



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

JANCIARA AZEVEDO MOURÃO

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES ASSISTIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: PREVALÊNCIA, GRAVIDADE E IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA**

FORTALEZA

2021

JANCIARA AZEVEDO MOURÃO

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES ASSISTIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: PREVALÊNCIA, GRAVIDADE E IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de Concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde da Mulher e da Criança.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simony Lira Nascimento.

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M89i Mourão, Janciara Azevedo.
Incontinência urinária em mulheres assistidas na atenção primária à saúde : prevalência, gravidade, e impacto na qualidade de vida / Janciara Azevedo Mourão. – 2021.
87 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Simony Lira Nascimento.
1. Incontinência urinária. 2. Prevalência. 3. Qualidade de vida. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.
CDD 610
-

JANCIARA AZEVEDO MOURÃO

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES ASSISTIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: PREVALÊNCIA, GRAVIDADE E IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de Concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde da Mulher e da Criança.

Aprovada em: 09/07/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Simony Lira Nascimento (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Camila Teixeira Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Mayle Andrade Moreira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico esse trabalho à minha família que sempre me apoiou em busca de minhas realizações.

AGRADECIMENTOS

Nesse momento de profundo pesar em que muitas famílias foram desfeitas em consequência da pandemia do COVID -19, agradeço em primeiro lugar à Deus pelo privilégio em poder estar apresentando este trabalho e em compartilhar com minha família esta conquista.

Agradeço aos meus pais, Vandick (in memoriam) e Jancila, por seus ensinamentos e pela presença constante em minha vida.

Aos meus amados filhos, Paulo Roberto Filho e Beatriz, por acompanhar e entender meus medos e angústias nesse processo de formação acadêmica.

Ao meu amado marido Paulo Roberto pelo companheirismo, incentivo e por sempre acreditar em minha capacidade de realização pessoal e profissional.

À Ana Leticia, pela grande ajuda na reta final para essa apresentação.

Ao mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança pela oportunidade de desenvolver um estudo que enseja melhoria na condição de saúde de uma comunidade.

Aos meus colegas mestrandos, pelas constantes ajudas e que mesmo de longe me incentivaram a continuar estudando.

Agradeço às Professoras Camila Vasconcelos e Mayle Andrade pela disponibilidade e contribuições aqui deixadas.

E de forma muito especial, agradeço à minha orientadora, Professora Simony Lira, por estar sempre presente em todas as fases desse desafio, pelos ricos ensinamentos, pela paciência e resiliência na arte de ensinar.

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois inquieta. O que ela quer da gente é coragem” (Guimarães Rosa).

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é uma condição de saúde muito prevalente em mulheres, principalmente em idade avançada, que afeta consideravelmente a qualidade vida (QV), interferindo nas suas atividades e participação social, portanto, na sua funcionalidade. A Atenção Primária à Saúde (APS) é porta de entrada para essa queixa, logo o manejo da IU deveria iniciar através de tratamentos conservadores ainda na APS. O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência da IU, a gravidade e o impacto na QV das mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como identificar os fatores associados à gravidade da IU e à qualidade de vida. Trata-se de um estudo observacional transversal. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza/CE, no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021. A população de referência foi constituída por mulheres com idade a partir de 18 anos assistidas na UAPS. O *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form* (ICIQ-SF) foi utilizado para a triagem de mulheres com IU. As mulheres responderam ao *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7) para avaliação do impacto na QV, ao *Incontinence Severity Index* (ISI) para classificação da gravidade e à ficha contendo dados sociodemográficos e clínicos. Os dados foram analisados por medida de tendência central, dispersão e porcentagens. Para a análise bivariada, foram realizados os testes T de Student ou Anova para variáveis contínuas e o teste Qui-quadrado para as categóricas, adotando o nível de significância de 5%. Um total de 313 mulheres responderam ao ICIQ, com média de idade de 46,91 ($\pm 15,27$), sendo a prevalência de IU de 44,7% (IC95% 39,3%-50,2%). Dessas mulheres incontinentes, 71 foram avaliadas individualmente e tiveram média de idade de 56,9 ($\pm 12,2$) anos. A maioria (45,1%) apresentou incontinência urinária de esforço (IUE). A gravidade foi classificada em leve (14%), moderada (46,9%), grave (26,7%) e muito grave (12,6%) e o escore de impacto na QV teve média de 42,85 ($\pm 25,12$). Observou-se que quanto maior a gravidade da IU maior impacto na QV, assim como mulheres pardas ou negras e com hipertensão apresentaram piores escores na QV. A faixa etária maior que 60 anos, o baixo nível de escolaridade, maior paridade, presença de hipertensão e o sedentarismo foram associados a maior gravidade da IU. Concluiu-se que houve uma alta prevalência da IU em mulheres assistidas na APS, com predomínio de IU moderada a grave e que afeta negativamente a QV. Portanto, a triagem dos sintomas de IU, bem como a classificação da sua gravidade, principalmente em mulheres que apresentam fatores de risco, é fundamental para definir o manejo da IU em mulheres assistidas na APS. Assim, a implementação de tratamentos conservadores precocemente em mulheres com sintomas leves a moderados, ainda na APS,

poderia evitar a carga de referenciamento para a Atenção Secundária, diminuir os custos no tratamento e melhorar a QV e a funcionalidade de mulheres com IU.

Palavras-chave: incontinência urinária; prevalência; qualidade de vida; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is a very prevalent health condition in women, especially in advanced age, which considerably affects their quality of life (QoL), interfering with their activities and social participation, and, therefore, with their functionality. Primary Health Care (PHC) is the gateway to this complaint, so the management of UI should start with conservative treatments still in the PHC. The aim of this study was to assess the prevalence of UI, severity and impact on the QoL of women attended in Primary Health Care (PHC), as well as to identify factors associated with UI severity and quality of life. This is a cross-sectional observational study. The research was conducted in a Primary Health Care Unit (PHCU) inserted in the Regional Secretariat III of the city of Fortaleza/CE, from October 2020 to January 2021. The reference population consisted of women aged from 18 years of age assisted at the PHCU. The International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) was used to screen women with UI. The women answered the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) to assess the impact on QoL, the Incontinence Severity Index (ISI) to classify severity and the form containing sociodemographic and clinical data. Data were analyzed by measure of central tendency, dispersion and percentages. For the bivariate analysis, Student's T or ANOVA tests were performed for continuous variables and the Chi-square test for categorical variables, adopting a significance level of 5%. A total of 313 women responded to the ICIQ, with a mean age of 46.91 (\pm 15.27), with a prevalence of UI of 44.7% (95%CI 39.3%-50.2%). Of these incontinent women, 71 were individually assessed and had a mean age of 56.9 (\pm 12.2) years. The majority (45.1%) had stress urinary incontinence (SUI). Severity was classified as mild (14%), moderate (46.9%), severe (26.7%) and very severe (12.6%) and the QoL impact score had a mean of 42.85 (\pm 25.12). It was observed that the greater the severity of the UI, the greater the impact on QoL, as well as mixed race or black women with hypertension had worse QoL scores. It was concluded that there was a high prevalence of UI in women assisted in PHC, with a predominance of moderate to severe UI that negatively affects QoL. Therefore, screening for UI symptoms, as well as the classification of its severity, especially in women with risk factors, is essential to define the management of UI in women assisted in PHC. Thus, the early implementation of conservative treatments in women with mild to moderate symptoms, even in PHC, could avoid the burden of referral to Secondary Care, reduce treatment costs and improve the QoL and functionality of women with UI.

Keywords: urinary incontinence; prevalence; quality of life; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Resumo das normas/políticas públicas de atenção à saúde da mulher e sua relação com o manejo da IU.....	26
Figura 1 –	Fórmula para cálculo amostral de populações finitas.....	40
Figura 2 –	Fluxograma demonstrando os resultados do diagnóstico situacional.....	41
Figura 3 –	Total de mulheres que responderam ao ICIQ e total avaliadas....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida da amostra.....	61
Tabela 2 –	Frequência e quantidade da perda urinária e classificação da gravidade da IU segundo a escala ISI.....	62
Tabela 3 –	Distribuição percentual e escore do impacto na qualidade de vida de acordo com a escala da Bexiga do PFIQ-7.....	62
Tabela 4 –	Escore do impacto na qualidade de vida (PFIQ-7) entre diferentes gravidades da IU.....	63
Tabela 5 –	Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos com o impacto na qualidade de vida (PFIQ-7) e com a classificação de gravidade da IU (ISI).....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COEPP	Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Projetos Especiais
CIC	Consulta Internacional sobre Incontinência
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAP	Disfunção do assoalho pélvico
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
ICIQ -SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Índice de massa corporal
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUM	Incontinência urinária mista
IUU	Incontinência urinária de urgência
ISI	<i>Incontinence Severity Index</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF - AB	Núcleo de Atenção à Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Protocolo de Atenção Básica
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCTD	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica
PFIQ	<i>Pelvic Floor Impact Questionnaire</i>
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade de vida
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

UFC	Universidade Federal do Ceará
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TMAP	Treinamento da musculatura do assoalho pélvico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	JUSTIFICATIVA.....	20
3	OBJETIVOS.....	21
3.1	Geral.....	21
3.2	Específicos.....	21
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
4.1	Artigo - Evolução da abordagem à incontinência urinária nas políticas públicas da saúde da mulher no Brasil.....	22
5	MÉTODOS.....	39
5.1	Tipo de estudo.....	39
5.2	Local e Período da pesquisa.....	39
5.3	População e amostra.....	40
5.4	Etapas da pesquisa.....	40
5.5	Instrumentos de coleta de dados.....	42
5.6	Análise dos dados.....	43
5.7	Aspectos Éticos e Legais.....	44
6	RESULTADOS.....	46
6.1	Artigo original.....	46
6.2	Produto técnico: Proposta de fluxograma para identificação e seguimento de mulheres com incontinência urinária na Atenção Primária à Saúde.....	65
7	CONCLUSÃO	66
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICE A – COLETA INICIAL DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS.....	72
	APÊNDICE B – AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA.....	73
	APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
	ANEXO A - INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - SHORT FORM (ICIQ-SF).....	77
	ANEXO B - PELVIC FLOOR IMPACT QUESTIONNAIRE (PFIQ- 7)	78
	ANEXO C – INCONTINENCE SEVERITY INDEX - ISI.....	79
	ANEXO D - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA.....	80
	ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	81

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é uma das doenças mais prevalentes na população feminina, sendo definida pela Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society – ICS*) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, interferindo negativamente na qualidade de vida (ABRAMS *et al.*, 2010).

De acordo com a ICS, a incontinência urinária pode ser classificada em: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), manifestada como a perda urinária aos esforços, atividade física, tosse ou espirro; Incontinência Urinária de Urgência (IUU), que é a perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência, ou seja, um desejo de urinar repentino e difícil de adiar; e por fim, a Incontinência Urinária Mista (IUM), definida como a perda urinária acompanhada por urgência e esforço (HAYLEN *et al.*, 2010).

A prevalência da IU varia consideravelmente, podendo oscilar entre 12% e 51%, dependendo do conceito utilizado, dos métodos, critérios de inclusão e tipo de incontinência investigada (REBASSA *et al.*, 2013). Em estudos da população em geral, a prevalência pode variar entre 5% e 69% nas mulheres, oscilando de 25% a 45% na maioria dos estudos (ABRAMS, 2013).

Estudo brasileiro conduzido em população idosa relatou uma prevalência de IU de 23,2% entre os homens e de 31,1 % entre as mulheres (CARNEIRO *et al.*, 2017). Entretanto, o número de pessoas afetadas pode ser muito maior, pois muitas mulheres não procuram ajuda por ter vergonha, acreditando que o problema pode ser uma consequência normal do envelhecimento ou de um processo inerente a gravidez, ou ainda, que não existe tratamento (VASCONCELOS *et al.*, 2018; SESHAN; MULIIRA, 2013).

É uma das novas epidemias do século XXI agravada pelo contínuo aumento da expectativa de vida (NORTON *et al.*, 2006). Um estudo feito na população americana estimou um índice de 17,1% de mulheres na faixa etária acima de 20 anos com incontinência considerada moderada ou grave, sendo que este índice aumenta com o envelhecimento (WU *et al.*, 2014). No Brasil, estudo realizado em cinco grandes cidades avaliou os sintomas do trato urinário inferior (STUI) na população em geral com idade ≥ 40 anos, sendo 53% do sexo feminino, e constatou que a IU foi consideravelmente mais comum em mulheres com uma prevalência de 45,5%, e que 20,4% tinham queixas de IUE (SOLER *et al.*, 2018).

Quando se investigam os fatores de risco para incontinência urinária, verifica-se que há uma multifatorialidade, tais como: a idade avançada, multiparidade, hipoestrogênio, deformidade pélvica que contribuem para a perda da força muscular do esfíncter, atrofia dos

tecidos, comprometimento na função do sistema nervoso e diminuição da função do sistema circulatório podendo afetar a contratilidade da bexiga (CARVALHO *et al.*, 2014).

Consequentemente, existe uma influência negativa sobre a qualidade de vida (QV) de mulheres acometidas pela incontinência urinária, afetando o contato social, a atividade laborativa, a higiene e a vida sexual das mulheres (PINTO; NERI, 2013). Ademais, traz custos relacionados ao uso de absorventes, fraldas geriátricas e de medicamentos, tendo impacto sobre o orçamento familiar; e onera o sistema de saúde, devido à demanda de consultas para diagnóstico e internações para tratamento cirúrgico (FARIA *et al.*, 2015).

Sendo uma condição de saúde crônica, a incontinência urinária pode comprometer diferentes domínios da funcionalidade da mulher, incluindo os físicos, sociais, mentais, e a qualidade de vida. Estudo aponta uma correlação significativa entre a incontinência urinária e a funcionalidade, que se traduzem no declínio das atividades da vida diária, nas alterações cognitivas, emocionais ou nas relações sociais e refletem na diminuição da qualidade de vida (FONTES; BOTELHO; FERNANDES, 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida refere-se à percepção do indivíduo de sua posição de vida, dentro do contexto de cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação às suas metas, suas expectativas e seus padrões sociais. Portanto, qualidade de vida é um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e interrelaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (FLECK, 2000). Muitas mulheres com queixas de IU apresentam desordens emocionais, como estresse e depressão e acabam se isolando socialmente (SESHAN; MULIIRA, 2014).

Diante disso, a ICS recomenda que medidas de avaliação da qualidade de vida sejam incorporadas à prática clínica, valorizando, dessa forma, a percepção da paciente em relação ao seu estado de saúde. A aplicação de questionários para avaliação da QV tem se tornado frequente nas últimas décadas, surgindo instrumentos genéricos e específicos para determinadas patologias (TAMANINI *et al.*, 2004). No Brasil, algumas publicações recentes tratam do impacto da incontinência urinária na QV, contudo são estudos com amostra reduzida e esses utilizam diferentes instrumentos, algumas vezes não específicos para IU (KARBAGE *et al.*, 2016).

Nesse sentido, para que se consiga uma melhor QV por um maior tempo, é importante que se busque a prevenção de condições como a IU, assim como seu diagnóstico e tratamento precoce. É necessário que a avaliação, as estratégias de intervenção e os resultados sejam analisados numa perspectiva biopsicossocial, conforme preconiza a OMS e

operacionalizada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (FARIAS, 2005). Para que o tratamento seja eficiente, é necessária uma avaliação do paciente considerando não só os aspectos de estrutura e função do corpo, mas também suas atividades e participação social. Vale ressaltar que os fatores pessoais e ambientais também devem ser considerados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Existem dois tipos de tratamento para a incontinência urinária: o conservador que é definido como qualquer intervenção que não envolva abordagem cirúrgica, onde podemos incluir a modificação do estilo de vida, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), cones vaginais, biofeedback, estimulação elétrica do nervo tibial posterior, regimes de micção programados, medicamentos complementares; e o cirúrgico, cujo objetivo geral é melhorar ou curar a IU, como a colposuspensão aberta, historicamente considerada o tratamento cirúrgico “padrão ouro” para IUE (SYAN; BRUCKER, 2016).

No entanto, o interesse em técnicas mais conservadoras é crescente, sendo considerado um tratamento muito eficaz nas disfunções do assoalho pélvico (MORONI *et al.*, 2016) e recomendado pela ICS como a primeira opção de intervenção (SCHMIDT, 2017).

Uma vez que, em mulheres com incontinência urinária, geralmente existe disfunção dos músculos do assoalho pélvico, a fisioterapia visa métodos conservadores de prevenção, tratamento e cura. Isso ocorre por meio de reeducação miccional, ensino sobre o uso da musculatura do assoalho pélvico e treinamento para o fortalecimento dessa musculatura, orientados por profissionais capacitados (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

Inserida nessa abordagem conservadora está a terapia comportamental, que consiste em uma associação de técnicas que visam minimizar, ou até mesmo eliminar, a incontinência urinária por meio de mudanças nos hábitos de vida das pacientes acometidas. Esse método tem sido especialmente utilizado em pacientes com urgência, urge-incontinência e frequência urinária aumentada, porém sua eficácia na incontinência urinária de esforço também tem sido demonstrada. Essa terapia consiste em três etapas principais: diário miccional, educação e treinamento vesical (MORENO, 2009).

