícia	Não possui
	Concluído
	Em curso
Possui outra residência?	Sim Qual?
	Não
Possui outra pós graduação lato sensu (por ex: aprimoramento, aperfeiçoamento, etc.)?	Sim
	Não
Mestrado em Medicina de Família e Comunidade	Não possui
	Concluído
	Em curso
Mestrado em Saúde da Família	Não possui
	Concluído
	Em curso
Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
	Concluído
	Em curso
Mestrado em Ginecologia e/ou Obstetrícia	Não possui
	Concluído
	Em curso
Possui outro mestrado?	Sim Qual?
	Não
Doutorado em Medicina de Família e Comunidade	Não possui
	Concluído
	Em curso
Doutorado em Saúde da Família	Não possui
	Concluído
	Em curso
Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui

	Concluído	
	Em curso	
Doutorado em Ginecologia e/ou Obstetrícia	Não possui	
	Concluído	
	Em curso	
Possui outro doutorado?	Sim	Qual?
	Não	
Vínculo empregatício		
8. Qual o seu agente contratante? (PODERÁ ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO)	Municipal	
	Estadual	
	Federal	
9. Qual é seu tipo de vínculo empregatício com o SUS? (PODERÁ ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO)	Servidor público estatutário	
	Cargo comissionado	
	Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	
	Contrato temporário por prestação de serviço	
	Empregado público CLT	
	Contrato CLT	
	Outro(s):	
Não sabe		
10. Qual a forma de ingresso? (PODERÁ ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO)	Concurso público	
	Seleção pública (processo seletivo)	
	Indicação	
	Outra forma	
Experiência profissional		
11. Há quanto tempo você atua na atenção básica (SUS)? (no caso de menos de 1 ano responda coloque a quantidade de meses)	0 ano – Há quantos meses?	
	1 ano	
	2 anos	
	3 anos	
	4 anos	
	5 anos	
	6 anos	
	7 anos	
	8 anos	
	9 anos	
	10 anos	
	11 anos ou mais	
12. Você atua ou já atuou na saúde suplementar (privado/convênio)?	Sim	
	Não	
13. Há quanto tempo você atua ou atuou na saúde suplementar (privado/convênio)?	0 ano – Há quantos meses?	
	1 ano	

	2 anos
	3 anos
	4 anos
	5 anos
	6 anos
	7 anos
	8 anos
	9 anos
	10 anos
	11 anos ou mais
	14. Na USF onde você atua, quem é responsável pela assistência ginecológica?
Médico	
Enfermeiro e médico	

PARTE II - CONHECIMENTOS

Mulher, 48 anos, G3P3 (3 gestações e 3 partos), vem à consulta na Unidade de Saúde da Família (USF) com queixa de perda de urina há 3 meses.

1. Os sinais e sintomas que devem ser minimamente investigados nessa mulher são:

- hematúria, frequência urinária, urgência, perda urinária aos esforços.
- frequência urinária, urgência, perda urinária aos esforços, prolapso de órgãos pélvicos.
- disúria, hematúria, frequência urinária, prolapso de órgãos pélvicos.
- disúria, hematúria, frequência urinária, urgência, perda urinária aos esforços, prolapso de órgãos pélvicos.

2. Os antecedentes pessoais que devem ser minimamente investigados nessa mulher são:

- comorbidades, medicação em uso, cirurgias prévias, irradiação pélvica.
- comorbidades, medicação em uso, cirurgias prévias.
- comorbidades, cirurgias prévias, irradiação pélvica.
- medicação em uso, cirurgias prévias, irradiação pélvica.

3. Os elementos do exame físico que devem ser minimamente avaliados nessa mulher são:

- abdome, genitais internos, prolapso de órgãos pélvicos, musculatura do assoalho pélvico, perda objetiva de urina.
- abdome, genitais internos, genitais externos, musculatura do assoalho pélvico, perda objetiva de urina.
- IMC, abdome, genitais internos, genitais externos, prolapso de órgãos pélvicos, musculatura do assoalho pélvico, perda objetiva de urina.
- IMC, abdome, genitais externos, prolapso de órgãos pélvicos, musculatura do assoalho pélvico.

