

Elma Gomes Pereira

elmaygomes@gmail.com

Fisioterapeuta. Pós-graduanda no Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Fisioterapia Pélvica.

Aline Moreira Ribeiro

alinemrib@gmail.com

Professora Mestre e Doutora no Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Fisioterapia Pélvica.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 –
Capoeiruçu - CEP: 44300-000 - Cachoeira,
BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

*PRIMARY CARE IN THE PREVENTION OF FEMALE
URINARY INCONTINENCE: INTEGRATIVE LITERATURE
REVIEW*

RESUMO

Introdução: A International Continence Society (ICS) define a incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina, sendo a condição multifatorial na sua origem. **Objetivo:** Demonstrar o papel da atenção primária na prevenção da IU feminina. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura que incluiu estudos que discutiram o impacto da atenção primária na prevenção da IU feminina nos últimos 10 anos (2009 a 2019). As bases de dados consultadas foram PubMed, PEDro, Scielo e Cochrane Library, utilizando os termos de busca "urinary incontinence", "primary health care" e "prevention". **Resultados:** Dez estudos foram selecionados para a revisão. O tamanho total amostral variou de 1 (uma) a 1000 mulheres. A variação de idade estudada foi de 23 a 65 anos. A maioria dos estudos demonstra que os programas de treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) para mulheres com IU obtiveram resultados significativos. Programas educacionais preventivos, como o ensino correto do TMAP, regimes moderados de exercícios físicos combinados, aconselhamento à mudança de hábitos e manejo adequado durante a gestação e trabalho de parto, podem evitar danos nos músculos do assoalho pélvico e, conseqüentemente, a IU. **Conclusão:** Este estudo apontou resultados significativos da atenção primária na prevenção da IU feminina, embora os achados da literatura científica sejam ainda escassos. Diante disso, sugere a importância de novas pesquisas científicas para que se possa obter conclusões mais definidas e precisas quanto à eficácia e aos benefícios da atenção primária à saúde da mulher e garantia de melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE:

Incontinência urinária; Atenção primária; Prevenção.

ABSTRACT

Background: The International Continence Society (ICS) defines urinary incontinence (UI) as any involuntary loss of urine, being a multifactorial condition of its origin. **Objective:** To demonstrate the role of primary care in preventing female UI. **Methods:** A literature review was carried out that included studies that discussed the impact of primary care on preventing of female UI in the last 10 years (2009 to 2019). The databases consulted were PubMed, PEDro, Scielo and Cochrane Library, using the search terms “urinary incontinence”, “primary health care” and “prevention”. **Results:** Ten studies were selected for review. The total sample size ranged from 01 to 1000 women. The age range studied was from 23 to 65 years. Most studies demonstrate that pelvic floor muscle training (PFMT) programs for women with UI have achieved significant results. Preventive educational programs such as correct PFMT teaching, moderate exercise regimens in combination, counseling to change habits, and proper management during pregnancy and labor, can prevent damage to the pelvic floor muscles and, consequently, UI. **Conclusion:** This study pointed out significant results of primary care in the prevention of female UI, although the findings in the scientific literature are still scarce. Therefore, it suggests the importance of new scientific research to obtain more defined and precise conclusions as to the effectiveness and benefits of primary care for women’s health and the guarantee of a better quality of life.

KEYWORDS:

Urinary incontinence; primary health care; prevention.

INTRODUÇÃO

A International Continence Society (ICS) define a incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina, sendo a condição multifatorial na sua origem⁽¹⁾. Muito comum entre as mulheres, com incidências anuais relatadas de 1% a 35%, seu impacto na qualidade de vida é significativo, levando a limitações físicas e sociais, vergonha e aumento das taxas de sintomas depressivos⁽²⁾.

Estima-se que a prevalência de IU nas mulheres varie entre 25% e 45% em diferentes países do mundo, tendo como principais fatores de risco gravidez, parto, diabetes e índice de massa corporal elevado⁽³⁾. Essa estimativa é entre 20-30% para mulheres adultas jovens (18-44), 30-40% para mulheres de meia-idade (p45-49) e 30-50% para mulheres idosas (≥ 60 anos)⁽⁴⁾.

A atenção primária (AP) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte

positivamente na situação de saúde das coletividades⁽⁵⁾. Os profissionais que compõem a equipe mínima de estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) são médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário)⁽⁶⁾.

A colaboração da AP é essencial no manejo de muitas doenças, podendo melhorar as tarefas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento⁽⁷⁾. Em se tratando da promoção da continência, destaca-se que envolve desafiar as crenças inadequadas sobre a incontinência, educar as pessoas de que existem opções terapêuticas baseadas em evidências e promover melhorias e curas em todas as idades⁽⁸⁾.

O tratamento de primeira linha para IU deve ser fornecido na AP⁽⁴⁾. E é nesse nível que se podem desenvolver ações em relação aos sintomas da IU⁽⁹⁾. A fisioterapia não consta como profissão participante do PSF⁽¹⁰⁾, porém, atua como apoio assistencial em Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas equipes de matriciamento, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e serviços de atenção especializada e hospitalar⁽¹¹⁾. É dentro dessa nova perspectiva de atuação profissional (atenção básica) que se insere o fisioterapeuta preventivo, agindo em programas de promoção de saúde e proteção específica⁽¹²⁾.

Como forma abrangente de tratamento, a fisioterapia visa à prevenção e ao tratamento da IU por meio da educação da função miccional, informação a respeito do uso adequado da musculatura do assoalho pélvico (MAP), bem como o aprendizado de técnicas e exercícios para aquisição do fortalecimento muscular⁽¹³⁾. Dentre as intervenções, o treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) é o primeiro tratamento conservador a ser recomendado para mulheres com IU⁽¹⁴⁾. Se o TMAP pode ser fornecido na AP, há evidências que indicam que isso pode prevenir, bem como tratar a IU, e, potencialmente, reduzir a necessidade de cirurgia⁽⁴⁾. A Fisioterapia pode intervir também nas alterações que levam à IU, através da cinesioterapia (com ou sem cones vaginais), eletroestimulação, *biofeedback*, terapia comportamental e consciência corporal⁽¹⁵⁾.

A literatura demonstra que, além da prevenção, a fisioterapia na AP facilita o acesso das usuárias que têm nela alternativa terapêutica de modo a promover qualidade de vida à população já acometida por algum agravamento⁽¹⁶⁾. A inserção do fisioterapeuta nas estratégias de Atenção Básica à Saúde é um processo em construção. Todavia, é sabido que, quando inserido na AP, ou seja, nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde, sua colaboração pode ser valiosa para o fortalecimento dos serviços primários⁽¹²⁾.

