

Características e abordagem da queixa de perda urinária na prática clínica na Atenção Primária em Saúde: estudo transversal

Characteristics and approach of the complaint of urinary loss in clinical practice in Primary Health Care: a cross-sectional study

DOI:10.34117/bjdv7n4-260

Recebimento dos originais: 08/03/2021

Aceitação para publicação: 10/04/2021

Natália de Souza Duarte

Fisioterapeuta. Mestranda em Ciências do Movimento Humano. Universidade Federal do Pará. Belém, PA, Brasil
E-mail: nataliaduartefisio@outlook.com

Leticia Batista Favatto

Acadêmica de Fisioterapia. Centro Universitário Maurício de Nassau. Belém, PA, Brasil
E-mail: favattol@gmail.com

Anne Beatriz Duarte da Conceição

Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Mulher e da Criança. Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil
E-mail: annebeatrizdc@outlook.com

Raquel de Souza Mota

Acadêmica de Fisioterapia. Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil
E-mail: rquelmota03@gmail.com

João Simão de Melo Neto

Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará. Belém, PA, Brasil
E-mail: jsmeloneto@gmail.com

Tatiane Bahia do Vale Silva

Fisioterapeuta. Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ-RJ). Professora da Universidade do Estado do Pará. Tucuruí, PA, Brasil
E-mail: tatiane_bahiaft@yahoo.com.br

Érica Feio Carneiro Nunes

Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Reabilitação. Professora da Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil
E-mail: ericacarneiro@uepa.br

RESUMO

Objetivo: Verificar as características da incontinência urinária em mulheres atendidas na Atenção Primária em Saúde. Além disso, compreender como a queixa de perda urinária é abordada na prática clínica da Atenção Primária em Saúde. **Métodos:** Estudo transversal com mulheres com perda urinária atendidas na Atenção Primária em Saúde foram avaliadas por questionário estruturado e *International Consultation On Incontinence Questionnaire*. **Resultados:** Foram avaliadas 86 mulheres. As principais características da incontinência urinária em mulheres atendidas na Atenção Primária em Saúde foram a perda de urina uma vez por semana, em pequena quantidade, do tipo incontinência urinária de esforço e que promoveu impacto moderado na qualidade de vida. A maioria das mulheres não relatam aos profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde seus sintomas de perda urinária, principalmente por desconhecimento do assunto. Quando relatada a queixa de perda urinária, as mulheres foram direcionadas para realização de exames. **Conclusão:** A incontinência urinária em mulheres atendidas na Atenção Primária em Saúde apresentou características específicas. Além disso, intervenções que aumentem o conhecimento sobre incontinência urinária podem trazer melhora na comunicação desta queixa, podendo resultar em tratamento mais eficiente.

Palavras -Chaves: Atenção Primária em Saúde, Incontinência Urinária, Comportamento de Busca de Ajuda, Profissionais da Saúde, Assistência Integral à Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To verify the characteristics of urinary incontinence in women seen in Primary Health Care. In addition, to understand how the complaint of urinary loss is addressed in the clinical practice of Primary Health Care. **Methods:** Cross-sectional study with women with urinary loss seen in Primary Care Primary Health Care were assessed using a structured questionnaire and the International Consultation On Incontinence Questionnaire. **Results:** 86 women were evaluated. The main characteristics of urinary incontinence in women treated in Primary Health Care were the loss of urine once a week, in small amounts, of the type urinary stress incontinence, which promoted a moderate impact on quality of life. Most women do not report their symptoms of urinary loss to health professionals in Primary Health Care, mainly due to lack of knowledge on the subject. When the complaint of urinary loss was reported, the women were directed to undergo examinations. **Conclusion:** Urinary incontinence in women treated in Primary Health Care had specific characteristics. In addition, interventions that increase knowledge about urinary incontinence can improve the communication of this complaint, which can result in more efficient treatment.

Keywords: Primary Health Care, Urinary Incontinence, Help Seeking Behavior, Health Professionals, Comprehensive Assistance to Women's Health.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a International Continence Society (ICS), a Incontinência Urinária (IU) é definida como perda involuntária de urina durante a fase de armazenamento da bexiga. Esta afecção pode ser dividida principalmente em Incontinência Urinária de Esforço (IUE) quando a perda ocorre em situações de esforço como espirro e tosse, ou

devido a atividades esportivas; em Incontinência Urinária de Urgência (IUU) quando a perda está associada à urgência miccional; e Incontinência Urinária Mista (IUM) que é representada pela associação de situações de esforço e urgência¹.