Mulher, 45 anos, ciclos menstruais regulares, IMC = 30 Kg/m², G4P3A1 (4 gestações, 3 partos e 1 aborto), procura a USF com queixa de perda de urina ao tossir ou espirrar, sem outros sintomas urinários. Ao exame físico pélvico sem anormalidades.

4. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) Síndrome da Bexiga Hiperativa.
- b) Incontinência Urinária de Esforço.
- c) Incontinência Urinária por Urgência.
- d). Incontinência Urinária Mista.

5. A conduta inicial mais adequada para essa paciente é:

- a), Urina I, urocultura, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, redução de peso, manter acompanhamento na USF.
- b) Urina I, urocultura, redução de peso, prescrição de antimuscarínicos, manter acompanhamento na USF.
- c) Urina I, urocultura, urodinâmica, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, encaminhamento imediato ao médico especialista.
- d) Urina I, urocultura, urodinâmica, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, encaminhamento imediato ao médico especialista.

Mulher, 62 anos, menopausada há 10 anos, G2P1A1 (2 gestações, 1 parto e 1 aborto), procura a USF queixando-se de perda urinária antes de chegar ao banheiro, precedida por um desejo súbito e incontrolável de urinar. Não apresenta restrições locomotoras ou perda de urina aos esforços.

6. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) Incontinência Urinária Postural.
- b) Incontinência Urinária de Esforço.
- c) Incontinência Urinária por Urgência.
- d) Incontinência Urinária Mista.

7. A conduta inicial mais adequada para essa paciente é:

- a) Urina I, urodinâmica, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, encaminhamento imediato ao médico especialista.
- b) Urina I, urocultura, urodinâmica, treinamento vesical, encaminhamento imediato ao médico especialista.
- c) Urina I, urocultura, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, antimuscarínicos, manter acompanhamento na USF.
- d) Urina I, urocultura, treinamento vesical, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, antimuscarínicos, manter acompanhamento na USF.

8. Mulher, 57 anos, G2P2, vem à consulta com queixa de perda de urina ao tossir e espirrar. Nega urgência miccional. Apresenta história de infecções do trato urinário recorrentes no passado. Ao exame físico, presença de prolapso genital significativo. A conduta mais adequada é:

- a) Urina I, urocultura, urografia excretora, manter acompanhamento na USF.
- b) Urina I, urocultura, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, manter acompanhamento na USF.
- c) Urina I, urocultura, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, encaminhamento imediato ao especialista.
- d) Urina I, urocultura, antimuscarínicos, encaminhamento imediato ao especialista.

9. Segundo a Sociedade Internacional de Incontinência (International Continence Society - ICS), o conceito mais atual de incontinência urinária é:

- a) queixa de qualquer perda involuntária de urina.
- b) queixa de perda involuntária de urina que causa um problema social ou higiênico.
- c) queixa de perda involuntária de urina que é objetivamente visível.
- d) queixa de perda involuntária de urina que é comprovada na avaliação urodinâmica.

PARTE III – ATITUDES

1. Considero relevante a investigação de sinais e sintomas de incontinência urinária em mulheres a partir de 20 anos.										
0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente

2. A incontinência urinária deve ser investigada somente quando a mulher apresenta queixa de perda de urina.										
0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente

3. Considero relevante a investigação de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de incontinência urinária.										
0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente

4. O enfermeiro que trabalha na atenção primária deve ser capaz de realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.										
0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente

5. O enfermeiro que trabalha na atenção primária deve ser capaz de realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.

0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

6. O médico que trabalha na atenção primária deve ser capaz de realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.

0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

7. O médico que trabalha na atenção primária deve ser capaz de realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.

0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

8. A atenção primária oferece os recursos necessários para a investigação diagnóstica e o tratamento da incontinência urinária não complicada.