O estudo tem como objetivo atualizar o conhecimento sobre o papel da atenção primária na prevenção da IU feminina.

MÉTODOS

Este estudo consistiu em uma revisão integrativa de literatura. Foram selecionadas publicações dos últimos 10 anos (2009 a 2019) que discutiram o impacto da AP na prevenção da IU feminina. Não houve restrições quanto ao desenho metodológico dos estudos, porém publicações sob a forma de

editoriais, entrevistas, projetos, revisão de literatura, estudos pilotos, protocolo de estudo e dados preliminares ou conceituais foram excluídos. Artigos cujo idioma era diferente, homens incluídos, bem como outras variáveis, fora do assunto da pesquisa, e resumo também foram excluídos.

Foram incluídos artigos publicados em inglês, espanhol e português, disponíveis nas bases de dados PubMed, PEDro, Scielo e *Cochrane Library*. O período de busca ocorreu entre outubro e novembro de 2019. As seguintes palavras-chave de busca, combinadas com os operadores booleanos "AND", foram: *urinary incontinence*, *primary health care* e *prevention*. Os artigos deveriam conter o termo relacionado acima, como fator de inclusão primária.

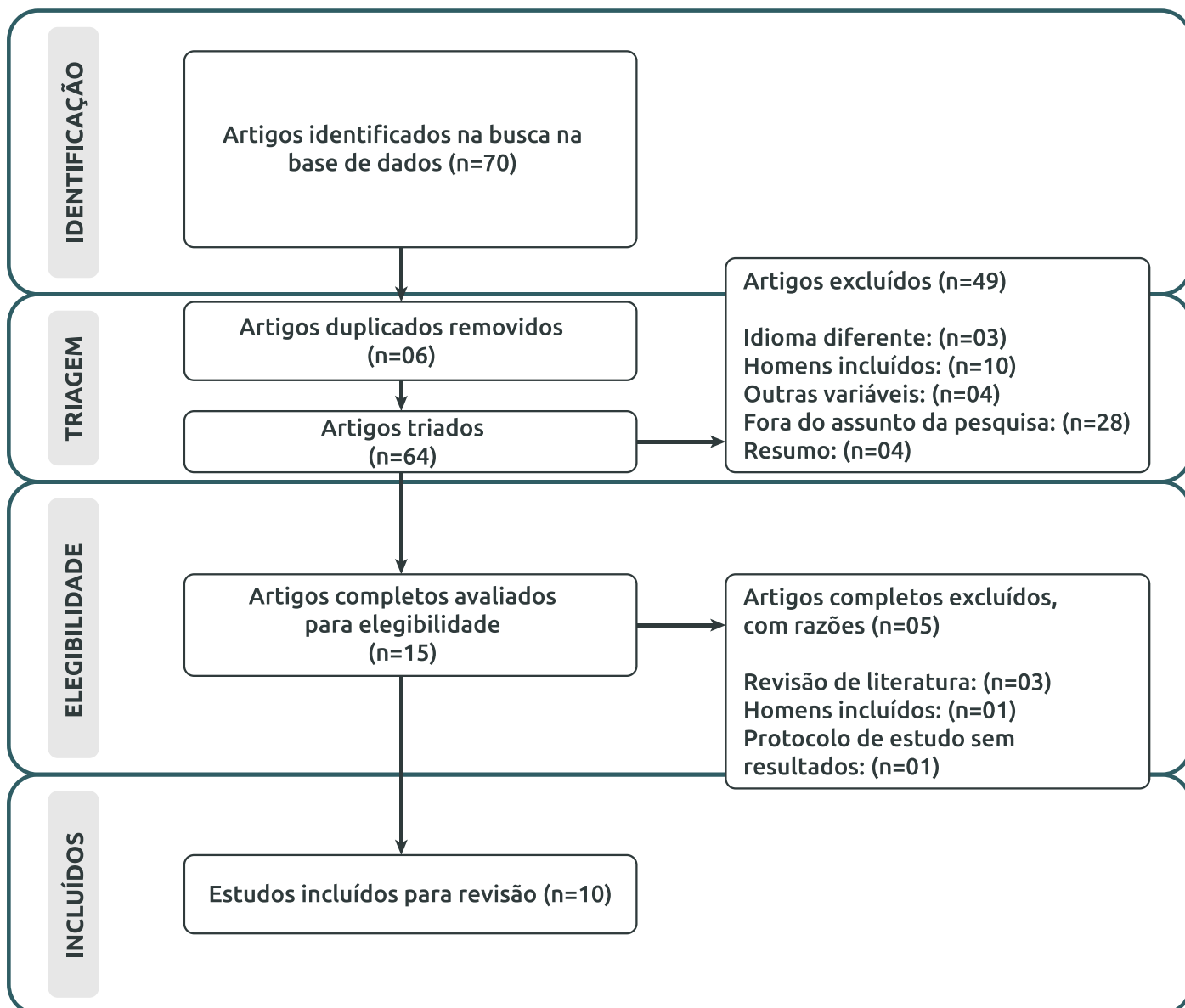
Foram rastreadas as publicações que tivessem as palavras-chave pesquisadas no título ou resumo. A extração dos dados foi através da leitura dos selecionados estudos com resumos disponíveis e cujo texto completo fosse de acesso livre. Realizou-se uma leitura de forma exploratória com a amostra previamente definida, utilizando uma tabela comum própria para análise e extração dos dados. Considerou-se: objetivo; delineamento metodológico e local de desenvolvimento do estudo; amostra; avaliação e tratamento, e resultados principais.

Os dados foram consolidados em um banco para análise logo após a sua extração. Realizou-se uma análise descritiva dos resultados devido à heterogeneidade metodológica e à diversidade de desfechos. A apresentação dos dados no estudo seguiu a terminologia utilizada pelos autores.

RESULTADOS

Foram encontradas sessenta e três publicações na *PubMed*, quatro na PEDro, um na Scielo e dois na *Cochrane*, totalizando setenta artigos. Após os critérios de exclusão serem aplicados, dez estudos foram selecionados para a revisão (Figura 1). As avaliações foram criteriosamente relatadas em 10 estudos (13%) e o delineamento da investigação mais prevalente foram estudos randomizados (n=05; 50%), seguido de estudos de caso (n=02; 20%), estudo de viabilidade (n=01; 10%), estudo observacional (n=01; 10%), estudo transversal (n=01; 10%). Destes, 3 (três) foram realizados nos Estados Unidos, 2 (dois) na Espanha, 1 (um) no Reino Unido e na Nova Zelândia, 1 (um) na Pensilvânia, 1 (um) na Noruega, 1 (um) no Nepal e 1 (um) no Canadá. Destaca-se, nesse sentido, que não foram encontrados estudos realizados no Brasil.

Figura 1 – Fluxograma com o número de artigos identificados, excluídos e incluídos na revisão de literatura. Valença, Ba, Brasil, 2020



Fonte: Dados da pesquisa

A apresentação das características dos estudos que foram incluídos, como autor e ano, jornal/ revista, local de estudo, desenho do estudo, tamanho amostral e idade (anos) estão no Quadro 1. O tamanho total amostral variou de 1 (uma) a 1000 mulheres, e em dois estudos mulheres entre 10 e 41 semanas de gestação, em dois estudos mulheres gestantes sedentárias, em dois estudos mulher com duas gestações, em três estudos mulheres com IU, e em 1 (um) estudo mulheres com IU três meses após o parto. A variação de idade foi de 23 a 65 anos.

Quadro 1 – Características gerais dos estudos selecionados. Valença, Ba, Brasil, 2020

Artigo	Autor/Ano	Jornal/Revista	País de origem do estudo	Desenho do estudo	Amostra	Idade
(17)	Acharya et al. (2019)	Jornal Internacional de Uroginecologia	Nepal	Estudo de Viabilidade.	253 mulheres com 10 semanas de gestação.	25 (4) anos.
(18)	Hernández et al. (2013)	Jornal Midwifery	Espanha	Estudo Observacional.	402 mulheres sem IU entre 37 e 41 semanas de gestação.	≤ 35 ou > 35 anos.
(19)	Bo e Haakstad (2011)	Physiotherapy	Noruega	Estudo Randomizado Controlado, Cego.	105 mulheres primíparas sedentárias randomizadas para uma classe geral de condicionamento físico, incluindo TMAP (n=52) ou um grupo controle (n=53).	30.3 (4.4) -31.2 (3.7) anos
(20)	Glazener et al. (2013)	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	Reino Unido e Nova Zelândia	Estudo Controlado Randomizado.	747 mulheres com IU três meses após o parto.	43,3 anos. (30-57)
(21)	Tannenbaum et al. (2015)	Clinical Trials	Canadá	Ensaio Clínico Randomizado Controlado por Cluster Paralelo de Dois Braços.	1000 mulheres incontinentes.	> 65 anos.
(22)	Kissler et al. (2016)	Journal of Midwifery & Women's Health	Estados Unidos	Estudo de Caso.	Uma mulher com duas gestações.	36 anos.
(23)	Lawson e Sacks (2018)	Journal of Midwifery & Women's Health	Estados Unidos	Estudo de Caso.	Uma mulher com duas gestações diagnosticada com cistocele e retocele na linha média grau II, IU de esforço e diástase reto abdominal.	32 anos.
(24)	Parden et al. (2016)	Female Pelvic Med. Reconstr Surg	Estados Unidos	Estudo Transversal.	Alunas matriculadas na Universidade do Alabama em Birmingham.	23,5 ± 3,1 anos.
(25)	Pelaez et al. (2014)	Neurourology and Urodynamics	Espanha	Ensaio Clínico Randomizado.	169 mulheres randomizadas para um grupo de exercícios (GE) (classe de exercícios incluindo TMAP) ou um grupo controle (GC).	29,9-29,1 anos.
(26)	Sampselle et al. (2017)	The Journal of Urology	Pensilvânia	Estudo controlado randomizado.	647 mulheres.	63,03 (5,43) anos.

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados principais dos artigos incluídos, bem como seus objetivos e avaliação e tratamento, estão listados no Quadro 2. Dos 10 artigos incluídos, 3 (três) avaliaram os efeitos do programa de PFMT em mulheres incontinentes, 1 (um) analisou a associação entre a IU e suas variações na gravidez e pós-parto, 4 (quatro) avaliaram a intervenção de tratamento conservador como promoção e prevenção da IU em mulheres e 2 (dois) caracterizaram a prevalência da conscientização e promoção da continência através de métodos educacionais para prevenção da IU. A maioria dos estudos demonstra que os programas de TMAP aplicados em mulheres com IU e sintomas obtiveram resultados significativos e que a adesão aos treinamentos em espaços de cuidados primários e domiciliares foi aceita entre 50 a 100% das populações estudadas. Isso denota que ainda são necessárias mais condutas informativas e preventivas para que haja continuidade nas atividades.

Os métodos de programas educacionais preventivos achados nos estudos incluem o ensino correto do TMAP, regimes moderados de exercícios físicos combinados, aconselhamento à mudança de hábitos, manejo adequado durante a gestação e trabalho de parto para evitar danos nos músculos do assoalho pélvico. Mulheres com essas desordens ou sintomas podem se beneficiar do encaminhamento a um fisioterapeuta, de modo que esquemas intensivos, educação e apoio possam ser fornecidos para garantir resultados ideais, principalmente em mulheres jovens.

Quadro 2 – Objetivos, avaliação e resultados encontrados nos estudos selecionados. Valença, Ba, Brasil, 2020

Artigo	Autor/Ano	Objetivos	Avaliação / Tratamento	Resultados
(17)	Acharya <i>et al.</i> (2019)	Desenvolver um programa TMAP e avaliar a viabilidade do programa.	Quatro visitas de acompanhamento após inclusão no Hospital Dhulikhel da Universidade de Kathmandu para TMAP supervisionado e realização diária em casa. Dados coletados por meio de questionários autorreferidos. Material educacional (vídeo, folheto e diário de exercícios) desenvolvido no Nepal.	144 (57%) mulheres compareceram a quatro ou mais visitas supervisionadas de TMAP. Não foram encontradas diferenças significativas nos sintomas de IU e prolapso dos órgãos pélvicos entre as que compareceram e as que não foram às quatro visitas do TMAP. Metade das mulheres aderiu a 50-100% do TMAP diário em casa. O PFMT supervisionado e o material educacional motivaram as mulheres ao TMAP diário.
(18)	Hernández <i>et al.</i> (2013)	Analisar a associação entre IU e peso materno e suas variações na gravidez e pós-parto.	A variável dependente foi a IU, avaliada pelo questionário <i>Urogenital Distress Inventory-Short Form</i> . As variáveis independentes foram o índice de massa corporal (IMC) na primeira consulta pré-natal e seis meses após o parto, ganho de peso durante gravidez, perda de peso pós-parto e peso retido do início da gravidez aos seis meses após o parto.	A associação de IU às variáveis foi significativa e permaneceu estável nas análises de regressão simples e múltipla com IMC aos seis meses pós-parto [<i>odds ratio</i> (OR) 1,09 versus 1,08], perda de peso do parto aos seis meses pós-parto (OR 0,88 versus 0,88) e manteve o peso desde o início da gravidez até seis meses após o parto (OR 1,23 versus 1,19).
(19)	Bø e Haakstad (2011)	Avaliar a eficácia do TMAP instruído em uma aula geral de condicionamento físico para gestantes.	12 semanas de treinamento, com aulas de condicionamento físico de uma hora, duas vezes por semana, incluindo três séries de 8 (oito) a 12 contrações musculares máximas no assoalho pélvico. O grupo controle recebeu os cuidados habituais.	Não foram encontradas diferenças significativas no número de mulheres que relataram IU, flatulenta ou anal entre o grupo do exercício e grupo controle durante a gravidez ou 6 (seis) semanas após o parto.

(20)	Glazener et al. (2013)	Determinar os efeitos a longo prazo (12 anos) de uma intervenção conservadora liderada por enfermeiros para IU pós-natal.	As mulheres foram alocadas aleatoriamente para tratamento conservador ativo após o parto (TMAP e treinamento da bexiga) ou para um grupo controle que recebeu tratamento padrão.	<p>Melhorias significativas em relação aos controles encontrados na IU (60 versus 69%; risco diferença, RD, 9,1%; Intervalo de confiança de 95%, IC 95%, 17,3 a 1,0%) e incontinência fecal (4 versus 11%; RD 6,1%; IC 95% 10,8 a 1,6%) em 1 ano não persistiram na IU (83 versus 80%; RD 2,1%; IC 95% 4,9 a 9,1%) ou incontinência fecal (19 versus 15%; RD 4,3%; IC 95% 2,5 a 11,0%) nos 12 anos de acompanhamento, independentemente da gravidade da IU na entrada do estudo.</p> <p>A prevalência de sintomas de prolapso de órgãos pélvicos não diferiu entre os grupos. No curto prazo, a intervenção motivou mais mulheres a realizar TMAP (83 versus 55%), mas isso caiu nos dois grupos em 12 anos (52 versus 49%).</p>
(21)	Tannenbaum et al. (2015)	Avaliar se a intervenção de promoção da continência melhora os sintomas de IU 12 meses após a intervenção em comparação com o grupo controle.	<p>As participantes foram recrutadas através de organizações comunitárias. Os dados foram coletados em 6 (seis) momentos: linha de base e 1 (uma) semana, 3 (três) meses, 6 (seis) meses, 9 (nove) meses e 12 meses após a linha de base.</p> <p>A intervenção de promoção da continência na melhora dos sintomas de IU foi medida com o questionário de Impressão Global de Melhoria do Paciente (IGP-I), 12 meses após a intervenção em comparação com o grupo controle.</p>	<p>Resultados coprimários incluem alterações no estigma relacionado à IU, redução de quedas, e relação custo-benefício incremental e anos de vida ajustados pela qualidade.</p> <p>Programas comunitários de promoção de continência podem ser uma estratégia econômica para reduzir a IU, estigma e quedas entre mulheres idosas com IU não tratada e, simultaneamente, melhorar a qualidade de vida e a expectativa de vida ativa saudável.</p>
(22)	Kissler et al. (2016)	Descrever vários fatores de risco comuns para IUE e oportunidades perdidas para prevenção primária de IU pós-parto.	<p>Foi escolhido para a mulher um pessário de apoio.</p> <p>Realizar 10 exercícios de Kegel 3 (três) vezes ao dia e a indicou para reabilitar o assoalho pélvico com fisioterapeuta. Iniciou o TMAP usando aparelho de <i>biofeedback</i> eletromiográfico, com contração muscular curta e sustentada, e atribuindo exercícios em casa.</p>	Os métodos mais eficazes para prevenir a IU incluem o ensino correto do TMAP, especificamente exercícios de Kegel, regimes moderados de exercícios físicos combinados, perda de peso, conselho contra o tabagismo, tratamento adequado para asma e constipação, e manejo adequado do trabalho de parto para evitar o prolapso de órgãos pélvicos, lesões na uretra e danos nos músculos do assoalho pélvico.

(23)	Lawson e Sacks (2018)	Examinar o caso de uma mulher com vários problemas relacionados ao assoalho pélvico e apresentar as evidências para o uso do TMAP para disfunção do assoalho pélvico relacionada à gravidez.	<p>Realizou-se exame físico e teste de força do assoalho pélvico ao fazer uma contração de exercício de Kegel.</p> <p>Foram recomendadas mudanças no estilo de vida que podem aliviar os sintomas e houve encaminhamento a um fisioterapeuta do assoalho pélvico para TMAP.</p>	<p>Com base na literatura que apoia o TMAP para prevenção e tratamento da IU e disfunção do assoalho pélvico, as mulheres podem ser aconselhadas a realizar o TMAP durante a gravidez e o período pós-parto precoce, desde que sejam capazes de isolar e contrair adequadamente o assoalho pélvico.</p> <p>Os prestadores de serviços de saúde devem examinar os distúrbios que se beneficiariam do TMAP, encaminhar as mulheres em tempo hábil e educá-las sobre o TMAP.</p> <p>Mulheres com desordens ou sintomas podem se beneficiar do encaminhamento ao fisioterapeuta do assoalho pélvico, de modo que esquemas intensivos, educação e apoio suficientes possam ser fornecidos para garantir resultados ideais.</p>
(24)	Parden et al. (2016)	Caracterizar a prevalência de sintomas, a conscientização de distúrbios do assoalho pélvico na família/amigos e a compreensão de fatores que contribuem para o desenvolvimento de distúrbios do assoalho pélvico em mulheres entre 19 e 30 anos.	<p>As participantes foram convidadas a preencher um breve questionário on-line usando um link de acesso seguro a um questionário enviado pelo Departamento de Eficácia e Análise Institucional da Universidade do Alabama.</p> <p>O questionário continha perguntas incluídas de questionários validados, incluindo o Índice de Gravidade da Incontinência-2 (ISI-2), o Índice de Sintomas da Incontinência Pediátrica (ISI-P), o Índice de Gravidade da Incontinência Fecal (FISI) e uma pergunta do Prolapso de Órgão Pélvico Inventário 6 (POPDI-6).</p> <p>Os resultados de “mulheres adolescentes” (19 e 24 anos) foram comparados com “mulheres jovens” (25 e 30 anos).</p>	<p>1092 questionários foram preenchidos com a idade média de $23,5 \pm 3,1$ anos. Taxa geral de IU foi de 10,3%, sem diferença entre adolescentes e mulheres jovens ($p = 0,61$).</p> <p>Não houve diferenças nas taxas de IU de urgência ($p = 0,061$), IU de esforço ($p = 0,29$) ou sintomas de prolapso de órgão pélvico (POP) ($p = 0,56$) entre os grupos. Não houve diferença entre os grupos na conscientização dos familiares com IU, incontinência fecal (IF) ou sintomas de POP ($p \geq 0,24$).</p> <p>A regressão logística mostrou que as mulheres jovens eram mais propensas a receber educação e ter maior entendimento sobre as causas em relação à IU, IF, POP.</p>

(25)	Pelaez et al. (2014)	Investigar o efeito do TMAP ministrado em uma aula geral de exercícios durante a gravidez sobre a prevenção da IU em gestantes do continente nülíparo.	<p>Consistiu em 70-75 sessões (22 semanas, três vezes por semana, 55-60 min/sessão, incluindo 10 min de TMAP).</p> <p>GE (classe de exercícios incluindo TMAP).</p> <p>O GC recebeu os cuidados habituais, acompanhamento de parteiras e informações sobre TMAP.</p> <p>Perguntas sobre prevalência e grau de IU foram feitas antes (semana 10-14) e após a intervenção (semana 36-39), usando o formulário curto de consulta internacional sobre questionário de incontinência-incontinência urinária (ICIQ-UI SF).</p>	<p>Houve diferença estatisticamente significativa a favor do GE. Frequência relatada de IU [Nunca: GC: 54/60,7%, GE: 60/95,2% (P <0,001)]. Quantidade de vazamento [Nenhum: GC: 45/60,7%, EG: 60/95,2% (P <0,001)].</p> <p>Houve também uma diferença estatisticamente significativa no escore SF do ICIQ-UI entre os grupos após o período de intervenção [GC: 2,7 (DP 4,1), GE: 0,2 (DP 1,2) (P <0,001)]. O tamanho estimado do efeito foi de 0,8.</p>
(26)	Sampselle et al. (2017)	Comparar a IU e a pontuação de urgência em dois anos de mulheres mais velhas que participaram de uma aula de saúde da bexiga de duas horas versus aquelas que assistiram a um vídeo de aula abreviado de 20 minutos com o objetivo de prevenção da IU.	<p>Um estudo aleatório de dois braços, paralelo, realizado para testar a superioridade do vídeo de 20 minutos nas aulas de 2 horas. Os resultados na linha de base e nos 3 (três), 12 e 24 meses foram as pontuações nas questões 1 (um) a 3 (três) do ICIQ-SF como desfecho primário e no IUSS.</p> <p>A intenção de tratar a análise foi feita para comparar a mudança da linha de base em cada grupo de intervenção ao longo do tempo e também entre si. A imputação múltipla foi usada para dados ausentes.</p>	<p>Não foram demonstradas diferenças nos resultados primários ou secundários entre os dois grupos, desde a linha de base até as visitas de 3 (três), 12 ou 24 meses.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Nos estudos reunidos, percebeu-se que a atenção primária tem um papel fundamental em resultados significativos no que se refere à prevenção da IU feminina e que a maioria dos artigos relacionados ao tema foi publicada nos últimos sete anos, o que demonstra interesse sobre o assunto. Poucos estudos empíricos foram conduzidos no Brasil e nos achados selecionados não houve pesquisa brasileira, o que limita a obtenção e aprofundamento de informações e dados sobre o papel da atenção primária na prevenção da IU feminina no país.

É imprescindível notar que alguns estudos revisados observaram maiores resultados de tratamento e presumivelmente eficácia durante a prevenção da IU, e que uma abordagem proativa de educação e promoção pode ser benéfica em muitos níveis. Todavia, pouca atenção ainda é dada à conduta preventiva⁽²²⁾, o que corrobora com os achados presentes na pesquisa.

Um estudo comparou a eficácia de intervenções experimentais de promoção da continência com uma intervenção de controle na melhora dos sintomas urinários em 259 mulheres com 60 anos ou mais sem tratamento de incontinência recrutadas em organizações comunitárias. A maior taxa de melhora dos sintomas urinários ocorreu entre os participantes que receberam um workshop combinado de aprendizagem construtivista de uma hora e um programa de autogestão. 66% dos participantes neste grupo obtiveram melhora nos sintomas urinários, em comparação com 11% do grupo de controle^(21,27).

Na AP, serviço esse conhecido como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se imprescindível a abordagem preventiva e tratamento precoce para IU, pois é nesse nível que se podem desenvolver ações em relação aos sintomas da IU, com intuito de minimizar as complicações e danos à saúde e à funcionalidade⁽¹⁾. As atividades desenvolvidas pela fisioterapia no contexto da AP enfatizam atenção individual e coletiva tanto em nível preventivo quanto de reabilitação junto a diferentes públicos de mulheres⁽¹⁶⁾.

Além do impacto positivo para a saúde da população feminina, a incorporação de modelo de orientações físicas na atenção primária à saúde poderia diminuir a quantidade de encaminhamentos para o nível secundário. Isso proporcionaria maior agilidade na resolutividade dos casos e reduziria o tempo de espera das mulheres que realmente necessitam de consulta especializada⁽²⁸⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual tem como princípios e diretrizes propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, visando à integralidade e à equidade da atenção a mulheres. Esse programa é composto por uma equipe da qual fazem parte todas as categorias de profissionais da saúde. O fisioterapeuta compõe essa equipe multiprofissional e interdisciplinar, o que garante o seu papel na atenção básica⁽²⁹⁾. Por esse motivo, conhecer o desenvolvimento profissional do fisioterapeuta na AP faz-se determinante na adaptação dessa estratégia.

O fisioterapeuta, atualmente, não integra a equipe mínima proposta pelo Estratégia Saúde da Família (ESF), mas está adquirindo o seu espaço, atuando nas equipes de UBS, visto que em tais unidades são realizados os atendimentos de reabilitação com orientações comportamentais,

de alongamentos, posturas e TMAP, além dos espaços domiciliares e comunitários mais próximos das residências das usuárias⁽¹⁶⁾. Nos espaços de matriciamento, atua com programas adjuntos a outros profissionais na busca por uma melhor qualidade de vida para mulheres, realizando um processo de educação profissional por meio de ações para promoção de saúde e qualidade de vida de trabalhadoras em saúde, bem como informações direcionadas a esse grupo no que concerne à demanda para assistência fisioterapêutica de pacientes com IU nos serviços de atenção básica⁽¹⁶⁾.

Por sua vez, nos NASFs a atuação do fisioterapeuta se articula com ênfase em ações educativas, preventivas e promotoras de saúde com palestras, vídeos, folhetos sobre saúde da mulher; orientações sobre mudança de estilo de vida; processo do desenvolvimento, prevenção e tratamento da IU; atividades em grupo com exercícios específicos para região do assoalho pélvico em mulheres gestantes no pré-natal e pós-natal, e em mulheres com e sem IU; visitas domiciliares com orientação a cuidadores e familiares, e encaminhamento para serviços de referência⁽³⁰⁾.

Além das UBS e NASFs, a fisioterapia também trabalha em equipes de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), nas quais participa de construções coletivas por meio de reuniões com preceptores, tutores e residentes de outras áreas da saúde, estabelecendo metas a serem atingidas em relação à gestão e ao cuidado das mulheres com IU, serviços de atenção especializada e hospitalar, o que sugere nesses dois últimos uma abordagem secundária ou terciária ainda. A lógica da responsabilização estimula o desenvolvimento de novas relações entre profissionais e usuários ao propiciar o estabelecimento de vínculos e a possibilidade de um acompanhamento continuado⁽¹⁶⁾.

A Finlândia é o país em que a figura do fisioterapeuta está bem regulamentada na AP, existindo a integração desse profissional aos trabalhos em equipe de centros de saúde básicos e apresentando a melhor relação entre número de habitantes e fisioterapeutas na AP da Europa⁽³¹⁾. Em muitos países do mundo desenvolvido, a fisioterapia está prontamente disponível para a maioria das mulheres com IU. É considerada uma profissão valiosa junto a equipes multidisciplinares anti-incontinência de profissionais sanitários, e os recursos do fisioterapeuta são baseados em conhecimentos e habilidades específicas. Incluem ainda intervenções como prevenção e diagnóstico da IU, educação e informação do público-alvo, TMAP, treinamento vesical em espaços de saúde básicos e domicílios, principalmente rurais⁽³²⁾.

No Reino Unido, políticas em saúde tem fortalecido a prestação de serviços e desenvolvimento profissional fisioterapêutico para centralizar as práticas em atendimentos primários na atenção básica⁽³³⁾. A República da Irlanda em 2001, através do serviço de saúde pública Health Service Executive transferiu 90% de seus serviços em saúde para a comunidade por meio de equipes multidisciplinares. Nestas equipes o fisioterapeuta está inserido, saindo do campo hospitalar para centros de saúde primários, espaços domiciliares e comunitários, promovendo a conscientização e prevenção da IU através de atividades em grupos e individual⁽³³⁾.

Um estudo nos Estados Unidos compreendeu palestras educativas e aplicação de questionário pré e pós-palestra e 2-4 semanas após, para avaliar a aprendizagem das mulheres sobre IU em centro comunitário. A partir daí, obteve como resultados uma boa retenção das informações ensinadas durante esse período, o que pode contribuir na melhora, tanto da sintomatologia da IU quanto na

qualidade de vida das mulheres, pela implantação dos conhecimentos adquiridos em ações práticas em suas rotinas diárias⁽³⁴⁾.

Apesar da literatura brasileira ainda não especificar em que condições, formas e espaços o fisioterapeuta pode de fato atuar aplicando suas condutas e orientações preventivas, o TMAP vem sendo utilizado de forma eficaz e benéfica na prevenção e tratamento da IU. Porém, a falta de adesão e continuidade à prática dos exercícios específicos pode interferir nos resultados positivos em mulheres com IU, como nos estudos encontrados desta revisão. A recomendação para o TMAP é amplamente apoiada. O estudo de Dumoulin e Hay-Smith (2010) conclui que havia suporte para a recomendação generalizada de que o TMAP é oferecido como programa de tratamento conservador de primeira linha para mulheres com IU⁽³⁵⁾. Em um estudo, evidenciaram que 80% das mulheres referiram melhora completa e 20%, melhora parcial dos sintomas urinários, através de um programa de TMAP junto a outras intervenções e orientações através de folheto com exercícios domiciliares⁽³⁶⁾.

A IU tem sua prevalência aumentada entre mulheres jovens na gestação e no pós-parto⁽³⁷⁾, devido as alterações que ocorrem no corpo neste período, evidenciando que, como em alguns dos estudos encontrados nesta revisão, a prevenção para esse grupo de mulheres é de relevante importância. Duas revisões sistemáticas concluíram que mulheres grávidas que foram randomizadas para TMAP pré-natal intensivo tiveram uma queda de aproximadamente 30% nos relatórios de IU até 6 (seis) meses após o parto em comparação com mulheres randomizadas sem TMAP ou atendimento pré-natal usual⁽³⁸⁻³⁹⁾. Programas de promoção da saúde que visam fornecer informações e educar esse grupo de mulheres a fim de capacitá-las a tomarem decisões positivas em relação a seus hábitos de vida são estratégias úteis no alcance de bons resultados⁽⁴⁰⁾.

Um estudo incluiu mulheres de partos vaginal e cesárea, com e sem IU nos grupos controle e intervenção e evidenciou melhora nas variáveis força muscular e perda de urina. Em uma outra revisão foi demonstrado que algumas barreiras em relação à adesão das pacientes ao TMAP no pós-parto podem ser superadas com intervenções bem delineadas e que a seleção das intervenções a serem aplicadas deve levar em consideração as características específicas desse momento peculiar do puerpério e formas de sensibilização da mulher para a adesão do treinamento⁽⁴¹⁾.

Os programas educacionais para informar às mulheres sobre a IU têm valor potencial. Esses programas podem aumentar a capacidade das mulheres de praticar o autocuidado de muitas maneiras diferentes. A inclusão de detalhes específicos sobre a IU e seus tratamentos, bem como o uso de uma linguagem de fácil compreensão, são essenciais para criar discussões significativas com as mulheres acometidas pela doença e, respectivamente, preveni-las. As mulheres podem obter informações de programas educacionais que lhes permitem obter as informações de que precisam sem ter que solicitá-las diretamente⁽⁴²⁾.

Pesquisas anteriores sugerem que uma intervenção combinando aprendizagem construtivista e uma ferramenta de autogerenciamento baseada em evidências é eficaz na redução dos sintomas urinários⁽⁸⁾. O profissional especializado em IU, portanto, deve atuar como provedor de saúde ou educador da mulher e familiares, a fim de promover a saúde e prevenir a IU ao longo de seu ciclo de vida. O papel do profissional especializado em IU é acompanhar a mulher durante seu processo

de reabilitação, informando, orientando e aplicando intervenções baseadas em objetivos claros e realistas seja dentro das UBS, centros comunitários, domicílios, unidades de ensino⁽⁴³⁾.

As intervenções conservadoras são as opções terapêuticas mais recomendadas, pois envolvem menor custo financeiro e baixo risco de efeitos colaterais, dentre as quais, o TMAP, conduzido por fisioterapeuta⁽⁹⁾. Todavia, ainda existe um percurso longo para a implementação e vivência da promoção da continência em mulheres em espaços de atendimentos preventivos de atenção primária no Brasil e em muitos outros países.

Diante das informações encontradas nos estudos reunidos, são necessários mais dados na literatura científica elucidando a quão eficaz e benéfica é a atuação da atenção primária. É preciso que tal literatura enfatize também os benefícios quanto às intervenções que ocorrem junto à AP, sejam elas medidas educativas, informativas, orientações, programas de TMAP e reabilitação na prevenção da IU feminina, para que muitos outros campos de promoção da continência possam aderir ao modelo promovendo melhor qualidade de vida às mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os dados obtidos, este estudo apontou a importância e a contribuição relevante da atenção primária na prevenção da IU feminina, embora os achados da literatura científica internacional e nacional sejam ainda escassos sobre o assunto.

Outro ponto importante é que, de acordo com as respostas apuradas nos estudos revisados, os métodos de programas educacionais preventivos, como o TMAP, exercícios combinados, orientações à mudança de hábitos, acompanhamento adequado durante a gestação e trabalho de parto para evitar danos nos MAP supervisionados por fisioterapeuta, são significativos nos resultados para melhora e contenção da IU. Porém, a falta de adesão ao TMAP e às condutas preventivas informadas pode ser um fator negativo para bons resultados na promoção da continência em espaços de atendimentos primários e domiciliares, fazendo com que as mulheres recorram à atenção secundária.

Diante das informações encontradas, sugere-se a importância de continuidade de novas pesquisas científicas para que se possa obter conclusões mais definidas e precisas quanto à eficácia e aos benefícios da atenção primária à saúde da mulher e garantia de melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

(1) Kessler M, Facchini LA., Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. Rev Bras Geriatr Gerontol, 2018;21(4):397-407. DOI: 10.1590/1981-22562018021.180015.

- (2) Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro RA, Brito LGO. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2016 Feb;38(2):97-111. DOI: [10.1055/s-0035-1571252](https://doi.org/10.1055/s-0035-1571252).
- (3) Fontenele TMO, Abdon APV, Araújo MC, Bezerra IN. Associação entre ingestão de energia e nutrientes e incontinência urinária em mulheres adultas. *Cad Saúde Colet*, 2018 Mar;26(1):45-52. DOI: [10.1590/1414-462x201800010145](https://doi.org/10.1590/1414-462x201800010145).
- (4) Child S, Bateman A, Shuttleworth J, Gericke C, Freeman R. Can primary care nurse administered pelvic floor muscle training (PFMT) be implemented for the prevention and treatment of urinary incontinence? A study protocol. *V1. F1000Res*, 2013;2(47):3. DOI: 10.12688/f1000research.2-47.v1.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 17 fev. 2022.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2022.
- (7) Sopeña-Sutil R, Tejido-Sánchez A, de Urbina MGO, Guerrero-Ramos F, García-Álvarez G, Passas-Martínez JB. Evolución de las derivaciones de atención primaria a urología. Impacto de un protocolo en enfermedad prostática y de formación continuada. *Actas Urol Esp*, 2015;39:296-302. DOI: 10.1016/j.acuro.2014.11.002.
- (8) Tannenbaum C, Agnew R, Benedetti A, Thomas D, van den Heuvel E. Effectiveness of continence promotion for older women via community organisations: a cluster randomised trial. *BMJ Open*, 2013;3(12):e004135. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004135.
- (9) Freitas CV, Capela ILB, Caldas SACS, Almeida TMG. Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. *Fisio Pesqui*, 2020 July;27(3):264-270. DOI: 10.1590/1809-2950/19015527032020.
- (10) Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Castelo Branco CE, Araújo JD Neto, Moreira AKF et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2014;27(3):224-31.
- (11) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF; 4 mar 2008; 1 (43), 38-40. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 18 fev. 2022.
- (12) Oliveira G, Andrade ES, Santos ML, Matos GSR. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortale-

za, 2011;24(4):332-339. Disponível em: <https://periódicos.unifor.br/RBPS/article/view/2090/2383>. Acesso em: 18 fev 2022.

(13) Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. Rev Bras Geriatr Gerontol, 2011 June;14(2):343-351. DOI:10.1590/S1809-98232011000200014.

(14) Figueiredo EM, Baracho SM, Vaz CT, Sampaio RF. Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. Físio Pesqui, 2012;19(2):103-108. DOI: [10.1590/S1809-29502012000200003](https://doi.org/10.1590/S1809-29502012000200003).

(15) Gasparetto A, Pivetta HM, Frigo LF, Braz MM, Padilha JF, Santos N, et al. Efeitos da fisioterapia com abordagem em grupo sobre a incontinência urinária feminina na atenção primária de saúde em Santa Maria. Disc Scientia Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, 2011 jun;12(1):59-70. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/977>. Acesso em: 17 mai. 2021.

(16) Fonseca JMA, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM, Lima LHO. Fisioterapia na atenção primária à saúde. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 2016;29(2):288-294. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4593/pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

(17) Shijagurumayum Acharya R, Tveter AT, Grotle M, Khadgi B, Braekken IH, Stuge B. Pelvic floor muscle training programme in pregnant Nepalese women-a feasibility study. Int Urogynecol J, 2020;31(8):1609-1619. DOI: 10.1007/s00192-019-04053-1.

(18) Hernández RRV, Aranda ER, Aznar CT. Urinary incontinence and weight changes during pregnancy and post partum: a pending challenge. Midw, 2013;29(12):e123-e129. DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.004.

(19) Bø K, Haakstad LA. Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomised controlled trial. Physio, 2011;97(3):190-195. DOI: 10.1016/j.physio.2010.08.014

(20) Glazener CM, MacArthur C, Hagen S, Elders A, Lancashire R., Herbison GP, et al. Twelve-year follow-up of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence and prolapse outcomes: randomised controlled trial. BJOG, 2014;121(1):112-120. DOI: 10.1111/1471-0528.12473.

(21) Tannenbaum C, Van Den Heuvel E, Fritel X, Southall K, Jutai J, Rajabali S, et al. Continence Across Continents To Upend Stigma and Dependency (CACTUS-D): study protocol for a cluster randomized controlled trial. Trials, 2015;16(565):2-8. DOI: 10.1186/s13063-015-1099-x.

- (22) Kissler K, Yount SM, Rendeiro M, Zeidenstein L. Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Case Study of Prenatal and Intrapartum Interventions. *J Mid Wom Health*, 2016;61(4):507-511. DOI: 10.1111/jmwh.12420.
- (23) Lawson S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Mid Wom Health*, 2018;63(4):410-417. DOI: 10.1111/jmwh.12736.
- (24) Parden AM, Griffin RL, Hoover K, Ellington DR, Gleason JL, Burgio KL, et al. Prevalence, Awareness, and Understanding of Pelvic Floor Disorders in Adolescent and Young Women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 2016;22(5):346-354. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000287.
- (25) Pelaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejo R, Barakat R. Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*, 2014 jan;33(1):67-71. DOI: 10.1002/nau.22381.
- (26) Sampsel CM, Newman DK, Miller JM, Kirk K, DiCamillo MA, Wagner TH, et al. A Randomized Controlled Trial to Compare 2 Scalable Interventions for Lower Urinary Tract Symptom Prevention: Main Outcomes of the TULIP Study. *J Urol*, 2017;197(6):1480-1486. DOI: 10.1016/j.juro.2016.12.099.
- (27) Agnew R, Van Den Heuvel E, Tannenbaum C. Efficiency of using community organisations as catalysts for recruitment to continence promotion trials. *Clinical Trials*, 2013;10(1):151-159. DOI: 10.1177/1740774512460144.
- (28) Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess*, 2010;14(40):1-188. DOI: <https://doi.org/10.3310/hta14400>.
- (29) Pivetta HMF, Tonello T, Bianchini VGP. A fisioterapia na atenção à saúde da mulher: como ela vem sendo percebida? *Fisioter Bras*, 2010;11(6):417-422. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1438>. Acesso em: 19 fev 2022.
- (30) Dibai AVF, Aveiro MC. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2012;25(4):397-404.
- (31) Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisio Pesq*, 2018;25(1):9-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15774625012018>. ISSN 2316-9117.
- (32) Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp*, 2006;30(3):110-22. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-4806200600020000&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 17 mai 2021.

- (33) French H, Galvin R, Musculoskeletal services in the Primary Care in the Republic of Ireland: an insight in the perspective of physiotherapists. *Physio*, 2016;103(2):121-244, <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2016.05.007>
- (34) Diokno AC, Ocampo Jr MS, Ibrahim IA, Karl CR, Lajiness MJ, Hall SA. Group session teaching of behavioral modification program (BMP) for urinary incontinence: a randomized controlled trial among incontinent women. *Int Urol Nephrol*, 2010;42(2):375-81. DOI: 10.1007/s11255-009-9626-x.
- (35) Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010;(1):CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654.pub2.
- (36) Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Clin Med*, 2011 Nov-Dez;9(6):408-13. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n6/a2557>. Acesso em: 17 mai 2021.
- (37) Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, et al. Impacto a longo prazo do tipo de parto na incontinência urinária de esforço e na incontinência urinária de urgência: uma revisão sistemática e meta-análise. *Euro Urol*, 2016;70(1):148-158. DOI: 10.1016 /j.euro-uro.2016.01.037.
- (38) Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith E. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017; 12(12):CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub3.
- (39) Moore K, Dumoulin C, Bradley C, Burgio K, Chambers T, Hagen S, et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khouy S, Wein A. (eds) *Incontinence*, 5th edn. IUCD, 5th Int Cons Incont, Paris, 2013;5(12):1101-1227. Disponível em: https://www.ics.org/Publications/ICI_4/files-book/comite-12.pdf. Acesso em: 13 mai. 2021.
- (40) Kaestner KT, Roza T, Virtuoso JF, Luz SCT. Eficácia da dinâmica de grupo em educação em saúde em mulheres com incontinência urinária. *Arq Ciênc Saúde*, 2016;23(2):54-9. DOI: 10.17696/2318-3691.23.2.2016.296.
- (41) Saboia DM, Bezerra KC, Vasconcelos Neto JA, Bezerra LRPS, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. *Rev Bras Enferm*, 2018;71(3):1460-8. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0338.
- (42) Mendes A, Hoga L, Gonçalves B, Silva P, Pereira P. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBIS Database System Rev Implement Rep*, 2017 mai; 15(5):1350-1408. DOI:10.11124/JBISRIR-2017-003389. PMID: 28498174.

(43) Pintos-Díaz MZ, Alonso-Blanco C, Parás-Bravo P, Fernández-de-Las-Peñas C, Paz-Zulueta M, Fra-dejas-Sastre V, et al. Living with Urinary Incontinence: Potential Risks of Women's Health? A Qualitative Study on the Perspectives of Female Patients Seeking Care for the First Time in a Specialized Center. *Int J Environ Res Public Health*, 2019 oct;16(19):3781. DOI: 10.3390/ijerph16193781. PMID: 31597365; PMCID: PMC6801418.

(44) Rodrigues F, Souza PS, Bitencourt LTG. A fisioterapia na Atenção Primária. *Rev Res Multi Saúde Colet UNESC*, 2013;1(1):34-38. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/arquivos/acer-vos-cehmob/oficinasencontros/l-econtro-multiprofissional/A-Fisioterapia-na-Atenção-Primária.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.