A prevalência em mulheres no Brasil é de até 62,5%². Neste cenário, a preocupação com as implicações sociais e emocionais das mulheres que vivenciam a perda urinária devem ser objeto de reflexão sistemática em nosso meio. Afinal, sabe-se que são grandes as repercussões na qualidade de vida (QV) e funcionalidade de mulheres incontinentes, de forma que os relacionamentos pessoais, sexuais e sociais podem ser comprometidos³.

Apesar da IU ser uma condição desconfortável e, muitas vezes, constrangedora, que causa limitações e/ou alterações nas atividades sociais, ocupacionais e domésticas, é observado uma certa negligência quanto a busca por tratamento de tais disfunções, visto que muitas mulheres consideram tal fator como uma condição “natural”, demonstrando desconhecimento acerca do assunto^{4,5}.

Além disso, ao ultrapassarem suas barreiras pessoais, as mulheres com IU relatam que ao compartilharem suas queixas, comumente atribuem uma aparente indiferença dos médicos à sua condição, nem priorizando nem reconhecendo suas preocupações⁶. Vaz⁷ afirma que a maioria das mulheres diagnosticadas com IU geralmente recebe apenas tratamento medicamentoso ou é referenciada para o nível secundário e/ou terciário de atenção à saúde, fato que gera extensas listas de espera nos serviços especializados de exames e cirurgias e grande demora na resolubilidade dos casos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em contraponto, dentre as possibilidades de detecção precoce da IU, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada para o SUS. Entretanto, alguns profissionais atuantes nesse cenário apresentam conhecimento restrito/limitado sobre a IU, interferindo no diagnóstico e tratamento do problema. Além disso, essa afecção é passível de prevenção, um dos principais objetivos da APS⁸. No entanto, observa-se que neste cenário muitas vezes não são adotados procedimentos para prevenir, identificar ou tratar a IU.

Desta forma, o objetivo deste estudo é verificar as características da IU em mulheres atendidas na APS. Além disso, compreender como a queixa de perda urinária é abordada na prática clínica da APS.

2 MÉTODOS

2.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará (UEPA) (CAAE: 30022720.9.0000.5174, parecer: 4.249.892) respeitando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde e o aceite dos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo observacional, descritivo e transversal.

2.3 PARTICIPANTES

Mulheres cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Belém (PA). Foram selecionadas por meio da amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, após serem esclarecidas sobre IU e os objetos da pesquisa na sala de espera, as que aceitaram participar foram incluídas.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas mulheres a partir de 18 anos de idade, atendidas nas UBS da referida pesquisa, e com queixas de perda urinária através do ICIQ-SF. Foram excluídas as mulheres gestantes, em pós-operatório imediato de cirurgias ginecológicas, com câncer ginecológico diagnosticado, portando infecções do trato urinário, acometidas com afecções neurológicas que comprometem o trato urinário.

2.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nas seguintes etapas: no primeiro momento as mulheres receberam uma explicação na sala de espera dos locais de coleta sobre o que é IU, formas de tratamento, locais onde a mulher pode procurar este, além dos objetivos, critérios de inclusão, benefícios e riscos, e foram convidadas a participar. As que aceitaram, assinaram o TCLE. Na segunda etapa, foi aplicada um questionário estruturado através de entrevista, elaborada pela pesquisadora para caracterização das participantes, e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – short form* (ICIQ-SF). Devido a coleta ter sido realizada em meio a pandemia de COVID-19, todas as medidas de proteção preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foram seguidas.

O questionário estruturado foi elaborado pelos pesquisadores, sendo utilizado na entrevista para caracterização da amostra. Foi composta por dados sociais do participante (escolaridade; profissão; estado civil; religião; raça / cor), histórico de doenças associadas, hábitos de vida (sedentarismo; tabagismo; alcoolismo), além de, se já relatou as possíveis queixas a algum profissional de saúde e o que foi orientado pelo mesmo, caso o tenha feito, e as motivações caso não o tenha feito.

O ICIQ-SF faz parte de um projeto internacional denominado "*ICIQ Modular Questionnaire*". Avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e classifica as perdas urinárias dos pacientes analisados. É composto de quatro perguntas que avaliam a frequência, gravidade e impacto da incontinência urinária, mais um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou situações de Incontinência vivenciada pelos pacientes⁹.