0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

9. A incontinência urinária é uma consequência inevitável do envelhecimento natural da mulher, existindo técnicas e recursos disponíveis para reverter essa situação.

0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

10. A orientação de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico é de competência exclusiva dos fisioterapeutas.

0 Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Concordo Totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

PARTE IV – PRÁTICA

1. Investigo sinais e sintomas de incontinência urinária em mulheres a partir de 20 anos.

0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

Para responder as questões de **2 a 9**, considere como início:
Quando detecto sinais e sintomas de incontinência urinária:

2. Investigo a presença de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras.										
0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre

3. Investigo a presença e a severidade de sintomas sugestivos de doença neurológica.										
0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre

4. Investigo hábitos relacionados ao estilo de vida como: prática de exercício físico, tabagismo, ingestão de alimentos e líquidos.										
0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre

5. Investigo a presença de limitações físicas e cognitivas que afetam a mobilidade.										
0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre

6. Avalio o impacto dessa condição sobre a qualidade de vida das mulheres.										
0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre

7. Solicito exames laboratoriais.										
0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre

8. Prescrevo exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico.										
0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre

9. Início terapêutica medicamentosa.										
0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre

10. Realizo atividades de Educação Permanente com a equipe para capacitá-la em relação ao cuidado da mulher com incontinência urinária.										
0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre

11. Realizo atividades de Educação em Saúde com a comunidade para esclarecimentos e orientações sobre incontinência urinária.										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sempre
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

PARTE V

Você encontra barreiras na sua prática clínica em relação à assistência de mulheres com incontinência urinária? Descreva-as.

Estudo piloto - Avaliação do questionário

1. Quanto tempo você demorou para responder ao questionário? _____ minutos.

2. O que você achou do número de questões?

() Adequado

() Insuficiente

() Excessivo

Sugestões:

3. As questões foram objetivas, claras, de fácil leitura, compreensão e coerentes com o tema?

() SIM

() NÃO

() Em parte.

Sugestões:

4. Na categoria **CONHECIMENTOS**, alguma questão e/ou alternativa forneceu dicas para a resolução das demais?

() SIM. Quais foram essas dicas?

() NÃO

Sugestões:

5. Na categoria **ATITUDES**, alguma questão e/ou alternativa forneceu dicas para a resolução das demais?

() SIM. Quais foram essas dicas?

() NÃO

Sugestões:

6. Na categoria **PRÁTICA**, alguma questão e/ou alternativa forneceu dicas para a resolução das demais?

() SIM. Quais foram essas dicas?

() NÃO

Sugestões:

7. Você tem alguma opinião para colaborar com a melhoria desse questionário?

APÊNDICE B – VERSÃO FINAL DO QUESTIONÁRIO

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

Instruções para preenchimento

1. Utilize somente caneta esferográfica **azul** ou **preta** para preenchimento do questionário.
2. Procure **não** deixar itens **sem resposta**.
3. A parte I contém questões abertas e fechadas. Para a maioria das questões fechadas você deve assinalar com um **X apenas uma alternativa**. As questões fechadas nas quais poderão ser assinaladas mais de uma resposta estão identificadas pelo termo **PODE ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO**.
4. As partes II, III e IV possuem apenas questões fechadas, em que se deve assinalar **apenas uma alternativa**.
5. A questão V é dissertativa. Procure escrever com letra legível.

Agradecemos sua colaboração!

PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Identificação e formação profissional geral	
1. Idade	
2. Sexo	Masculino
	Feminino
3. Profissão <i>(PODE ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO)</i>	Médico(a)
	Enfermeiro(a)
4. Em qual Instituição de Ensino Superior você concluiu a graduação?	
5. Em que ano você concluiu a graduação?	
Formação complementar	
6. Possui algum(uns) destes processos de formação complementar concluído(s)? <i>(PODE ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO OU NÃO ASSINALAR CASO NÃO POSSUA)</i>	
Especialização (carga horária de 360h) – área:	Medicina de Família e Comunidade
	Saúde da Família
	Saúde Pública/ Saúde Coletiva
	Ginecologia e Obstetrícia
	Outra Qual?
Residência – área:	Medicina de Família e Comunidade
	Saúde da Família
	Saúde Pública/ Saúde Coletiva
	Ginecologia e Obstetrícia