Segundo a ICS, a prevenção da incontinência urinária deve incluir educação sobre mudanças comportamentais como alimentação ou a frequência miccional, sobre fatores que possam estar relacionados ao aumento da probabilidade de incontinência, sobre o funcionamento normal do trato urogenital e intestinal, orientações sobre mudanças esperadas com o envelhecimento e como encontrar o tratamento mais apropriado (BOMFIM; SOUTINHO; ARAÚJO, 2014).

Kegel (1948) foi o primeiro a relatar a eficácia do treinamento físico pélvico no tratamento da incontinência urinária feminina. Em seus estudos não controlados e não randomizados, encontrou 84% de cura nos diversos tipos de incontinência. Em estudos mais recentes, o treinamento da musculatura do assoalho pélvico demonstrou redução percentual significativa da frequência dos episódios de incontinência em 60,2% no grupo com supervisão e de 43,4% no grupo em domicílio (FERREIRA; SANTOS, 2012). Em um ensaio clínico randomizado, cego e controlado em que mulheres realizaram treinamento da musculatura do assoalho pélvico, os sintomas de frequência urinária, noctúria e urgência tiveram um decréscimo significativo, bem como houve um aumento da força dessa musculatura (ALVES *et al.*, 2016).

A inserção da terapia comportamental e do TMAP em grupos de atividade física vinculados aos programas de Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser uma opção atrativa por propiciar autogestão da saúde e apresentar custos reduzidos, além de acrescentar enfoque preventivo e de manejo de disfunções urinárias em mulheres idosas. Entretanto, poucos estudos têm sido desenvolvidos enfatizando esse tipo de treinamento em programas de saúde coletiva (ALVES *et al.*, 2016).

Apesar dos grandes desafios que ainda se impõem, a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido buscada desde sua criação, na Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF), sendo reconhecida a saúde como um “direito de todos e dever do Estado” (art. 196), definindo pela primeira vez saúde como direito de cidadania. A constituição garante, além da universalização do direito à saúde, um financiamento compartilhado entre os entes da federação (art. 197) e com organização regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único orientado pela descentralização, integralidade das ações e participação da comunidade (art. 198) (BRASIL, 1988).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Fortaleza, é fundamental destacar que essa descentralização propagada pelo SUS, considera o município como instância capaz de executar as ações de saúde, pela maior proximidade entre o gestor e as carências da população adstrita, podendo propiciar melhores condições para planejar e implementar políticas públicas de saúde mais efetivas. O aperfeiçoamento da gestão do sistema de saúde nos municípios é uma realidade permanente e deverá incorporar práticas e instrumentos capazes não só de identificar as reais necessidades de saúde da população, mas também instituir uma agenda de intervenção para supri-las (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2017).

Com a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, conceituando a Atenção Básica (AB) como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, entende-se que a abordagem da IU deve ser iniciada nos centros de saúde, já que a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada preferencial do usuário no SUS (BRASIL, 2006; MENDES, 2012).

Essas ações devem ser realizadas pelas equipes multiprofissionais e dirigidas à população em território definido, sobre as quais assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006),

Vale destacar que a saúde da mulher é uma das áreas estratégicas das ações do Governo Federal para atuação em todo o território nacional com objetivo de operacionalizar os princípios de diretrizes da Atenção Básica, através de ações de caráter individual ou coletivo (BRASIL, 2006). Essa atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, de proteção assistencial e de recuperação da saúde nos três níveis de atenção, a partir de uma percepção ampliada do seu contexto de vida, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (BRASIL, 2004).

Sendo a saúde da mulher uma das prioridades do Governo Federal, o Ministério da Saúde (MS) elaborou, no ano de 2004, o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade. Esse documento passou a refletir o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, incluindo as doenças crônicas (BRASIL, 2004).

De acordo com o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa, uma publicação do Ministério da Saúde e um dos primeiros documentos a incluir a IU em políticas públicas de saúde, a incontinência urinária afeta milhões de pessoas, sobretudo as mulheres e, entre essas, as mais idosas. O documento apresenta os diversos tratamentos utilizados para esta disfunção, como é o caso das terapias comportamentais, treinamentos dos músculos do assoalho pélvico, tratamento medicamentoso e cirúrgico. Indica ainda que a conduta deve ser orientada pela natureza e intensidade da disfunção (BRASIL, 2008).

Recentemente, foi publicada uma portaria conjunta do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos aprovando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária

não Neurogênica, estabelecendo parâmetros sobre essa condição no Brasil. O protocolo contém o conceito geral da incontinência urinária não neurogênica, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, dando à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico, através da identificação de fatores de risco e da própria condição em seu estágio inicial e encaminhamentos adequados (BRASIL, 2020).

Do ponto de vista da saúde pública, vale a pena oferecer intervenções educativas associadas ao TMAP e treinamento vesical para mulheres com IU. Um ensaio clínico pragmático realizado na APS em Belo Horizonte (MG) observou a efetividade do TMAP associado ao treinamento vesical em mulheres com IU após seis semanas de tratamento fisioterapêutico, que se manteve mesmo após um mês do término das doze semanas de intervenção. Esse estudo foi delineado de forma que a abordagem da IU pudesse ser conduzida por fisioterapeutas generalistas presentes na APS, e as mulheres poderiam realizar a intervenção em domicílio ou com supervisão do profissional, após a validação e orientações iniciais individualizadas quanto a dose do TMAP. Isso sugere que a facilidade de acesso é fundamental para a oferta e adesão ao tratamento. (VAZ *et al.*, 2019).

Diante do exposto, essa pesquisa objetiva estudar sobre a IU, avaliando a prevalência, sua gravidade, o impacto na qualidade de vida, bem como a identificação dos fatores associados à gravidade e à qualidade de vida em mulheres com IU atendidas na Atenção Primária à Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Em minha atuação como fisioterapeuta e profissional que atua na Atenção Primária à Saúde como membro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), há 6 anos, diariamente percebo a carência de programas de saúde, especificamente voltados para a promoção, prevenção e tratamento de mulheres acometidas pela incontinência urinária. Normalmente não há avaliação detalhada com questionamentos e questionários específicos, não há diagnóstico precoce ou tão pouco um direcionamento adequado para a prevenção e ou tratamento.

Essa abordagem deveria ser iniciada na Atenção Primária à Saúde por uma equipe multiprofissional, onde os serviços deveriam estar qualificados para atender e resolver mais de 85% dos problemas de uma população. Os demais seriam referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica (MENDES, 2012).

Para isso, é fundamental que a Atenção Primária tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação com outros pontos da Rede de Saúde (MENDES, 2012).

Por isso, se faz necessário mais estudos sobre a prevalência, gravidade e impacto da incontinência urinária na QV das mulheres da área de abrangência das Unidades de Atenção Primária à Saúde que são atendidas, principalmente durante o atendimento no Programa de Saúde da Mulher. Essas informações geradas poderão orientar gestores e demais profissionais sobre a necessidade e efetividade da abordagem de promoção às mulheres com incontinência urinária na Atenção Primária.

O acolhimento de mulheres com incontinência urinária na Atenção Primária poderá diminuir o número de encaminhamentos para o nível secundário, evitando a exposição das pacientes a consultas e procedimentos desnecessários e, conseqüentemente, diminuindo os custos do SUS, otimizando o uso dos recursos em saúde, trazendo maior eficiência à gestão, bem como melhorias para as próprias pacientes. Poderá, inclusive, aumentar a adesão dessas mulheres ao tratamento na UAPS, reduzindo o tempo de espera das mulheres que realmente necessitem de uma consulta com especialistas e que tenham um impacto negativo importante na qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a prevalência da incontinência urinária, a gravidade e o impacto na qualidade de vida das mulheres atendidas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza – CE.

3.2 Específicos

- Caracterizar os tipos de incontinência urinária;
- Avaliar o impacto na qualidade vida de mulheres com diferentes gravidades da IU;
- Analisar os fatores associados à gravidade e à qualidade de vida em mulheres com IU atendidas na APS.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Artigo - Evolução da abordagem à incontinência urinária nas políticas públicas da saúde da mulher no Brasil

Resumo

Este artigo tem como objetivo descrever e analisar a evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil e de que forma o manejo da incontinência urinária feminina é abordado nas políticas e/ou diretrizes. Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa por meio de pesquisa documental nas leis, decretos e portarias publicadas em diários oficiais e/ou disponíveis no site do Ministério da Saúde, e em artigos publicados sobre o tema e disponíveis na íntegra no site da Biblioteca virtual em saúde – BVS e base de dados do SCIELO. Observou-se ampliação da atenção à saúde mulher nos seus diferentes ciclos da vida e condições de saúde ao longo dos anos, com a inclusão da abordagem da incontinência urinária a partir do ano de 2004 com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e culminando com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária não Neurogênica em 2020. Concluiu-se que, apesar de uma longa e fragmentada evolução das políticas públicas na saúde da mulher, temos hoje uma preocupação com a abordagem da incontinência urinária desde a Atenção Primária à Saúde com a construção da diretriz terapêutica. No entanto, há necessidade de interação entre as políticas, e principalmente da implementação do que consta em leis e protocolos. Esta implementação poderia reduzir os diagnósticos tardios, facilitar o acesso ao tratamento, e, principalmente, melhorar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.

Palavras-chave: políticas públicas; saúde da mulher; incontinência urinária feminina.

Introdução

A incontinência urinária (IU) é uma condição clínica definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como qualquer perda involuntária de urina que afeta de modo significativo a qualidade de vida das mulheres, sendo considerada um problema de saúde pública (ABRAMS *et al.*, 2003).

A IU pode ser classificada em: incontinência urinária de esforço (IUE), manifestada como a perda urinária aos esforços, atividade física, tosse ou espirro; incontinência urinária de urgência (IUU), que é a perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência, ou seja, um desejo de urinar repentino e difícil de adiar; e por fim, a incontinência urinária mista (IUM), definida como a perda urinária acompanhada por urgência e esforço (HAYLEN *et al.*, 2010).

A prevalência da IU em mulheres adultas oscila entre 30% e 60% de acordo com diferentes metodologias de estudo (MILSOM, 2017). A IUE aparece com maior prevalência em aproximadamente 50% entre as mulheres (ABRAMAS *et al.*, 2010; HAYLEN *et al.*, 2010). Um estudo realizado em cinco grandes cidades do Brasil que avaliou os sintomas do trato urinário inferior (STUI) na população em geral com idade ≥ 40 anos, sendo 53% do sexo feminino, constatou que a IU foi consideravelmente mais comum em mulheres com uma prevalência de 45,5%, e que 20,4% tinham queixas de IUE (SOLER *et al.*, 2018).

Para Oriá *et al.*, (2018), em um estudo que também avaliou a prevalência de sintomas do trato urinário inferior com mulheres atendidas em consultas de prevenção do câncer ginecológico em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) na cidade de Fortaleza/CE, a incontinência urinária foi relatada por 37,3% das mulheres.

A abordagem das mulheres com IU deve estar inserida no Sistema de Saúde Público através das políticas públicas da saúde da mulher. Mas para que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) se tornem realidade, é necessária a participação efetiva da comunidade, inserida no processo de construção de diretrizes e prioridades dessas políticas. A comunidade deve participar também do processo de fiscalização do cumprimento das leis e normas, de controle e avaliação dos serviços prestados, cobrando, acima de tudo, qualidade no atendimento (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Na definição de Costa *et al.*, (2007) “as políticas públicas de saúde destinadas ao atendimento das necessidades e dos direitos da mulher são definidas seguindo desde princípios meramente reprodutivos, voltados apenas para a concepção e anticoncepção, até aqueles mais amplos, voltados para garantir uma melhor condição de saúde e de vida”.

Entretanto, nas primeiras décadas do século XX, as mulheres não tinham uma posição que atualmente ocupam de direito na sociedade, muito menos nas políticas públicas do Brasil. A assistência à saúde da mulher foi construída ao longo várias décadas, recebendo diversas denominações e passando por várias gerações (VICTORIA *et al.*, 2011).

Até a década de 1970, a temática sobre saúde da mulher inserida nas políticas públicas era bastante limitada e as demandas se relacionavam à gravidez e ao parto. Os

programas existentes traziam uma visão restrita sobre a mulher, recomendando ações materno-infantis e eram baseados na especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (COSTA, 1999). Apesar de ter um caráter mais individual nos anos seguintes, políticas e programas permaneceram fragmentados e restritos apenas ao ciclo gravídico-puerperal, e a mulher sem atenção adequada durante todas as outras etapas de sua vida (CASSIANO, 2014).

Por influência dos movimentos feministas, a perspectiva que davam à mulher foi repensada e as questões de gênero e de posição social da mulher tiveram um importante papel no desenvolvimento de novas políticas voltadas à atenção da saúde dessa população. As mulheres tiveram grandes conquistas de igualdade de gênero, inserção no mercado de trabalho, direito a voto, criação dos métodos contraceptivos, fatos que proporcionaram melhores condições de autonomia e independência (BRASIL, 2004).

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a publicação do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programáticas”. Esse programa foi uma das maiores conquistas do movimento feminista, resultante da mobilização das mulheres brasileiras em busca da cidadania, dos direitos e do acesso ao espaço público (BRASIL, 1984).

O PAISM, representou um marco histórico nas políticas públicas onde a integralidade passa a ser uma peça fundamental das atitudes éticas e técnicas de todos os profissionais, bem como foi proposto uma reestruturação dos serviços de saúde. Além disso, demonstrou uma junção de interesses e convicções do movimento sanitário e do movimento feminista, propagando-se dentro da rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher (MEDEIROS, 2009).

A consolidação de leis e programas de saúde se intensificaram em toda a década de 1990 e se estenderam até os anos 2000, pela formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltados à atenção materno-infantil (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

No ano de 2004, respeitando a heterogeneidade socioeconômica e cultural do Brasil e compreendendo as diferenças de perfis epidemiológicos da população feminina, foi elaborado pelo Governo Federal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), implantando, com as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), nos municípios, a atenção qualificada às mulheres com queixas clínico-ginecológicas (BRASIL, 2004).

A PNAISM tem como propósitos: promover a melhoria da saúde das mulheres, ampliando o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da

saúde, em todo o território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

No que se refere à saúde da mulher com incontinência urinária, a PNAISM direciona a humanização da atenção em saúde como aspecto importante a ser posto em prática, bem como a importância do acesso aos serviços nos três níveis de assistência (federal, estadual e municipal), provisão de tecnologias necessárias, formulação de referência e contrarreferência, proporcionando à usuária do sistema público condições necessárias para o seu acolhimento, diagnóstico, tratamento e restabelecimento precoce. (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Para isso, é fundamental que haja mais informação, conscientização e capacitação dos profissionais da saúde e das mulheres sobre tais políticas a fim de fortalecer a integração da rede de assistência na Atenção Básica e Especializada, quando necessário na resolução dos problemas de saúde das mulheres com incontinência urinária. Portanto, essa revisão tem como objetivo descrever a evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil e de que forma o manejo da incontinência urinária feminina vem sendo abordado nessas políticas e/ou diretrizes até os dias atuais.

Metodologia

O presente trabalho utilizou o método de revisão bibliográfica narrativa sobre a evolução das políticas públicas nacionais implementadas de atenção à saúde da mulher, e que direcionassem ao tema da abordagem de mulheres com Incontinência urinária (IU).

Foi realizada uma pesquisa documental nas leis, decretos e portarias publicadas em diários oficiais ou disponíveis no site do Ministério da Saúde; e em artigos publicados sobre o tema, disponíveis na íntegra, no site da Biblioteca virtual em saúde – BVS e na base de dados SCIELO.

Trilhamos um caminho desde as primeiras políticas públicas regulamentadas até chegarmos ao que atualmente se preconiza como cuidados com mulheres com IU atendidas na Atenção Básica.

Para seleção dos artigos, optou-se pelo uso do vocabulário estruturado dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Políticas Públicas, Saúde da Mulher e Incontinência Urinária Feminina. Após este procedimento foram realizadas leituras dos textos para que pudessem ser excluídos os textos não voltados para o tema e selecionados os de interesse para

a temática proposta. Buscou-se identificar trechos da história e contexto social da época de sua publicação para a partir destes selecionar os documentos mais relevantes.

Ao fim da revisão, foi produzido um texto didaticamente orientado por datas para a produção do conhecimento, evidenciando o processo histórico e social, e os marcos que influenciaram na construção da política nacional de atenção integral à saúde da mulher e em especial para o cuidado e atenção a mulheres com incontinência urinária.

Resultados

Após uma leitura crítica dos documentos selecionados, foram levantados os principais marcos históricos e conceituais que influenciaram a formação das políticas de atenção à saúde da mulher e sua evolução até chegarmos à atenção à mulher com IU.

O quadro 1 apresenta um resumo das normas/Políticas, o ano e abordagem da saúde da mulher. Em seguida o texto abaixo aborda as principais políticas públicas, leis, programas e orientações que tratam da saúde da mulher e versam sobre o manejo da IU.

Quadro 1 – Resumo das normas/políticas públicas de atenção à saúde da mulher e sua relação com o manejo da IU

NORMA/POLÍTICA	ANO DE EDIÇÃO	RESUMO
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	1984	Ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM)	2004	A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).
Caderno de Atenção Básica (envelhecimento e saúde da pessoa idosa) - Manual de Atenção no Climatério/ Menopausa	2006	O caderno orienta uma avaliação global da pessoa idosa na Atenção Básica: “A presença de incontinência urinária deve ser avaliada, pois, cerca de 30% das pessoas idosas não institucionalizadas costumam apresentá-la e nem sempre a referem na avaliação clínica ou por vergonha ou por acharem comum ao processo de envelhecimento”

Protocolo de Atenção Básica - Saúde da Mulher	2016	Propõe um fluxograma de acolhimento e escuta qualificada com identificação de patologias que requerem encaminhamento, classificação da IU e tratamento conservador através de mudanças no estilo de vida, fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico através de exercícios e reeducação da bexiga.
Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para a especializada em urologia Protocolo de encaminhamento da atenção básica para a especializada em ginecologia	2016	Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia ou Ginecologia: Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de cafeína/álcool).
Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde	2019	Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso: manejo das condições geniturinárias mais prevalentes: doença renal crônica (pacientes renais crônicos não transplantados), infecção urinária, litíase renal, hiperplasia prostática benigna, incontinência urinária.
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Incontinência Urinária não neurogênica (PCDT)	2020	Aborda sobre o diagnóstico e propõe um fluxograma do manejo da IU. Propõe o tratamento conservador: mudanças no estilo de vida, treinamento dos músculos do assoalho pélvico, biofeedback, treinamento vesical e eletroestimulação com primeira linha nos casos de IU não neurogênica.

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984)

Foi um programa inovador, marcando o rompimento de princípios culturais até então implementados e limitados às demandas que se relacionavam à gravidez e ao parto, o que mudou a visão para novos critérios das reais necessidades nesse tema. Trouxe conceitos novos no cuidado à saúde da mulher com a inclusão de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Infelizmente, os estudos realizados na época demonstraram a falta de apoio para implementação do PAISM, havendo muita dificuldade e descontinuidade em sua implementação. As mudanças só começaram a surgir a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade do Governo Federal. (BRASIL, 2004)

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – “Princípios e Diretrizes” (BRASIL, 2004).

A PNAISM trouxe a garantia do acesso em todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços, baseada nos princípios do SUS. A responsabilidade passou a ser dos três níveis de gestão, de acordo com as competências de cada esfera política (Federal, Estadual e Municipal), garantindo as condições para sua execução e dando atenção integral à saúde da mulher. Compreendo o atendimento a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida e do momento em que apresenta a demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

Mediante a garantia de direitos legalmente constituídos, seu objetivo foi promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Além de contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, ampliando, qualificando e humanizando a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Em específico, sobre a incontinência urinária, houve uma ampliação ao acesso e qualificação na atenção aos problemas relacionados ao climatério na rede SUS, incluindo a abordagem às especificidades da atenção da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso.

Dentro dos objetivos específicos e estratégias da PNAISM, quanto à incontinência urinária, caberia ressaltar os seguintes (BRASIL, 2004): 1) ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, fortalecendo a Atenção Básica no cuidado com a mulher, ampliando o acesso e qualificando a atenção clínico-ginecológico na rede SUS; 2) promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, com o intuito de reduzir lesões perineais evitáveis; 3) implantar e programar a atenção à saúde da mulher no climatério na rede SUS, visando à atenção à saúde da mulher na terceira idade, incluindo a abordagem de gênero na Atenção à Saúde do Idoso, relacionando as alterações hormonais geradas por esta fase da vida.

Caderno de Atenção Básica (envelhecimento e saúde da pessoa idosa) - Manual de Atenção no Climatério/ Menopausa (BRASIL, 2006).

Levando-se em consideração o envelhecimento da população e tendo como principais referências as Políticas de Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Vida 2006, o objetivo do Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa foi dar uma maior resolutividade às necessidades da população idosa na Atenção Básica.

As condições crônicas têm expressão maior em idades mais avançadas e podem ser associadas às comorbidades, afetando a funcionalidade, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de atividades cotidianas de forma independente e limitando a participação social. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

Nesse contexto, a IU surge como problema a ser abordado na rotina de avaliação de toda pessoa idosa, pois habitualmente, a pessoa com IU não comparece à consulta por esse problema, e não fornece essa informação de maneira voluntária. Isso se deve fundamentalmente à vergonha sentida e à crença de ser esta condição uma consequência inevitável do envelhecimento (SESHAN; MULIIRA, 2013).

Nesse manual há a descrição de IU, dos tipos e suas manifestações, além de orientação quanto ao manejo da IU por causas agudas e crônicas, bem como orientações para encaminhamento ao especialista.

Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para a especializada em urologia e Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para a especializada em ginecologia (BRASIL, 2016)

Os protocolos de encaminhamentos nada mais são que uma orientação de referenciamento de usuários da Atenção Básica para outros serviços especializados. Para se efetivarem e terem maior eficiência, os protocolos precisam aumentar a capacidade clínica das equipes e fortalecer práticas de microrregulação que propiciem a comunicação entre UAPS, centrais de regulação e serviços especializados. Um dos destaques que merece ser feito é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramentas, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na AB. As duas questões chave são: 1) O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado? 2) Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

No caso da IU, as condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia ou Ginecologia são: incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de cafeína/álcool).

Protocolo de Atenção Básica - Saúde da Mulher (BRASIL, 2016)

Os Protocolos da Atenção Básica (PAB) servem como subsídios para qualificar a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com o enfoque clínico e de gestão do cuidado, considerando aspectos essenciais à produção do cuidado. É um instrumento importante para a implementação de boas práticas e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde.

O PAB tem abrangência Nacional e pode ser adotado na íntegra ou adaptado pelos gestores estaduais e municipais, conforme as necessidades e particularidades regionais. Deve, ainda, ser utilizado de forma complementar a outras publicações do Departamento de Atenção Básica (DAB), como os Cadernos de Atenção Básica e os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, num contexto de integração. Toda publicação tem seu objetivo e contribui para maximizar o potencial de ação do profissional de saúde nas variadas situações que se apresentam no cotidiano da AB.

Cada protocolo aborda um tema clínico e é elaborado com base em diversos saberes, a fim de garantir um cuidado integral sob a ótica da clínica ampliada, considerando que aspectos biológicos, psíquicos, socioeconômicos, culturais, espirituais e ambientais exercem determinação sobre o processo saúde-doença dos indivíduos. Portanto, os profissionais de saúde devem acionar recursos diversos para o cuidado.

O presente protocolo é referente ao cuidado da mulher na AB e dialoga com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ao considerar o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como perspectivas privilegiadas, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sob orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania.

Fortalece as ações voltadas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades, sendo importante a garantia do acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, construindo a autonomia de todas as mulheres, sem discriminação de raça, opção sexual e situação econômica em todas as fases da vida.

Propõe um acolhimento e escuta qualificada, através de um fluxograma com identificação de patologias que possam levar a perda urinária e que requerem encaminhamento, a classificação da IU e tratamento conservador para IU de esforço, de urgência e mista, através de mudanças no estilo de vida, reeducação da bexiga e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico por meio de exercícios.

Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019)

O objetivo geral desse documento é descrever a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS brasileira. É direcionado para a população, para os demais níveis do sistema, para os gestores e para os profissionais que atuam na área a fim de que tenham conhecimento dos serviços de saúde oferecidos, norteando essas ações como reconhecimento da clínica multiprofissional.

Não visa ser excludente, portanto, a não menção de um sinal, sintoma, diagnóstico, ação ou cuidado não significa que este não deva ser realizado na APS.

É apresentada em duas versões: uma destinada aos cidadãos brasileiros (elencando todos os serviços ofertados na APS numa linguagem destinada ao público geral e leigo) e outra destinada aos profissionais e gestores (com a lista de serviços e insumos necessários).

Em relação a IU os serviços estão listados na sessão: Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso, no item 66 que define: o manejo das condições geniturinárias mais prevalentes: doença renal crônica (pacientes renais crônicos não transplantados), infecção urinária, litíase renal, hiperplasia prostática benigna, incontinência urinária.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Incontinência Urinária não Neurogênica (BRASIL, 2020)

Os PCDT são os documentos oficiais do SUS para estabelecer os critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Neste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), foi abordado o tratamento não cirúrgico de causas de IU não neurogênicas. Especificamente da IUE e IUU no adulto, as quais são abordadas, separadamente, quanto ao diagnóstico e tratamento, considerando as diferentes condutas terapêuticas para homens e mulheres. É de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (BRASIL, 2020).

Segundo este PCDT, no tratamento da IUE para mulheres, é recomendado a conduta conservadora antes do tratamento invasivo, incluindo mudanças no estilo de vida e a adoção de técnicas de reabilitação. Pelo fato de poder antecipar uma recuperação espontânea, o tratamento conservador por meio de orientação, exercícios pélvicos e *biofeedback* deve ser a primeira escolha nos primeiros 12 meses (BONO *et al.*, 2001).

Quando se analisa os fatores de estilo de vida que podem estar associados à IUE, como a obesidade, dieta, nível de atividade física e ingestão de líquidos, uma adequação desses fatores pode melhorar essa condição. Deve-se sempre considerar a preferência da paciente e o contexto clínico avaliado na escolha da terapia.

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é recomendado como primeira linha de tratamento para melhorar a função do assoalho pélvico e a estabilidade da uretra, e quando não há adesão da paciente, outras formas de tratamento serão indicadas. O TMAP se constitui de um programa no qual as pacientes são orientadas a contrair os músculos do assoalho pélvico (MAP) por um tempo progressivo, repetidas vezes ao longo do dia, podendo ser associado ao *biofeedback* (por meio de estímulos visuais, táteis ou auditivos), estimulação elétrica de superfície ou cones vaginais (BURKHARD *et al.*, 2016; HAY-SMITH *et al.*, 2011).

Para a IUU, o PCDT recomenda a mudança de estilo de vida como opção de primeira linha para todos os pacientes. São mudanças de hábitos de fácil aplicação e baixo

custo, mas que para o sucesso de tratamento, depende muito da compreensão, motivação, adesão do paciente e do incentivo do profissional. Essas orientações são direcionadas para reeducar e aliviar os sintomas vesicais e treinar habilidades para controlar a IUU (ROBINSON; GIARENIS, 2013; SYAN; BRUCKER, 2016).

Nas abordagens estão compreendidos o diário miccional, orientações para dieta e ingestão hídrica, estratégias para o controle do desejo miccional, treinamento dos músculos do assoalho pélvico (com ou sem *biofeedback*) e estimulação elétrica.

Em adultos com IUU, o treinamento vesical é a terapia de primeira linha. Seus objetivos são corrigir os hábitos irregulares da micção frequente, melhorar o controle sobre a urgência, prolongar os intervalos de micção, aumentar a capacidade da bexiga, reduzir episódios de incontinência e principalmente, restaurar confiança do paciente. Resume-se em educar o paciente em um programa de micção com ajuste gradual de intervalos (BURKHARD, 2016).

O TMAP pode ser usado para o controle da IUU, uma vez que a contração do detrusor pode ser inibida por uma contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico (MAP). Nesse caso, o paciente é orientado a não ter pressa para ir ao banheiro e fazer contrações dos MAP de forma repetida até controlar a sensação de urgência (BURGIO; WHITEHEAD; ENGEL; 1985; DE GROAT, 1997).

Discussão

As políticas públicas de saúde no Brasil tiveram papel importante para compor e organizar o ordenamento sociopolítico e foram construídas a partir dos contextos e necessidades de diferentes segmentos sociais. Este fato demonstra que é através dos questionamentos da sociedade que as políticas tomam novos rumos. Portanto, quando se fala em políticas públicas, deve-se ter um olhar mais ampliado, pois ao definirmos políticas públicas, nos deparamos com mais significados do que realmente nos apresentam.

Os fatos não foram diferentes em relação às políticas públicas de atenção à saúde da mulher ao longo da história. Elas foram influenciadas pelas mudanças sociais que ocorriam a época, e principalmente pela necessidade de acolhimento de suas reivindicações, até então não atendidas (VICTORA *et al.*, 2011).

Inicialmente as políticas públicas eram voltadas apenas para diminuir a mortalidade infantil, não havendo um direcionamento à saúde da mulher. Com o passar dos anos, o foco passou a ser na saúde materno-infantil, mas ainda havia uma visão fragmentada da mulher,

dando-lhe importância apenas como procriadora, época em que o modelo biomédico contribuiu para o aumento das taxas de cesarianas e de cirurgias de esterilização (COSTA; AQUINO, 2002).

O movimento feminista foi essencial por lidar com questões de desigualdade de gênero, trazendo para a realidade a necessidade de inserção da mulher no seu papel social. O empoderamento feminino com informações, criação de leis, direitos e ação social foram fundamentais para mudar a concepção minimalista que se tinha da mulher, a partir do processo de transição entre seu papel de mãe, restrita ao lar, e a sua inserção no mercado de trabalho (CASSIANO *et al.*, 2014).

Ao longo das décadas, passou-se de uma visão fragmentada do gênero para uma noção de que era preciso um olhar holístico com atuação multidisciplinar e humanização, melhorando a atenção integral à saúde da mulher e da criança. E com a criação do SUS em 1988, um dos maiores sistemas de saúde do mundo, e as leis que o regulamentaram, a atenção à saúde da mulher teve um acréscimo com garantia da integralidade e gratuidade para toda a população que vai desde a baixa até a alta complexidade (BRASIL, 2004).

Entretanto, apesar da ampliação da assistência à saúde da mulher no decorrer desses longos anos, o que ainda se encontra em relação à incontinência urinária feminina são muitos desafios. Do ponto de vista das mulheres, dados da literatura revelam um restrito conhecimento da população sobre incontinência urinária, independente do seu estado de continência. A crença de que a IU é consequência inerente à gravidez ou ao processo de envelhecimento, o desconhecimento sobre formas de prevenção e tratamentos conservadores disponíveis e a vergonha em relatar a queixa são apontados como fatores que desencorajam a procura pelos serviços de saúde, e dificultam a realização de um diagnóstico precoce e de tratamento adequados (VASCONCELOS *et al.*, 2018; SESHAN; MULIIRA, 2013).

Do ponto de vista dos serviços e dos profissionais, o sistema de saúde do Brasil deveria estar adequado para as mudanças contextuais de saúde atual e ser capaz de atender às demandas das condições crônicas, o que acontece de forma lenta. Essa lenta transição em prestar serviços voltados para as reais necessidades atuais da população pode estar dificultando o primeiro acesso, que deveria ser na Atenção Primária, trazendo dificuldade em se realizar referência e contrarreferências dessas pacientes (MENDES, 2009).

Além disso, a pouca quantidade de profissionais especialistas, a falta de capacitação de profissionais generalistas e a dificuldade na comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos, podem ser razões para as longas filas de espera, e demora na resolução das demandas das mulheres (BARBOSA *et al.*, 2009).

Conclusão

As políticas públicas relacionadas à saúde da mulher no Brasil tiveram evolução principalmente nas últimas décadas e trouxeram muitos avanços, graças às reivindicações que colocaram em evidência as reais necessidades de cada época, nos seus diferentes ciclos de vida e condições de saúde da mulher. A abordagem da IU acompanhou essa evolução, fato que hoje já existem protocolos clínicos na Atenção Primária para seu acompanhamento e tratamento.

No entanto, ainda há muitos desafios para colocar em prática essas políticas. Existe a necessidade de uma maior integração entre as leis, diretrizes e portaria para que possam proporcionar um melhor atendimento às mulheres com IU desde a Atenção Básica à Especializada por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Precisamos, também, informar melhor as mulheres sobre seus direitos no Sistema de Saúde através da educação em saúde, bem como proporcionar capacitação aos profissionais em qualquer nível de atenção para que eles possam desenvolver melhor sua função não só de forma técnica, mas, principalmente, no sentido de humanização.

Referências

- ABRAMS, P. *et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, [s. l.], v. 61, n. 21 p. 37-49, jan. 2003.
- ABRAMS, P. *et al.* Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourol Urodyn.**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 213-240, jan. 2010.
- BARBOSA, S. S. *et al.* Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. **Mundo Saúde**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 449-456, abr. 2009.
- BONO, A. A. *et al.* Urinary continence after radical prostatectomy. Prognostic factors and recovery time. **Actas urológicas españolas**, [s. l.], v. 25, n. 8, p. 544-548, ago. 2001.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada, 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CaSAPS)**. Brasil: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Seção 1, p. 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção a Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da incontinência urinária não neurogênica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BURGIO, K. L.; WHITEHEAD, W. E.; ENGEL, B. T. Urinary incontinence in the elderly. Bladder-sphincter biofeedback and toileting skills training. **Annals of internal medicine**, [s. l.], v. 103, n. 4, p. 507-515, abr. 1985.

BURKHARD, F. *et al.* **EAU-Guidelines on urinary incontinence in adults**. [S. l.]: Uroweb, 2016. Disponível em: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urinary-Incontinence-2016>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev Serv Público**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 227-244, fev. 2014.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil**. Brasília: NESP, 1999.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira *In*: MERCHÁN-HAMANN, Edgar; COSTA, Ana Maria; TAJER, Debora (Orgs.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: EdUNB, 2002. p. 181-202.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 77, p. 13-24, dez. 2007.

DE GROAT, W. C. A neurologic basis for the overactive bladder. **Urology**, [s. l.], v. 50, n. 6, p. 36-52, jun. 1997.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, mar. 2009.

HAYLEN, B. T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Int Urogynecol J.**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 5-26, jan. 2010.

HAY-SMITH, E. J. *et al.* Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 1-8, jan. 2011.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan. 2009.

MILSOM, I. *et al.* Epidemiology of urinary incontinence [UI] and other lower urinary tract symptoms [LUTS], pelvic organ prolapse [POP] and anal [AI] incontinence. *In*: ABRAMS, P.; WAGG, A.; WEIN A. (Eds.). **Incontinence**. Tokyo: 6th international consultation on incontinence, 2017. cap. 1, p. 15-108.

ORIÁ, M. O. B. *et al.* Prevalence of lower urinary tract symptoms and social determinants in primary care users in Brazil. **International urogynecology journal**, [s. l.], v. 29, n. 12, p. 1825-1832, dez. 2018.

ROBINSON, D.; GIARENIS, I. The medical management of refractory overactive bladder. **Maturitas**, [s. l.], v. 74, n. 4, p. 386-390, abr. 2013.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, fev. 2008.

SESHAN, V.; MULIIRA, J. K. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: implications for women's health promotion. **BMC women's health**, London, v. 13, n. 1, p. 16-20, jan. 2013.

SOLER, R.; GOMES, C.M.; AVERBECK, M.A.; KOYAMA, M. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study. **Neurourol Urodyn.**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 1356-1364, abr. 2018.

SYAN, R.; BRUCKER, B. M.: Guideline of guidelines: urinary incontinence. **BJU Int.**, [s. l.], v. 117, n. 1, p. 20-33, jan. 2016.

VASCONCELOS, C. T. M. *et al.* Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. **International urogynecology journal**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 171-180, fev. 2018.

VICTORA, C. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 32-46, maio 2011.

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal. Este tipo de estudo é importante para a investigação das exposições que são características individuais, permitindo que a natureza determine o seu curso, limitando-se a verificar a ocorrência de alguma doença em uma população, bem como analisar fatores associados, sendo frequentemente o primeiro passo de uma investigação epidemiológica, além de fornecer dados sobre a prevalência relativa (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010).

5.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Anastácio Magalhães, instituição vinculada à Prefeitura Municipal de Fortaleza, Ceará e inserida na Secretaria Regional III, no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021.

Esta UAPS é um dos maiores postos de saúde da cidade e o maior da sua Regional, com uma área construída de 2.049,91 m². O posto conta com uma média de 125 profissionais, quatro equipes completas do Programa de Saúde da Família (PSF), fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, psicóloga e educadora física que compõem o NASF-AB e mais 08 médicos especialistas, sendo uma ginecologista, dois endocrinologistas, um otorrino, um pediatra, um cardiologista e dois dermatologistas.

A UAPS Anastácio Magalhães presta cerca de 1.300 atendimentos por mês, e atende a população dos bairros Rodolfo Teófilo, Amadeu Furtado e Parquelândia. Além disso, funciona como unidade escola, pois mantém convênio com os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e outras instituições particulares de ensino superior.

A estrutura física da unidade é composta por 23 consultórios médicos e de enfermagem, quatro salas de odontologia, uma sala para Raio X, escovódromo, sala de vacina, sala de acolhimento, sala de coleta de exames de sangue, sala de reunião/auditório, sala para agentes comunitários de saúde e endemias, sala do conselho, um Serviço de Assistência Especializada (SAE), entre outros equipamentos.

A UAPS Anastácio Magalhães fica localizado na Rua Delmiro de Farias, 1679, no bairro Rodolfo Teófilo.

5.3 População e amostra

A população de referência foi constituída por mulheres com idade a partir de 18 anos que buscavam atendimentos em consultas e exames na UAPS Anastácio Magalhães.

Foi realizado um cálculo amostral para populações finitas, com base na estimativa da proporção populacional, levando em consideração o número de 13.717 mulheres com 18 anos ou mais cadastradas na Regional III (Sistema fastmedic Fortaleza 2020), sendo este o tamanho da população (N). A prevalência de incontinência urinária foi baseada em estudos prévios e foi estabelecida em 20% (p eq), erro absoluto tolerável amostral (E) de 5%, nível de confiança (Z) de 95% ($\alpha = 0.05$); sendo estabelecido um tamanho amostral de 242 mulheres. Abaixo segue a fórmula utilizada:

Figura 1 – Fórmula para cálculo amostral de populações finitas

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Fonte: elaborada pela autora.

Critérios de Inclusão das mulheres:

- a) Mulheres com idade a partir de 18 anos;

Critérios de exclusão das mulheres:

- a) Gestantes;
- b) Mulheres que relataram no momento da entrevista estarem com sintomas de infecção urinária;
- c) Participantes que apresentaram dificuldade de cognição para responder aos instrumentos de coleta.

5.4 Etapas da pesquisa

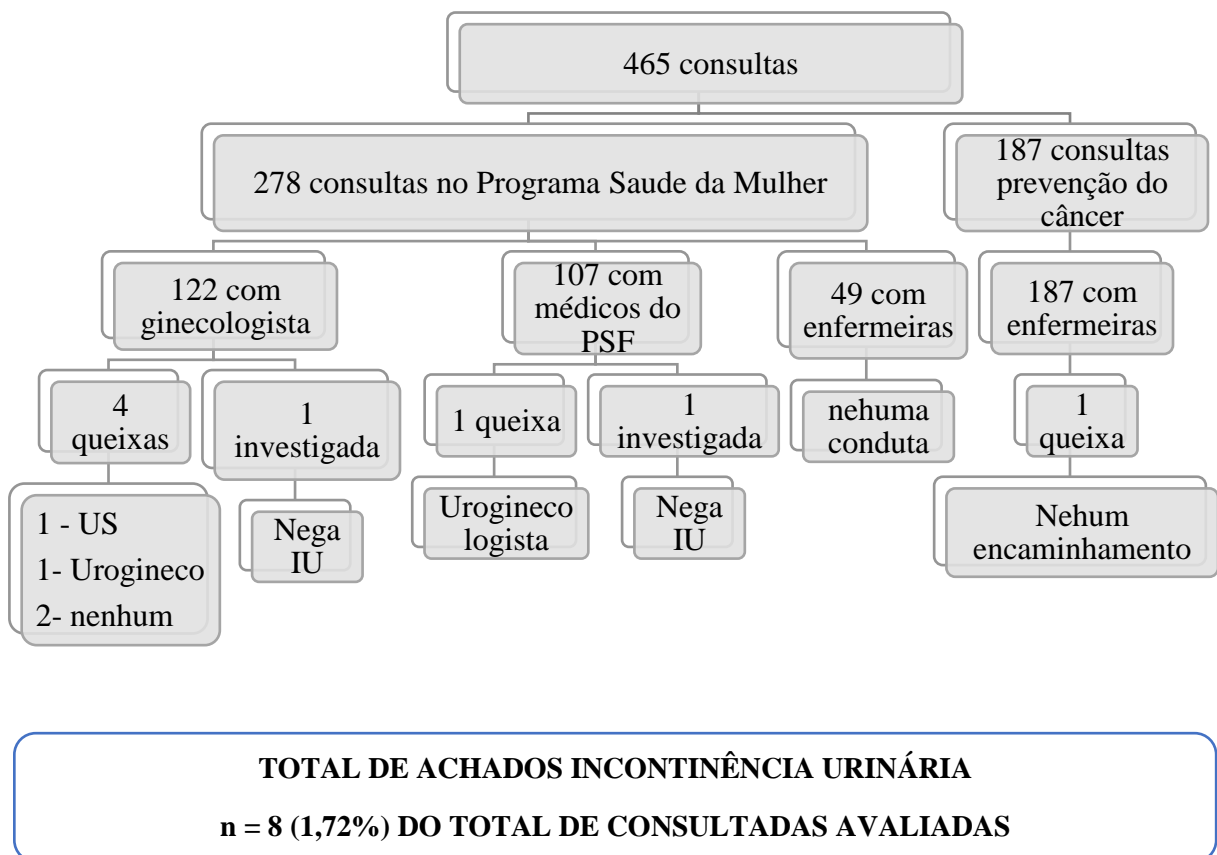
A pesquisa foi realizada em etapas, descritas a seguir:

Etapa 1 – Diagnóstico situacional sobre a identificação e manejo da IU na UAPS:

Esta etapa foi realizada através de um levantamento dos prontuários eletrônicos de mulheres atendidas no Programa Saúde da Mulher ou Programa de prevenção do câncer de colo de útero, da Unidade de Atenção Primária à Anastácio Magalhães, no período de agosto a setembro de 2019 (antes do início da pesquisa).

Este levantamento foi realizado por meio de um formulário próprio (APÊNDICE A). Primeiro de forma geral, apenas com nomes e datas das consultas e posteriormente de forma individual em cada um dos atendimentos feitos pelos profissionais (médicos e enfermeiros) para verificar como os profissionais de saúde detectavam e tratavam a incontinência urinária de mulheres atendidas no Programa Saúde da Mulher. Foram pesquisados se houve questionamentos sobre a ocorrência da incontinência urinária, exames específicos solicitados, encaminhamentos ao especialista e tratamento indicado. O resultado consta no fluxograma abaixo:

Figura 2 - Fluxograma demonstrando os resultados do diagnóstico situacional



Etapa 2 - Identificação das mulheres com IU:

O objetivo desta etapa foi identificar mulheres que apresentavam sintomas de IU por meio da aplicação do questionário ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form*) (ANEXO A), pelas enfermeiras, médicos da Estratégia da Saúde da Família, médica ginecologista e fisioterapeutas do NASF que atendiam na UAPS, após sensibilização e capacitação desses profissionais para maiores esclarecimentos na aplicação do instrumento de investigação dos sintomas de IU (ICIQ-SF).

A aplicação do questionário de investigação de IU (ICIQ-SF) era feita durante as consultas do Programa de Saúde da Mulher e durante as consultas de prevenção de câncer ginecológico com os médicos e enfermeiras das equipes da Estratégia da Saúde da Família e nas salas de espera pelos demais profissionais da Unidade, que explicavam o objetivo da entrevista nas abordagens.

Etapa 3 – Avaliação Individual

As mulheres que apresentaram sintomas de incontinência urinária e que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar da avaliação individual com a fisioterapeuta, que é servidora da Unidade e pós-graduada em fisioterapia pélvica uroginecológica.

Nessa avaliação individual, foram aplicados os seguintes instrumentos: uma ficha de coleta de dados padronizada constando dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE B), o *Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)* (ANEXO B), que avaliou o impacto da IU nas atividades e participação social (qualidade de vida), e a medida de gravidade da incontinência urinária - o *Incontinence Severity Index (ISI)* (ANEXO C).

5.5 Instrumentos de coleta de dados

O formulário do diagnóstico situacional para coleta de dados dos prontuários foi desenvolvido pela pesquisadora e contém informações sobre: queixa ou investigação de incontinência urinária, exames específicos solicitados, encaminhamento ao especialista e tratamento indicado de forma simples e objetiva para melhor entendimento das informações.

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF)* foi escolhido por ser simples e objetivo, além de avaliar rapidamente a frequência, a quantidade e as situações de perda urinária, bem como o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres. É composto de quatro questões sobre frequência, gravidade e impacto da incontinência urinária, e mais oito itens de autodiagnóstico sobre causas/situações de perda

urinária experimentadas pelas pacientes. A pontuação varia de 0 (zero) a 21 (vinte e um) pontos, sendo a pontuação maior relativa a pior qualidade de vida. A versão para o português do ICIQ-SF foi traduzida e validada por Tamanini *et al.*, (2004), para aplicação em brasileiros de ambos os sexos com queixa de IU, apresentando satisfatória confiabilidade e validade de constructo. Foi originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa por Avery *et al.*, (2001).

O *Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)* é um questionário que avalia o impacto dos sintomas sobre a capacidade de fazer tarefas domésticas, atividades físicas, atividades de entretenimento, viagens, atividades sociais, saúde emocional e sentimento de frustração em uma escala que varia de zero (nenhum pouco) a três (bastante). Apresenta três escalas (bexiga, intestino e vagina/pelve). Utilizamos a subescala do questionário que trata dos sintomas apenas relacionados à bexiga. O PFIQ-7, gera um escore total de 0 a 300 pontos em que pontuações mais altas indicam piora dos sintomas e maior impacto, e cada subescala dos questionários proporcionam um escore de 0 a 100 pontos. O PFIQ-7 foi desenvolvido por Barber *et al.*, (2001) e validado para o português por Arouca *et al.*, (2016). Esse questionário, além de breve, é considerado confiável para identificar os sintomas das disfunções do assoalho pélvico (DAP).

O *Incontinence Severity Index (ISI)* é um instrumento breve, composto por duas questões a respeito da frequência e quantidade da perda urinária, aplicado como forma de avaliação das mulheres incontinentes. O escore final obtido a partir da multiplicação dos escores da frequência pela quantidade da perda urinária, possibilita que a IU seja classificada em leve, moderada, grave ou muito grave. Atualmente, este instrumento é utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos, sendo altamente recomendado pela ICS. Foi desenvolvido por Sandvik *et al.*, (1993) e validado para o português por Pereira *et al.* (2011).

A ficha de avaliação fisioterapêutica padrão para a especialidade de fisioterapia pélvica foi elaborada pela autora do estudo. Foram coletados dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade e ocupação) e clínicos (histórico uroginecológico e obstétrico com perguntas relacionadas a cirurgias pélvicas prévias, número de gestações, partos normais e cesáreas, por exemplo, além de hábitos de vida, hábitos alimentares e função sexual (APÊNDICE B).

5.6 Análise dos dados

Os dados foram armazenados no banco de dados do programa Excel e posteriormente analisados no SPSS® 20.0. A caracterização da amostra foi realizada pela

análise descritiva, por meio de medidas de tendência central e dispersão para variáveis numéricas e números absolutos, e porcentagem para as nominais. Para comparação das médias dos escores do PFIQ-7 entre as diferentes gravidades da IU, assim como em relação aos fatores socioeconômicos e clínicos, utilizou-se o teste T de Student ou Anova de acordo com o número de categorias. Para análises de associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a gravidade IU, utilizou-se o teste Qui-quadrado. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

5.7 Aspectos Éticos e Legais

Este projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pela Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Projetos Especiais (COEPP) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (ANEXO D) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) CAAE 24636019.9.0000.5054 (ANEXO E).

Todos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos, como a não maleficência, justiça, equidade e beneficência. Contou com o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa ou de seu representante legal e assegurou a confiabilidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e garantindo também o retorno dos benefícios obtidos através da pesquisa para os sujeitos (BRASIL, 2012).

Todos os participantes que participaram da avaliação individual ingressaram somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G). Além desse documento, os participantes foram informados sobre os procedimentos, a estimativa do tempo de permanência no estudo, seus direitos, os possíveis riscos e os benefícios na participação, sendo-lhes garantida a privacidade dos dados obtidos, e que serão utilizados apenas para fins científicos. Os participantes não tiveram nenhum gasto financeiro, nem receberam gratificação ou pagamento pela sua participação nesta pesquisa, podendo desistir de sua colaboração com a pesquisa quando desejar.

Alguns riscos que se poderiam obter, seriam das participantes responderem a questões sensíveis e se recusarem a falar sobre seu problema mesmo sofrendo dessa disfunção, talvez deixá-las intimidadas para falar sobre o assunto. Por isso, o protocolo do estudo foi explicado detalhadamente pela pesquisadora e as participantes poderiam desistir da pesquisa quando assim desejarem. Para minimizar esses possíveis desconfortos, foi garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras.

O presente estudo tem como benefícios poder proporcionar às pacientes que sofrem de incontinência urinária, uma maior compreensão a respeito dos sinais e sintomas, do diagnóstico, de tratamento mais adequado, na redução dos sintomas, incentivando-as na busca pela melhora da qualidade de vida.

6 RESULTADOS

Como resultado da pesquisa, obtivemos os seguintes produtos:

- 1) Artigo original sobre a prevalência, gravidade, impacto na QV e fatores associados em mulheres atendidas na APS;
- 2) Produto técnico: proposta de fluxograma para identificação e seguimento da IU na APS.

6.1 Artigo original

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PREVALÊNCIA, GRAVIDADE E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Resumo

Objetivo: avaliar a prevalência, a gravidade e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida, bem como analisar os fatores associados à gravidade e à qualidade de vida das mulheres com IU atendidas na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** trata-se de um estudo observacional transversal realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021. A população de referência foi constituída por mulheres atendidas em consultas na Unidade, sendo incluídas mulheres com idade a partir de 18 anos. Como instrumentos, foram utilizados uma ficha de avaliação fisioterapêutica e três questionários: o *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF)*, o *Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)* e o *Incontinence Severity Index (ISI)*. Os dados foram analisados por medida de tendência central, dispersão e porcentagens. Para as associações foram realizados os testes T de Student e Anova para variáveis contínuas e o teste Qui-quadrado para as categóricas, adotando o nível de significância estatística de 5%. **Resultado:** responderam ao ICIQ 313 mulheres, com média de idade de 46,91 ($\pm 15,27$). A prevalência de IU foi de 44,7% (n=140) (IC95% 39,3%-50,2%). Destas, 71 mulheres participaram da avaliação individual com média de idade de 56,92 $\pm 12,6$ anos, sendo a maioria (45,1%) com incontinência urinária de esforço (IUE). Em 46,4% a gravidade dos sintomas foi classificada em moderada e 42,85 $\pm 25,12$ foi a média geral do impacto dos sintomas na qualidade de vida. Houve associação entre a gravidade da IU e o

impacto na qualidade de vida ($p < 0,0001$). Mulheres pardas ou negras e aquelas com hipertensão apresentaram maior impacto na qualidade de vida ($p < 0,05$). A faixa etária maior que 60 anos ($p = 0,024$), o menor nível de escolaridade ($p = 0,009$), maior paridade ($p = 0,007$), hipertensão ($p = 0,003$) e sedentarismo ($p = 0,003$) foram associados a maior gravidade da IU.

Conclusão: Houve uma alta prevalência da IU em mulheres assistidas na Atenção Primária com predomínio de IU moderada a grave e que afeta negativamente a QV, sendo a gravidade da IU um fator importante para o impacto na qualidade de vida das mulheres.

Palavras-chave: incontinência urinária; prevalência; qualidade de vida; atenção primária à saúde.

Introdução

A incontinência urinária (IU) é uma das doenças mais prevalentes na população feminina, sendo definida pela Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society - ICS*) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina que causa um problema social e higiênico, interferindo negativamente na qualidade de vida (ABRAMS *et al.*, 2010). Pode ser classificada em: IU de esforço (IUE), manifestada como a perda urinária aos esforços, atividade física, tosse ou espirro; IU de Urgência (IUU) que é a perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência, e por fim, IU mista (IUM), como a perda urinária acompanhada por urgência e esforço (HAYLEN *et al.*, 2010).

A prevalência da IU varia consideravelmente, podendo oscilar entre 12% e 51%, dependendo do conceito utilizado, dos métodos, critérios de inclusão e do tipo de incontinência investigada (REBASSA *et al.*, 2013). Em estudos da população em geral, a prevalência pode variar entre 5% e 69% nas mulheres, variando de 25% a 45% na maioria dos estudos (ABRAMS, 2013). Estudo brasileiro conduzido em população idosa relatou uma prevalência de IU de 23,2% entre os homens e de 31,1 % entre as mulheres (CARNEIRO *et al.*, 2017).

Quando se investigam os fatores de risco para incontinência urinária, verifica-se que há uma multifatorialidade, tais como: idade avançada, multiparidade, hipoestrogenismo, deformidade pélvica que contribuem para a perda da força muscular do esfíncter, atrofia dos tecidos, comprometimento na função dos sistemas nervoso e circulatório. (CARVALHO *et al.*, 2014).

Sendo uma condição de saúde crônica, a incontinência urinária pode comprometer diferentes domínios da funcionalidade da mulher, incluindo os físicos, sociais e mentais. Estudo

aponta uma correlação significativa entre a incontinência urinária e a funcionalidade, que se traduzem no declínio das atividades da vida diária, nas alterações cognitivas, emocionais ou nas relações sociais e refletem na diminuição da qualidade de vida (FONTES; BOTELHO; FERNANDES, 2011). Muitas mulheres incontinentes apresentam-se mais deprimidas, psicologicamente estressadas, com distúrbios emocionais e socialmente isoladas (SABOIA *et al.*, 2017).

Diante disso, a ICS recomenda que medidas de avaliação da qualidade de vida sejam incorporadas à prática clínica, valorizando, dessa forma, a percepção da paciente em relação ao seu estado de saúde. A aplicação de questionários para avaliação da qualidade de vida tem se tornado frequente nas últimas décadas, surgindo instrumentos genéricos e específicos para determinadas patologias (TAMANINI *et al.*, 2004).

Nesse sentido, para que se consiga uma melhor qualidade de vida por maior tempo, é importante que se busque a prevenção de condições como a IU, assim como seu diagnóstico e tratamento precoces. É necessário que a avaliação, as estratégias de intervenção e os resultados sejam analisados numa perspectiva biopsicossocial, conforme preconizada pela OMS e operacionalizada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Quanto mais grave a IU, maiores são os custos relacionados ao uso de absorventes, fraldas geriátricas e de medicamentos, tendo impacto sobre o orçamento familiar. Além disso, onera o sistema de saúde, devido à demanda de consultas para diagnóstico e internações para tratamento cirúrgico, sendo considerada uma questão de saúde pública (FARIA *et al.*, 2015).

Sendo a Atenção Primária à Saúde a porta entrada das usuárias ao sistema público e, portanto, o primeiro contato para busca de assistência à IU, este estudo objetiva avaliar a prevalência de IU em mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde, avaliar a gravidade da IU, o seu impacto na qualidade de vida, bem como identificar os fatores associados à gravidade e à qualidade de vidas dessas mulheres.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021 na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Anastácio Magalhães, Regional III, município de Fortaleza/CE. A população alvo do estudo foi constituída por mulheres que buscavam a UAPS para consultas e exames no Programa Saúde da mulher.

A identificação das mulheres com IU foi realizada por meio de busca ativa com o instrumento *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). Posteriormente, as mulheres que apresentaram IU eram convidadas a participar da avaliação individual e assinaram o TCLE.

Foram incluídas no estudo mulheres com idade a partir de 18 anos e excluídas as participantes gestantes, aquelas que por algum motivo não conseguiram responder por completo aos questionários de coleta e as que relataram, no momento da entrevista, estarem com sintomas de infecção urinária.

Durante a avaliação individual eram aplicados os seguintes instrumentos: uma ficha de coleta de dados padronizada e estruturada constando de dados sociodemográficos (idade, índice de massa corpórea, escolaridade, cor da pele, estado civil e ocupação), clínicos (comorbidades e histórico obstétrico), hábitos de vida (atividade sexual, atividade física, constipação, uso de forros/absorventes); o *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7) para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida; e o *Incontinence Severy Index* (ISI) para classificar a gravidade da IU.

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF) foi escolhido por ser simples e objetivo, além de avaliar de forma rápida a frequência, a quantidade e as situações de perda urinária, bem como o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres. É composto de quatro questões sobre frequência, gravidade e impacto da incontinência urinária, e mais oito itens de autodiagnóstico sobre causas/situações de perda urinária experimentadas pelas participantes. A pontuação varia de zero a 21 pontos, sendo a pontuação maior relativa a pior qualidade de vida. A versão para o português do ICIQ-SF foi traduzida e validada por Tamanini *et al.*, (2004) para aplicação em brasileiros, de ambos os sexos, com queixa de IU. Foi originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa por Avery *et al.*, (2001).

O *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7) é um questionário que avalia o impacto dos sintomas sobre a capacidade de fazer tarefas domésticas, atividades físicas, atividades de entretenimento, viagens, atividades sociais, saúde emocional e sentimento de frustração em uma escala que varia de zero (nenhum pouco) a três (bastante). Sendo classificado com um instrumento de avaliação da qualidade de vida. Apresenta três escalas (bexiga, intestino e vagina/pelve). Utilizamos somente a subescala do questionário que trata dos sintomas apenas relacionados à bexiga. O PFIQ-7, gera um escore total de 0 a 300 pontos em que pontuações mais altas indicam piora dos sintomas e maior impacto, sendo que cada subescala dos

questionários proporcionam um escore de 0 a 100 pontos. O PFIQ-7 foi desenvolvido por Barber *et al.*, (2001) e validado para o português por Arouca *et al.*, (2016).

O *Incontinence Severity Index* (ISI) é um instrumento breve, composto por duas questões a respeito da frequência e quantidade da perda urinária, aplicado como forma de avaliação da gravidade da IU. O escore final obtido a partir da multiplicação dos escores da frequência pela quantidade da perda urinária, varia 1 a 12 pontos e possibilita que a IU seja classificada em leve, moderada, grave ou muito grave, a qual foi posteriormente categorizada em leve/moderada e grave/muito grave para as análises bivariadas. Atualmente, este instrumento é utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos, sendo recomendado pela ICS. Foi desenvolvido por Sandvik *et al.*, (1993) e validado para o português por Pereira *et al.*, (2011).

Para a definição da amostra inicial necessária para avaliar a prevalência de IU na população alvo, foi realizado um cálculo para populações finitas, com base na estimativa da proporção populacional, levando em consideração o número de 13.717 mulheres com 18 anos ou mais cadastradas na Regional III (Sistema Fastmedic Fortaleza 2020), sendo este o tamanho da população (N). A prevalência de incontinência urinária foi baseada em estudo prévios e foi estabelecida em 20% (p eq), erro absoluto tolerável amostral (E) de 5%, nível de confiança (Z) de 95% ($\alpha = 0.05$); sendo estabelecido um tamanho amostral mínimo de 242 mulheres.

A fim de minimizar o risco de viés, todos os profissionais que atendiam às mulheres foram treinados para aplicação do instrumento de triagem ICIQ-SF e os instrumentos de avaliação foram aplicados por uma fisioterapeuta especializada em Uroginecologia e previamente treinada. Para avaliação das mulheres com IU foram realizadas no mínimo três tentativas de contato para agendamento da avaliação.

A caracterização da amostra foi realizada pela análise descritiva, por meio de medidas de tendência central e dispersão para variáveis numéricas e números absolutos, e porcentagem para as nominais. Para comparação das médias dos escores do PFIQ-7 entre as diferentes gravidades da IU, assim como em relação aos fatores sociodemográficos e clínicos, utilizou-se o teste T de Student ou Anova de acordo com o número de categorias. Para análises de associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a gravidade IU utilizou-se o teste Qui-quadrado. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Os dados foram analisados no SPSS® 20.0.

Todos as participantes que fizeram a avaliação individual ingressaram somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), CAAE 24636019.9.0000.5054. As participantes foram informadas sobre os procedimentos da

pesquisa, seus direitos, os possíveis riscos e benefícios, sendo-lhes garantida a privacidade dos dados obtidos.

Resultados

Para identificação dos sintomas de IU, 313 mulheres responderam ao questionário ICIQ. Dessas, 140 (44,7%, IC95% 39,3%- 50,2%) queixaram-se de perdas urinárias, com média de escore do ICIQ de $12,5 \pm 4,7$ pontos. As mulheres com IU apresentaram média de idade maior ($50,9 \pm 14,3$) que as mulheres que não tinham queixas ($43,6 \pm 15,2$) ($p < 0,001$). Das 140 mulheres incontinentes, 71 (50,7%) foram incluídas no estudo, sendo 32 (45,1%) com queixas de IUE, 26 (36,6%) com IUM e 13 (18,3%) com queixas de IUU (Figura 3).

Na tabela 1, observam-se as características sociodemográficas e clínicas das 71 mulheres da amostra. Estas tinham média de idade de $56,9 (\pm 12,2)$ anos, apresentaram média de IMC de $29,9 (\pm 5,6)$ kg/m² e altas taxas de comorbidades, como diabetes e HAS, além de baixo nível de escolaridade. Em relação aos hábitos de vida, a maioria das mulheres, 49 (69%), tinham constipação intestinal, 33 (46,4%) eram sexualmente ativas, e 43 (60,6%) não realizavam atividade física regular.

A tabela 2 mostra que ao responderem ao questionário de classificação de gravidade da IU (ISI), a frequência maior com que perdiam urina foi de todos os dias e ou noites com 32 (45%) e a quantidade perdida era em pequenos jatos com 39 (54,9%) para a maioria das mulheres. Na classificação de gravidade da IU, a forma moderada foi a mais prevalente (46,4%).

A tabela 3 descreve o impacto dos sintomas da bexiga sobre a capacidade de fazer tarefas domésticas, atividades físicas, atividades de entretenimento, viagens, atividades sociais, saúde emocional e sentimento de frustração, avaliado pelo questionário PFIQ-7. O escore geral de pontuação foi de $42,85 \pm 25,12$, variando de zero a 100 pontos.

Verifica-se que houve uma relação estatisticamente significativa entre a gravidade da IU e o impacto na qualidade de vida dessas mulheres ($p < 0,0001$), sendo quanto mais grave a IU, maiores escores no PFIQ-7, indicando maior impacto na qualidade de vida (tabela 4).

A tabela 5 mostra a associação dos fatores sociodemográficos e clínicos com o impacto na qualidade de vida e com a classificação de gravidade da IU. Houve associação da cor da pele ($p=0,012$) e HAS ($p=0,047$) com o impacto da IU na qualidade de vida, onde mulheres pardas e negras e aquelas com HAS apresentam maiores médias de escore do PFIQ-7. Enquanto a faixa etária ($p=0,024$), escolaridade ($p= 0,009$), paridade ($p=0,007$), HAS

($p=0,003$) e atividade física ($p=0,03$) foram associados com a classificação da gravidade da IU. As mulheres com IU grave/muito grave apresentavam maior proporção de mulheres idosas (>60 anos), com menor nível de escolaridade, maior paridade, presença de HAS e que não praticavam atividade física.

Discussão

Os principais achados do estudo foram a alta prevalência de IU (44%, IC95% 39,3% - 50,2%) em mulheres assistidas na Atenção Primária, bem como o maior impacto na qualidade de vida naquelas mulheres com maior gravidade da IU. Esses desfechos podem ser determinantes para direcionar o manejo das mulheres com IU na Atenção Primária ou o seu referenciamento para Atenção Secundária.

Apesar de ser considerada alta, a prevalência de IU observada está dentro da faixa encontrada em outros estudos publicados, variando entre 12 e 55% em mulheres (GUARISI *et al.*, 1998; SIRACUSANO, 2003). Essa alta prevalência se dá pelo fato que a IU é a disfunção do assoalho pélvico mais frequente e que afeta mulheres de várias idades. Estudos nacionais mostram uma prevalência de IU variando entre 23% e 52,3% (SILVA, 2013; RIGOTA, 2016).

A interpretação da prevalência da IU em diferentes populações de uma mesma região ou de regiões e países distintos deve ser realizada com cautela, devido às diferenças nos desenhos metodológicos e das características de cada população estudada (ABRAMS, 2013). Outro estudo realizado com mulheres assistidas na Atenção Primária em Fortaleza (Brasil) investigou a prevalência sintomas do trato urinário inferior e a IU esteve entre os mais prevalentes, em 37,3% das mulheres (ORÍÁ, 2018). Ambos os estudos utilizaram o ICIQ-SF na identificação da IU, e a pequena diferença entre as prevalências pode ser devido maior média de idade encontrada na nossa amostra.

A média de idade das mulheres com IU (50,9 anos) foi maior do que as mulheres sem IU (43,6 anos), o que indica semelhança com outros estudos encontrados na literatura (SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013). É esperado que no envelhecimento haja perda de força e massa muscular, podendo provocar hipotrofia ou substituição por células do tecido conjuntivo e adiposo. Desta forma, ocorre um comprometimento da musculatura do assoalho pélvico que reduz a capacidade de colaborar efetivamente para a ação da continência (MARKLAND *et al.*, 2011).

Alguns estudos como o de Markland *et al.*, (2011), apontam que mulheres a partir dos 45 anos apresentaram algum tipo de IU, e que este sintoma aumenta com a progressão da

idade, principalmente ao passarem dos 50 anos. Em idosos, a fragilidade e fatores como lentidão e exaustão são associados à perda urinária, por isso a triagem de sintomas urinários em mulheres idosas é ainda mais relevante (SILVA *et al.*, 2011).

Em relação ao subtipo da IU encontrada, estudos mostram uma prevalência maior de IUE, seguido da IUM e depois a IUU (HANNESTAD, 2000; MINASSIAN, 2017). Robles, (2006) afirma em sua revisão, que a IUE é a forma mais comum de incontinência em mulheres abaixo de 75 anos, podendo chegar a afetar metade delas. Em concordância com o estudo, Abrams, (2013) identificou maior prevalência de IUE. A ausência de diferença no impacto da qualidade de vida, entre os diferentes tipos de IU, reflete que nessa amostra o impacto foi semelhante independentemente do tipo de incontinência. No entanto, o diagnóstico e diferenciação do tipo de IU é importante para direcionar as opções de tratamento (SILVA, *et al.*, 2020).

A gravidade dos sintomas de incontinência ficou evidenciada com a sua classificação de moderada a muito grave de forma preponderante. Ao relacionar a gravidade dos sintomas com o impacto na qualidade de vida, verificou-se que quanto maior a gravidade da IU maior o impacto na qualidade de vida. Em um estudo de Abrams *et al.*, (2015), a gravidade dos sintomas da incontinência urinária foi o principal prenunciador para piora na qualidade de vida. Em outro estudo transversal feito com um número significativo de mulheres, Barentsen *et al.*, (2012), constatou também que a gravidade dos sintomas pode reduzir a qualidade de vida genérica e específica.

Para avaliar o impacto dos sintomas sobre a QV, foi utilizado o instrumento PFIQ-7 (sintomas da bexiga). Este instrumento avalia o quanto que os sintomas de bexiga interferem na capacidade de fazer tarefas domésticas, atividades físicas, atividades de entretenimento, viagens, atividades sociais, saúde emocional e sentimento de frustração. Embora seja classificado como um instrumento de avaliação da qualidade de vida, contempla domínios relacionados à atividade e participação, bem como fatores pessoais relacionados à condição de saúde, e, portanto, se alinha ao modelo de funcionalidade da CIF (FARIAS, 2005).

A maioria das mulheres relataram que os sintomas de IU afetam suas habilidades de realização das atividades e seu emocional. Como cada mulher tem diferentes formas de conviver com a IU, esse instrumento pode ser utilizado como desfecho pautado na funcionalidade para direcionar e avaliar a efetividade de intervenções.

Diversos fatores vêm sendo estudados para o entendimento da etiologia da IU. A cor da pele/raça tem sido estudada como fator de risco não modificável e na maioria dos estudos, pessoas de cor/raça branca estão mais suscetíveis a IU dos que as de cor/raça parda/negra

(MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003). Em estudo realizado com idosos institucionalizados na cidade de Natal (Brasil), a cor/raça branca, a inatividade física, acidente vascular cerebral e déficit de mobilidade e cognitivo foram associados com presença de IU (JEREZ-ROING *et al.*, 2016).

Nesse estudo, a cor/raça parda e negra foi associada ao pior impacto na qualidade de vida, mas não com a gravidade da IU. Acredita-se que esse achado foi devido a predominância de mulheres de cor/raça parda e negra na amostra (74,6%) e a fatores socioculturais e econômicos não abordados neste estudo. Mesmo assim, o estudo dessa variável, embora seja importante, é muito complexo em populações miscigenadas como a brasileira, podendo limitar a interpretação desse achado.

Outro achado importante do estudo, foi associação da presença de HAS tanto com o impacto na qualidade de vida quanto com a gravidade da IU. Em estudo de Virtuoso *et al.*, (2015) demonstrou que a presença da HAS, associada ao uso constante de diuréticos pode provocar uma carga excessiva a bexiga, estando associada à urgência miccional, ocasionando a ocorrência da perda urinária, além disso, a presença de HAS pode estar presente em mulheres idosas, com maior IMC, sendo também mais prevalente na raça negra (SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013), fatores que também podem explicar os achados deste estudo.

O baixo nível de escolaridade na amostra esteve associado à maior gravidade da IU, apesar de poucos estudos o considerarem como fator de risco para IU, outros estudos brasileiros observaram essa associação (SILVA; SANTOS, 2005; GUARASI *et al.*, 2001). Mulheres com baixo nível de escolaridade podem ter menor conhecimento sobre sua condição de saúde (VASCONCELOS, 2018), e, portanto, demorarem para relatar os sintomas de IU quando em graus mais leves, existindo a subnotificação.

Os eventos obstétricos, como paridade, via de parto e episiotomia, tem sido descritos como principais fatores de risco para a IU (SANGSAWAG; SANGSAWANG 2013; LEON-LARIOS *et al.*, 2017). Nesse estudo a multiparidade foi associada a maior gravidade da IU, onde 50% das mulheres com IU grave ou muito grave tiveram 4 ou mais filhos. No entanto não foram realizadas análises em relação a via de parto ou episiotomia devido ao tamanho amostral.

Entre os fatores modificáveis, o exercício físico regular, acompanhado de uma dieta equilibrada, tem sido apontado como fator de proteção para a ocorrência de queixas urinárias (NYGAARD; SHAW, 2016). Nesse estudo, nas mulheres com IU grave e muito grave houve menor proporção de realização de exercício físico. No entanto, devido ao caráter transversal do estudo, não foi possível investigar se as mulheres deixaram de realizar exercício pela gravidade

da IU ou se as mulheres sedentárias apresentam mais fatores de risco para IU, como sobrepeso e comorbidades (PALMA *et al.*, 2014). Um estudo feito em Santa Catarina demonstrou que o menor nível de atividade física regular em mulheres idosas, foi associado à perda de urina mais frequente (NYGAARD *et al.*, 2015).

Diante do caráter multifatorial da IU, sua gravidade e impacto na qualidade de vida, este estudo destaca a importância da investigação de sintomas de IU especialmente nas mulheres assistidas na Atenção Primária com idade acima de 60 anos, com comorbidades, HAS, baixo nível de escolaridade e sedentárias. Assim como a necessidade de educação em saúde para mulheres em geral sobre os sintomas urinários e a importância do tratamento conservador precoce, evitando assim agravamentos dos sintomas e maior impacto nas atividades e participação social, bem como na qualidade de vida das mulheres.

Procurou-se avaliar nesse estudo, não apenas o impacto da IU na qualidade de vida, mas também, pesquisar quais fatores interferiam de forma significativa na vida dessas mulheres, pois na maioria das vezes não são observados durante as consultas na UAPS. A IU ainda não é considerada como um problema de saúde por muitas mulheres, que a supõe ser um processo natural do envelhecimento, fato que pode ser explicado pela simples falta de informação. Por isso, torna-se importante a implementação de um programa de educação, tanto para a população como para os profissionais, que seja capaz de orientar a comunidade sobre o problema e suas soluções terapêuticas, visando diminuir seu impacto no cotidiano, bem como intervir com medidas que avaliem a qualidade de vida em suas consultas de rotina.

O estudo utilizou questionários específicos e validados para IU que são de fácil utilização para o rastreio desses sintomas e que servem como auxiliares para um acompanhamento mais orientado para a funcionalidade, considerando os aspectos biopsicossociais, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

Entre as principais limitações do estudo, houve uma perda significativa de mulheres que foram identificadas com IU pelo ICIQ-SF (49,3%), mas que não foram incluídas no estudo para avaliação dos desfechos de gravidade e QV. Este fato pode ser explicado por parte da coleta de dados ter sido realizada no período de distanciamento social devido a pandemia de Covid-19.

Conclusão

Concluiu-se que houve uma alta prevalência da IU em mulheres assistidas na Atenção Primária, sendo a IUE o tipo mais frequente, com predomínio de IU moderada a grave

e que afeta negativamente a QV. Observou-se que quanto maior a gravidade da IU, maior o impacto na QV, assim como mulheres pardas ou negras e com hipertensão apresentaram piores escores na QV. A faixa etária maior que 60 anos, o baixo nível de escolaridade, maior paridade, presença de hipertensão e o sedentarismo foram associados a maior gravidade da IU.

A incontinência urinária é um problema de saúde com alta prevalência e que merece mais atenção dos profissionais da saúde e da sociedade em geral. Esta condição pode levar a restrição de atividades pessoais e sociais, perdas financeiras e até distúrbios psicológicos, mas infelizmente é uma condição clínica subnotificada e pouco avaliada pelos profissionais; e, na maioria das vezes, seus sintomas são considerados como normais pelas mulheres. Assim, a implementação de tratamentos conservadores precocemente em mulheres com sintomas leves a moderados ainda na APS poderia evitar a carga de encaminhamento para Atenção Secundária, maiores custos no tratamento e melhorar a QV e funcionalidade de mulheres com IU.

Referências

ABRAMS, P. *et al.* Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourol Urodyn.**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 213-240, jan. 2010.

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; KHOURY, S.; WEIN, A. (Eds.). **Incontinence**. 5. ed. Bristol: ICUD, 2013.

ABRAMS, P.; SMITH, A. P.; COTTERILL, N. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45–60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. **BJU Int.**, [s. l.], v. 115, n. 1, p. 143-152, jan. 2015.

AROUCA, M. A. *et al.* Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). **Int Urogynecol J.**, [s. l.], v. 27, n. 7, p. 1097-1106, jul. 2016.

AVERY, K.; DONOVAN, J.; ABRAMS, P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). *In: INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY ANNUAL MEETING*, 31., 2001, Seoul. **Proceedings** [...] Seoul: ICS, 2001. p. 510-511.

BARBER., M. D. *et al.* Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. **Am J Obstet Gynecol.**, [s. l.], v. 185, n. 1, p. 1388-1395, jan. 2001.

BARENTSEN, J. A. *et al.* Severity, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: a population-based study as part of a randomized

controlled trial in primary care. **Health Qual Life Outcomes**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 153-163, jan. 2012.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 268-277, jul. 2017.

CARVALHO, M. P. *et al.* O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 721-730, abr. 2014.

FARIA, C. A. *et al.* Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do sistema único de saúde no sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. 374-380, ago. 2015.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 187-193, fev. 2005.

FONTES, A. P.; BOTELHO, M. A.; FERNANDES, A. A. Incontinência urinária e funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa. **Funcionalidade e Incontinência Urinária – Acta Urológica**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 12-19, jan. 2011.

GUARISI, T. *et al.* Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 428-435, maio 2001.

GUARISI, T. *et al.* Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. **J Bras Ginecol.**, [s. l.], v. 108, n. 4, p. 125-130, abr. 1998.

HANNESTAD, Y. S. L. *et al.* A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. **Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol.**, [s. l.], v. 53, n. 11, p. 1150-1157, nov. 2000.

HAYLEN, B. T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Int Urogynecol J.**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 5-26, jan. 2010.

JEREZ-ROIG, J. *et al.* Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing home residents. **Neurourol Urodyn.**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 102-107, jan. 2016.

LEON, F. L. *et al.* Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: a quasi-randomised controlled trial. **Midwifery**, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 72-77, jan. 2017.

MARKLAND, A. D. *et al.* Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. **J Urol.**, [s. l.], v. 186, n. 2, p. 589-593, fev. 2011.

MINASSIAN, V. A.; BAZI, T.; STEWART, W. F. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. **Int Urogynecol J.**, [s. l.], v. 28, n. 5, p. 687-696, maio 2017.

MINASSIAN, V. A.; DRUTZ, H. P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **Int J Gynecol Obstet.**, [s. l.], v. 82, n. 1, p. 327-338, jan. 2003.

NYGAARD, I. E. *et al.* Lifetime physical activity and female stress urinary incontinence. **Am J Obstet Gynecol.**, [s. l.], v. 213, n. 1, p. 1-10, jan. 2015.

NYGAARD, I. E.; SHAW, J. M. Physical activity and the pelvic floor. **Am J Obstet Gynecol.**, [s. l.], v. 214, n. 2, p. 164-171, fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Direção Geral da Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: OMS, 2004.

ORIÁ, M. O. B. *et al.* Prevalence of lower urinary tract symptoms and social determinants in primary care users in Brazil. **International urogynecology journal**, [s. l.], v. 29, n. 12, p. 1825-1832, dez. 2018.

PALMA, T. *et al.* Correlation between body mass index and overactive bladder symptoms in pre-menopausal women. **Rev. Assoc Med Bras**, [s. l.], v. 60, n. 2, p. 111-117, fev. 2014.

PEREIRA, V. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 182-187, abr. 2011.

REBASSA, M. *et al.* Grupo de estudos de la incontinência urinarea Mallorca. Urinary incontinence in Mallorca women: prevalence and quality of life. **Actas Urol Esp.**, [s. l.], v. 37, n. 1, p. 354-361, jan. 2013.

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. **Neurourol Urodyn.**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 62-68, jan. 2016

ROBLES, J. E. La incontinencia urinaria. **Anales Sis San Navarra**, Pamplona, v. 29, n. 2, p. 219-231, ago. 2006.

SABOIA, D. M. *et al.* Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-13, jan. 2017.

SACOMORI, C.; NEGRI, N. B.; CARDOSO, F. L. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1251-1259, jun. 2013.

SANDVIK, H. *et al.* Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. **J Epidemiol Community Health**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 497-499, jun. 1993.

SANGSAWANG, B.; SANGSAWANG, N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. **Int Urogynecol J**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 901-912, jun. 2013.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 36-45, jan. 2005.

SILVA, A. I. *et al.* Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. **Rev Port Med Geral Fam.**, [s. l.], v. 29, n. 6, p. 364-376, nov. 2013.

SILVA, V. A.; SOUZA, K. L.; D'ELBOUX, M. J. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 672-678, mar. 2011.

SILVA, A. G. *et al.* Incontinência urinária em mulheres: fatores de risco segundo tipo e gravidade. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 1-8, jan. 2020.

SIRACUSANO, S. *et al.* Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.**, [s. l.], v. 107, n. 2, p. 201-204, fev. 2003.

TAMANINI, J. T. N. *et al.* Validação para o português do international consultation on incontinence questionnaire - short form_ (ICIQ-SF). **Rev Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 3, p. 438-444, mar. 2004.

VASCONCELOS, C. T. M. *et al.* Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. **International urogynecology journal**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 171-180, fev. 2018.

VIRTUOSO, J. *et al.* Fatores de risco para incontinência urinária em mulheres idosas praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s. l.], v. 37, n. 2, p. 82-86, fev. 2015.

Figuras e tabelas

Figura 3 – Total de mulheres que responderam ao ICIQ, e total avaliadas. Fortaleza/CE, 2021

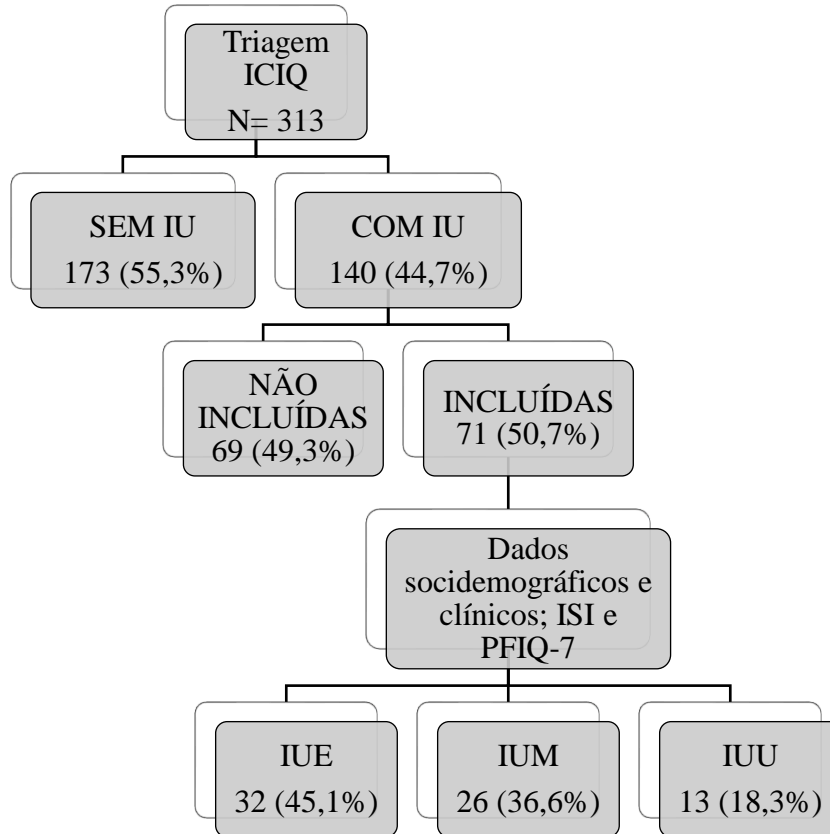


Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida da amostra. Fortaleza/CE, 2020

VARIÁVEIS	Média (DP) ou n (%) n = 71
Idade (média ± DP)	56,9 ± 12,2
Índice de massa corporal (média ± DP)	29,2 ± 5,6
Escolaridade (n (%))	
Fundamental	30 (42,3)
Médio	27 (38,0)
Superior	14 (19,7)
Cor da pele autorreferida (n (%))	
Branca	18 (25,4)
Parda/Preta	53 (74,6)
Estado civil (n (%))	
Solteira	20 (28,2)
Casada/união estável	38 (53,5)
Divorciada	7 (9,9)
Viúva	6 (8,5)
Comorbidades (n (%))	
HAS	
Sim	37 (52,1)
Não	34 (47,9)
Diabetes Mellitus (n (%))	
Sim	24 (33,9)
Não	47 (66,1)
Trabalho Remunerado (n (%))	
Sim	37 (52,2)
Não	34 (47,8)
Quantidade de partos (n (%))	
0	10 (14,1)
1 a 3	39 (55,0)
4 ou mais	22 (30,9)
Constipação	
Sim	49 (69,0)
Não	22 (31,0)
Atividade sexual	
Sim	33 (46,4)
Não	38 (53,6)
Atividade física regular	
Sim	28 (39,4)
Não	43 (60,6)
Uso de forro ou absorvente	
Sim	18 (25,3)
Não	53 (74,7)

Média; Desvio Padrão;

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 2 – Frequência e quantidade da perda urinária e classificação da gravidade da IU segundo a escala ISI (n=71)

VARIÁVEIS	n (%)
Frequência	
Menos de 1 vezes ao mês	6 (8,5)
Algumas vezes ao mês	25 (35,2)
Algumas vezes por semana	8 (11,2)
Todos os dias e ou noite	32 (45,0)
Quantidade	
Gotas	17 (23,9)
Pequenos jatos	39 (54,9)
Muita quantidade	15 (21,4)
Classificação da gravidade da IU	
Leve	10 (14,0)
Moderada	33 (46,4)
Grave	19 (26,7)
Muito grave	9 (12,6)

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 3 - Distribuição percentual e escore do impacto na qualidade de vida de acordo com a escala da Bexiga do PFIQ-7

Os sintomas de bexiga geralmente afetam sua habilidade de realizar:	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante
Atividade Doméstica	23 (32,3)	28 (39,4)	14 (19,7)	6 (8,4)
Atividade Física	20 (28,1)	28 (39,4)	15(21,1)	8 (11,2)
Atividade de Entretenimento	21 (29,5)	21 (29,5)	20 (28,1)	9 (12,6)
Viajar	17 (23,9)	26 (36,6)	14 (19,7)	14 (19,7)
Atividade Social	18 (25,3)	32 (45,0)	14 (19,7)	7 (9,8)
Emocional	10 (14,0)	28 (39,4)	20 (28,1)	13 (18,3)
Frustração	12 (16,9)	23 (32,3)	20 (28,1)	16 (22,5)
Escore bexiga PFIQ-7	média 42,85	DP 25,12	Mínimo 0	Máximo 100

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 4 – Escores do impacto na qualidade de vida (PFIQ-7) entre diferentes gravidades da IU

Classificação (ISI)	n (%)	PFIQ-7 (média ± DP)	p-valor*
Leve	10 (14,0)	18,57 ±17,30	<0,0001
Moderado	33 (46,4)	38,23 ±22,15	
Grave	19 (26,6)	56,67 ±22,15	
Muito grave	9 (12,6)	57,67 ±24,33	

*Teste estatístico ANOVA

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 5 – Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos com o impacto na qualidade de vida (PFIQ-7) e com a classificação de gravidade da IU (ISI)

(continua)

VARIÁVEL	PFIQ- 7 (média ± DP)	p-valor*	IU Leve - moderada	IU Grave - muito grave	p-valor**
Faixa etária					
< 60 anos	40,7 ± 28,0	0,386	72,1%	42,9%	0,024
≥ 60 anos	46,0 ± 19,9		27,9%	57,1%	
Cor de pele					
Branca	30,1±20,9	0,008	27,9%	21,4%	0,589
Parda/Preta	47,1±25,1		72,1%	78,6%	
IMC					
Adequado	36,5 ± 15,2	0,059	25,6%	14,3%	0,444
Sobrepeso	38,2 ± 25,7		44,2%	42,9%	
Obesidade	52,3 ± 26,9		30,2%	42,9%	
Escolaridade					
Fundamental	47,9±21,9	0,334	27,9%	64,3%	0,009
Médio	40,0±22,6		46,5%	25,0%	
Superior	37,4±34,4		25,6%	10,7%	
Parceria					
Sim	43,4±30,1	0,929	51,2%	39,3%	0,344
Não	42,6±20,1		48,8%	60,7%	
Trabalho remunerado					
Sim	45,2±24,5	0,448	58,1%	42,9%	0,477
Não	40,6±25,7		41,8%	57,1%	
Paridade					
0	38,0±38,8	0,165	20,9%	3,6%	0,007
1 a 3	39,3±20,1		60,5%	46,4%	
4 ou mais	51,2±24,8		18,6%	50,0%	
HAS					
Sim	48,5±22,4	0,047	37,2%	75,0%	0,003
Não	36,6±26,7		62,8%	25,0%	
Diabetes Mellitus					
Sim	50,1±22,5	0,078	25,6%	46,4%	0,079
Não	39,1±25,7		74,4%	53,6%	

Tabela 5 – Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos com o impacto na qualidade de vida (PFIQ-7) e com a classificação de gravidade da IU (ISI)

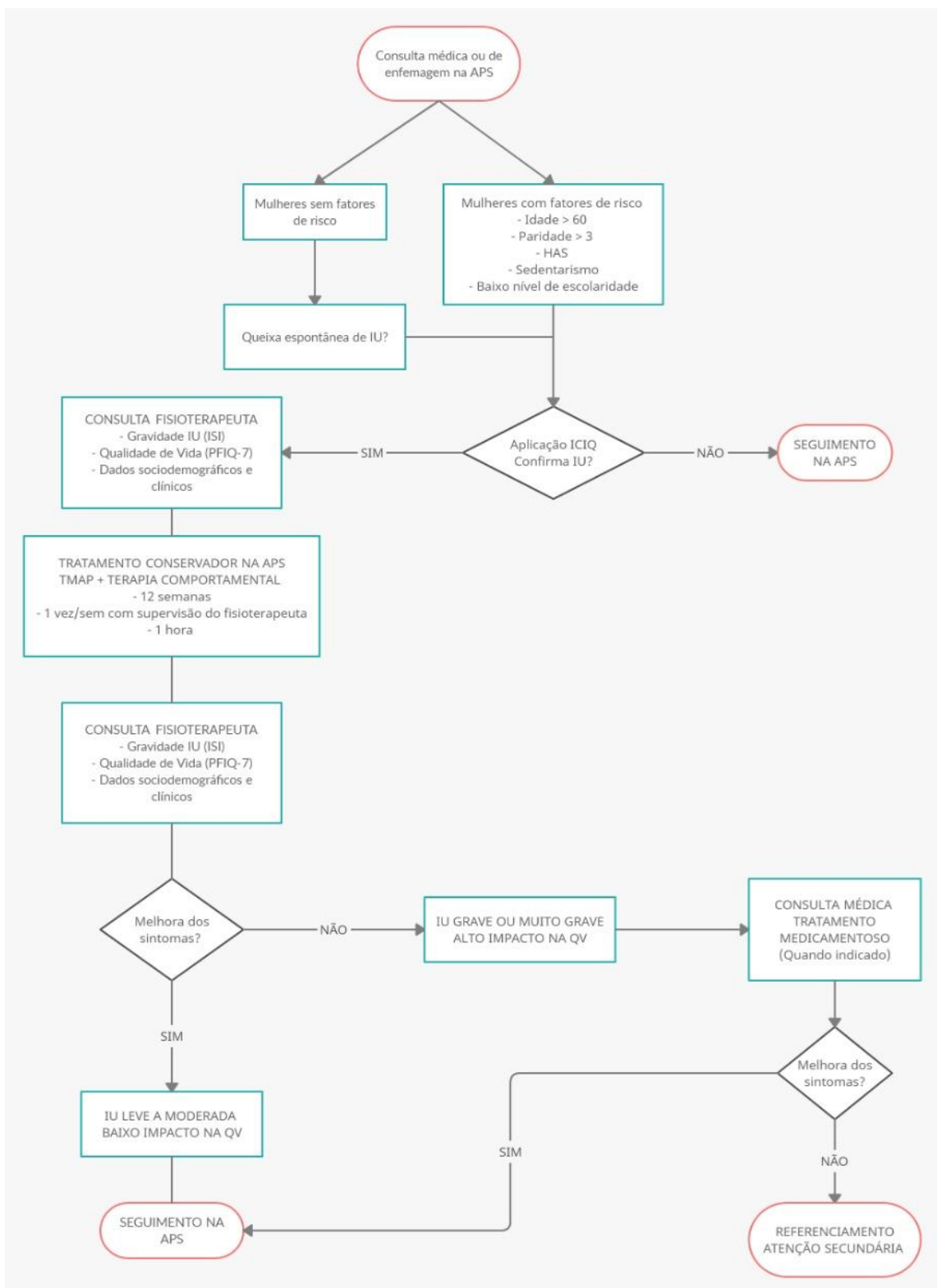
(conclusão)

VARIÁVEL	PFIQ- 7 (média ± DP)	p-valor*	IU Leve - moderada	IU Grave - muito grave	p- valor**
Tipo de IU					
IUE	46,8±26,4	0,472	45,2%	46,4%	
IUU	38,4±23,5		11,9%	25,0%	0,285
IUM	40,1±24,3		42,9%	28,6%	
Constipação					
Sim	41,9±25,3	0,665	67,4%	71,4%	0,797
Não	44,8±25,1		32,6%	28,6%	
Atividade Física					
Sim	37,9±23,0	0,184	53,5%	17,9%	0,003
Não	46,0±26,1		46,5%	82,1%	
Atividade sexual					
Sim	43,2±27,2	0,894	51,2%	39,3%	0,327
Não	42,4±23,4		48,8%	60,7%	

Teste estatístico: *ANOVA ou T de student; ** Teste Qui-quadrado.

Fonte: elaborado pelos autores.

6.2 Produto técnico: Proposta de fluxograma para identificação e seguimento de mulheres com incontinência urinária na Atenção Primária à Saúde



Legendas: APS – Atenção primária em saúde; IU- Incontinência urinária; HAS – Hipertensão arterial sistêmica; QV – Qualidade de vida; ICIQ – *International Consultation on Incontinence Questionnaire*; ISI – *Incontinence Severity Index*; PFIQ-7 – *Pelvic Floor Impact Questionnaire*.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo realizado com mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde permitiu concluir que:

- Houve alta prevalência de IU (44,7%; IC95% 39.3%-50.2%) em mulheres que buscavam atendimento na UAPS. A gravidade da IU foi classificada como leve em 14% das mulheres, moderada em 46,9%, grave em 26,7% e muito grave em 12,6% das participantes. O escore de impacto na QV teve média de 42,85 (\pm 25,12) pontos.
- A IUE foi mais prevalente (45,1%), seguida pelas IUM (36,6%) e IUU (18,3%).
- Mulheres com maior gravidade da IU apresentaram maior impacto na QV.
- Houve associação da cor da pele e da hipertensão com o impacto na QV, sendo observado que mulheres pardas ou negras, e com hipertensão, apresentaram piores escores de QV;
- A faixa etária maior que 60 anos, o baixo nível de escolaridade, maior paridade, presença de hipertensão e o sedentarismo foram associados com maior gravidade da IU.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo, constatamos a alta prevalência de incontinência urinária entre as mulheres que buscam atendimentos na Atenção Primária e que a gravidade dos sintomas impacta de forma negativa na qualidade de vida dessas mulheres. Em muitos aspectos, as relações sociais são mais afetadas pela perda de urina, como a dificuldade de realizar atividades de lazer e o sentimento de frustração. A dimensão desse desconforto reforça a necessidade de avaliar melhor esses sintomas de forma preventiva, para que não haja agravamento da condição estabelecida.

A partir do diagnóstico situacional, observamos que atualmente não há padronização na investigação sobre IU nas consultas de rotinas do Programa Saúde da Mulher e Prevenção de Câncer de Colo de Útero na UAPS. O que reforça sobre a subnotificação dessa condição, mesmo diante dos protocolos clínicos dedicados ao acompanhamento e tratamento da IU na Atenção Primária, como identificamos na revisão de literatura.

Portanto, ao final do estudo, propomos um fluxograma de organização do fluxo de identificação, seguimento e tratamento de mulheres com IU na APS, a partir dos achados do estudo original e das diretrizes clínicas para tratamento de IU não-neurogênica.

Houve algumas limitações durante o estudo, e dentre elas tivemos uma perda significativa de mulheres identificadas com IU pelo ICIQ-SF, mas que não participaram da avaliação individual para os desfechos de gravidade e QV. Fato que pode ser explicado por parte da coleta de dados ter sido realizada no período de isolamento social devido à pandemia de Covid-19.

Portanto, ressalta-se a necessidade da continuidade de pesquisas que avaliem intervenções com foco no manejo da IU em mulheres atendidas na Atenção Primária, não só para que elas possam ter um maior esclarecimento sobre a definição de IU, seus tipos, seus tratamentos, mas também sobre seus direitos ao tratamento dentro no Sistema de Saúde. Há necessidade de capacitação e integração dos profissionais nos diferentes níveis de atenção para que eles possam desenvolver melhor seu papel não só em sentido técnico, mas principalmente no sentido de humanidade.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. *et al.* Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourol Urodyn.**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 213-240, jan. 2010.

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; KHOURY, S.; WEIN, A. (Eds.). **Incontinence**. 5. ed. Bristol: ICUD, 2013.

ALVES, F. K. *et al.* Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa. **Fisio. Bra.**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 131-139, fev. 2016.

AROUCA, M. A. *et al.* Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). **Int Urogynecol J.**, [s. l.], v. 27, n. 7, p. 1097-1106, jul. 2016.

AVERY, K.; DONOVAN, J.; ABRAMS, P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). *In: INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY ANNUAL MEETING, 31., 2001, Seoul. Proceedings [...]* Seoul: ICS, 2001. p. 510-511.

BARBER., M. D. *et al.* Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. **Am J Obstet Gynecol.**, [s. l.], v. 185, n. 1, p. 1388-1395, jan. 2001.

BOMFIM, I. Q. M.; SOUTINHO, R. S. R.; ARAÚJO, E. N. Comparação da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária atendidas no sistema de saúde público e privado. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 19-24, jan. 2014.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Seção 1, p. 1. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção a Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 1, de 09 de janeiro de 2020. Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da incontinência urinária não neurogênica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2020. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Portaria-Conjunta-PCDT-Incontinencia-Urinaria-NN-13.01.2020.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 268-277, jul. 2017.

CARVALHO, M. P. *et al.* O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 721-730, abr. 2014.

FARIA, C. A. *et al.* Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de vida de usuárias do sistema único de saúde no sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. 374-380, ago. 2015.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 187-193, fev. 2005.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, jan. 2000.

FERREIRA, M.; SANTOS, P. C. Impact of exercise programs in woman's quality of life with stress urinary incontinence. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 30, n. 1, p. 3-10, jan. 2012.

FONTES, A. P.; BOTELHO, M. A.; FERNANDES, A. A. Incontinência urinária e funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa. **Funcionalidade e Incontinência Urinária – Acta Urológica**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 12-19, jan. 2011.

HAYLEN, B. T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Int Urogynecol J.**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 5-26, jan. 2010.

KARBAGE, S. A. L. *et al.* Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.**, [s. l.], v. 201, n. 1, p. 56-60, jan. 2016.

KEGEL, A. H. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. **Am J Obstet Gynecol**, [s. l.], v. 56, n. 2, p. 238-248, fev. 1948.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORENO, A. L. Terapia Comportamental. In: MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009. p. 137-143.

MORONI, R. M. *et al.* Conservative treatment of stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 97-111, fev. 2016.

NORTON, P.; BRUBAKER L. Urinary incontinence in women. **The Lancet**, [s. l.], v. 367, n. 9504, p. 57-67, jan. 2006.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em idosas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-351, fev. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**. Gênova: OMS, 2015.

PEREIRA, V. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 182-187, abr. 2011.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Factors associated with low life life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2447-2458, dez. 2013.

REBASSA, M. *et al.* Grupo de estudos de la incontinência urinarea Mallorca. Urinary incontinence in Mallorca women: prevalence and quality of life. **Actas Urol Esp.**, [s. l.], v. 37, n. 1, p. 354-361, jan. 2013.

SANDVIK, H. *et al.* Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. **J Epidemiol Community Health**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 497-499, jun. 1993.

SCHMIDT, A. P. **Tratamento conservador da incontinência urinária de Esforço feminina: Estudo comparativo entre reeducação vesical e treinamento da musculatura do assoalho pélvico com biofeedback**. 2017. 136 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências Médicas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018/2021**. Fortaleza: SMS, 2017.

SESHAN, V.; MULIIRA, J. K. Dimensions of the impact of urinary incontinence on quality of life of affected women: a review of the English literature. **Int J Urol Nurs.**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 62-70, fev. 2014.

SESHAN, V.; MULIIRA, J. K. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: implications for women's health promotion. **BMC women's health**, London, v. 13, n. 1, p. 16-20, jan. 2013.

SOLER, R.; GOMES, C.M.; AVERBECK, M.A.; KOYAMA, M. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study. **Neurourol Urodyn.**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 1356-1364, abr. 2018.

SYAN, R.; BRUCKER, B. M.: Guideline of guidelines: urinary incontinence. **BJU Int.**, [s. l.], v. 117, n. 1, p. 20-33, jan. 2016.

TAMANINI, J. T. N. *et al.* Validação para o português do international consultation on incontinence questionnaire - short form_ (ICIQ-SF). **Rev Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 3, p. 438-444, mar. 2004.

VASCONCELOS, C. T. M. *et al.* Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. **International urogynecology journal**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 171-180, fev. 2018.

VAZ, C. T.; SAMPAIO, R. F.; SALTIEL, F.; FIGUEIREDO, E. M. Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: a pragmatic controlled trial. **Brazilian J Phys Ther.**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 116-124, abr. 2019.

WU, J. M. *et al.* Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **Obstet Gynecol.**, [s. l.], v. 123, n. 1, p. 141-148, jan. 2014.

APÊNDICE A – COLETA INICIAL DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

NOME:	
IDADE:	DATA DA CONSULTA:
<p>CATEGORIA PROFISSIONAL QUE FEZ O ATENDIMENTO:</p> <p>() Médico Especialista</p> <p>() Médico da Família</p> <p>() Médico Residente</p> <p>() Enfermeiro</p>	
<p>HOUVE QUEIXA DA PACIENTE NA CONSULTA SOBRE INCONTINÊNCIA:</p> <p>()SIM ()NÃO</p> <p>Em caso afirmativo, qual a conduta do profissional:</p> <p>() Prescrição de medicação</p> <p>() Pedido de exames específicos</p> <p>() Encaminhamento para um médico especialista</p> <p>() Encaminhamento para um serviço de atendimento especializado</p> <p>() Nenhuma conduta</p> <p>() Outros: _____</p>	
<p>HOUVE INVESTIGAÇÃO SOBRE A INCONTINÊNCIA PELO PROFISSIONAL:</p> <p>()SIM ()NÃO</p> <p>Em caso afirmativo, qual a conduta do profissional:</p> <p>() Prescrição de medicação</p> <p>() Pedido de exames específicos</p> <p>() Encaminhamento para um médico especialista</p> <p>() Encaminhamento para um serviço de atendimento especializado</p> <p>() Nenhuma conduta</p> <p>() Outros: _____</p>	

APÊNDICE B - AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UROGINECOLOGIA

Data: ___/___/___

CAAE: 24636019.9.0000.5054

SEQUENCIAL Nº : _____

SINTOMAS URINÁRIOS

- () Perde antes de iniciar a micção () Gotejamento pós-miccional
 () Fluxo intermitente () Noctúria () Urge- incontinência
 () Frequência () Disúria () Perda aos esforços () Urgência
 () Sensação de esvaziamento incompleto () Enurese
 () Esforço para urinar () Hesitação

Outros _____

Como você urina: () em vaso sanitário : () sentada () em pé
 () em fossa

Tem alguma coisa que impeça o ato de micção normal: _____

- Quais atividades que você perde mais urina:

- () Tosse () Espirro () Agachar () Erguer peso () Riso
 () Contato com a água () Mudança decúbito () Caminhando () Relação sexual

Outros: _____

- Com qual frequência você apresenta perda de urina:

- () uma vez ao mês () uma vez na semana () todos os dias

- Quantidade de perda de urina: () em gotas () em jato () muita quantidade

- Usa forro ou absorvente para se manter seca: () sempre () as vezes () nunca

QUEIXA PRINCIPAL

Urge () IUE () Mista () SBH

Doença Pregressas:

- () Diabetes () HAS () Cardiopata () Câncer () Desordens psicológicas.

Medicamentos: _____

FUNÇÃO INTESTINAL

- () Normal () Constipação () Hemorroidas

____x ao dia , ____x por semana

- Faz esforço para evacuar : () sim () não

()Necessita de algum auxílio para evacuar: ()sim () não

Se sim, qual: () Laxante () Aux. Digitais () Enema

() Sensação de evacuação incompleta

- Incontinência Fecal

() Perde gases () Perde fezes líquidas () Perde fezes sólidas () Suja a calcinha.

AVDs

Atividade física () sim () não

Qual: _____ Tempo: _____

Evita fazer alguma atividade devido à perda de urina: () sim () não

Qual: _____

HÁBITOS

cigarro: () sim () não quantos por dia: _____

álcool: () sim () não quanto por dia: _____

Alimentos:

() café Quantidade: _____

() adoçante Quantidade: _____

() frutas ácidas Quantidade: _____

() refrigerantes Quantidade: _____

() comidas apimentadas Quantidade: _____

() chás Quantidade: _____

() chocolates Quantidade: _____

Evita o consumo de líquidos: () sim () não

Ingestão de líquido: _____ lts

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

G: ____ A: ____ P: ____ C: ____ N: ____ Fórceps: _____

Cirurgia ginecológica: () não () sim Qual: _____

Menarca: _____ Menopausa: _____ Tempo: _____

Fez fisioterapia para IU: () não () sim Devolutiva: _____

Faz uso de TRH: () sim () não

Faz uso de Anticoncepcional: () sim () não

Função Sexual: Atividade sexual: () sim () não Satisfação (0-10): _____

Mudou a sua atividade sexual por causa da perda urinária: () sim () não

Se sim, o que: _____

Seu parceiro sabe sobre a perda de urina: () sim () não

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar do estudo “Promoção da Saúde em Mulheres com Incontinência Urinária Atendidas na Atenção Básica”, cujo objetivo é avaliar a construção de um modelo de atendimento a mulheres com incontinência urinária atendidas nos postos de saúde. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação é importante para que possamos avaliar a melhor maneira de atendimento a mulheres com sinais e sintomas iniciais de incontinência urinária na Unidade Básica de Saúde e poder proporcionar uma orientação mais adequada, efetiva e menos demorada. Você não terá nenhum gasto financeiro, nem receberá gratificação ou pagamento pela sua participação nesta pesquisa, podendo desistir de sua colaboração com a pesquisa quando desejar.

Sua participação terá mínimos riscos, que envolvem apenas o possível constrangimento em falar sobre seu problema e deixá-la intimidada para falar sobre como a incontinência urinária está afetado a sua qualidade de vida. Para diminuir esses possíveis desconfortos, será garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras.

O presente estudo tem como benefícios poder proporcionar às pacientes que sofrem de incontinência urinária, uma maior compreensão a respeito dos sinais e sintomas, do diagnóstico, de tratamento mais adequado, na redução dos sintomas, incentivando-as na busca pela melhora da qualidade de vida. Os resultados do estudo ajudarão a esclarecer se é ou não viável a prestação de assistência a mulheres com problemas semelhantes aos seus, na Atenção Básica.

Os dados serão coletados através da aplicação de três questionários simples e objetivos que avaliam rapidamente a frequência, a quantidade e as situações de perda urinária, bem como o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e de uma ficha de coleta de dados padronizada constando de dados sociodemográficos e clínicos.

Após a avaliação você será encaminhada para o grupo de terapia comportamental e treinamento da musculatura do assoalho pélvico que será realizado uma vez por semana. Ao final do quarto encontro você será reavaliada com os mesmos instrumentos iniciais.

A coleta de informações não trará danos físicos, emocionais, sociais ou morais. Todos os critérios éticos serão observados pelos pesquisadores responsáveis e os benefícios da pesquisa serão revestidos em prol do conhecimento científico.

Durante a aplicação da pesquisa será respeitado o seu estado físico e mental. No caso de você desistir de participar da pesquisa, não haverá nenhum prejuízo a você e não ocorrerá descontinuidade do seu acompanhamento clínico.

Os dados da pesquisa servirão apenas para publicação científica e serão mantidos em sigilo, sendo preservados a sua integridade e anonimato.

Este termo encontra-se impresso em duas vias, uma para o pesquisador e outra para você. No caso de dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa, de sua participação, agora ou a qualquer momento, você poderá entrar em contato pelo endereço ou telefone.

Janciara Azevedo Mourão

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ

Rua Coronel de Nunes Melo 1000 - Rodolfo Teófilo

Fone: (85) 3366-8344 CEP: 60430-270 25

(Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira)

Eu, _____, (participante ou responsável)
 RG _____, abaixo assinado, concordo com a participação no estudo “Promoção da Saúde em Mulheres Atendidas na Atenção Básica”, como sujeito ou responsável pelo sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Janciara Azevedo Mourão sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da sua participação.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via deste Termo de Consentimento, onde me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Foi-me garantido que posso como participante ou como pesquisado retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de acompanhamento, assistência e tratamento.

Local e data _____, ____/____/____

Digital/Assinatura da participante: _____

**ANEXO A - INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE
QUESTIONNAIRE - SHORT FORM (ICIQ-SF)**

ICIQ-SF EM PORTUGUÊS																							
<p>Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____ / ____ / ____</p> <p>Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.</p> <p>1. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ (Dia / Mês / Ano)</p> <p>2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></p>																							
<p>3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez por semana ou menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Duas ou três vezes por semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Diversas vezes ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">O tempo todo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5</td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	0	Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1	Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2	Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3	Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4	O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5				
Nunca	<input type="checkbox"/>	0																					
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1																					
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2																					
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3																					
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4																					
O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5																					
<p>4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nenhuma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma pequena quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma moderada quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma grande quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6</td> </tr> </table>		Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0	Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2	Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4	Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6										
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0																					
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2																					
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4																					
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6																					
<p>5. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)</p> <table style="width: 100%; border: none; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6">Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere					Interfere muito					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Não interfere					Interfere muito																		
<p>ICIQ Score: soma dos resultados 3+4+5 = _____</p>																							
<p>6. Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você).</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando tusso ou espirro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou dormindo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco sem razão óbvia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco o tempo todo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando tusso ou espirro	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>	Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>	Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>						
Nunca	<input type="checkbox"/>																						
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando tusso ou espirro	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>																						
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>																						
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>																						
<p>“Obrigado por você ter respondido as questões”</p>																							

ANEXO B - PELVIC FLOOR IMPACT QUESTIONNAIRE (PFIQ- 7)

NOME: _____ IDADE _____

NOME DA MÃE: _____

TELEFONE: _____ QUEIXA PRINCIPAL: _____

Para cada pergunta, coloque um X na resposta que melhor descreva o quanto suas atividades, relacionamentos ou sentimentos têm sido afetados pelos sintomas ou condições de sua bexiga, intestino ou pelve, **NOS ÚLTIMOS 3 MESES**. Por favor, certificar-se de marcar uma resposta para cada pergunta

Os sintomas da bexiga:
1. Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades domésticas como cozinhar, lavar roupas, arrumar a casa...? () nem um pouco () um pouco () moderadamente () bastante
2. Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades físicas, como caminhar, nadar...? () nem um pouco () um pouco () moderadamente () bastante
3. Geralmente afetam atividades de entretenimento, como ir ao cinema, sair para passar...? () nem um pouco () um pouco () moderadamente () bastante
4. Geralmente afetam sua habilidade de viajar de carro por uma distância maior que 30 minutos da sua casa? () nem um pouco () um pouco () moderadamente () bastante
5. Geralmente afetam sua participação em atividades sociais fora de casa? () nem um pouco () um pouco () moderadamente () bastante
6. Geralmente afetam sua saúde emocional (fica nervosa, ansiosa, irritada.)? () nem um pouco () um pouco () moderadamente () bastante
7. Fazem você se sentir frustrada? () nem um pouco () um pouco () moderadamente () bastante
PONTUAÇÃO
$\left(\frac{UIQ1 + UIQ2 + UIQ3 + UIQ4 + UIQ5 + UIQ6 + UIQ7}{7} \right) \times 33,3$
SCORES OBTIDOS:

ANEXO C – INCONTINENCE SEVERITY INDEX - ISI

NOME: _____ IDADE _____

NOME DA MÃE: _____

TELEFONE: _____ QUEIXA PRINCIPAL: _____

<p>(1) Com que frequência você perde urina?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de uma vez ao mês 2. Algumas vezes ao mês 3. Algumas vezes na semana 4. Todas os dias e /ou noite
<p>(2) Qual quantidade de urina você perde cada vez?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gotas 2. Pequeno jato 3. Muita quantidade
<p>TOTAL :</p>
<p>CLASSIFICAÇÃO:</p> <p>1 a 2: LEVE</p> <p>3 a 6: MODERADA</p> <p>8 a 9: GRAVE</p> <p>12 : MUITO GRAVE</p>

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa “**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA**”, sob a responsabilidade do pesquisador **JANCIARA AZEVEDO MOURÃO** aluno do curso de **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA** da **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**, sob a orientação do Professor **SIMONY LIRA NASCIMENTO**, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências da **COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES III** da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, durante o período de **DEZEMBRO/2019 A JULHO/2020** não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/MS nº: 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

O (s) pesquisador (es) acima qualificado (s) se comprometem a obedecerem às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Após a defesa do estudo, o (s) pesquisador (es) deverá (ão) enviar a versão final da pesquisa (em PDF), para o e-mail: ceppes.sms@gmail.com, ficando ciente(s) de que a COEPPE/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos resultados para técnicos, gestores e/ou sujeitos da referida pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade para retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em penalização alguma.

Fortaleza, 24 de Outubro de 2019

Anamaria Cavalcante e Silva
Coord. de Pesquisas e
Programas Especiais

Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: JANCIARA AZEVEDO MOURAO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24638019.9.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.706.595

Apresentação do Projeto:

É um projeto de mestrado, e trata-se de um estudo quase experimental, analítico, de abordagem quantitativa e pragmática. Os estudos quase-experimentais são assim

chamados por não contemplarem todas as características de um experimento verdadeiro, pois um controle experimental completo nem sempre é possível, principalmente no que se refere à randomização e aplicação da intervenção (DUTRA; REIS, 2016). Estudos quase experimentais são estudos controlados, nos quais a exposição foi designada pelo pesquisador sem o uso da randomização, ou seja, os sujeitos não são distribuídos

aleatoriamente nos grupos intervenção e controle (ROTHMAN; GREENLARD; LASH, 2011).

Há vários modelos de estudos quase experimentais, entre eles tem-se o modelo de séries temporais, em que não existem dois grupos, somente o grupo intervenção. Nesse caso, o modelo será antes e depois com um grupo implementado.

A coleta de dados é feita ao longo de um período de tempo estendido e a introdução da intervenção durante esse período (POLIT; BECK, 2011).

O tema é incontinência urinária em mulheres na atenção básica, com revisão consistente do tema e metodologia pertinente às perguntas propostas.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.706.595

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a construção e validação de um protocolo de triagem e seguimento a mulheres com incontinência urinária atendidas na Unidade Básica de Saúde.

Objetivo Secundário:

•Realizar um diagnóstico situacional sobre o manejo de incontinência urinária em UBS •Construir um fluxograma de triagem e seguimento a mulheres com incontinência urinária nas UBS •Realizar a sensibilização dos profissionais que atendem mulheres nas UBS para investigação e encaminhamentos das queixas de incontinência urinária •Avaliar a prevalência de IU em mulheres usuárias da Unidade Básica de Saúde a partir da sistematização de triagem com instrumento validado. •Descrever o perfil sociodemográfico e clínico e de mulheres com incontinência urinária. •Avaliar o impacto da IU nas atividades e participação antes e após o protocolo fisioterapêutico em grupo. •Verificar a adesão dos profissionais ao protocolo de triagem e seguimento de mulheres com IU em UBS. •Verificar adesão das mulheres com IU ao seguimento proposto no protocolo. •Identificar as barreiras existentes no processo de construção e validação do protocolo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, alguns riscos que se pode obter, será das participantes responderem a questões sensíveis e se recusarem a falar sobre seu problema mesmo sofrendo dessa disfunção, talvez deixá-las intimidadas para falar sobre o assunto. Por isso, o protocolo do estudo será explicado detalhadamente pela pesquisadora e as participantes poderão desistir da pesquisa quando assim desejarem. Para minimizar esses possíveis desconfortos, será garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras.

O presente estudo tem como benefícios poder proporcionar às pacientes que sofrem de incontinência urinária, uma maior compreensão a respeito dos sinais e sintomas, do diagnóstico, de tratamento mais adequado, na redução dos sintomas, incentivando-as na busca pela melhora da qualidade de vida. Os resultados do estudo ajudarão a esclarecer se é ou não viável a prestação de assistência a mulheres com problemas semelhantes aos seus, na Atenção Básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de interesse na área de saúde pública, com foco na saúde da mulher, e traz uma

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.706.595

abordagem metodológica consistente para o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma, orçamento adequados, termos de anuência, projeto e concordância apresentados. TCLE bem estruturado de acordo com a resolução 488.

Recomendações:

- TCLE: Incluir no texto, o contato pessoal da pesquisadora, e não apenas o comercial.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1444909.pdf	28/10/2019 15:08:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	28/10/2019 15:05:12	JANCIARA AZEVEDO MOURAO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	28/10/2019 11:25:34	JANCIARA AZEVEDO MOURAO	Aceito
Outros	CARTADESOLICITACAO.pdf	28/10/2019 11:25:07	JANCIARA AZEVEDO MOURAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/10/2019 11:14:18	JANCIARA AZEVEDO MOURAO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	28/10/2019 11:09:58	JANCIARA AZEVEDO MOURAO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTADEANUENCIA.pdf	28/10/2019 08:44:13	JANCIARA AZEVEDO MOURAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOCONCORDANCIA.pdf	28/10/2019 08:43:29	JANCIARA AZEVEDO MOURAO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	28/10/2019 08:37:33	JANCIARA AZEVEDO MOURAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.706.595

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 14 de Novembro de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br