O escore geral é obtido pela soma dos escores das questões 3, 4 e 5. Quanto maior o escore total do questionário maior o impacto da perda urinária sobre a QV. O impacto sobre a QV foi dividido de tal forma: nenhum impacto (0 ponto); impacto leve (de 1 a 3 pontos); impacto moderado (de 4 a 6 pontos); impacto grave (de 7 a 9 pontos); e impacto muito grave (10 ou mais pontos)¹¹.

O tipo de IU foi classificado como: “perco antes de chegar ao banheiro” como IUU; “perco quando tusso ou espirro” ou “perco quando estou fazendo atividades físicas” como IUE; “perco antes de chegar ao banheiro” e “perco quando tusso ou espirro” ou “perco quando estou fazendo atividades físicas” como IUM; “perco quando estou dormindo” como Enurese; “perco quando terminei de urinar e estou me vestindo” como gotejamento pós-miccional.

2.6 ANÁLISE DE DADOS

Na análise descritiva foram utilizadas frequência absoluta (n) e relativa (%). A normalidade dos dados foi testada pelo teste D’Agostino-Pearson. Para os paramétricos foi utilizado média e desvio padrão e para os não-paramétricos, mediana e intervalo interquartilico (IQ) 25%-75%. A presença de perda urinária e o relato dessa queixa aos profissionais foram consideradas dicotômicas em “sim” e “não” sendo utilizado o Teste Qui-quadrado e para as demais variáveis foi optado pelo Teste G (aderência) para avaliar a significância dos dados. Adotou-se o nível alfa de significância de 5% ($p < 0,05$).

3 RESULTADOS

Aceitaram participar do estudo 202 mulheres atendidas na APS, destas, 8 (9,3%) relataram que já sofreram perda urinária, mas que já estavam curadas, e 86 (42,57%) relataram perda urinária no questionário ICIQ-SF e prosseguiram na pesquisa. A média de idade das pesquisadas foi de 51,03 ± 16,13 anos. A maioria (79,06%) referiu não receber acompanhamento da Estratégia Saúde da Família (ESF) ($p < 0,0001$, Teste G-aderência).

A característica da amostra está apresentada na tabela 1. As mulheres com IU estudadas possuíam as seguintes características: ensino médio completo, solteiras, evangélicas, pardas, sem doenças associadas, e negaram tabagismo e etilismo.

Tabela 1. Características da amostra (n=86).

Variáveis	n	%	Teste G (aderência) p-valor
Escolaridade			
Ensino Médio	42	48,83	< 0,0001
Ensino Fundamental	27	31,39	
Ensino Superior	12	13,95	
Outros	5	5,81	
Profissão			
Do lar	37	43,02	0,0677
Autônoma	16	18,60	
Aposentada	13	15,11	
Outros	20	23,25	
Estado civil			
Solteira	38	44,18	0,0002
Casada	32	37,20	
União Estável	7	8,13	
Outros	9	10,46	
Religião			
Evangélica	48	55,81	< 0,0001
Católica	36	41,86	
Nenhuma	2	2,32	
Cor			
Parda	49	56,97	< 0,0001
Branca	21	24,41	
Negra	18	20,93	
Amarela	2	2,32	
Doenças associadas			
Nenhuma	49	56,97	< 0,0001
Hipertensão Arterial Sistêmica	16	18,60	
Diabetes	5	5,81	

Outras	16	18,60	
Sedentarismo			
Sim	55	63,95	
Não	31	36,04	0,0641
Fumo			
Não	72	83,72	
Anteriormente	8	9,30	< 0,0001
Sim	6	6,97	
Alcoolismo			
Não	55	63,95	
Sim	24	27,90	< 0,0001
Anteriormente	7	8,13	

Quanto às características obstétricas/ginecológicas, a mediana de gestações por mulher foi de 3 (IQ 25%-75%: 2-4), de abortos foi 0 (IQ 25%-75%: 0-1), de partos vaginais foi 1 (IQ 25%-75%: 0-3), de partos cesáreos foi 1 (IQ 25%-75%: 0-1). As mulheres estavam distribuídas em fase reprodutiva (40,97%) e não-reprodutiva (59,03%) (p = 0,2201, Teste G-aderência).

A caracterização da IU está apresentada na Tabela 2. As mulheres que relataram perda urinária foram submetidas ao questionário ICIQ-SF para a caracterização. A frequência mais encontrada foi de uma vez por semana ou menos. O relato de perda urinária em pequena quantidade foi o mais frequente. O tipo de perda mais prevalente foi IUE. Além disso, a interferência na vida diária e o score total foram compatíveis com impacto moderado da IU na QV.

Tabela 2. Caracterização da Incontinência Urinária pelo questionário ICIQ-SF (n=86).

Variáveis	n	(%)	Teste G (aderência) p-valor
Frequência de perda urinária			
Uma vez por semana ou menos	36	41,86	
Diversas vezes ao dia	20	23,25	
Duas ou três vezes por semana	19	22,09	< 0,0001
Uma vez ao dia	9	10,46	
O tempo todo	2	2,32	
Quantidade de perda urinária			
Uma pequena quantidade	58	67,44	< 0,0001
Uma moderada quantidade	20	23,25	
Uma grande quantidade	8	9,3	
Tipo de perda urinária			
IUE	29	33,72	
IU Mista	14	16,27	
IU Mista + gotejamento pós-miccional	12	13,95	0,0021
IUU	8	9,3	
Outros	23	26,74	

	Média	Desvio padrão (±)
Interferência na vida diária	4,29	3,52
Score geral	4,6	9,36

As informações sobre o relato de queixa de perda urinária aos profissionais da APS, os encaminhamentos após o relato e os motivos apontados para não relatar estão apresentados na tabela 3. A maioria das mulheres não relataram a perda urinária para um profissional da APS. As mulheres que relataram a perda urinária tiveram principalmente o encaminhamento para a realização de exames. O principal motivo para não relatar foi o desconhecimento sobre o assunto.

Tabela 3. Informações sobre o relato da queixa de perda urinária aos profissionais da APS, os encaminhamentos após o relato e os motivos apontados para não relatar.

Variáveis	n = 86		
	n	%	p-valor
Relato da queixa de perda urinária			
Não	59	68,6	0.0008 ^a
Sim	27	31,39	
	n = 27		
	N	%	p-valor
Encaminhamentos após o relato			
Prescrição de exames	7	25,92	0.1210 ^b
Cirurgia	5	18,51	
Nenhuma providência	5	18,51	
Não recorda no momento da avaliação	4	14,81	
Prescrição de medicamentos e exercícios	3	11,11	
Fisioterapia	1	3,7	
Prescrição de exames e medicamentos	1	3,7	
Orientações gerais	1	3,7	
	n = 59		
	N	%	p-valor
Motivos apontados para não relatar			
Desconhecimento do assunto	25	42,37	<0.0001 ^b
Negligência do autocuidado	13	22,03	
Não conseguir agendar consulta médica	9	15,25	
Por não haver questionamento do profissional	7	11,86	
Não encontrar oportunidade de fala durante a consulta	4	6,77	
Constrangimento	1	1,69	

^a Teste Qui-quadrado

^b Teste G-aderência

4 DISCUSSÃO

Diante da problemática envolvendo a prevenção, identificação e tratamento da IU no âmbito da APS, este estudo identificou as características da IU em mulheres atendidas na APS. Além disso, possibilitou compreender como a queixa de perda urinária é manejada neste cenário.

Sabe-se que a maior predisposição de mulheres ao desenvolvimento de IU está relacionada a questões anatômicas, como diferença no comprimento uretral em relação aos homens, alteração nos mecanismos de continência decorrentes de eventos como a gestação e o parto, bem como alterações hormonais, relacionadas ao hipoestrogenismo progressivo e esgotamento dos folículos ovarianos, comuns após a menopausa¹¹ Uma pesquisa com mulheres atendidas em uma UBS mostrou a associação entre o maior número de gestações e o desenvolvimento de IU, porém sem associação com os partos vaginais¹². Apesar de o presente estudo ter mostrado baixa quantidade de gestações e partos, sugerindo que a prevalência pode ser maior neste público.

A prevalência de IU na população estudada foi de 42,57%. Um estudo com brasileiras com média de idade de 64 anos encontrou prevalência de 52,2% de IU¹³. No entanto, um estudo estrangeiro¹⁴ com mulheres com idade média de 51 anos, idade compatível com as mulheres pesquisadas neste estudo (51,03 anos), encontrou uma prevalência menor (22,2%) do que a encontrada na presente pesquisa. Esta divergência pode ser devido às características demográficas dos distintos locais. A idade parece ser um fator que vale a pena ser destacado, visto que um estudo sugere que mulheres de 20 a 59 anos estão mais propensas a procurar ajuda profissional para IU em detrimento de mulheres com mais de 60 anos¹⁴. Enquanto que outra pesquisa sugere o contrário¹⁵.

Quanto às características da perda urinária, a mesma ocorria na maioria das mulheres 1 vez por semana, em pequena quantidade, com impacto moderado na QV, sendo principalmente do tipo IUE. Sabe-se que quanto maior a severidade da IU, maiores as chances de a mulher relatar a queixa a um profissional, no entanto, mulheres com IUE relatam menos do que mulheres acometidas por outros tipos de IU¹⁴.

Mas, independentemente da característica da perda, para falar desse assunto com o profissional de saúde muitas mulheres acometidas enfrentam as barreiras impostas pela vergonha e pelo constrangimento. Associado a isso, muitas vezes não recebem deles um direcionamento, o que as fazem sentir desamparadas e desacreditadas³.

No presente estudo, a maioria (68,6%) das mulheres não relataram suas queixas de perda urinária a um profissional de saúde. Concomitante, o estudo de Sullivan¹⁶ demonstrou que 40% das mulheres optam por não relatarem sintomas de IU a um profissional de saúde, apesar de visitarem seu clínico geral em média mais de 4 vezes por ano.

Entre as mulheres que não relataram, os principais motivos foram: desconhecimento do assunto, negligência do autocuidado, não conseguir agendar

consulta médica, não haver questionamento do profissional, não encontrar oportunidade de fala durante a consulta e constrangimento. Achados similares foram encontrados em outro estudo, no qual 51,4% das participantes não consideraram suas perdas urinárias como um problema, 46,7% sentiram que poderiam resolver o problema por conta própria, 27,2% ficaram muito envergonhados em buscar ajuda, 20,7% acharam que o problema iria embora sozinho, 19,6% estavam muito ocupados e 18,3% não sabia o que dizer se pedisse ajuda¹⁷.

Enquanto a literatura aponta que o constrangimento parece ser o fator mais importante para que a mulher não procure ajuda profissional para IU¹⁴, o presente estudo apontou que muitos outros fatores são apontados com mais frequência pelas acometidas. Fatores estes que poderiam ser sanados com ações de tecnologia leve pela equipe de saúde da APS como a educação em saúde e fortalecimento do vínculo usuário-profissional.

Para as que relataram as queixas de IU aos profissionais de saúde, os encaminhamentos após foram: prescrição de exames, cirurgia, nenhuma providência, não recorda, Fisioterapia, prescrição de medicamentos e exercícios, prescrição de exames e medicamentos e orientações gerais. Entre as mulheres, 79,06% relataram não serem acompanhadas por ESF, que é o modelo que tem a APS como centro de sua organização, ofertando um cuidado mais próximo, com vínculo fortalecido entre o usuário e o profissional¹⁸, o que poderia ter aumentado a quantidade de mulheres que relataram suas queixas urinárias a este sujeito.

Sabe-se que a APS, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários¹⁹.

Por isso, é possível realizar a abordagem terapêutica de mulheres com IU na APS, atuando de forma minimamente invasiva e, conseqüentemente, evitando procedimentos desnecessários e onerosos ao SUS. O tratamento da IU preconizado é direcionado às características que foram identificadas no diagnóstico, mas independentemente do tipo, a abordagem conservadora é sempre recomendada antes do tratamento invasivo²⁰.

Recomenda-se que este tratamento deve ser realizado por meio de intervenção fisioterapêutica inicialmente. Somente em casos de falha do tratamento, torna-se

necessário o encaminhamento para a atenção especializada²¹. No entanto, neste estudo só houve indicação de fisioterapia para 3,7% das mulheres e em outros estudos menos de 5%¹⁴.

Mesmo diante das evidências, a Fisioterapia para IU ainda não é umas das opções mais recomendadas e informadas às mulheres, sendo necessária ainda que seja mais difundida e esclarecida para que as estas possam procurar um auxílio para o tratamento, visando favorecer a melhor QV e autoestima²². Outro estudo mostra que há uma dissociação entre o conhecimento teórico dos profissionais e a conduta terapêutica adotada por eles na prática clínica, pois apesar de entenderem que o tratamento fisioterapêutico deve ser indicado como primeira escolha, essa não é a realidade²³. Na presente pesquisa verificou-se que os profissionais preferiram realizar o encaminhamento para cirurgias, não tomar nenhuma providência ou prescrever medicamentos a indicar a Fisioterapia.

Ademais, a triagem padronizada na prática clínica de rotina, particularmente como parte de uma consulta de saúde preventiva, tem o potencial de identificar as mulheres afetadas e iniciar avaliações diagnósticas e tratamento. Sendo que neste estudo muitas mulheres relataram que os profissionais nunca questionaram sobre IU, por isso elas não sentiram que deviam expor a queixa. Vários questionários clínicos breves ou autoaplicáveis para os ambientes de cuidados primários identificam mulheres com IUE, IUU ou IUM e podem ser usados para orientar avaliações diagnósticas e tratamento²⁴.

Participantes do estudo de Bascur-Castillo²⁵ referiram como pontos que poderiam facilitar a abordagem de IU na APS, a presença de profissionais com treinamento ginecológico que podem dar suporte personalizado, ou programas específicos de prevenção e promoção de atendimento ginecológico. Já os pontos que poderiam dificultar essa abordagem, incluem a falta de campanhas informativas sobre disfunção do assoalho pélvico, que possam aumentar a conscientização da população em risco.

Apesar das circunstâncias, a literatura evidencia que as mulheres acreditam que a perda urinária tem solução, apesar de ainda desconhecem os tratamentos conservadores, denotando confiança nas possibilidades dos serviços do SUS. Salienta-se que se estes tratamentos conservadores fossem mais oferecidos nos serviços de APS, poderiam contribuir com a redução de cirurgias, ocupação de leitos hospitalares e gastos com medicamentos, o que resultaria em menos custos para a gestão pública da saúde e diminuição dos riscos secundários à saúde da mulher³.

Diante disso, defende-se que dados seus escopos de prática, a eficácia da gestão conservadora e suas funções em ambientes de APS, fisioterapeutas tem uma oportunidade significativa de alavancar a colaboração que existe nas equipes de APS. Este profissional é capaz de melhorar a prestação de serviços para disfunções do assoalho pélvico através da adoção de cuidados conservadores baseados em evidências, por exemplo, fornecendo educação, aconselhamento sobre questões de estilo de vida e prescrição de exercícios²⁶.

No entanto, para que isso ocorra é necessário um programa de educação continuada, que contribua para a capacitação, qualificação e atualização de todos os profissionais de saúde que trabalham na APS²³. Neste trabalho foi verificado grande prevalência de IU, e que existem várias barreiras para o compartilhamento da queixa com um profissional, por isso quando a mulher se sentir confortável para expor espontaneamente ou através da busca dos profissionais, estes devem estar qualificados para o manejo adequado da IU, bem como a rede de saúde deve estar estruturada e funcionante.

As limitações do estudo são quanto ao viés de seleção, devido a amostragem ter sido por conveniência, e foram pesquisadas um número restrito de UBS comparado ao quantitativo do município. Sugere-se novas pesquisas que diminuam esses vieses.

5 CONCLUSÃO

As principais características da IU em mulheres atendidas na APS foram a perda de urina uma vez por semana, em pequena quantidade, do tipo IUE e que promoveu impacto moderado na QV. A maioria das mulheres não relatam aos profissionais de saúde da APS seus sintomas de perda urinária, principalmente por desconhecimento do assunto. Quando relatada a queixa de perda urinária, as mulheres foram direcionadas para realização de exames.

REFERÊNCIAS

1. D'Ancona C, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2019 Feb;38(2):433-477. doi: 10.1002/nau.23897.
2. Della Justina, LB. "Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática." *Rev Inspirar* 5.2 (2013): 1-7.
3. de Brito, FA, and Gentili RML. "Desatenção à mulher incontinente na atenção primária de saúde no SUS." *Fisioterapia Brasil* 18.2 (2017): 205-213.
4. Silva, JCP, Soler ZASG, and DominguesWysocki A. "Associated factors to urinary incontinence in women undergoing urodynamic testing." *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 51 (2017).
5. Knorst, MR, et al. "Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária." *Fisioterapia e Pesquisa* 20.3 (2013): 204-209.
6. Vethanayagam N, Orrell A, Dahlberg L, McKee KJ, Orme S, Parker SG, Gilhooly M. Understanding help-seeking in older people with urinary incontinence: an interview study. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):1061-1069. doi: 10.1111/hsc.12406.
7. Vaz, C. *Assistência Fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária na atenção básica*. [Dissertação de Mestrado]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
8. Tomasi, AVR, et al. "Incontinência urinária em idosos: práticas assistenciais e proposta de cuidado âmbito da atenção primária de saúde." *Texto & contexto enferm [Internet]* 26.2 (2017): 1-10.
9. Tamanini JTN, et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev. Saúde Pública [Internet]*. 2004; 38(3): 438-444. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>.
10. Ricceto C, Palma P, Tarazona A. Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia. *Actas Urol Esp*. 2005;29(1):31-40.
11. Almeida CJ, Ramos GCF, Barbosa ATF, Medeiros SM, Lima CA, Costa FM et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. *Cad Saude Colet*. 2017, 25(3).
12. Benício CDAV, Luz MHBA, Lopes MHBM, Carvalho NAR. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres em uma Unidade Básica de Saúde. *Estima*. 2016; 14(4):161-168.

13. Reigota RB, Pedro AO, de Souza Santos Machado V, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. *Neurourol Urodyn*. 2016 Jan;35(1):62-8. doi: 10.1002/nau.22679.
14. Raasthoj I, Elnegaard S, Rosendal M, Jarbol DE. Urinary incontinence among women-which personal and professional relations are involved? A population-based study. *Int Urogynecol J*. 2019 Sep;30(9):1565-1574. doi: 10.1007/s00192-018-3804-2.
15. Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, Fultz NH, Bump R, Obenchain R. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J Women's Health*. 2003;12(7): 687-98. <https://doi.org/10.1089/154099903322404339>.
16. Sullivan R, McNicholas T, Claffey P, Kenny RA, Briggs R. Unreported urinary incontinence: population-based prevalence and factors associated with non-reporting of symptoms in community-dwelling people ≥ 50 years. *Eur Geriatr Med*. 2020 Oct 7. doi: 10.1007/s41999-020-00412-0.
17. Lamerton TJ, Mielke GI, Brown WJ. Urinary incontinence in young women: Risk factors, management strategies, help-seeking behavior, and perceptions about bladder control. *Neurourol Urodyn*. 2020 Nov;39(8):2284-2292. doi: 10.1002/nau.24483.
18. Macinko J, and Mendonça CS. "Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados." *Saúde em Debate* 42 (2018): 18-37.
19. Mendes, EV. "O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família." (2012).
20. Silva, REG, Vivas GT, and Silva SL. Cinesioterapia na prevenção da incontinência urinária de esforço em mulheres idosas e sua relação com a qualidade de vida. *Journal of Amazon Health Science* 1.1 (2015): 78-81.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Urologia. Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_urologia_v_VI.pdf. Acesso em 2 dez. 2020.
22. dos Santos, IL, Vinha ECM, and Borges AR. "A representação das mulheres sobre a incontinência urinária (IU): um dos sofrimentos do gênero". *Humanidades e Tecnologia (FINOM)* 20.1 (2020): 341-368.
23. dos Santos, RER, and Vaz CT. "Conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde sobre a abordagem terapêutica na incontinência urinária feminina." *HU Revista* 43.3 (2017): 239-245.
24. O'Reilly N, et al. Women's Preventive Services Initiative. Screening for Urinary Incontinence in Women: A Recommendation From the Women's Preventive Services Initiative. *Ann Intern Med*. 2018 Sep 4;169(5):320-328. doi: 10.7326/M18-0595. Erratum in: *Ann Intern Med*. 2019 Sep 3;171(5):388.

25. Bascur-Castillo C, Araneda-Gatica V, Castro-Arias H, Carrasco-Portiño M, Ruiz-Cantero MT. Determinants in the process of seeking help for urinary incontinence in the Chilean health system. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Jan;144(1):103-111. doi: 10.1002/ijgo.12685.

26. Dufour S, Hondronicols A, Flanigan K. Enhancing Pelvic Health: Optimizing the Services Provided by Primary Health Care Teams in Ontario by Integrating Physiotherapists. *Physiother Can.* 2019 Spring;71(2):168-175. doi: 10.3138/ptc.2017-81.pc.