	Outra	Qual?
Outra pós graduação lato sensu (por ex: aprimoramento, aperfeiçoamento, etc.)?	Sim. Qual?	
	Não	
Mestrado – área:	Medicina de Família e Comunidade	
	Saúde da Família	
	Saúde Pública/ Saúde Coletiva	
	Ginecologia e Obstetrícia	
	Outro	Qual?
Doutorado – área:	Medicina de Família e Comunidade	
	Saúde da Família	
	Saúde Pública/ Saúde Coletiva	
	Ginecologia e Obstetrícia	
	Outro	Qual?
Vínculo empregatício		
7. Qual o seu agente contratante? (PODE ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO)	Municipal	
	Estadual	
	Federal	
8. Qual é seu tipo de vínculo empregatício com o SUS? (PODE ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO)	Servidor público estatutário	
	Cargo comissionado	
	Contrato temporário por prestação de serviço	
	Empregado público CLT	
	Contrato CLT	
	Outro(s):	
9. Qual a forma de ingresso? (PODE ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO)	Concurso público	
	Processo seletivo	
	Indicação	
	Outra forma. Qual?	
Experiência profissional		
10. Há quanto tempo você atua na Estratégia Saúde da Família ? (NO CASO DE MENOS DE 1 ANO COLOQUE A QUANTIDADE DE MESES)	Menos de 1 ano () meses	
	1 - 5 anos	
	6 - 10 anos	
	11 - 15 anos	
	16 - 20 anos	
	Mais de 20 anos	
11. Você atua ou já atuou na saúde suplementar (privado/convênio)?	Sim	
	Não	
12. Há quanto tempo você atua ou atuou na saúde suplementar (privado/convênio)? (NO CASO DE MENOS DE 1 ANO COLOQUE A QUANTIDADE DE MESES)	Menos de 1 ano () meses	
	1 - 5 anos	
	6 - 10 anos	
	11 - 15 anos	
	16 - 20 anos	

	Mais de 20 anos
13. Na USF onde você atua, quem é responsável pela assistência ginecológica?	Enfermeiro
	Médico
	Enfermeiro e médico

PARTE II - CONHECIMENTOS

Mulher, 48 anos, G3P3 (3 gestações e 3 partos), vem à consulta na Unidade de Saúde da Família (USF) com queixa de perda de urina há 3 meses.

1. Os sinais e sintomas que devem ser minimamente investigados nessa mulher são:

- a) frequência urinária, hematuria, disúria, prolapso de órgãos pélvicos.
- b) urgência, perda urinária aos esforços, frequência urinária, prolapso de órgãos pélvicos.
- c) hematuria, frequência urinária, urgência, perda urinária aos esforços.
- d) disúria, hematuria, frequência urinária, urgência, perda urinária aos esforços, prolapso de órgãos pélvicos.

2. Os antecedentes pessoais que devem ser minimamente investigados nessa mulher são:

- a) comorbidades, medicação em uso, cirurgias prévias, irradiação pélvica.
- b) medicação em uso, cirurgias prévias, comorbidades.
- c) irradiação pélvica, comorbidades, cirurgias prévias.
- d) cirurgias prévias, medicação em uso, irradiação pélvica.

3. Os elementos do exame físico que devem ser minimamente avaliados nessa mulher são:

- a) perda objetiva de urina, abdome, genitais internos, prolapso de órgãos pélvicos, musculatura do assoalho pélvico.
- b) genitais externos, perda objetiva de urina, abdome, genitais internos, musculatura do assoalho pélvico.
- c) IMC, musculatura do assoalho pélvico, abdome, genitais externos, prolapso de órgãos pélvicos, genitais internos, perda objetiva de urina.
- d) prolapso de órgãos pélvicos, musculatura do assoalho pélvico, IMC, abdome, genitais externos.

Mulher, 45 anos, ciclos menstruais regulares, G4P3A1 (4 gestações, 3 partos e 1 aborto), procura a USF com queixa de perda de urina ao tossir ou espirrar, sem outros sintomas urinários. Ao exame físico pélvico sem anormalidades.

4. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) Síndrome da Bexiga Hiperativa.
- b) Incontinência Urinária de Esforço.
- c) Incontinência Urinária por Urgência.
- d) Incontinência Urinária Mista.

5. A conduta inicial mais adequada para essa paciente é:

- a) Urina I, urocultura, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, redução de peso, manter acompanhamento na USF.
- b) Redução de peso, urina I, urocultura, urodinâmica, prescrição de antimuscarínicos, manter acompanhamento na USF.
- c) Urodinâmica, urocultura, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, encaminhamento ao médico especialista.
- d) Urina I, prescrição de antimuscarínicos, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, encaminhamento ao médico especialista.

Mulher, 62 anos, menopausada há 10 anos, G2P1A1 (2 gestações, 1 parto e 1 aborto), procura a USF queixando-se de perda urinária antes de chegar ao banheiro, precedida por um desejo súbito e incontrolável de urinar. Não apresenta restrições locomotoras.

6. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) Incontinência Urinária Mista.
- b) Incontinência Urinária Postural.
- c) Incontinência Urinária de Esforço.
- d) Incontinência Urinária por Urgência.

7. A conduta inicial mais adequada para essa paciente é:

- a) Urina I, urocultura, antimuscarínicos, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, manter acompanhamento na USF.
- b) Treinamento vesical, urocultura, urodinâmica, urina I, encaminhamento ao médico especialista.
- c) Exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, urodinâmica, urocultura, encaminhamento ao médico especialista.
- d) Urocultura, urina I, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, antimuscarínicos, treinamento vesical, manter acompanhamento na USF.

8. Mulher, 57 anos, G2P2, vem à consulta com queixa de perda de urina ao tossir e espirrar. Nega urgência miccional. Apresenta história de infecções do trato urinário recorrentes no passado. Ao exame físico, presença de prolapso genital significativo. A conduta mais adequada é:

- a) Urocultura, urina I, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, manter acompanhamento na USF.
- b) Urodinâmica, urina I, urocultura, antimuscarínicos, encaminhamento imediato ao especialista.
- c) Urina I, urocultura, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, encaminhamento imediato ao especialista.
- d) Urografia excretora, urodinâmica, urocultura, antimuscarínicos, manter acompanhamento na USF.

9. Segundo a Sociedade Internacional de Incontinência (*International Continence Society - ICS*), o conceito mais atual de incontinência urinária é:

- a) queixa de qualquer perda involuntária de urina.
- b) queixa de perda involuntária de urina que é comprovada na avaliação urodinâmica.
- c) queixa de perda involuntária de urina que é objetivamente visível.
- d) queixa de perda involuntária de urina que causa um problema social ou higiênico.

PARTE III – ATITUDES

Assinale cada afirmativa com um X de acordo com a sua opinião.

Afirmativas	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. A incontinência urinária deve ser investigada somente quando a mulher apresenta queixa de perda de urina.				
2. Considero relevante a investigação de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de incontinência urinária.				
3. É papel do enfermeiro que trabalha na atenção primária realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.				
4. É papel do enfermeiro que trabalha na atenção primária realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.				
5. É papel do médico que trabalha na atenção primária realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.				
6. É papel do médico que trabalha na atenção primária realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.				
7. A Estratégia Saúde da Família oferece os recursos necessários para a investigação diagnóstica e o tratamento da incontinência urinária não complicada.				
8. Existem recursos clínicos e cirúrgicos disponíveis para reverter a incontinência urinária feminina.				
9. É papel do enfermeiro que trabalha na ESF orientar a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.				
10. É papel do médico que trabalha na ESF orientar a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.				

PARTE IV – PRÁTICA

Assinale cada afirmativa com um X de acordo com a frequência com que você realiza determinada ação:

Afirmativas	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre
1. Investigo sinais e sintomas de incontinência urinária em mulheres mesmo quando não apresentam queixa de perda de urina.				
Para responder às questões de número 2 a 9, considere o enunciado: Quando detecto sinais e sintomas de incontinência urinária:				
	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre
2. Investigo a presença de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras.				
3. Investigo a presença e a severidade de sintomas sugestivos de doença neurológica.				
4. Investigo hábitos relacionados ao estilo de vida como: prática de				

exercício físico, tabagismo, ingestão de alimentos e líquidos.				
5. Investigo a presença de limitações físicas e cognitivas que afetam a mobilidade.				
6. Avalio o impacto dessa condição sobre a qualidade de vida das mulheres.				
7. Solicito exames laboratoriais.				
8. Prescrevo exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico.				
9. Início terapêutica medicamentosa.				
10. Realizo atividades de Educação Permanente com a equipe para capacitá-la em relação ao cuidado da mulher com incontinência urinária.				
11. 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.				

PARTE V

Você encontra barreiras na sua prática clínica em relação à assistência de mulheres com incontinência urinária? Descreva-as.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS)

Você está sendo convidado(a) para participar do projeto de pesquisa intitulado **“Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina”**. O objetivo deste projeto é analisar os conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à incontinência urinária (IU) feminina.

Você foi selecionado por ser especialista na área de Saúde da Mulher/ Ginecologia e Obstetrícia e sua participação não é obrigatória. Esta consistirá em uma entrevista sobre as competências necessárias aos médicos e enfermeiros da ESF para uma adequada assistência às mulheres com IU. A referida entrevista compreende uma das etapas do estudo acima mencionado e tem como objetivo identificar os eixos temáticos para a construção do questionário que será utilizado para a coleta de dados.

Os riscos da sua participação neste projeto de pesquisa consistem no tempo necessário para responder à entrevista ou em algum tipo de constrangimento para responder as questões. Para minimizar tais riscos, a entrevista será agendada conforme sua disponibilidade e você poderá deixar de responder às questões caso sinta-se constrangido(a).

O benefício da sua participação neste projeto de pesquisa se refere à contribuição para a análise das práticas dos médicos e enfermeiros da ESF. A partir destes dados os pesquisadores poderão propor intervenções para melhorar a assistência das mulheres com queixa de IU atendidas no sistema público de saúde do município de São Carlos.

Todas as informações obtidas neste projeto serão confidenciais e estará assegurado o sigilo de qualquer resultado, uma vez que os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. As informações obtidas neste projeto serão utilizadas para fins científicos e poderão ser apresentadas em congressos, simpósios e demais eventos similares e utilizadas para elaboração de artigos científicos.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir e retirar o consentimento sem nenhum tipo de prejuízo.

Você receberá uma cópia desse consentimento e em qualquer etapa do projeto terá acesso aos responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Os responsáveis poderão ser encontrados no Departamento de Medicina da UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP; Fone: (16) 3351-8340 e pelos seguintes e-mails: Ana Carolinne Portela Rocha, e-mail: carolptlrch@gmail.com; Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari, e-mail: fercallegari@ufscar.br;

Eu, _____,
declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação neste projeto e concordo em participar.

Os responsáveis me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____/____/____

Assinatura do sujeito: _____

Responsáveis pelo projeto:

Ana Carolinne Portela Rocha _____

Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari _____

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDO PILOTO)

Você está sendo convidado a participar do estudo piloto da pesquisa intitulada **“Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina”**. O objetivo deste projeto de pesquisa é analisar os conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina.

Para isso você será convidado(a) a responder a um questionário composto por questões sobre dados pessoais como idade, sexo, categoria profissional, formação profissional, local e tempo de atuação em serviços públicos e privados de saúde, e questões sobre seus conhecimentos, atitudes e prática em relação à incontinência urinária feminina. Após responder ao questionário, você responderá a algumas questões para avaliar o mesmo com relação ao tempo despendido, à clareza, coerência e objetividade das questões, e às dificuldades encontradas.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir da participação e retirar o consentimento sem nenhum tipo de prejuízo.

Os riscos da sua participação neste projeto de pesquisa consistem no tempo necessário para responder ao questionário, e em ter alguma dificuldade em entender o que está sendo perguntado no mesmo ou sentir algum tipo de constrangimento em responder as questões. Você será avisado, antes do início da aplicação do questionário, que poderá, a qualquer momento, solicitar ajuda dos pesquisadores para esclarecer o enunciado das questões nas quais tiverem alguma dificuldade de entendimento. Os membros da equipe deste projeto de pesquisa esclarecerão as dúvidas tomando o cuidado para não induzi-lo a uma determinada resposta. Também será explicado que você poderá deixar de responder o questionário por completo ou qualquer questão caso sinta-se constrangido.

O benefício da sua participação neste projeto de pesquisa se refere à adequação do questionário que está sendo elaborado que utilizado para a coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos - SP. A partir dos dados os pesquisadores poderão propor intervenções para melhorar a assistência das mulheres com queixa de incontinência urinária atendidas no sistema público de saúde de São

Carlos. Você também poderá adquirir conhecimentos e refletir sobre a sua atuação profissional e as dificuldades para exercê-la.

Todas as informações obtidas nesta etapa do projeto serão confidenciais e estará assegurado o sigilo de qualquer resultado, uma vez que o seu nome não constará em nenhum documento. Os dados serão utilizados exclusivamente para adequação do questionário e não serão analisados, apresentados em congressos, simpósios e demais eventos similares, tampouco utilizados para elaboração de artigos e outros trabalhos científicos.

Em qualquer momento você terá acesso aos responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis poderão ser encontrados no Departamento de Medicina da UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP; Fone: (16) 3351-8340 e pelos seguintes e-mails: Ana Carolinne Portela Rocha, e-mail: carolptlrch@gmail.com; Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari, e-mail: fercallegari@ufscar.br.

Eu, _____,
declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação neste projeto piloto e concordo em participar. Os responsáveis me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br
Riberão Preto, ____ / ____ / ____

Assinatura do sujeito: _____

Responsáveis pelo projeto:

Ana Carolinne Portela Rocha _____

Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina”**. O objetivo deste projeto de pesquisa é analisar os conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina.

Para isso você será convidado(a) a responder de forma anônima a um questionário composto por questões sobre dados pessoais como idade, sexo, formação profissional, local e tempo de atuação em serviços públicos e privados de saúde, e questões sobre seus conhecimentos, atitudes e prática em relação à incontinência urinária feminina.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir da participação e retirar o consentimento sem nenhum tipo de prejuízo.

Os riscos da sua participação neste projeto de pesquisa consistem no tempo necessário para responder ao questionário, e em ter alguma dificuldade em entender o que está sendo perguntado no mesmo ou sentir algum tipo de constrangimento em responder as questões. Você será avisado, antes do início da aplicação do questionário, que poderá, a qualquer momento, solicitar ajuda dos pesquisadores para esclarecer o enunciado das questões nas quais tiverem alguma dificuldade de entendimento. Os membros da equipe deste projeto de pesquisa esclarecerão as dúvidas tomando o cuidado para não induzi-lo a uma determinada resposta. Também será explicado que você poderá deixar de responder o questionário por completo ou qualquer questão caso sinta-se constrangido.

O benefício da sua participação neste projeto de pesquisa se refere à análise por parte dos pesquisadores da prática dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. A partir destes dados os pesquisadores poderão propor intervenções para melhorar a assistência das mulheres com queixa de incontinência urinária atendidas no sistema público de saúde do município de São Carlos. Você também poderá adquirir conhecimentos e refletir sobre a sua atuação profissional e as dificuldades para exercê-la.

Todas as informações obtidas neste projeto serão confidenciais e estará assegurado o sigilo de qualquer resultado, uma vez que o seu nome não constará em nenhum documento. As informações obtidas neste projeto serão utilizadas para fins científicos e poderão ser apresentadas em congressos, simpósios e demais eventos similares e utilizadas para elaboração de artigos científicos.

Você receberá uma cópia desse consentimento e em qualquer etapa do projeto terá acesso aos responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Os responsáveis poderão ser encontrados no Departamento de Medicina da UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP; Fone: (16) 3351-8340 e pelos seguintes e-mails: Ana Carolinne Portela Rocha, e-mail: carolptlrch@gmail.com; Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari, e-mail: fercallegari@ufscar.br;

Eu, _____,
declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação neste projeto e concordo em participar.

Os responsáveis me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____/____/____

Assinatura do sujeito: _____

Responsáveis pelo projeto:

Ana Carolinne Portela Rocha _____

Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO À INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA.

Pesquisador: Ana Carolinne Portela Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26689714.1.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 573.992

Data da Relatoria: 11/02/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto com o escopo e metodologias bem definidos e em acordo com o estado da arte apresentado.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto que visa analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à incontinência urinária feminina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

bem definidos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto muito interessante que visa identificar os fatores que podem estar influenciando a atuação dos médicos e enfermeiros na assistência às mulheres com incontinência urinária

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

aprovar

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 573.992

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 29 de Março de 2014

Assinador por:
Roquelaine Batista dos Santos
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



TERMO DE ANUÊNCIA

Autorizo que as pesquisadoras Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodvalho Callegari – orientadora de mestrado, Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano – Co-orientadora de mestrado e Ana Carolinne Portela Rocha – Fisioterapeuta mestranda, responsáveis pelo projeto de pesquisa a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/ UFSCar) e intitulado **“Práticas de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina”**, convidem as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos para coletar os dados necessários para a referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFSCar.

São Carlos, 03 de dezembro de 2013.

Michelle Miorin Libero

Michelli M. Libero
Diretora do Depto. de
Gestão do Cuidado
Ambulatorial / S.M.S.

Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

ANEXO C – PARECER SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS



Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Rua 9 de Julho, 754 – São Carlos-SP
CEP: 13560-042– Fone (16) 3371 1716

PARECER Nº 79/2013

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento de Projeto de Pesquisa intitulado: **“Práticas de Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina”** a ser desenvolvido pela aluna Ana Carolinne Portela Rocha do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, sob orientação da Prof. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari e co-orientação da Prof. Dra. Adriana Barbieri Feliciano, tendo como objetivo geral analisar as práticas dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à incontinência urinária feminina.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, como por exemplo, a preocupação quanto ao sigilo das informações e que a pesquisadora tomará as devidas condutas para minimizá-lo, no sentido de ocultar e não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa; e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde-Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será realizada junto aos médicos e enfermeiros das 17 Equipes de Saúde da Família, caso haja necessidade de utilização do espaço das Unidades afetas ao DGCA da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- A pesquisadora deverá se apresentar à gestão das Equipes portando cópia deste parecer;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado, após Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e,
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 05 de dezembro de 2013.

Michelle Miorim Líbero
Diretora do Depto de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Michelle M. Líbero
Diretora do Depto. de
Gestão do Cuidado
Ambulatorial / S.M.S.

ANEXO D – PARECER SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 2676/14
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 02 de julho de 2014.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari
Prezada pesquisadora
Ana Carolinne Portela Rocha

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, a Coordenadora do Programa de Estratégia Saúde da Família – **Maria Alice de Freitas Colli Oliveira**, bem como o membro desta Comissão - **Regilene M. Zacareli Cyrillo**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA EM RELAÇÃO À INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista às rotinas destes estabelecimentos de saúde, e que ao término do estudo seja disponibilizada uma cópia a área Programática.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2014 022806 0.

Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta dos dados e Ofício de Coparticipação acontecerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padua
CRB - 8/8168

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde