



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ FACULDADE DE FARMÁCIA,
ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

LIA GOMES LOPES

**AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO
MULTIMÉTODOS**

FORTALEZA

2025

LIA GOMES LOPES

AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO
MULTIMÉTODOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Enfermagem.
Área de concentração: Promoção da saúde.
Linha de pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L854a Lopes, Lia Gomes.
Avaliação Do Continence App® Para Prevenção De Incontinência Urinária Em Usuárias Do Sistema Suplementar De Saúde: : Um Estudo Multimétodos / Lia Gomes Lopes. – 2025.
146 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

1. Incontinência urinária. 2. Período pós-parto. 3. Aplicativos móveis. I. Título.

CDD 610.73

LIA GOMES LOPES

AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO
MULTIMÉTODOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Enfermagem.
Área de concentração: Promoção da saúde.
Linha de pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

Aprovada em: ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Roberta Meneses Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Sara Arcanjo Lino Karbage
Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)

Prof. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Prof. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico com muito amor à minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sempre me abençoar infinitamente (talvez mais do que eu mereça).

À minha mãe, que sempre me acompanha com muito amor, celebra minhas conquistas com muito orgulho e me ampara nos principais desafios.

À minha irmã, que sempre me oferece seus conselhos e sempre me faz lembrar do meu valor individual e profissional.

Ao meu (futuro) marido que sempre me oferece seus braços, seu ombro e seu coração cheio de carinho.

Ao meu pai (in memoriam), que com seu direcionamento assertivo, contribuiu para o meu crescimento acadêmico e me fez buscar desafios mais altos.

À Prof^a Dr^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos por oferecer apoio, acolhimento e orientações que vão além do âmbito profissional.

Aos meus colegas de classe, de profissão e de pesquisa pelas sugestões e reflexões valiosas.

Por fim, às minhas filhas (pet) que significam mais do que elas possam imaginar e cujo amor se torna imensurável.

“É parte da cura o desejo de ser curado.”

Sêneca

RESUMO

A Incontinência Urinária (IU) é um sintoma comum e impactante, especialmente no período gravídico-puerperal, fase crítica para estratégias de prevenção e tratamento. Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia e a experiência de uso do aplicativo móvel Continence App® entre usuárias do sistema suplementar de saúde no pós-parto. Trata-se de um estudo de métodos mistos com abordagem sequencial explanatória, conduzido em duas clínicas privadas com 137 gestantes, divididas em grupo controle (GC: n=72) e grupo intervenção (GI: n=65). Na primeira fase, foi realizado um ensaio clínico randomizado. O grupo intervenção utilizou o aplicativo, enquanto o controle recebeu apenas o acompanhamento de rotina. Foram incluídas gestantes a partir do segundo trimestre, excluindo-se menores de 18 anos, mulheres com doenças neurológicas, histórico de IU, ou comprometimento cognitivo. Critérios de descontinuidade incluíram parto instrumental, recém-nascido em UTI neonatal, recém-nascido pequeno para a idade gestacional e não atendimento após cinco tentativas de contato. A coleta de dados foi feita via Google Forms, utilizando os instrumentos ICIQ-FLUTS, ICIQ-SF, um questionário de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) sobre IU, além de dados sociodemográficos e obstétricos. Na segunda fase, foi realizada uma análise qualitativa com entrevistas telefônicas com participantes do grupo intervenção selecionadas aleatoriamente. A análise quantitativa foi feita no SPSS e a qualitativa no MAXQDA. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC (parecer nº 4.651.582). Na linha de base, os grupos foram semelhantes quanto ao CAP e sintomas urinários, exceto pelo maior impacto da IU de urgência no grupo controle (GC=1,58; GI=0,42; p=0,037). No desfecho, os escores totais de CAP foram semelhantes, mas o grupo intervenção teve maior percentual de conhecimento adequado (GI: 88,2%; GC: 70%; p=0,000), enquanto o controle apresentou maior atitude adequada (GC: 88,2%; GI: 55%; p=0,028). Não houve diferença significativa na ocorrência ou impacto das queixas urinárias entre os grupos. A análise intragrupo revelou redução significativa do conhecimento no grupo controle (p=0,008). A análise qualitativa identificou que a baixa adesão ao aplicativo foi justificada pela falta de tempo, ausência de sintomas urinários, e priorização de demandas do puerpério, como os cuidados com o bebê. Apesar disso, o aplicativo foi bem avaliado pelas usuárias. Os achados sugerem que a percepção de suscetibilidade e os contextos de saúde interferem diretamente na adesão a intervenções preventivas. A combinação dos métodos permitiu

uma compreensão mais completa dos resultados. Contudo, limitações como o curto tempo de acompanhamento e a baixa adesão dificultaram a verificação de efeitos significativos. Entre as potencialidades estão o uso inovador de tecnologia validada e a abordagem mista. Estudos futuros devem ampliar o tempo de seguimento, diversificar a amostra e incorporar estratégias de engajamento mais eficazes. Assim, será possível explorar melhor o papel de aplicativos na promoção da saúde urinária.

Palavras-chave: incontinência urinária; período pós-parto; aplicativos móveis.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is a common and impactful symptom, especially during the pregnancy-puerperal period, which is a critical phase for prevention and treatment strategies. This study aimed to evaluate the effectiveness and user experience of the mobile application Continence App® among postpartum women in the supplementary health system. A mixed-methods study with an explanatory sequential design was conducted in two private clinics, involving 137 pregnant women divided into a control group (CG: n=72) and an intervention group (IG: n=65). In the first phase, a randomized clinical trial was conducted. The intervention group used the app, while the control group received only routine institutional care. Inclusion criteria involved pregnant women from the second trimester onward, and exclusions included women under 18, with neurological diseases, a history of UI, or cognitive impairment. Discontinuation criteria included instrumental delivery, newborn admission to a neonatal ICU, small-for-gestational-age newborns, and failure to answer phone contact after five attempts. Data collection was carried out via Google Forms, using the ICIQ-FLUTS, ICIQ-SF, a Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) questionnaire on UI, and sociodemographic and obstetric data. The second phase consisted of a qualitative analysis based on telephone interviews with randomly selected participants from the intervention group. Quantitative analysis was performed using SPSS, and qualitative data were analyzed using MAXQDA. The study was approved by the Research Ethics Committee of UFC (approval number 4.651.582). At baseline, the groups were similar in terms of KAP and urinary symptoms, except for a higher urgency UI impact in the control group (CG=1.58; IG=0.42; p=0.037). At follow-up, total KAP scores were similar, but the intervention group showed a higher percentage of participants with adequate knowledge (IG: 88.2%; CG: 70%; p=0.000), while the control group had a higher rate of adequate attitude (CG: 88.2%; IG: 55%; p=0.028). No significant differences were observed between groups regarding the occurrence or impact of urinary symptoms. Intragroup analysis revealed a significant decrease in knowledge in the control group (p=0.008). The qualitative analysis revealed that low adherence to the app was mainly due to lack of time, absence of urinary symptoms, and prioritization of postpartum demands such as newborn care. Nonetheless, users positively evaluated the app. The findings suggest that perceived susceptibility and health context directly influence adherence to preventive interventions. The combination of methods allowed

for a more comprehensive understanding of the results. However, limitations such as short follow-up time and low adherence hindered the detection of significant effects. The study's strengths include the innovative use of a validated technology and the integration of mixed methods. Future research should consider longer follow-up periods, more diverse samples, and enhanced engagement strategies to better explore the role of apps in promoting urinary health.

Keywords: urinary incontinence; postpartum period; mobile apps.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Apresentação dos construtos do Modelo de Crenças em Saúde e sua aplicação a avaliação do Continence App®. Fortaleza, 2025.	31
Figura 2 -	Relação entre as definições constitutivas do Modelo de Crenças em Saúde (MCS) e os conteúdos gerados na modelagem conceitual do aplicativo. Fortaleza, 2025.	32
Figura 3 -	Estratégias de métodos mistos. Fortaleza, 2025.	33
Figura 4 -	Fluxograma das etapas do estudo com métodos mistos. Fortaleza, 2025.	34
Figura 5 -	Fluxograma da aplicação dos critérios de exclusão em cada fase de coleta de dados. Fortaleza, 2025.	36
Figura 6 -	Demonstração dos quatro cartões informativos do Continence App®. Fortaleza, 2025.	39
Figura 7 -	Passo a passo para aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Fortaleza, 2025.	43
Figura 8 -	Classificação dos componentes do CAP. Fortaleza, 2025.	46
Figura 9 -	Fluxograma para acompanhamento das ligações durante a 2 ^a fase de coleta. Fortaleza, 2025.	48
Figura 10 -	Caracterização das fases da Análise de Conteúdo. Fortaleza, 2025.	53
Figura 11 -	Fluxograma das participantes em cada fase do ensaio clínico randomizado conforme enunciado CONSORT E-HEALTH. Fortaleza, 2025.	55
Figura 12 -	Distribuição da via de parto em mulheres atendidas no sistema suplementar. Fortaleza, 2025.	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Definição dos Sintomas do Trato Urinário Inferior. Fortaleza, 2025.....	17
Tabela 2 - Estratégia PICO. Fortaleza, 2025.	38
Tabela 3 - Caracterização de mulheres quanto aos dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos. Fortaleza, 2025.	57
Tabela 4 - Descrição da avaliação do conhecimento de mulheres relacionado à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025.	60
Tabela 5 - Descrição da avaliação da atitude de mulheres relacionada à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025.....	63
Tabela 6 - Descrição da avaliação da prática de mulheres relacionada à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025.....	66
Tabela 7 - Queixas urinárias de mulheres durante a coleta da linha de base de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025.....	69
Tabela 8 - Queixas urinárias de mulheres durante a coleta da linha de base de acordo com o ICIQ-SF. Fortaleza, 2025.....	71
Tabela 9 - Descrição da avaliação do conhecimento de mulheres relacionado à IU durante a coleta desfecho. Fortaleza, 2025.....	74
Tabela 10 - Descrição da avaliação da atitude de mulheres relacionada à IU durante a coleta do desfecho. Fortaleza, 2025.....	79
Tabela 11 - Descrição da avaliação da prática de mulheres relacionada à IU durante a coleta do desfecho. Fortaleza, 2025	82
Tabela 12 - Queixas urinárias apresentadas por mulheres durante a coleta do desfecho de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025.....	85
Tabela 13 - Queixas urinárias de mulheres durante a coleta do desfecho de acordo com o ICIQ-SF. Fortaleza, 2025.....	89
Tabela 14 - Efeitos no conhecimento, atitude e prática e no impacto das queixas urinárias em mulheres antes e depois da intervenção. Fortaleza, 2025.....	90
Tabela 15 - Adesão e uso do aplicativo por mulheres do grupo intervenção. Fortaleza, 2025.	92
Tabela 16 - Comparaçao da adequação do CAP na linha de base e no desfecho entre mulheres do grupo intervenção que usaram ou não o aplicativo. Fortaleza, 2025.....	93
Tabela 17 - Comparaçao das queixas urinárias na linha de base e no desfecho entre mulheres do grupo intervenção que usaram ou não o aplicativo. Fortaleza, 2025.....	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Integração dos achados quantitativos e qualitativos. Fortaleza, 2025.	99
Quadro 2 - Perfil das participantes da fase qualitativa e seus respectivos resultados quanto ao CAP e às queixas urinárias. Fortaleza, 2025.....	100

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	27
2.1	Objetivo geral	27
2.2	Objetivos específicos da abordagem quantitativa	27
2.3	Objetivos específicos da abordagem qualitativa.....	27
3	HIPÓTESES	28
3.1	Hipótese H0.....	28
3.2	Hipótese H1	28
4	REFERENCIAL TEÓRICO	29
4.1	Health Belief Model (HBM) ou Modelo de Crenças em Saúde.....	29
5	MÉTODO.....	33
5.1	Delineamento do estudo	33
5.2	Local da pesquisa.....	35
5.3	População e amostra	35
5.4	Etapa quantitativa: ensaio clínico randomizado	38
5.4.1	<i>Delineamento do estudo</i>	39
5.4.2	<i>Intervenção</i>	39
5.4.3	<i>Desfechos.....</i>	40
5.4.4	<i>Coleta de dados.....</i>	41
5.4.5	<i>Randomização, alocação, implementação e cegamento</i>	47
5.4.6	<i>Análise de dados.....</i>	48
5.5	Etapa qualitativa	49
5.5.1	<i>Delineamento do estudo</i>	49
5.5.2	<i>Sujeitos da pesquisa.....</i>	50
5.5.3	<i>Operacionalização da coleta de dados.....</i>	50
5.5.4	<i>Análise dos dados</i>	51
5.6	Aspectos éticos	53
6	RESULTADOS	55
6.1	Resultados da fase quantitativa.....	55
6.1.1	<i>Fase de recrutamento e caracterização da amostra.....</i>	56

<i>6.1.2 Linha de base.....</i>	58
<i>6.1.3 Desfecho.....</i>	74
<i>6.1.4 Efeitos do Continence App® no conhecimento, atitude e prática e no impacto das queixas urinárias.....</i>	90
<i>6.1.5 Adesão ao Continence App® e resultados pelo grupo intervenção</i>	91
6.2 Resultados da fase qualitativa	94
<i>6.2.1 Conhecimento, atitude e prática para a prevenção da IU: componentes que interferem na adesão ao aplicativo</i>	94
<i>6.2.2 Crenças em saúde: percepções acerca da própria suscetibilidade.....</i>	96
<i>6.2.3 Integração das fases quantitativa e qualitativa</i>	98
7 DISCUSSÃO.....	103
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
9 CONCLUSÃO	114
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	123
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O GRUPO INTERVENÇÃO	124
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O GRUPO COMPARAÇÃO	127
ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	130
ANEXO B - INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE MODULAR QUESTIONNAIRE – FEMALE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS (ICIQ-FLUTS).....	131
ANEXO C - “INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - SHORT FORM” (ICIQ-SF)	135
ANEXO D - ESCALA DE CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	136
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL 1	140
ANEXO F – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL 2.....	141
ANEXO G – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA	142
ANEXO J – ORÇAMENTO	146

1 INTRODUÇÃO

Os Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) ou Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS, em inglês) se apresentam como um problema de saúde pública considerável devido à prevalência alta e ao impacto na qualidade de vida (ABRAMS *et al.*, 2016). Os STUI são representados por vários sintomas, incluindo os sintomas de armazenamento da bexiga, como a polaciúria, noctúria, urgência e Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH), bem como sintomas sensoriais, como o aumento, diminuição e ausência da sensibilidade da bexiga. Além disso, existem ainda os sintomas de esvaziamento e pós-miccionais: hesitação, intermitência, esforço para esvaziar, divisão do jato urinário, sensação de esvaziamento incompleto, necessidade de urinar imediatamente, vazamento pós-micccional e micção dependente da posição (Abrams *et al.*, 2016; Haylen *et al.*, 2010). A tabela 1 apresenta as definições de cada sintoma.

Tabela 1 - Definição dos Sintomas do Trato Urinário Inferior. Fortaleza, 2025. (Continua)

Sintomas	Sintomas do Trato Urinário Inferior	Definições
de Incontinênci a	Incontinência Urinária de Esforço (IUE)	Perda involuntária de urina com esforço abdominal.
	Incontinência Urinária de Urgência (IUU)	Perda involuntária de urina associada à urgência.
	Incontinência Urinária Mista (IUM)	Perda involuntária de urina associada a IUE e IUU.
	Incontinência Urinária Contínua	Queixa de perda involuntária contínua de urina.
	1) Incontinência Urinária Coital	Queixa de perda involuntária de urina com o coito.
de Sintomas	Enurese Noturna	Queixa de perda involuntária de urina durante o sono.
	2) Polaciúria	A micção ocorre com mais frequência durante as horas de vigília do que anteriormente considerado normal.
	3) Noctúria	Interrupção do sono uma ou mais vezes devido à necessidade de urinar. Cada micção é precedida e seguida pelo sono.
	4) Urgência	Um desejo repentino e forte de urinar, que é difícil de adiar.
	5) Síndrome da Bexiga Hiperativa	Urgência urinária, geralmente acompanhada frequência e noctúria, com ou sem IUU, na ausência de infecção do trato urinário ou outra patologia óbvia.

Conclusão

Tabela 1 – Definição dos Sintomas do Trato Urinário Inferior. Fortaleza, 2025.

Sintomas do Trato Urinário Inferior	Definições
Sintomas de armazenamento	
6) Dor ao enchimento vesical	Queixa de dor suprapúbica ou retropública, pressão ou desconforto relacionado à bexiga e geralmente associada ao enchimento da bexiga. Pode persistir ou ser aliviado após a micção.
7) Hesitância	Queixa de atraso no início da micção.
8) Jato fraco	Percepção de um fluxo urinário diminuído em comparação com o padrão anterior ou com outras pessoas.
9) Intermitência	Queixa de que o fluxo de urina para e recomeça durante a micção.
Sintomas de esvaziamento e pós-miccionais	
10) Esforço para urinar	Queixa da necessidade de fazer um esforço intensivo para iniciar, manter ou melhorar o fluxo urinário.
11) Divisão do jato urinário	Queixa de divisão no jato urinário no lugar de um único jato.
12) Sensação de esvaziamento incompleto	Queixa de que a bexiga não fica vazia após a micção.
13) Necessidade imediata de urinar	Queixa de urinar imediatamente após a micção.
14) Gotejamento pós-miccional	Micção prolongada quando o fluxo diminui para gotas.
15) Micção dependente da posição	Queixa de ter que adotar posições específicas para possibilitar ou melhorar a micção.
16) Disúria	Queixa de dor ou desconforto durante a micção.
17) Retenção do trato urinário	Queixa de incapacidade de esvaziamento vesical apesar de esforço persistente.
19) Infecção do Trato Urinário	Encontrar evidências microbiológicas de bacteriúria significativa geralmente acompanhada por sintomas como aumento da sensação na bexiga, urgência, frequência, disúria, IUU e/ou dor no trato urinário.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Dentre os sintomas de armazenamento, os de Incontinência Urinária (IU) são os mais comuns e se dividem em vários subtipos, como Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU), Incontinência Urinária Mista (IUM), Incontinência Urinária Postural, Incontinência Urinária Contínua, Incontinência Urinária Insensível, Incontinência Urinária Coital e Enurese Noturna (Abrams *et al.*, 2016; Haylen *et al.*, 2010).

Por se tratar de um problema com etiologia multifatorial, a prevalência para os STUI varia amplamente na literatura científica. Em estudos de base populacional, a prevalência de sintomas de armazenamento foi bastante alta, em especial, entre as mulheres. No Brasil, em um estudo transversal realizado com 3.000 pessoas, a prevalência de STUI foi equivalente a 84,1% em mulheres e 81,5% em homens, enquanto para os sintomas de armazenamento as taxas foram de 76,4% para as mulheres e 67,7 % para os homens (Moreira Jr. *et al.*, 2013). Tais resultados se mostraram parecidos com outro estudo conduzido no Canadá, Alemanha, Itália, Suécia e Reino Unido com 19.165 indivíduos, no qual foi reportado uma prevalência de sintomas de armazenamento de 59,2% em mulheres e 51,3% em homens (Irwin *et al.*, 2006). Em um estudo mais recente conduzido na Polônia com 6.005 indivíduos com idades acima de 40 anos, a prevalência de LUTS e SBH foi de 72,6% nas mulheres e 66,2% nos homens (Przydacz *et al.*, 2020).

Dentre os STUI, a IU se configura como um dos mais prevalentes e de maior importância clínica, devido a sua natureza debilitante e de maior impacto na qualidade de vida dos indivíduos (Abrams *et al.*, 2016). A literatura aponta que a IU pode afetar entre 17% a 45% das mulheres adultas, sendo a IUE o subtipo mais prevalente, atingindo 48% das mulheres adultas jovens. Na América do Sul, os estudos são escassos e apresentam métodos variados, o que contribui para o conflito de informações e uma grande variedade de taxas de prevalência (Palma *et al.*, 2017).

Estudos apontam que a ocorrência de IU durante a gravidez em mulheres nulíparas tem uma associação mais forte com incontinência persistente após o parto do que com a paridade, o que sugere que a gestação tem um efeito mais significativo do que a via de parto em si (Viktrup *et al.*, 1992; Abrams *et al.*, 2016). Em um estudo de base populacional na Noruega foi observado que a prevalência de IUE antes e durante a gestação cresceu de 9% a 31% em nulíparas e 24% a 42% em multíparas. Além disso, a ocorrência de IU durante a gestação foi um forte preditor de IU após o parto (Abrams *et al.*, 2016).

Esses resultados se mostraram condizentes com achados de pesquisas em território nacional. Em um estudo conduzido em Campinas com 344 mulheres, foi observado que a ocorrência de IU no pós-parto esteve associada à presença de IU durante a gestação, à multiparidade e à idade gestacional maior ou igual a 37 semanas (Leroy; Lúcio; Lopes, 2015). Os efeitos parecem persistir após um longo período mesmo para mulheres que recuperam a continência durante o puerpério, uma vez que as alterações fisiológicas ocorridas durante a gestação revelam que essas mulheres podem ter uma predisposição para a ocorrência de incontinência durante a idade avançada. Além disso, a presença de IU durante a gestação pode ser um importante fator de risco para sua cronicidade, tornando-se um problema contínuo (Abrams *et al.*, 2016).

Ainda assim, o parto vaginal é considerado um dos principais fatores de risco para a ocorrência de IU em mulheres (Foldspang; Mommsen; Djurhuus, 1999), devido a uma possível distensão ou ruptura dos músculos do assoalho pélvico, ligamentos e nervos responsáveis pelo controle vesical adequado durante o parto (Allen *et al.*, 1990).

Em uma revisão sistemática que incluiu 33 estudos de base populacional em países com altas taxas de partos vaginais, foi observado que as taxas de IU durante os primeiros três meses após o parto vaginal variaram entre 1 e 35%, enquanto o parto por cesariana apresentou taxas entre 1 a 25%, com uma evidente diminuição da prevalência no primeiro ano pós-parto (Thom; Rortveit, 2010). Lavy *et al.* (2012) sugerem que até 90% das mulheres que se queixam de IU três meses após o parto vaginal serão incontinentes cinco anos depois.

Logo, é necessário compreender como a prevalência de IU se estabelece em países com taxas menores de parto vaginal.

A América Latina possui uma das maiores taxas de cesáreas do mundo e estimativas recentes indicam que a incidência varia entre 16,8% e 40% na maioria dos países latinos, sendo mais alta nos hospitais privados do que em hospitais públicos. No Brasil, a taxa de cesarianas atingiu 55,6% em 2016, sendo ainda maior nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste que registraram taxas acima da média nacional, com 63%, 62% e 61%, respectivamente (Entringer; Pinto; Gomes, 2019).

Mesmo diante desse cenário, a incidência de IU é relativamente alta no Brasil. Em um estudo multicêntrico coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com 2143 pessoas em São Paulo no ano 2000, a prevalência de IU foi 26,2% nas mulheres, sendo reportado que elas tiveram duas vezes mais chances de apresentar

sintomas de perda urinária quando comparadas aos homens (Tamanini *et al.*, 2004), possivelmente por conta do encurtamento uretral e fatores que alteram a posição intra-abdominal, como a gestação (Martins; Silva, 2017).

No entanto, é preciso apontar que a prevalência de IU ainda é bastante subestimada, uma vez que além das diferenciações metodológicas dos estudos, muitas mulheres sentem vergonha ou desconhecem as possibilidades de tratamento, o que contribui para que apenas uma parcela da população busque ajuda para a doença, sendo frequente o aumento da severidade nestes casos devido ao tratamento tardio, o que piora a qualidade de vida, representando custos pessoais e financeiros elevados para os indivíduos e para a sociedade (Palma *et al.*, 2017).

Além disso, é necessário apontar que muitas mulheres não recebem informações sobre IU durante a gestação, nem sobre as estratégias para prevenir e tratar as diferentes formas de incontinência, assim como mulheres durante esse período são frequentemente excluídas de estudos de base populacional, o que contribui ainda mais para os dados subestimados de prevalência sobre IU (Abrams *et al.*, 2016; Vasconcelos *et al.*, 2019).

Diante da alta incidência das queixas de IU durante o ciclo gravídico-puerperal e da influência de fatores específicos desse período que aumentam o risco de ocorrência dessas queixas, o puerpério se configura como um período de grande relevância para a aplicação de intervenções que visem à prevenção ou ao tratamento da incontinência, com especial atenção para as condições modificáveis e de estilo de vida (Wesnes; Lose, 2013; Hyakutake *et al.*, 2018).

A partir disso, é necessário considerar a importância do tratamento conservador e métodos eficazes para a prevenção de IU capazes de promover a melhora de sintomas durante o período pós-parto.

Existem diversos tipos de tratamentos conservadores para auxiliar o manejo da IU, como a terapia comportamental, que inclui o treinamento vesical e modificações do estilo de vida; o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP); os dispositivos intravaginais e mecânicos, como o Epi-No® e os pessários; e a eletroestimulação (Faiena *et al.*, 2015; Abrams *et al.*, 2016).

Em uma revisão sistemática com meta-análise, foi observado que o TMAP foi mais eficaz para melhorar a qualidade de vida quando comparado a nenhum tratamento, e sua combinação com o biofeedback melhorou os resultados relacionados à frequência e à quantidade das perdas urinárias. Da mesma forma, tanto a estimulação

elétrica intravaginal (EEI) quanto a superficial (EES) tiveram resultados melhores para a qualidade de vida e quantidade das perdas e o uso dos cones vaginais apresentou melhorias na qualidade de vida e na percepção de melhora subjetiva da paciente. Além disso, associação da EEI com o TMAP.

demonstrou que pode melhorar a eficácia deste último para a qualidade de vida e para a quantidade de perdas urinárias (Moroni *et al.*, 2016). Em estudos mais recentes, também foi demonstrado que o treinamento vesical, juntamente com a adoção de medidas comportamentais mais saudáveis e o TMAP resultou em uma diminuição da severidade da IU e melhorou os escores de qualidade de vida (Ersin; Demirbas; Tarhan, 2020), bem como a quantidade, a frequência e o impacto da perda urinária após seis semanas de tratamento (Vaz *et al.*, 2019).

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society ou ICS), o exercício físico pode ser realizado repetidamente durante um longo período com objetivos externos específicos, como melhoria da aptidão, do desempenho físico ou da saúde. O treinamento físico inclui: treinamento de resistência, treinamento de força, treinamento de flexibilidade e controle motor (incluindo equilíbrio), todos os quais podem se aplicar aos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) (Bo *et al.*, 2016).

O treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) consiste em exercícios para melhorar a força, a resistência, a potência, o relaxamento ou uma combinação destes parâmetros no MAP, podendo incluir também um treinamento funcional que incorpora uma contração correta desta musculatura em atividades de vida diária, como se levantar ou espirrar. Uma contração dos músculos antes de um aumento na pressão intra-abdominal, como uma tosse, faz parte do treinamento funcional de MAP (Bo *et al.*, 2016).

Dessa forma, o programa de exercícios consiste em uma contração intencional e eficaz dos MAP (levantando os músculos do assoalho pélvico para cima e para frente) antes e durante o esforço, no qual a mulher aperta a uretra e aumenta a pressão uretral, evitando a perda de urina. Além disso, o colo da bexiga recebe apoio de músculos fortes e tonificados do assoalho pélvico (resistentes ao alongamento), limitando assim seu movimento descendente durante o esforço e evitando a perda urinária (Bø, 2004; Dumoulin *et al.*, 2015).

O TMAP é frequentemente utilizado no manejo e, até mesmo, na prevenção da IU e existem evidências de alta qualidade que sugerem que os exercícios estão

associados à cura, a uma diminuição do número de perdas e à melhora da qualidade de vida, em especial, nos casos de IUE (Dumoulin *et al.*, 2015).

Sabe-se que o TMAP demonstrou ser eficaz na diminuição da ocorrência de perdas urinárias e eventos de noctúria em mulheres com SBH (Lucio *et al.*, 2010; Fitz *et al.*, 2017), melhorando ainda a função dos MAP e da qualidade de vida avaliada das mesmas (Fitz *et al.*, 2017).

Além disso, o TMAP também se mostrou eficaz para reverter e prevenir a IU durante o primeiro ano após o parto, além de reduzir a incidência de IU e outros sintomas urinários (Schreiner *et al.*, 2018), sendo evidenciado que o treinamento se configura como fator protetor em uma a cada seis mulheres durante a gestação e uma a cada oito mulheres após o parto (Morkved; Bo *et al.*, 2000).

Nesse contexto, a adesão ao programa de exercícios é essencial para que as mulheres tenham êxito na melhora da sintomatologia e o uso de tecnologias, como os aplicativos móveis, podem contribuir para a adoção de medidas e promoção de estratégias comportamentais que favoreçam o plano de cuidado (Myint *et al.*, 2016).

Mesmo diante das inúmeras evidências sobre os benefícios do TMAP, sabe-se que a preparação perineal das mulheres frequentemente é negligenciada, em especial, no contexto da assistência obstétrica e puerperal (Lopes; De Souza Praça, 2010).

Até mesmo a assistência voltada para o manejo da IU no Brasil apresenta graves lacunas, muitas vezes, sendo abordada somente durante o período do climatério (Brasil, 2008; Brito; Gentilli, 2017), o que indica a necessidade de se ampliar as políticas e ações direcionadas à saúde da mulher na rede pública. A maioria das mulheres diagnosticadas com IU recebem tratamento medicamentoso ou são encaminhadas para a atenção secundária e terciária, o que aumenta as filas de espera nos serviços, contribui para o tratamento tardio e aumento da severidade dos casos, além de expandir os gastos dentro do setor público (Vaz, 2012; Brito; Gentilli, 2017).

A partir dessa lacuna, em 2017, foi construído e validado pelo Grupo Interdisciplinar de Pesquisas Sobre Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico (GISMAP) um aplicativo educativo com programa de exercícios dos músculos do assoalho pélvico especificamente para mulheres no pós-parto (Saboia *et al.*, 2018).

O Continence App® apresenta quatro cartões informativos: (1) conhecendo o assunto que oferece informações básicas sobre a IU, como a estrutura da pelve, fatores de risco, fisiopatologia e os subtipos; (2) semana zero que fornece informações sobre os músculos do assoalho pélvico e o treinamento de fortalecimento dos mesmos; (3)

programa de exercícios que é composto pelo programa de exercícios propriamente dito; e por fim, (4) comportamento saudável que oferece informações sobre ações de melhoria para a saúde da bexiga, como alimentação, ingestão de líquidos e manutenção do peso (Saboia, 2017).

O aplicativo foi construído com base nos pressupostos do Modelo de Crenças em Saúde (*Health Belief Model – HBM*), que apresenta quatro dimensões principais baseadas na percepção subjetiva dos sujeitos: susceptibilidade percebida que se refere à percepção de risco em saúde, à gravidade percebida, que se refere à severidade da doença, aos benefícios percebidos, que se referem às crenças da efetividade da mudança de comportamento e, por fim, às barreiras percebidas, que se referem aos possíveis aspectos negativos e obstáculos para a adoção de novos hábitos (Coleta, 1999; Hayden, 2018).

A percepção de risco e gravidade das queixas urinárias são comumente subestimadas, mesmo quando há restrições impostas pelas queixas em atividades diárias e, até mesmo, do trabalho (Higa; Lopes, 2007). O HBM comprehende os aspectos relacionados aos comportamentos de saúde e o processo de tomada de decisão como resultado de variáveis internas e externas que influenciam a percepção e subjetividade humanas (Coleta, 1999; Hayden, 2018).

Barreiras percebidas, como falta de tempo, conhecimento ou apoio social podem influenciar negativamente a capacidade de atingir metas de saúde (Teyhens *et al.*, 2014). Nesse cenário, a adesão ao treinamento apresenta dificuldades próprias associadas ao estigma das queixas, tornando a adoção de medidas comportamentais, como o TMAP, ainda mais desafiador.

A compreensão dos comportamentos de saúde ganha destaque nos modelos teóricos desenvolvidos pela psicologia cognitivista, como o HBM, que acredita que estes comportamentos são determinados por crenças e percepções pessoais acerca de uma determinada condição ou doença (Coleta, 1999; Hayden, 2018).

Nesse contexto, é necessário considerar os resultados de estudos primários conduzidos com esse tipo de ferramenta em cenários diferentes. Um estudo piloto conduzido em uma maternidade pública com uma amostra de 72 mulheres sobre a eficiência do Continence App® para prevenir a IU em mulheres após o parto demonstrou menores taxas de incontinência no grupo que fez uso do aplicativo (Grupo intervenção: 16,6%/n=4 vs Grupo controle: 39,5%/n=19; p = 0,049; IC95%: 0,906-6,083), assim como houve melhora significativa quanto à frequência das perdas

urinárias ($p=0,049$), impacto ($p= 0,046$) e gravidade ($p=0,047$). Além disso, os dados demonstraram que houve uma taxa de adesão de 87,5% e que o aplicativo é custo-efetivo (Bezerra, 2019).

Nesta perspectiva, é necessário apontar que os custos com o tratamento para IU são consideravelmente altos. Em países desenvolvidos, os custos para admissões hospitalares no setor ginecológico variaram entre 82 e 1.292 euros por dia, sendo os menores custos observados no Reino Unido e os maiores nos Estados Unidos (Zwolsman *et al.*, 2019). Da mesma forma, uma análise de custo-efetividade de tratamentos conservadores da IU em mulheres adultas observou que o TMAP foi o mais custo-efetivo com um *Net Monetary Benefit* (NMB) de US \$44.098 (Simpson *et al.*, 2019), enquanto Franken *et al.* (2018) sugerem que a implementação de estratégias de cuidados preventivos ou em fase inicial para a IU podem ajudar a economizar entre 145 e 585 milhões de euros pelos próximos 15 anos. Isso pode contribuir para que o sistema suplementar de saúde oferte mais tratamentos conservadores quando comparado ao SUS, uma vez que o TMAP se apresenta como uma alternativa de baixo custo e de fácil manejo (Brito; Gentilli, 2017).

Além disso, o perfil das usuárias pode contribuir para a adesão ao treinamento. Em um estudo transversal realizado com mulheres do sistema público e suplementar de saúde, foi observado que, embora a prevalência de IU no setor público tenha sido maior, as mulheres incontinentes do sistema suplementar buscavam mais o tratamento, além de serem mais conscientes em relação à gravidade da doença, das alternativas de tratamento, como os exercícios para o assoalho pélvico e do fato da IU ser pouco abordada durante as consultas médicas no setor público (Prado; Lima; Mota, 2013).

Também há de se considerar que fatores externos podem contribuir para a interrupção ou o prolongamento de estudos longitudinais, como as perdas de seguimento. Em um ensaio clínico conduzido pelo GISMAP sobre o uso do Continence App®, foi observado que um dos desafios enfrentados no estudo é a alta rotatividade dos aparelhos móveis, que pode ocorrer devido ao aumento da violência urbana em áreas de periferia, a qual também interfere em mudanças de número e perda de contato com a participante do estudo. Neste estudo, 12,6% referiram problemas com o celular, enquanto 23% referiram a falta de tempo como motivo para não concluir o programa de exercícios (Saboia; Gomes; Lima, 2022).

Sabe-se que os fatores incluídos dentro dos Determinantes Sociais de Saúde,

como a renda, o nível educacional, o vínculo empregatício e a classe social, por exemplo, podem contribuir e até aumentar o risco de disparidades sociais. Em um estudo conduzido em unidade básica de saúde de Fortaleza, observou-se que a presença de sintomas de armazenamento, como a IU, esteve associada a três camadas do modelo dos determinantes sociais: fatores individuais, redes sociais e de apoio e determinantes do estilo de vida (Oriá *et al.*, 2018).

Somado a isso, os estudos realizados com gestantes ou puérperas, em especial, sobre a abordagem do preparo dos músculos do assoalho pélvico ou prevenção de IU no sistema suplementar de saúde são bastante escassos no Brasil, assim como os estudos existentes sobre o assunto revelam uma elevada estigmatização da incontinência e o despreparo dos profissionais para abordar a preparação perineal, resultando em uma enorme lacuna de dados de prevalência, conhecimento dos usuários sobre a IU e manejo desta no sistema suplementar. Logo, torna-se imperativo inserir as mulheres no contexto da prevenção durante o período pós-parto.

Sendo assim, torna-se essencial buscar compreender a perspectiva dos sujeitos diante do contexto de tomada de decisões em relação à sua saúde e como eles significam essa experiência, de forma a perceber ainda as quatro dimensões apresentadas pelo HBM em ações de Educação em Saúde na prática de Enfermagem.

Diante desse desafio, os aplicativos móveis voltados para a saúde apresentam imenso potencial de aceitação e se configuram como um processo interativo e educacional. Há uma necessidade de avaliar as plataformas de saúde móvel, chamadas de *mHealth* (*mobile health*), que são capazes de criar e manter comportamentos saudáveis (Myint *et al.*, 2016; Teyhens *et al.*, 2014), bem como tentar compreender o objeto de estudo em sua totalidade e as percepções das usuárias sobre o uso dessas plataformas.

Dessa forma, neste estudo, pretende-se defender a seguinte tese: o uso do aplicativo móvel Continence App® é eficaz para prevenir a IU no pós-parto em usuárias do sistema suplementar de saúde, uma vez que estas podem apresentar boas taxas de adesão ao uso do aplicativo móvel, sendo auxiliadas pelo perfil socioeconômico mais favorável, melhor escolaridade e melhor acesso às informações, de uma forma geral.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Investigar a eficácia e a experiência no uso do aplicativo móvel Continence App® por mulheres durante o período pós-parto atendidas no sistema suplementar de saúde.

2.2 Objetivos específicos da abordagem quantitativa

- Comparar frequência, quantidade e impacto das perdas urinárias entre o grupo intervenção e o grupo comparação.
- Avaliar o Conhecimento, Atitude e Prática de mulheres do sistema suplementar de saúde sobre a prevenção e tratamento da Incontinência Urinária.
- Identificar a taxa de adesão e os fatores relacionados ao uso do Continence App®.

2.3 Objetivos específicos da abordagem qualitativa

- Compreender como as mulheres significam o uso do aplicativo.
- Conhecer os fatores condicionantes para a adoção do TMAP (comportamento saudável) durante o pós-parto.

3 HIPÓTESES

3.1 Hipótese H0

- A frequência, quantidade e impacto da Incontinência Urinária são iguais entre o grupo intervenção e o grupo comparação.
- O Conhecimento, Atitude e Prática sobre a prevenção e tratamento da Incontinência Urinária são iguais entre os grupos intervenção e comparação.
- O Continence App® apresenta uma taxa de adesão menor do que 50% pelas mulheres do sistema suplementar de saúde.
- As mulheres do grupo intervenção apresentam sentimentos negativos quanto ao uso do Continence App®.

3.2 Hipótese H1

- A frequência, quantidade e impacto da Incontinência Urinária são diferentes entre o grupo intervenção e o grupo comparação.
- O Conhecimento, Atitude e Prática sobre a prevenção e tratamento da Incontinência Urinária no grupo intervenção será maior do que no grupo comparação.
- O Continence App® apresenta uma taxa de adesão maior ou igual a 50% pelas mulheres do sistema suplementar de saúde.
- As mulheres do grupo intervenção apresentam sentimentos positivos quanto ao uso do Continence App®.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Health Belief Model (HBM) ou Modelo de Crenças em Saúde

O Modelo de Crenças em Saúde ou *Health Belief Model* (HBM) surgiu a partir das necessidades e demandas existentes na Saúde Pública confrontadas por investigadores de diferentes áreas entre as décadas de 1950 e 1960, desenvolvendo ao longo dos anos soluções práticas para os problemas emergentes (Rosenstock, 1974a). A princípio, pesquisadores da psicologia e das ciências sociais buscaram compreender os motivos por trás de campanhas malsucedidas de prevenção e detecção de doenças. Posteriormente, o modelo desenvolveu formas de compreender os comportamentos individuais diante de diagnósticos e suas respostas aos cuidados de saúde (Champion; Skinner, 2008).

Sendo assim, há de se compreender que comportamento de saúde se configura como uma atividade realizada pelo indivíduo, com o propósito de prevenir ou detectar uma doença inicial (Rosenstock, 1974b). Para compreender o que motiva o comportamento, no entanto, o HBM deriva de duas outras teorias: o behaviorismo e o cognitivismo (Champion; Skinner, 2008).

A teoria behaviorista foi formulada por Skinner na década de 1930 e traz a hipótese de que o comportamento é influenciado por um reforço positivo ou negativo e que a recompensa ou o estímulo positivo estaria associado à repetição de um determinado comportamento (Champion; Skinner, 2008).

Nesse contexto, inúmeros estudos foram realizados na área da saúde fundamentados nesse conceito de estímulo e resposta e utilizando o behaviorismo como base teórica. Em um estudo realizado na Austrália, foi observado que mulheres fumantes estavam inclinadas a parar de fumar durante a gestação caso recebessem um pagamento entre \$100,00 e \$1000,00 como recompensa (Lynagh *et al.*, 2011). Ainda assim, é importante ressaltar que os incentivos financeiros são bem-sucedidos entre mulheres de baixa renda, mas não demonstram um efeito a longo prazo. Em contrapartida, terapias comportamentais e aconselhamentos têm produzido efeitos positivos a longo prazo, uma vez que utilizam uma abordagem livre de julgamentos que permite um melhor relacionamento com os pacientes

(Nkoane-Kelaeng; Lawley; Figtree, 2016).

Enquanto isso, a teoria cognitivista enfatiza o papel que a subjetividade desempenha no comportamento dos sujeitos, considerando os valores e as expectativas que os indivíduos apresentam em relação às mudanças de comportamento. Nesse sentido, os teóricos cognitivistas acreditam que o reforço influencia as expectativas sobre uma determinada situação e não o comportamento diretamente. Ao relacioná-la às pesquisas em saúde, teorizou-se que os indivíduos valorizam a prevenção de doenças ou a melhoria de saúde e que estes esperam que uma determinada ação pode prevenir ou diminuir os riscos de doenças (Champion; Skinner, 2008).

Dessa forma, percebe-se que o HBM se baseia na hipótese de que os indivíduos podem apresentar padrões de conhecimento, isto é, as crenças, bem como os comportamentos relacionados a estas crenças, sendo modificáveis e condicionados pelo ambiente e pela interação com outros. Logo, os comportamentos de saúde são entendidos como um desfecho relacionado às tomadas de decisão baseadas em crenças (Finfgeld *et al.*, 2003).

Dentro desse contexto, o HBM demonstra que as crenças podem influenciar o comportamento e que estas se apresentam de diferentes formas, por meio da percepção de suscetibilidade, de severidade, da eficácia de um comportamento, das barreiras encontradas para agir e, por fim, da autoeficácia dos sujeitos (Champion; Skinner, 2008). A figura 1 demonstra as definições de cada construto de acordo com as características do presente estudo.

Alguns autores incluem ainda os conceitos de autoeficácia de Bandura (1997) como etapa interligada ao processo de mudança comportamental. Esta é compreendida como a percepção, crença ou convicção que o indivíduo tem na sua própria capacidade de executar uma ação para produzir ou alcançar um desfecho (Champion; Skinner, 2008; Finfgeld *et al.*, 2003). No contexto deste estudo, as puérperas devem perceber que são capazes de seguir com o treinamento por meio do uso do aplicativo e agir para adquirir o comportamento de treinar os músculos do assoalho pélvico.

Diante desse cenário, é necessário perceber a influência de fatores externos e internos para a percepção de riscos, bem como a iniciação e a manutenção de comportamentos saudáveis. Dessa forma, este estudo busca aplicar o Modelo de Crenças em Saúde ao contexto de prevenção da IU em mulheres no

pós-parto, reforçando a probabilidade do desenvolvimento do sintoma por meio da conscientização das mulheres, especificando as consequências da IU para as mulheres, reforçando os benefícios condicionados pelo aplicativo, e incentivar seu uso, reiterando a importância do treinamento e sanando as eventuais dúvidas que possam surgir durante a coleta de dados.

Figura 1 - Apresentação dos construtos do Modelo de Crenças em Saúde e sua aplicação a avaliação do Continence App®. Fortaleza, 2025.



Fonte: Adaptado pela autora a partir de Champion e Skinner (2008, p. 48). *Incontinência Urinária

Alguns autores incluem ainda os conceitos de autoeficácia de Bandura (1997) como etapa interligada ao processo de mudança comportamental. Esta é compreendida como a percepção, crença ou convicção que o indivíduo tem na sua própria capacidade de executar uma ação para produzir ou alcançar um desfecho (Champion; Skinner, 2008; Finfgeld *et al.*, 2003). No contexto deste estudo, as puérperas devem perceber que são capazes de seguir com o treinamento por meio do uso do aplicativo e agir para adquirir o comportamento de treinar os músculos do assoalho pélvico.

Dante desse cenário, é necessário perceber a influência de fatores externos e internos para a percepção de riscos, bem como a iniciação e a manutenção de comportamentos saudáveis. Dessa forma, este estudo busca aplicar

o Modelo de Crenças em Saúde ao contexto de prevenção da IU em mulheres no pós-parto, reforçando a probabilidade do desenvolvimento do sintoma por meio da conscientização das mulheres, especificando as consequências da IU para as mulheres, reforçando os benefícios condicionados pelo aplicativo, e incentivar seu uso, reiterando a importância do treinamento e sanando as eventuais dúvidas que possam surgir durante a coleta de dados.

Figura 2 - Relação entre as definições constitutivas do Modelo de Crenças em Saúde (MCS) e os conteúdos gerados na modelagem conceitual do aplicativo. Fortaleza, 2025.

Componentes do MCS	Definição constitutiva	Conteúdos gerados
Suscetibilidade percebida	Crença de que poderá ter sua saúde afetada negativamente por um evento	Descrição dos fatores de risco da incontinência urinária no puerpério
Severidade percebida	A ocorrência do evento acarretará consequências físicas e/ou sociais negativas	Descrição do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de puérperas
Benefícios percebidos e tomada de decisão	A realização de uma ação é capaz de minimizar tanto a sua suscetibilidade quanto à severidade	Descrição dos benefícios advindos da adoção de princípios da terapia comportamental e do treinamento dos músculos do assoalho pélvico em prevenir a incontinência urinária no puerpério
Barreiras percebidas	Crença de que as barreiras existentes para tomada de decisão e realização da ação preventiva são superadas pelos benefícios por ela oferecidos	Descrição do tempo necessário para execução das atividades preventivas propostas
Motivação para agir	Consequência da avaliação da suscetibilidade, severidade do agravo e dos benefícios decorrentes da tomada de decisão	Técnicas de motivação para adesão ao programa proposto
Autoeficácia	Capacidade do indivíduo em acreditar que pode realizar com sucesso uma dada tarefa	Organização do aplicativo a partir de uma lógica interna desafiadora, porém fácil de dominar, com abordagem gradativa dos conteúdos (do mais básico ao mais avançado)

Fonte: Saboia (2017).

5 MÉTODO

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo com métodos mistos, utilizando uma abordagem quantitativa e qualitativa. De acordo com Creswell e Plano Clark (2013), o método misto oferece ao pesquisador a possibilidade de combinar as técnicas, os métodos, os conceitos e a linguagem de pesquisas quantitativas e qualitativas em um único estudo, a fim de compreender melhor o problema de pesquisa. Tendo em vista que o presente estudo busca utilizar um enfoque teórico baseado no Modelo de Crenças em Saúde, vê-se a necessidade de entender a percepção das usuárias do aplicativo, uma vez que a abordagem qualitativa busca entender o contexto e as relações entre os sujeitos durante o processo de pesquisa, enquanto a abordagem quantitativa se baseia principalmente no controle de variáveis para responder a uma pergunta de pesquisa (Gil, 2010; Minayo; Deslandes, 2002).

Ainda de acordo com Creswell e Plano Clark (2013), devem ser determinadas algumas estratégias ou desenhos para o desenvolvimento de estudos com método misto. A figura 3 elaborada por Santos *et al.* (2017) apresenta as estratégias de forma mais detalhada.

Figura 3 - Estratégias de métodos mistos. Fortaleza, 2025.

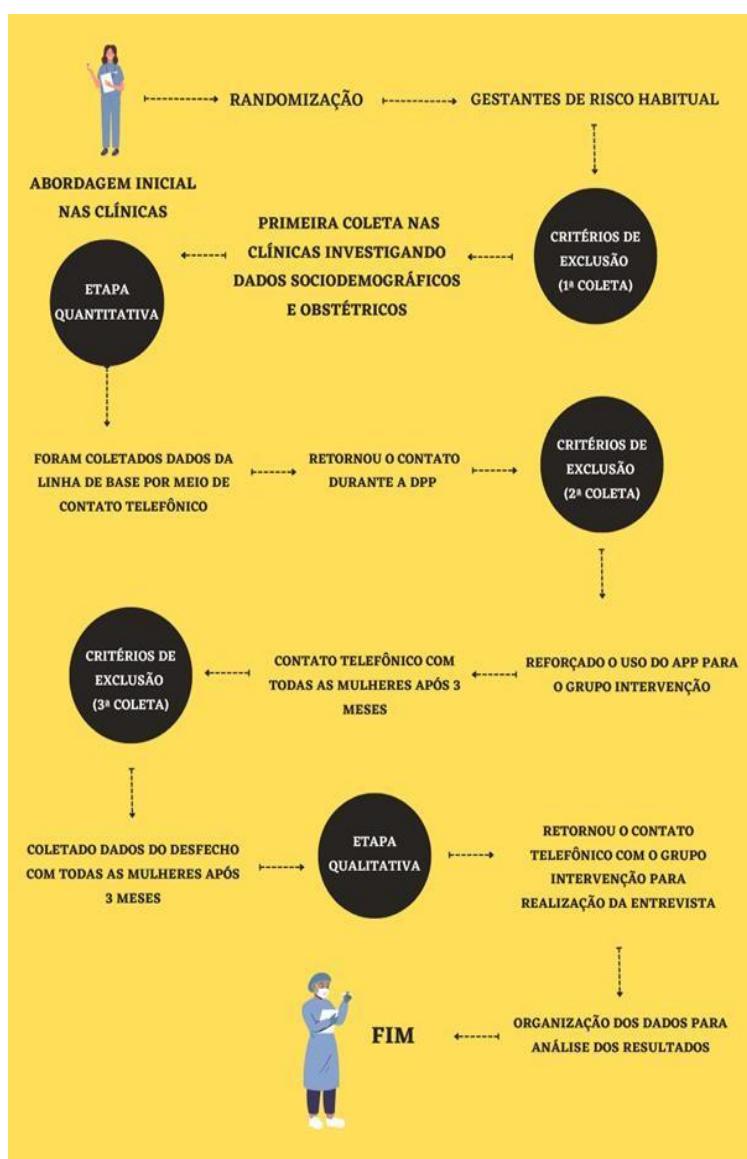
Estratégia	Definição	Notação
Explanatória sequencial	Dados quantitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados qualitativos desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais.	QUAN → qual
Exploratória sequencial	Dados qualitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados quantitativos desenvolvida sobre os resultados qualitativos iniciais.	QUAL → quan
Transformativa sequencial	Projeto de duas fases com uma lente teórica se sobrepondo aos procedimentos sequenciais. Tem uma fase inicial (quantitativa ou qualitativa) seguida de uma segunda fase (quantitativa ou qualitativa), que se desenvolve sobre a fase anterior.	QUAN → qual QUAL → quan
Triangulação concomitante	Dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente e depois comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações.	QUAN + QUAL
Incorporada concomitante	Dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente. No entanto, há um método principal que guia o projeto e um banco de dados secundário.	Qual(QUAN) → Quan(QUAL)
Transformativa concomitante	Adota perspectiva teórica específica, com dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente. No entanto, pode-se ter um método incorporado no outro.	QUAN + QUAL → quan

Fonte: SANTOS *et al.* (2017).

No presente estudo, optou-se pela estratégia sequencial explanatória, uma vez que esta permite a exploração e análise das variáveis e a compreensão do contexto

no qual as mulheres estão inseridas e suas percepções sobre a intervenção. De acordo com Oliveira, Magalhães e Misuematsuda (2018), neste tipo de estratégia, o peso maior é atribuído aos dados quantitativos, apresentando a vantagem de que as etapas são empregadas de forma clara, separadas, mas combinadas posteriormente, o que facilita sua condução. Além disso, os autores afirmam que este tipo de método se configura como valioso para as pesquisas na enfermagem por possibilitar a interpretação de dados quantificáveis, como as avaliações de qualidade e indicadores de saúde e destrinchar dados quantitativos em uma fase posterior numa abordagem mais compreensiva.

Figura 4 - Fluxograma das etapas do estudo com métodos mistos. Fortaleza, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.2 Local da pesquisa

Pela dificuldade em acessar as enfermarias ou os apartamentos de hospitais privados, optou-se por realizar o estudo em duas clínicas do sistema suplementar de saúde em que são realizados atendimentos obstétricos por meio de consultas e ultrassonografias.

Além da maior facilidade de acesso, as clínicas foram criadas com o propósito de resgatar a qualidade de vida e da saúde da mulher, oferecendo tratamentos de referência em ginecologia minimamente invasiva na cidade de Fortaleza, Ceará. Além disso, as clínicas contam com a assistência de uma equipe multidisciplinar, oferecendo serviços que vão desde cirurgias ginecológicas minimamente invasivas até os cuidados de enfermagem em diversas áreas, incluindo o acompanhamento durante a gestação e parto, visando ainda a ações de educação em saúde durante os atendimentos.

5.3 População e amostra

Foram elegíveis todas as gestantes de risco habitual que compareceram para as referidas clínicas em qualquer período gestacional. Contudo, mulheres a partir do segundo trimestre gestacional eram priorizadas para o recrutamento. As participantes foram recrutadas pela equipe de pesquisa e randomizadas em um grupo intervenção (GI) e um grupo controle (GC). Segundo o Ministério da Saúde, até as 30 semanas o acompanhamento das gestantes de risco habitual deve ser mensal. A partir de 31 semanas as consultas passam a ser quinzenais e, após as 37, semanal. Após as 40 semanas, é necessário um encontro a cada dois ou três dias.

Após essa primeira fase de coleta de dados, continuaram fazendo parte da amostra apenas as mulheres em puerpério fisiológico a termo que pariram Recém-Nascidos (RNs) Adequados para a Idade Gestacional (AIG) ou Grandes para a Idade Gestacional (GIG) e que possuam aparelho de telefonia móvel ou similar compatível com o aplicativo. Os considerados Pequenos para a Idade Gestacional foram excluídos por não apresentarem influência ou risco para os músculos do assoalho pélvico, não sendo um fator condicionante para a

ocorrência de IU.

Considerando as definições adotadas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde (Pedreira *et al.*, 2011; Villar *et al.*, 2014), tem-se que:

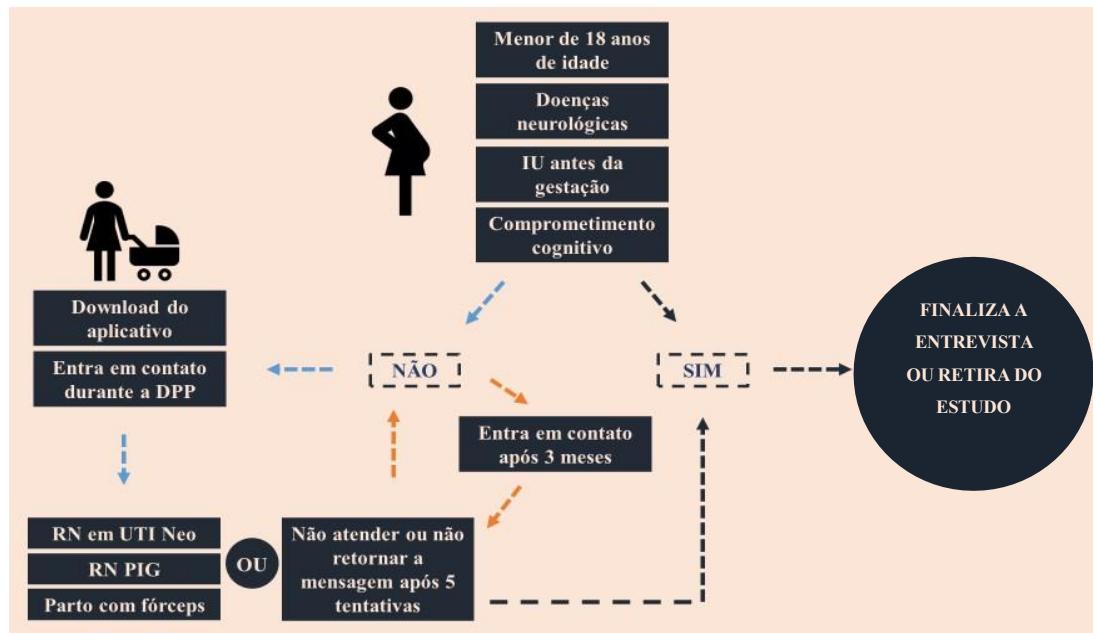
1. Adequado para Idade Gestacional (AIG): peso entre o percentil 10 e 90.
2. Grande para a Idade Gestacional (GIG): Peso acima do percentil 90.

Conforme demonstrado pela figura 4, os critérios de exclusão/descontinuidade foram aplicados em três momentos:

- 1^a coleta de dados: durante a gestação, foram excluídas as participantes menores de 18 anos, que tinham histórico de doenças neurológicas, com histórico de IU antes da gestação e estado mental comprometido que inviabilizasse a aplicação da intervenção.
- 2^a coleta de dados: após o parto, foram descontinuadas as mulheres que tinham realizado parto instrumental (com fórceps ou vácuo extrator), com RNs Pequenos para a Idade Gestacional (PIG), que estivessem com RNs em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou que não atenderam as ligações ou mensagens após cinco tentativas.
- 3^a coleta de dados: após três meses de uso do aplicativo, enquadraram-se nos critérios de descontinuidade, as mulheres que não atenderam a ligação para coleta do desfecho em nenhuma das cinco tentativas de contato telefônico.

Tais critérios de exclusão/descontinuidade foram selecionados por se caracterizarem como possíveis fatores de confundimento na aplicação e/ou adesão à intervenção educativa. Para compreender melhor a organização dos critérios de exclusão, a figura 5 apresenta um fluxograma de como esses critérios foram aplicados.

Figura 5 - Fluxograma da aplicação dos critérios de exclusão em cada fase de coleta de dados. Fortaleza, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O cálculo amostral foi realizado por estatístico com base na fórmula proposta para estudos experimentais onde há a comparação de proporções entre dois grupos (KELSEY *et al.*, 1996):

$$N_{Kelsey} = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 p(1-p)(r+1)}{r(p_0 - p_1)^2}$$

Em que:

- n – tamanho da amostra (para cada subgrupo);
- $Z\alpha/2$ – valor do erro α , usualmente: 1,96 (5%);
- $Z\beta$ – valor do erro β , usualmente: 0,84 (20%);
- r – razão de não-expostos para expostos: 1.0
- $p = \frac{p_0 + rp_1}{r+1}$
- p_0 – proporção de expostos no grupo 1: 39,5% (0,395)
- p_1 - proporção de expostos no grupo 2: 16,6% (0,166)

Para estimativa das proporções, utilizou-se um estudo piloto que encontrou 16,6% de incidência de queixas de IU após a intervenção com o Continence App®. Pretende-se encontrar uma diferença de 22,9% entre os grupos após a aplicação da intervenção, semelhante à encontrada no estudo de Bezerra (2019).

Ao aplicar a fórmula, encontrou-se a necessidade de 60 mulheres em cada grupo, obtendo-se um valor de 120 mulheres no total.

A amostra será composta por todas as mulheres recrutadas durante o período de coleta de dados e que respondam aos critérios de inclusão do estudo, utilizando-se uma técnica de amostragem por conveniência.

5.4 Etapa quantitativa: ensaio clínico randomizado

Para esta etapa, formulou-se o seguinte questionamento: o uso de um aplicativo móvel é eficaz para auxiliar na prevenção de incontinência urinária em mulheres do sistema suplementar de saúde durante o período pós-parto? Para melhor compreensão do estudo, foi elaborada a estratégia PICO:

Tabela 2 - Estratégia PICO. Fortaleza, 2025.

Sigla	Significado	Aplicação
P	População	Puérperas usuárias do sistema suplementar de saúde.
I	Intervenção	Uso do aplicativo móvel Continence App®.
C	Comparação	Puérperas usuárias do sistema suplementar de saúde que não usaram o aplicativo.
O	Resultado (Outcome)	Cura, melhora ou prevenção da incontinência urinária.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de natureza experimental, do tipo ensaio clínico randomizado, paralelo, duplo cego, com dois braços. Nesse tipo de delineamento, existe a capacidade de demonstrar causalidade e incluir um grupo que recebe uma intervenção a ser testada e um grupo controle que recebe um tratamento de comparação, para que avalie os desfechos ao longo do tempo (Hulley *et al.*, 2015). O referencial metodológico utilizado foi o *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), a fim de melhorar a qualidade de apresentação e descrição de ensaios clínicos.

5.4.2 Intervenção

O GI foi composto pelas mulheres que fizeram uso do Continence App® por 12 semanas com o objetivo de auxiliar na realização do TMAP. Trata-se de um aplicativo para dispositivos móveis que passou por um rigoroso processo de construção e validação (aparência e conteúdo), com um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 0,93 na avaliação dos especialistas da saúde e, quanto à aparência, com percentual de concordância variando de 81,8% a 100% na avaliação dos especialistas e do público-alvo (Saboia, 2018).

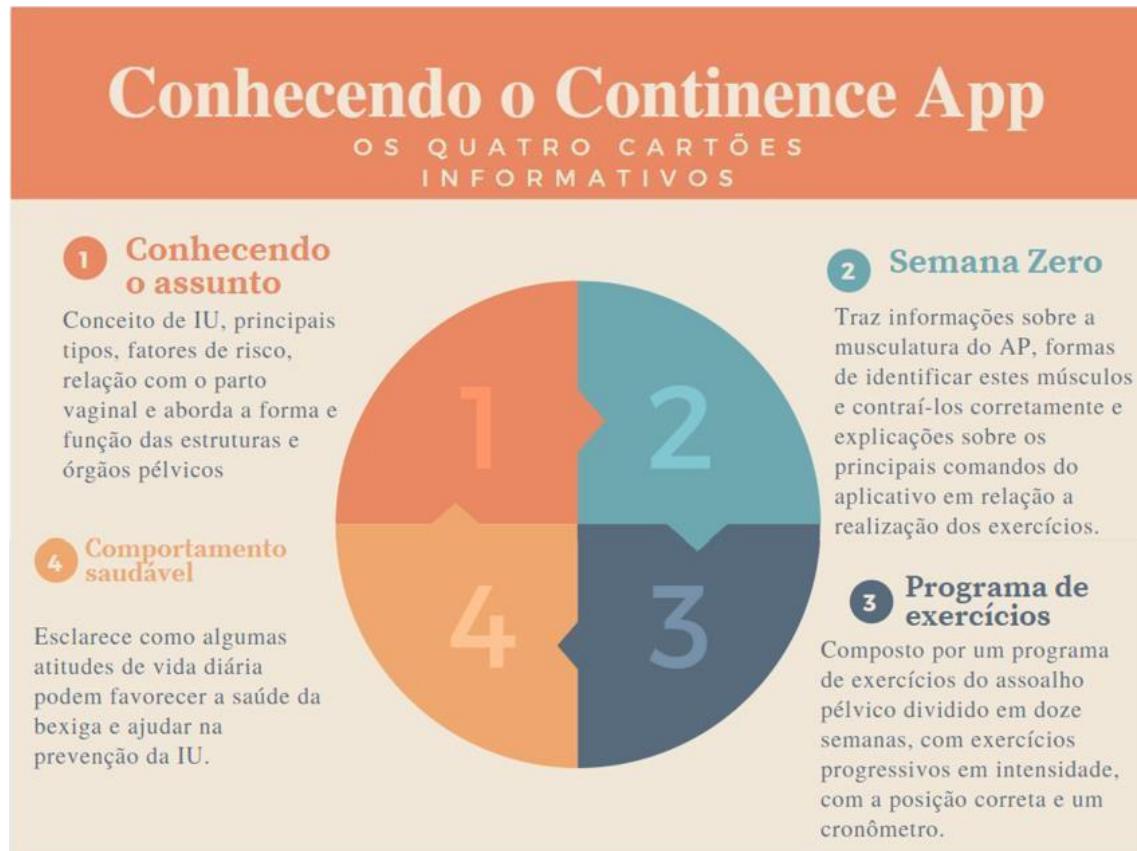
Foi construído com o objetivo de oferecer uma intervenção, baseada nas principais evidências disponíveis, para prevenir a IU durante o pós-parto. Para tanto, é composto por quatro cartões informativos, conforme demonstrado na figura 6 (Página 48).

O Continence App® é gratuito, está disponível nas principais plataformas virtuais (Android e iOS) e foi construído para ser utilizado por um tempo médio inicial de 12 semanas, visto que a mulher poderá refazer o TMAP sempre que desejar. O aplicativo possui no menu “sobre” uma opção de contato por *e-mail* com os desenvolvedores, contudo não há possibilidade de contato dos usuários entre si. Há também a possibilidade de a puérpera configurar, dentro do aplicativo, um alarme lembrando-a de realizar o treino muscular nos dias e horários desejados (Saboia, 2017).

O GC será composto por mulheres que receberão orientações de rotina

durantes as consultas pré-natais ou outros meios de informação a que tenham acesso e durante o período de internação pós-parto nos hospitais do setor suplementar de saúde.

Figura 6 - Demonstração dos quatro cartões informativos do Continence App®. Fortaleza, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.4.3 Desfechos

O desfecho primário considerado para este estudo foi a cura, melhora (para mulheres incontinentes) ou prevenção (para as mulheres continentas) de queixa de perda urinária (Sim/Não) aos 3 meses pós-parto.

Os desfechos secundários foram: percentual da frequência, da quantidade e do impacto da IU na qualidade de vida; percentual de queixas urinárias; e média de escores do Conhecimento, Atitude e Prática relacionada à prevenção e tratamento da IU. Foi considerado ainda a análise por intenção de tratar, sendo incluídas todas as mulheres independentemente do seguimento.

5.4.4 Coleta de dados

5.4.4.1 Instrumentos para a coleta de dados

Foram aplicados quatro instrumentos: um para investigação da compreensão cognitiva, um para investigação dos dados sociodemográficos e obstétricos, um para investigação das queixas urinárias, um para a investigação da perda urinária e o impacto na qualidade de vida e, por fim, um para a investigação do Conhecimento, Atitude e Prática sobre a IU. A figura 7 apresenta um fluxograma para compreender melhor o processo de aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Figura 7 – Passo a passo para aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Fortaleza, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.4.4.1.1 Mini Exame de Estado Mental (MEEM)

Para avaliação do estado mental, foi utilizado o Minisexame de Estado Mental (MEEM) (ANEXO I). Este é um teste que objetiva realizar de forma breve um rastreio do estado cognitivo de um indivíduo, abordando questões referentes à memória, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo, linguagem e habilidade construcional (Bertolucci *et al.*, 1994).

O instrumento é composto por 11 perguntas que totalizam um máximo de 30 pontos, divididas em duas partes: I) orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e II) habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos. Quanto mais altos os valores do escore de um indivíduo, maior seu desempenho cognitivo (Fostein; Folstein; Mchugh, 1975).

Como o nível de escolaridade influencia na capacidade de realizar cálculos, leitura e compreensão de textos, alguns autores propuseram a adoção de notas de corte diferentes para pessoas com graus instrucionais distintos (Bertolucci *et al.*, 1994; Brucki *et al.*, 2003). Nesse estudo, será adotado o ponto de corte sugerido por Brucki *et al.* (2003):

- 20 pontos para pessoas sem escolaridade;
- 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos;
- 26,5 para 5 a 8 anos;
- 28 para aqueles com 9 a 11 anos, e
- 29 para mais de 11 anos.

A gestante que não atingisse a pontuação mínima exigida para o respectivo nível de escolaridade seria excluída do estudo. A investigação dos demais critérios de exclusão foi realizada por meio de indagação verbal com a própria gestante.

5.4.4.1.2 Investigaçāo do perfil sociodemográfico e obstétrico

Após a aplicação do MEEM para avaliação do estado cognitivo, caso a mulher atingisse a pontuação mínima exigida, procedia-se a aplicação de um

instrumento para levantamento dos dados sociodemográficas e gineco-obstétricos elaborado pelos próprios pesquisadores (APÊNDICE A).

5.4.4.1.3 International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire - Female Lower Urinary Tract Symptoms (ICIQ-FLUTS)

Para avaliação das queixas urinárias foi utilizado um instrumento traduzido, adaptado e validado para o português brasileiro por Angelo *et al.* (2020). O instrumento apresentou boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0.832) e avalia a ocorrência dos sintomas do trato urinário inferior (ANEXO II). Trata-se de um questionário breve, que possui 12 itens que abrangem questões sobre noctúria, urgência, dor na bexiga, frequência, hesitação, intermitência, incontinência urinária de urgência, incontinência urinária de esforço, incontinência urinária inexplicável, enurese noturna e frequência da incontinência urinária. O escore do questionário é realizado através da soma aritmética das questões e quanto maior o escore, mais severos são os STUI. O cálculo dos escores é realizado por cada um dos três domínios, sendo apresentados da seguinte forma:

- 0-16 avalia os sintomas de armazenamento;
- 0-12 avalia os sintomas de esvaziamento;
- 0-20 avalia os sintomas de incontinência;
- Cada sintoma apresenta uma escala que varia de 0 a 10 para avaliar o impacto daquele sintoma específico, mas que não são incorporadas no cálculo do escore total.

Trata-se de um instrumento diagnóstico para a Linha de Base e que foi aplicado a todas as participantes elegíveis antes e ao final da intervenção, a fim de mensurar a ocorrência dos sintomas e comparar os efeitos do uso do aplicativo e do TMAP como terapia isolada para os sintomas de armazenamento.

5.4.4.1.4 International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)

Para avaliação da frequência e do impacto da perda de urina, foi utilizado o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) (ANEXO III), composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou às situações de IU vivenciadas pelas pacientes (Tamanini, 2004). Trata-se de um questionário simples que permite avaliar a percepção da perda urinária pelas mulheres, sendo recomendado pela ICS. Assim como o ICIQ-FLUTS, o escore do questionário é realizado através da soma aritmética das questões, com variações de 0 a 21. Quanto maior o escore, mais severos são os sintomas.

5.4.4.1.5 Conhecimento, Atitude e Prática

Para avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), foi utilizado uma escala validada por Firmiano (2017) (ANEXO IV). O primeiro construto, “Conhecimento”, é composto por 10 itens com uma pontuação final de 100 escores e está relacionado com a compreensão da IU enquanto doença, o conhecimento dos fatores de risco e as formas de prevenir e tratar a IU. O construto “Atitude” é composto por oito itens e apresenta uma pontuação final de 80 escores abrangendo intenção de que a mulher tem de buscar formas de prevenir e tratar, além de avaliar a percepção de apoio social e profissional. Por fim, a “Prática” é composta por sete itens com uma pontuação final de 100 escores que estão relacionados com a realização prática de medidas de prevenção e tratamento. A pontuação mínima a ser considerada como *adequada* para cada componente corresponde à classificação básica e avançada, ao passo que a classificação insuficiente foi considerada inadequada. A figura 8 apresenta a classificação para cada componente.

Figura 8 - Classificação dos componentes do CAP. Fortaleza, 2025.

	Conhecimento	Atitude	Prática sem IU	Prática com IU
Insuficiente	< 75 PONTOS	< 60 PONTOS	< 50 PONTOS	< 80 PONTOS
Básico	75 PONTOS	60 PONTOS	50PONTOS	80PONTOS
Avançado	> 75 PONTOS	> 60 PONTOS	100 PONTOS	100PONTOS

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.4.4.2 Operacionalização da coleta de dados

- Fase 1:

A primeira fase da coleta de dados aborda a sensibilização das gestantes pela equipe que trabalha nas clínicas do sistema suplementar de saúde. A equipe, então, realizou a aplicação dos primeiros critérios de exclusão: idade menor de 18 anos, IU prévia à gestação, presença de doenças neurológicas e avaliação do estado mental por meio do MEEM. Após esse momento, a equipe de pesquisadores abordou a paciente na sala de espera e ofereceu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido impresso (TCLE – APÊNDICES B e C), que foi assinado em duas vias pela gestante, de modo que uma ficou com ela e outra com a equipe. Toda a primeira fase e a entrega e assinatura do TCLE foi realizada de forma presencial. Nesse momento, a participante foi informada de que a equipe entraria em contato por telefone durante o período da data provável do parto para aplicar os critérios de descontinuidade (item 5.3).

Após a avaliação cognitiva, a equipe, então, fez o levantamento das informações sobre os dados sociodemográficos e obstétricos, a investigação do CAP, a ocorrência de queixas urinárias e o impacto delas. Neste momento, as mulheres já haviam sido randomizadas para seus respectivos grupos (intervenção ou comparação).

- **Fase 2:**

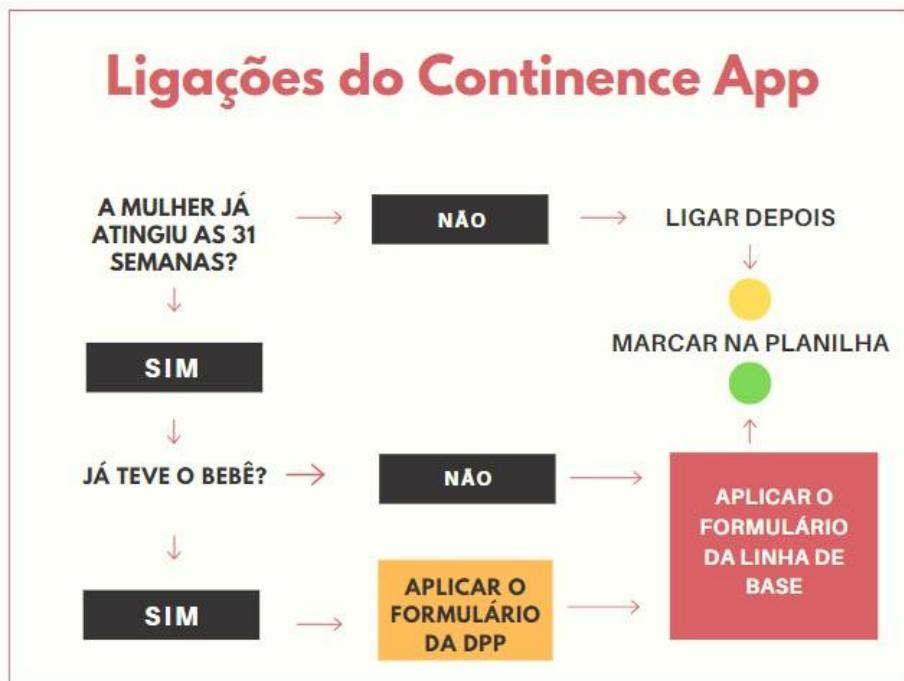
A equipe responsável pela primeira coleta entrou em contato com as participantes (do grupo controle e intervenção) por telefone, via mensagens ou ligação, próximo à data provável do parto para a coleta de dados da linha de base. Neste momento, todas as mulheres alocadas para o GI foram orientadas a realizar o *download* do aplicativo em seus dispositivos móveis, sendo orientadas por meio de um vídeo enviado via WhatsApp. Nesta ocasião foram orientadas a somente iniciar o programa de TMAP de 12 semanas após o parto. O vídeo possui duração de 2 minutos e 35 segundos e apresenta de forma objetiva e dinâmica todas as funções do aplicativo, incluindo as funções que ensinam a realizar o TMAP e se encontra disponível neste link:
<https://www.youtube.com/watch?v=789CRLJDTn4>.

Após retirar todas as dúvidas, sobre o manuseio do aplicativo, quando existiram, cada participante foi informada sobre as próximas etapas do estudo, que seriam realizadas, ainda, por telefone.

Quando a participante atingia a data provável do parto, a equipe responsável entrava novamente em contato com as participantes (do grupo controle e intervenção) por telefone, via mensagens ou ligação, para a coleta de dados sobre o tipo de parto e sobre o recém-nascido. Esse contato definiu se a paciente continuaria no estudo ou se seria excluída, conforme os critérios definidos anteriormente. A equipe realizou cinco tentativas de contato com a participante em ocasiões diferentes, e aquelas que não atenderam foram descontinuadas.

Para facilitar a organização das ligações, foram construídas planilhas no Excel contendo o nome, dois contatos telefônicos e o grupo de alocação de cada mulher, à qual somente a equipe de pesquisa teve acesso. Os nomes de cada mulher foram marcados com uma cor para que cada membro da equipe pudesse acompanhar as tentativas de ligações, conforme demonstrado na figura 9, logo a seguir.

Figura 9 - Fluxograma para acompanhamento das ligações durante a 2^a fase de coleta.
Fortaleza, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

- **Fase 3:**

Para a coleta de dados do desfecho, as mulheres do GI e GC foram contatadas por telefone pela equipe da pesquisa, com no mínimo três meses após a coleta de dados da linha de base. Nesta ocasião foram abordadas as questões relativas à ocorrência de queixas urinárias durante o período puerperal e ao impacto delas na qualidade de vida, assim como a avaliação do conhecimento, atitude e prática relacionada à IU.

5.4.5 Randomização, alocação, implementação e cegamento

Nesse estudo, foi utilizada a estratégia de randomização simples, com alocação aleatória da intervenção. Esse tipo de abordagem randomiza os participantes individuais para cada grupo. Esse procedimento foi realizado por meio de um site chamado “randomizer” (<https://www.randomizer.org/>), para garantir a aleatoriedade da alocação (HULLEY *et al.*, 2015).

Por se tratar de um estudo que realizou a captação em clínicas do

sistema suplementar de saúde, os grupos de mulheres dependiam da demanda do serviço e da quantidade de mulheres que realizavam consultas e estavam sendo atendidas naquelas unidades no dia da coleta.

Portanto, a alocação e a implementação foram feitas de forma simultânea realizadas considerando o momento da coleta, na qual tanto a primeira coleta, quanto a alocação para cada grupo foi feita no momento do recrutamento e de acordo com a lista de randomização gerada pelo site. Logo, cada participante foi alocada para seu grupo determinado pela lista, no qual cada grupo recebeu uma codificação (grupo 1 e 2). Essa estratégia foi realizada para garantir que a alocação das mulheres durante a randomização fosse feita de forma aleatória e sem influência da equipe de pesquisadores, uma vez que estes não sabiam previamente a identidade nem a quantidade de mulheres atendidas nas clínicas.

Da mesma forma, para prevenir a contaminação (troca de informações) que poderia ocorrer entre o grupo intervenção e controle nas salas de espera das clínicas, a apresentação do aplicativo para as mulheres do grupo intervenção não foi realizada no momento do recrutamento, mas na coleta de dados da linha de base que foi conduzida por telefone.

O cegamento de pacientes e pesquisadores apresenta diversas dificuldades, uma vez que depende de métodos complexos. Desta forma, recomenda-se qualquer tentativa de limitar o viés, como a coleta de dados por um pesquisador independente, por exemplo (Boutron; Altman; Moher *et al.*, 2017). Diante disso, tanto as mulheres como a equipe de avaliadores de desfechos foram mascarados no presente estudo, não sendo possível mascarar a equipe de coleta de dados, uma vez que esta apresentou o aplicativo para as mulheres participantes.

5.4.6 Análise de dados

Após a coleta, os dados foram analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows e apresentados em tabelas e gráficos. Os métodos estatísticos utilizados para comparar os desfechos primários e secundários nos dois grupos avaliaram os achados da linha de base e o desfecho, comparando- os entre os dois grupos e em cada grupo, com uma análise antes e depois.

Inicialmente foi aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para verificar a suposição de normalidade dos dados e selecionar os testes estatísticos adequados.

Para análise das variáveis categóricas, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Para análise das variáveis numéricas com amostras independentes, foi aplicado o teste U de Mann-Whitney, ao passo que a comparação de amostras dependentes foi realizada por meio da aplicação do teste de Wilcoxon. Foi adotado o nível de significância de 5% e o intervalo de confiança de 95% para todos os testes.

Para a avaliação da eficácia do Continence App® em prevenir a IU aos 3 meses de pós-parto, foram comparados os percentuais de queixas urinárias entre os grupos intervenção e comparação ao final da pesquisa e a análise intragrupo antes e depois. Além disso, foram comparadas as frequências de perda, quantidade e impacto na qualidade de vida e o Conhecimento, Atitude e Prática entre os grupos e intragrupos antes e após.

Como não há parâmetros específicos para uma taxa de adesão mínima em casos de tratamento ou intervenções para a IU, considerou-se a recomendação do Ministério da Saúde sobre a adesão ao tratamento de doenças crônicas, em que aproximadamente 50% dos pacientes fazem o tratamento adequado em 80% do tempo, sendo esta considerada uma taxa de adesão aceitável ao presente estudo (Brasil, s. d.).

5.5 Etapa qualitativa

Para esta etapa, foi levantado o seguinte questionamento: qual a percepção das usuárias do aplicativo Continence App® sobre seu comportamento relacionado à prevenção da IU?

5.5.1 Delineamento do estudo

A etapa qualitativa deste estudo foi conduzida adotando um enfoque exploratório e descritivo com caráter interpretativo. A pesquisa qualitativa tem o propósito de compreender um determinado fenômeno, podendo se aprofundar na

percepção e experiência dos participantes.

De acordo com Godoy (1995), o estudo qualitativo parte de questões amplas, não necessariamente se revelando como uma proposta rigidamente estruturada, e sim criativa, na qual o pesquisador pode propor trabalhos que explorem novos enfoques, possibilitando ainda a percepção de um novo fenômeno sob a perspectiva dos usuários.

5.5.2 Sujetos da pesquisa

Para definição da equipe participante, foi realizada uma amostragem proposital, isto é, os indivíduos foram selecionados de maneira intencional. Assim, à medida que as participantes do GI finalizaram o programa de TMAP, elas foram convidadas a participar desse momento. Dessa forma, as participantes foram escolhidas de acordo com a representação para o tema, tendo como princípio o fato de que as características comuns das mulheres se configuram como o próprio tema de investigação (Souto; Korkischko, 2012).

Tendo em vista que o propósito da etapa qualitativa é compreender as percepções das usuárias do aplicativo, considera-se essa uma técnica de amostragem adequada, uma vez que as mulheres participantes apresentaram características em comum e tinham condições de responder aos objetivos específicos desta etapa. Considerando que os estudos qualitativos dependem, em sua maioria, da saturação teórica ou empírica para o fechamento da amostra (Fontanella *et al.*, 2011), não foi possível estabelecer uma amostra de sujeitos antecipadamente.

5.5.3 Operacionalização da coleta de dados

Para a coleta de dados, foi conduzida uma entrevista em profundidade por telefone com as participantes que utilizaram ou não o aplicativo. De acordo com o Instituto Qualibest (Qualibest, 2020), a entrevista em profundidade busca compreender questões diversas, seja sobre o comportamento e hábitos de um perfil de público-alvo ou testar a aceitação de produtos e serviços.

Ela pode ser realizada presencialmente, no modelo “face a face” ou semipresencial, seja por telefone ou em um questionário online, o verdadeiro desafio está em conseguir que os respondentes revelem suas motivações e preferências em relação aos tópicos trabalhados. E, devido a essas características, costuma ser aplicada individualmente (Qualibest, 2020, n. p.).

Há três tipos de entrevistas que podem ser utilizadas para a condução da pesquisa: abertas, semiestruturadas e fechadas. Segundo Oliveira (2008), as entrevistas livres ou abertas não apresentam estrutura e, por isso, se destacam por possibilitarem maior densidade. Nestas, não existe um planejamento prévio, permitindo que o pesquisador se guie da forma que julgar mais adequado, contribuindo para o caráter exploratório da pesquisa. Dessa forma, por se tratar de um estudo com métodos mistos, optar-se-á por elaborar as questões desta etapa após a análise quantitativa dos dados iniciais.

Ademais, a realização da entrevista por meio do telefone não é alheio às pesquisas científicas e já se configura como uma técnica bem utilizada em estudos qualitativos. De acordo com Gonçalo e Barros (2014), as entrevistas telefônicas apresentam a vantagem de contato a distância com as participantes, além de oferecer um método rápido e econômico de coleta, oferecendo ainda um sentimento de conforto da participante em virtude de um relativo anonimato.

Para garantir a qualidade e a manutenção dos dados coletados nesta etapa, as entrevistas foram gravadas por meio do aplicativo Cube ACR e posteriormente armazenadas no Google Drive e transcritas para o *software* de análise. A etapa de coleta de dados da fase qualitativa foi conduzida pela pesquisadora principal, de forma a garantir a homogeneidade das entrevistas e evitar possíveis vieses de confirmação.

5.5.4 Análise dos dados

Para conduzir a análise de dados, foi realizada uma Análise de Conteúdo a partir das transcrições das entrevistas. Para auxiliar o processo de análise durante essa etapa, foi utilizado o software MAXQDA, que auxilia na organização e separação de informações, na categorização de grupo de dados, o

aumento na eficiência do processo e a facilidade na localização dos segmentos de texto, além da agilidade no processo de codificação, comparado ao realizado à mão. Além disso, ajuda na compreensão dos dados, sendo a “classificação inserida pelo pesquisador ou usuário, e baseado na análise e no agrupamento de conteúdo realizado dentro da plataforma, o pesquisador pode tirar as conclusões sobre os dados de seu objeto de pesquisa” (Azevedo, 2018, p. 1).

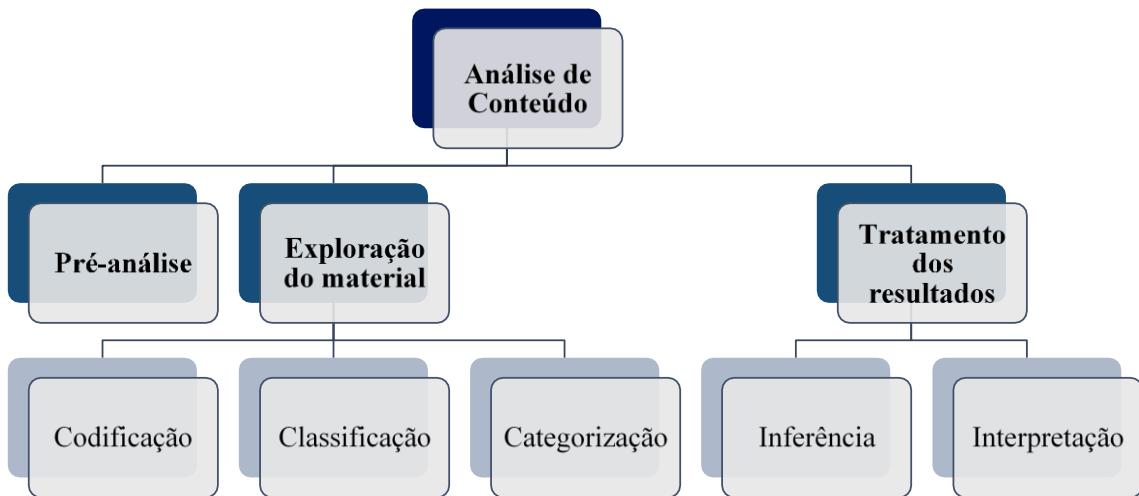
A Análise de Conteúdo se configura como uma técnica de tratamento de dados qualitativos proposta pela professora Laurence Bardin visando à análise da comunicação, podendo ser aplicada a diversos discursos, independente da natureza (Bardin, 2011). A técnica de Análise de Conteúdo consiste em três fases que podem ser exploradas ao longo de seu desenvolvimento:

De acordo com Bardin (2011), a fase de pré-análise deve respeitar algumas regras: *exaustividade*, isto é, não se deve omitir nada; a *representatividade* da amostra; a *homogeneidade* da coleta, aplicando a mesma técnica, com o mesmo tema e coletados pelos mesmos indivíduos; a *pertinência*, na qual os documentos devem se adaptar ao conteúdo e ao objetivo da pesquisa; e, por fim, a *exclusividade*, na qual um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

A segunda fase corresponde à exploração do material, e foram adotados os procedimentos de codificação. Nessa fase, foi realizada o recorte e a enumeração; a classificação, que consiste no agrupamento de temas e linguagens em comum; e, por fim, a categorização, que consiste na esquematização e correlação para ordenar as informações levantadas (Bardin, 2011).

Por fim, a terceira e última fase da Análise de Conteúdo inclui os procedimentos de inferência e interpretação. A inferência busca investigar as causas a partir dos efeitos. Enquanto isso, a interpretação busca oferecer um sentido e um enunciado geral baseado nos dados (Bardin, 2011).

Figura 10 - Caracterização das fases da Análise de Conteúdo. Fortaleza, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada sob parecer nº 4.651.582 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC (CEP/UFC) e CAAE nº 43069721.8.0000.5054. Este estudo atendeu à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos e que garante o direito dos indivíduos de serem esclarecidos previamente quanto ao objetivo do estudo, forma de realização, riscos da pesquisa, ausência de ônus e de pagamento pela participação na pesquisa, divulgação dos resultados unicamente para fins científicos e anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Este estudo seguiu as “Orientações para procedimento em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual”, que foi publicada em 24 de fevereiro de 2021. Os pesquisadores garantem que as respostas foram tratadas de forma anônima e confidencial, não sendo divulgados os nomes ou os contatos das participantes para terceiros em qualquer fase do estudo. Garante-se que os dados coletados foram utilizados apenas nesta pesquisa, e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Ainda assim, deve-se esclarecer que há um risco

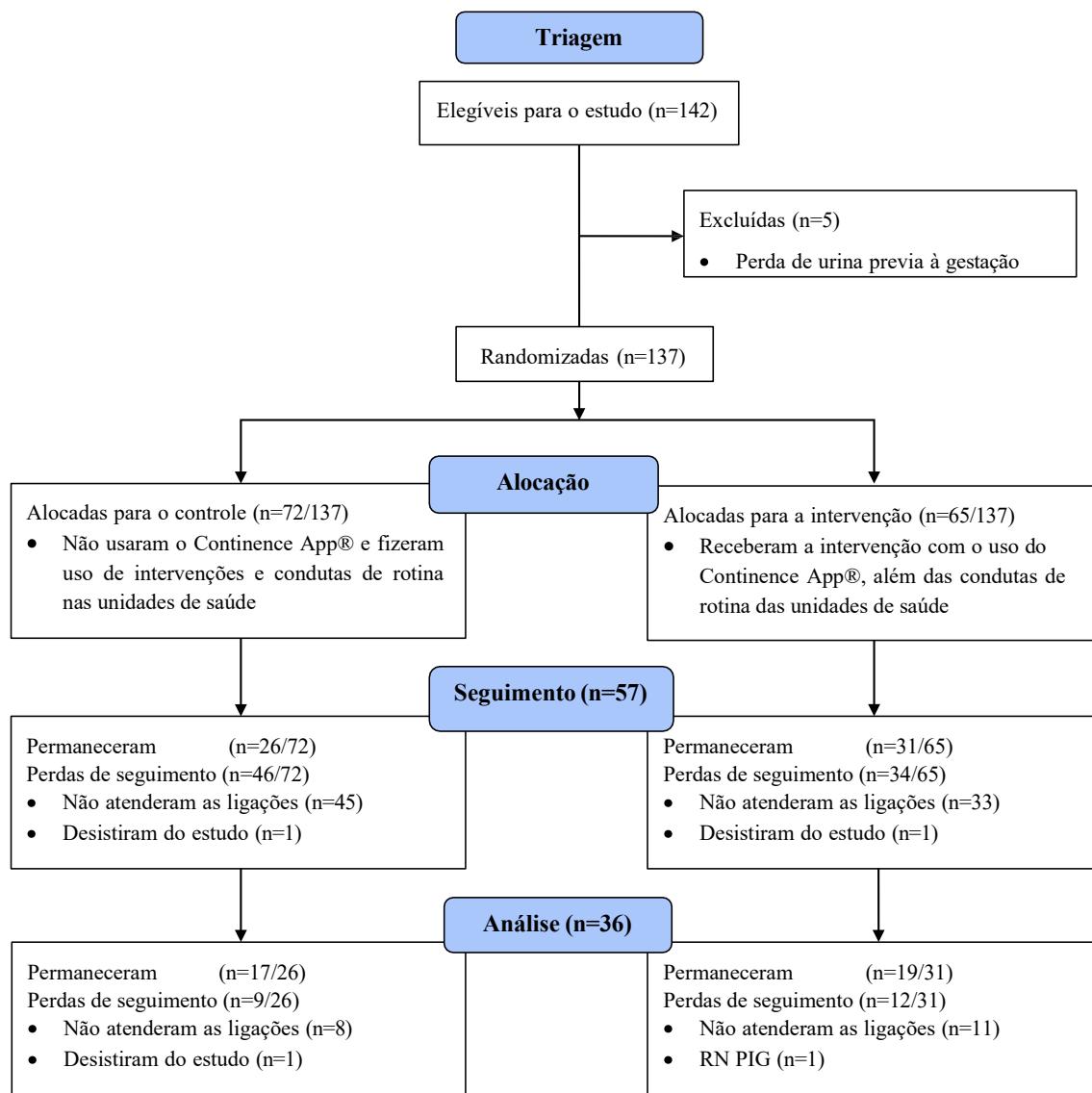
potencial mínimo de violação das informações arquivadas em ambiente virtual. Desta forma, os dados coletados por meio dos instrumentos e as gravações das entrevistas foram armazenados em um dispositivo local e seus registros das nuvens e ambientes *on-line* foram excluídos após o momento de análise dos dados.

6 RESULTADOS

6.1 Resultados da fase quantitativa

Os resultados foram apresentados de acordo com os objetivos específicos desta fase. Para facilitar a compreensão do estudo, este subcapítulo discorreu sobre as fases de recrutamento, da linha de base e do desfecho.

Figura 11 - Fluxograma das participantes em cada fase do ensaio clínico randomizado conforme enunciado CONSORT E-HEALTH. Fortaleza, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

6.1.1 Fase de recrutamento e caracterização da amostra

A fase de recrutamento das participantes ocorreu durante o período de maio a agosto de 2021, de forma presencial, em duas clínicas provenientes do sistema suplementar que realizavam consultas de pré-natal e outros atendimentos específicos para a saúde da mulher. Durante esse período, as instituições de saúde adotaram medidas e protocolos de segurança para o combate e a prevenção da COVID-19, incluindo a diminuição de pessoas dentro das clínicas para evitar aglomerações. Dessa forma, todas as mulheres, independentemente da idade gestacional, foram abordadas e convidadas para participar do estudo para que o processo de recrutamento pudesse ser otimizado. Após a aplicação dos critérios de exclusão da 1^a fase, foram coletados os dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos.

Durante a fase de recrutamento, foram captadas 142 gestantes nas salas de espera das clínicas. Destas, cinco (3,5%) foram excluídas durante a triagem por relatarem perda de urina prévia à gestação atual, totalizando, portanto, 137 mulheres participantes do estudo, sendo 72 (52,6%/137) pertencentes ao grupo controle e 65 (47,4%/137) pertencentes ao grupo intervenção.

Conforme demonstrado pela tabela 3, a amostra foi homogênea. Ambos os grupos foram compostos por mulheres jovens, provenientes da classe B, com renda familiar mensal acima de sete mil reais, em sua maioria, com escolaridade mínima correspondente ao ensino superior completo e ocupação remunerada.

No que diz respeito às características ginecológicas e obstétricas, a maioria (n=95; 69,9%) afirmou nunca ter realizado exercícios do assoalho pélvico e, dentre as que tiveram partos anteriores, 11 (8%) afirmaram ter histórico de laceração perineal. Em média, as mulheres em ambos os grupos, apresentaram IMC adequado para a idade gestacional; encontravam-se no segundo trimestre gestacional e eram e nulíparas.

Tabela 3 - Caracterização de mulheres quanto aos dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos. Fortaleza, 2025.

Grupo	Grupo Controle	Grupo Intervenção	p-Valor
Variáveis sociodemográficas			
Idade	32.97±4.69	32.38±4.52	0,357
Renda	7683.08±6456.50	7014.55±5271.04	0,905
Trabalha			
Não	6 (8.8%)	6 (9.5%)	0,890
Sim	62 (91.2%)	57 (90.5%)	
Estado civil			
Solteira	7 (10.3%)	12 (19.0%)	0,155
Casada/União estável	61 (89.7%)	51 (81.0%)	
Escolaridade			
Até ensino médio completo	9 (13.4%)	9 (14.3%)	0,888
Ensino superior	58 (86.6%)	54 (85.7%)	
Variáveis ginecológicas e obstétricas			
Exercícios do assoalho pélvico			
Nunca realizou	46 (68.7%)	43 (68.3%)	0,961
Já realizou	21 (31.3%)	20 (31.7%)	
Lacerção partos anteriores			
Não	4 (36.4%)	5 (55.6%)	0,391
Sim	7 (63.6%)	4 (44.4%)	
Peso no momento da coleta	70.82±11.64	70.84±11.52	0,889
Altura	1.61±0.05	1.60±0.06	0,586
IMC	26.95±5.34	27.05±4.94	0,589
Idade gestacional	26.21±8.62	25.75±8.59	0,651
Número de gestações	1.74±1.00	1.68±0.95	0,744
Número de partos	0.53±0.76	0.44±0.62	0,744
Número de partos vaginais	0.14±0.43	0.08±0.34	0,434
Número de partos cesarianos	0.44±0.76	0.29±0.52	0,395

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

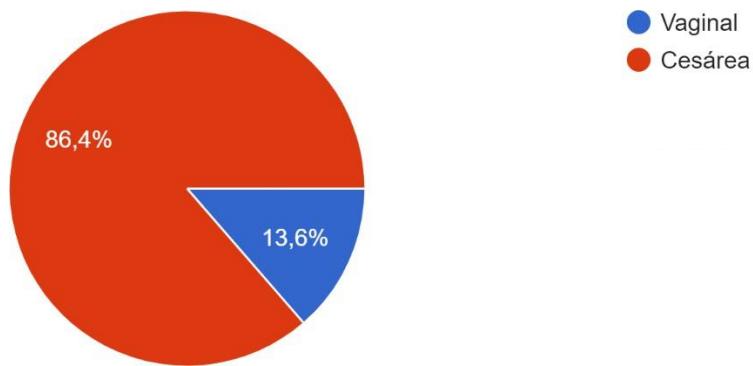
*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP). Obs: Algumas mulheres se recusaram ou não sabiam a resposta para algumas dessas perguntas.

6.1.2 Linha de base

A segunda fase deu seguimento à pesquisa por meio de entrevistas conduzidas por telefone para todas as participantes recrutadas no primeiro momento. No total, foram coletadas 57 (41,6%/137) mulheres que se encontravam no terceiro trimestre gestacional, no período próximo à data provável do parto (DPP). Destas, 26 (45,6%/57) eram do grupo controle e 31 (54,8%/57) eram do grupo intervenção. 80 (58,4%/137) mulheres foram descontinuadas do estudo durante essa fase, sendo 78 (56,9%/137) descontinuadas por não atenderem ao telefone após cinco tentativas de contato em momentos distintos e duas (1,4%/137) por desistirem do estudo por vontade própria.

Após o período da DPP, a equipe entrou em contato com as mulheres para dar continuidade à aplicação dos critérios de descontinuidade do estudo e coletar dados adicionais sobre o RN e o parto. Mais de 80% das mulheres deste estudo realizaram parto cesáreo e a média de peso dos RN foi $3282,4 \pm 532,2$ g.

Figura 12 - Distribuição da via de parto em mulheres atendidas no sistema suplementar. Fortaleza, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

6.1.2.1 Conhecimento, atitude e prática sobre a IU

No que diz respeito ao conhecimento relacionado à IU, a grande maioria das mulheres afirmou já ter ouvido falar na condição e afirma ocorrer mais com mulheres

que com homens. Mais de 60% consideram a IU uma doença e mais de 80% consideram que a mulher irá enfrentá-la em algum momento ao longo da vida. Cerca de metade das mulheres afirmou que não é normal a gestante perder urina durante essa fase e que a gestação e o parto estão relacionados às causas da IU. A grande maioria afirma que há formas de evitar e tratar a incontinência e citaram o treinamento dos músculos do assoalho pélvico como um dos principais métodos.

Quanto à classificação do conhecimento das mulheres sobre IU, percebe-se que os grupos foram semelhantes ($p>0,05$), com o grupo intervenção apresentando escores levemente menores ($74,1\pm19,6$), indicando um conhecimento inadequado quando comparado ao grupo controle que apresentou conhecimento adequado ($75,3\pm16,0$), conforme indicado na Tabela 4.

Quando avaliadas quanto à atitude relacionada à IU, mais de 90% afirmaram se sentir muito à vontade para falar com um profissional de saúde ou com o companheiro sobre a perda de urina, porém não com a família ou com amigos. A grande maioria (>80%) também afirmou que conversaria com profissionais do sexo masculino sobre o assunto e todas afirmaram que o pré-natal é um momento oportuno para falar sobre a IU e que a mulher deve buscar ajuda profissional em caso de grandes perdas urinárias. Mais da metade (>60%) concordou que a mulher deve buscar ajuda mesmo que não tenha nenhuma queixa. Quanto à classificação da atitude relacionada à IU, as mulheres, em ambos os grupos, apresentaram pontuação que indica nível adequado (>60 pontos) para a intenção de buscar prevenção e tratamento (Tabela 5).

Em relação à prática de prevenção e tratamento da IU, mais de 80% afirmaram nunca ter perguntado a nenhum profissional sobre o assunto e mais de 60% nunca fizeram nada para evitá-la. Quando questionadas sobre as formas de prevenção da IU, mais da metade não sabia responder ou não havia buscado nenhuma medida. A grande maioria (>80%) nunca buscou tratamento para IU, contudo, dentre as que buscaram, o mais citado foi o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (GC: $n=6/23.1\%$; GI: $n=7/22.6\%$). No que diz respeito à classificação da prática, ambos os grupos apresentaram escores inadequados (< 50 pontos) para a realização de medidas contra a IU (Tabela 6).

Tabela 4 - Descrição da avaliação do conhecimento de mulheres relacionado à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025.

(continua)

Perguntas do CAP sobre conhecimento	Linha de base		
	n=26 (45,6%)	Grupo controle	Grupo intervenção
CAP1: Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosem ou espirram) ou por que não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Não	1 (3.8%)	3 (9.7%)	0,391
Sim	25 (96.2%)	28 (90.3%)	
CAP2: Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?			
Mulher	23 (88.5%)	28 (90.4%)	0,524
Homem	3 (11.5%)	2 (6.4%)	
Não sabe	0 (0.0%)	1 (3.2%)	
CAP3: Você acha que é uma doença perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro?			
Não	8 (30.8%)	12 (40.0%)	0,472
Sim	18 (69.2%)	18 (60.0%)	
CAP4: Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?			
Não	5 (19.2%)	6 (20.0%)	0,942
Sim	21 (80.8%)	24 (80.0%)	

Continuação

Tabela 4 - Descrição da avaliação do conhecimento de mulheres relacionado à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025.

Perguntas do CAP sobre conhecimento	Linha de Base			p-valor
	Grupo controle	Grupo intervenção		
	n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)		
CAP5: Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?				
Não	12 (46.2%)	15 (50.0%)		0,774
Sim	14 (53.8%)	15 (50.0%)		
CAP6: Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou por que não conseguem chegar a tempo ao banheiro?				
Gravidez/Parto/Parto Instrumental	13 (50.0%)	13 (43.3%)		0,632
Fraqueza dos Músculo do Assoalho Pélvico/Falta de Preparo do Períneo	5 (19.2%)	10 (33.3%)		
Não sabe	6 (23.1%)	6 (20.0%)		
Marcou mais de uma opção	2 (7.7%)	1 (3.3%)		
CAP7: Você acha que, em mulheres que não têm queixa de perda de xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro, existe algo que possa ser feito para evitar?				
Não	4 (15.4%)	4 (13.3%)		0,827
Sim	22 (84.6%)	26 (86.7%)		
CAP8: Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não têm essa queixa. Pode me dizer quais você conhece?				
Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	16 (61.5%)	18 (60.0%)		0,955
Manter o peso corporal saudável	2 (7.7%)	3 (10.0%)		
Não sabe	8 (30.8%)	9 (30.0%)		

Conclusão

Tabela 4 - Descrição da avaliação do conhecimento de mulheres relacionado à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025.

Perguntas do CAP sobre conhecimento	Linha de Base		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)	
CAP9: Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou por que não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Não	1 (3.8%)	0 (0.0%)	0,278
Sim	25 (96.2%)	30 (100.0%)	
CAP10: Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?			
TMAP	10 (38.5%)	17 (54.8%)	0,341
Terapia comportamental	3 (11.5%)	1 (3.2%)	
Cirurgia, eletroestimulação, cones vaginais e medicamentos	7 (26.9%)	4 (12.9%)	
Nada/Não sabe	6 (23.1%)	8 (25.8%)	
Marcou mais de uma opção	0 (0.0%)	1 (3.2%)	
Escore total do conhecimento	75,3±16,0	74,1±19,6	0,941

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).

Tabela 5 - Descrição da avaliação da atitude de mulheres relacionada à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025

(continua)

Perguntas do CAP sobre atitude	Linha de Base		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)	
CAP11: O quanto você se sentiria à vontade para falar com profissional de saúde que você perde urina (perda de xixi quando não está com vontade ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?			
Nada à vontade	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0,792
Pouco à vontade	2 (7.7%)	3 (9.7%)	
Muito à vontade	24 (92.3%)	28 (90.3%)	
CAP12: O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu companheiro (namorado, marido) sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?			
Nada à vontade	0 (0.0%)	1 (3.2%)	0,390
Pouco à vontade	2 (7.7%)	5 (16.1%)	
Muito à vontade	24 (92.3%)	25 (80.6%)	
CAP13: O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu familiar ou amigos sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?			
Nada à vontade	2 (7.7%)	5 (16.1%)	0,147
Pouco à vontade	11 (42.3%)	6 (19.4%)	
Muito à vontade	13 (50.0%)	20 (64.5%)	

Continuação

Tabela 5 - Descrição da avaliação da atitude de mulheres relacionada à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025

Perguntas do CAP sobre atitude	Linha de Base		
	n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)	Grupo controle
			Grupo intervenção
CAP14: Você conversaria sobre perda de urina com profissionais de saúde do sexo masculino sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?			
Não	2 (7.7%)	6 (19.4%)	0,207
Sim	24 (92.3%)	25 (80.6%)	
CAP15: Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de xixi?			
Não	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1,000
Sim	26 (100.0%)	31 (100.0%)	
CAP16: Você acha que a mulher que não tem perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro) deve buscar ajuda de um profissional de saúde para evitá-la?			
Não	6 (23.1%)	11 (35.5%)	0,308
Sim	20 (76.9%)	20 (64.5%)	
CAP17: Você acha que, mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de xixi, deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?			
Não	0 (0.0%)	1 (3.2%)	0,356
Sim	26 (100.0%)	30 (96.8%)	

Conclusão

Tabela 5 - Descrição da avaliação da atitude de mulheres relacionada à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025

Perguntas do CAP sobre atitude	Linha de Base		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)	
CAP18: Você acha que, caso a mulher tenha uma grande perda de xixi, deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?			
Não	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1,000
Sim	26 (100.0%)	31 (100.0%)	
Escore total da atitude	73,2±6,1	70,0±9,1	0,224

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).

Tabela 6 - Descrição da avaliação da prática de mulheres relacionada à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025.

(continua)

Perguntas sobre a prática relacionada à IU	Linha de Base			p-valor
			Grupo intervenção	
	Grupo controle n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)		
CAP19: Você já perguntou a algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro)?				
Não	19 (73.1%)	26 (86.7%)		0,202
Sim	7 (26.9%)	4 (13.3%)		
CAP20: Você faz algo para evitar (prevenir) perda de urina?				
Não	19 (73.1%)	20 (66.7%)		0,603
Sim	7 (26.9%)	10 (33.3%)		
CAP21: O que você faz para evitar (prevenir) a perda de urina?				
Realizar exercício que fortalece o assoalho pélvico	6 (23.1%)	7 (22.6%)		0,564
Evitar reter urina/Urinar em intervalos curtos/Manter peso corporal saudável	5 (19.2%)	3 (9.7%)		
Não sabe/Não se aplica	15 (57.7%)	21 (67.7%)		
CAP22: Você já buscou ajuda para tratar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?				
Não	23 (88.5%)	26 (83.9%)		0,639
Sim	3 (11.5%)	4 (12.9%)		
Não se aplica	0 (0.0%)	1 (3.2%)		

Conclusão

Tabela 6 - Descrição da avaliação da prática de mulheres relacionada à IU durante a coleta da linha de base. Fortaleza, 2025

Perguntas sobre a prática relacionada à IU	Linha de Base		
	Grupo controle n=26 (45,6%)	Grupo intervenção n=31 (54,8%)	p-valor
CAP23: Quem você buscou para tratar a perda de urina?			
Médico ou enfermeiro	2 (7.7%)	4 (12.9%)	0,771
Fisioterapeuta	2 (7.7%)	3 (9.7%)	
Não se aplica	22 (84.6%)	24 (77.4%)	
CAP24: Você disse que buscou tratamento, qual foi a orientação dada?			
TMAP	2 (7.7%)	2 (6.5%)	0,855
Nada	24 (92.3%)	29 (93.5%)	
CAP25: Qual o tratamento que você realiza ou já realizou?			
TMAP	0 (0.0%)	3 (9.7%)	0,265
Terapia comportamental	1 (3.8%)	1 (3.2%)	
Nada	25 (96.2%)	27 (87.1%)	
Escore total da prática	$20,0 \pm 25,2$	$18,7 \pm 24,7$	0,862

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).

6.1.2.2 Queixas urinárias

No que diz respeito às queixas urinárias levantadas pelo ICIQ-FLUTS apresentadas na tabela 7, ambos os grupos apresentaram frequência e impacto de queixas semelhantes. Em média, as mulheres se levantavam menos do que uma vez à noite para urinar, o que indica que elas não apresentam noctúria. A maioria das mulheres nunca apresentou a queixa de urgência e mais de 80% das mulheres afirmaram nunca ter apresentado a queixa de disúria e hesitância. Todas do grupo controle afirmaram nunca ter apresentado a queixa de esforço para urinar. Em média, as mulheres apresentaram um baixo número de micções durante o dia, mesmo durante o último trimestre gestacional. A grande maioria ($>70\%$) afirmou nunca ter apresentado a queixa de intermitência ou de incontinência urinária. Dentre as que afirmaram perder urina logo antes de chegar ao banheiro, 23,1% (n=6) do grupo controle e 9,7% (n=3) do grupo intervenção afirmaram que perdiam raramente, enquanto 7,7% (n=2) do grupo controle e nenhuma mulher do grupo intervenção afirmaram perder urina às vezes. Houve uma diferença significativa quanto ao impacto deste sintoma entre os dois grupos, sendo maior no grupo controle ($GC=1.58\pm3.11$; $GI=0.42\pm1.67$; $p=0,037$). Contudo, os grupos foram semelhantes quanto à frequência e impacto da IU, IU aos esforços, IU insensível e enurese noturna. Ao avaliar os escores do ICIQ-FLUTS, não houve diferença entre os grupos, havendo uma baixa severidade dos sintomas.

Quanto às queixas avaliadas pelo ICIQ-SF apresentadas na tabela 8, observa-se também que não houve diferença entre os grupos quanto à frequência das queixas de IU, com a maioria afirmado que nunca perdia urina. Dentre as que perdiam, cerca de 20% afirmaram que perdiam pelo menos uma vez na semana, em pequenas quantidades e durante os esforços, em especial, quando tossem ou espirram.

Tabela 7 - Queixas urinárias de mulheres durante a coleta da linha de base de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025.

(continua)

ICIQ-FLUTS	Linha de Base		
	Grupo controle n=26 (45,6%)	Grupo intervenção n=31 (54,8%)	Grupos
			p-valor
Durante a noite, quantas vezes você se levanta para urinar, em média?	0.38±0.70	0.71±1.10	0,382
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	6.23±3.34	4.74±3.90	0,138
Você tem uma súbita necessidade de correr para o banheiro para urinar?			
Nunca	15 (57.7%)	22 (71.0%)	0,495
Raramente	6 (23.1%)	2 (6.5%)	
Às vezes	3 (11.5%)	4 (12.9%)	
A maior parte do tempo	1 (3.8%)	2 (6.5%)	
O tempo todo	1 (3.8%)	1 (3.2%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	2.69±3.79	2.00±3.64	0,408
Você tem dor na sua bexiga enquanto urina?			
Nunca	23 (88.5%)	29 (93.5%)	0,272
Raramente	1 (3.8%)	2 (6.5%)	
Às vezes	2 (7.7%)	0 (0.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.69±2.09	0.48±1.98	0,535
Quantas vezes você urina durante o dia?	0.92±0.80	0.94±0.81	0,959
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	4.38±3.36	3.71±3.50	0,477

Continuação

Tabela 7 - Queixas urinárias de mulheres durante a coleta da linha de base de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025

ICIQ-FLUTS	Linha de Base		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)	
Você demora para começar a urinar?			
Nunca	22 (84.6%)	27 (87.1%)	0,737
Raramente	1 (3.8%)	2 (6.5%)	
Às vezes	3 (11.5%)	2 (6.5%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.62±1.92	0.13±0.72	0,219
Você faz força para urinar?			
Nunca	26 (100.0%)	27 (87.1%)	0,307
Raramente	0 (0.0%)	2 (6.5%)	
Às vezes	0 (0.0%)	1 (3.2%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	1 (3.2%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.00±0.00	0.61±1.98	0,106
Você para e inicia mais de uma vez enquanto urina?			
Nunca	20 (76.9%)	25 (80.6%)	0,573
Raramente	0 (0.0%)	1 (3.2%)	
Às vezes	4 (15.4%)	2 (6.5%)	
A maior parte do tempo	2 (7.7%)	3 (9.7%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	1.00±2.65	0.84±2.34	0,811

Continuação

Tabela 7 - Queixas urinárias de mulheres durante a coleta da linha de base de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025

ICIQ-FLUTS	Linha de Base		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)	
Você perde urina antes de chegar ao banheiro?			
Nunca	18 (69.2%)	28 (90.3%)	0,092
Raramente	6 (23.1%)	3 (9.7%)	
Às vezes	2 (7.7%)	0 (0.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	1.58±3.11	0.42±1.67	0,037
Com que frequência você perde urina?			
Nunca	18 (69.2%)	22 (71.0%)	0,981
Uma vez ou menos por semana	6 (23.1%)	7 (22.6%)	
2 a 3 vezes por semana	2 (7.7%)	2 (6.5%)	
Uma vez por dia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Várias vezes por dia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	2.08±3.64	2.10±3.84	0,871
Você perde urina quando está fazendo alguma atividade física ou quando tosse ou espirra?			
Nunca	19 (73.1%)	20 (64.5%)	0,557
Raramente	3 (11.5%)	8 (25.8%)	
Às vezes	3 (11.5%)	2 (6.5%)	
A maior parte do tempo	1 (3.8%)	1 (3.2%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	1.65±3.22	2.55±4.04	0,506

Conclusão

Tabela 7 - Queixas urinárias de mulheres durante a coleta da linha de base de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025

ICIQ-FLUTS	Linha de Base		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)	
Você perde urina sem razão óbvia ou sem sentir que está perdendo?			
Nunca	24 (92.3%)	29 (93.5%)	0,855
Raramente	2 (7.7%)	2 (6.5%)	
Às vezes	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.19±0.98	0.00±0.00	0,275
Você perde urina quando está dormindo?			
Nunca	24 (92.3%)	29 (93.5%)	0,855
Raramente	2 (7.7%)	2 (6.5%)	
Às vezes	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.08±0.27	0.06±0.25	0,856
Escore final do ICIQ-FLUTS	4.4±3.8	4.2±3.1	0,828

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).

Tabela 8 - Queixas urinárias de mulheres durante a coleta da linha de base de acordo com o ICIQ-SF. Fortaleza, 2025.

ICIQ-SF	Linha de Base		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n=26 (45,6%)	n=31 (54,8%)	
Com que frequência você perde urina?			
Nunca	16 (61.5%)	20 (64.5%)	0,901
Uma vez por semana ou menos	8 (30.8%)	8 (25.8%)	
2 a 3 vezes por semana	2 (7.7%)	3 (9.7%)	
Uma vez ao dia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Diversas vezes ao dia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde			
Nenhuma	15 (57.7%)	20 (64.5%)	0,470
Uma pequena quantidade	8 (30.8%)	10 (32.3%)	
Uma moderada quantidade	3 (11.5%)	1 (3.2%)	
Uma grande quantidade	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? (0 a 10)		2.27±3.83	2.23±3.77
Quando você perde urina?			
Nunca	15 (57.7%)	20 (64.5%)	0,405
Perco antes de chegar ao banheiro	1 (3.8%)	2 (6.4%)	
Perco quando tussó ou espirro	4 (15.4%)	7 (22.6%)	
Perco quando faço atividade física	2 (7.9%)	1 (3.2%)	
Quando terminei de urinar ou sem razão óbvia	4 (15.4%)	1 (3.2%)	
Perco o tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Escore final do ICIQ-SF		3.2±4.8	3.0±4.8
Fonte: Elaborado pela autora (2025). *p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).			

6.1.3 Desfecho

A 3^a fase deu seguimento à pesquisa por meio de entrevistas conduzidas por telefone para todas as participantes que foram coletadas na linha de base três meses após o parto. No total, foram coletadas 36 (26,2%/137) mulheres que se encontravam no terceiro mês após o parto. Destas, 17 (47,2%/36) eram do grupo controle e 19 (52,7%/36) eram do grupo intervenção. Ao todo, 21 (36,8%/57) mulheres que haviam participado da fase da linha de base foram descontinuadas do estudo durante o desfecho, sendo 19 (33,3%/57) descontinuadas por não atenderem ao telefone após cinco tentativas de contato em momentos distintos, uma (1,7%/57) por desistir do estudo por vontade própria e uma (1,7%/57) por ter o RN pequeno para a idade gestacional.

6.1.3.1 Conhecimento, atitude e prática relacionada à IU

No que diz respeito ao conhecimento relacionado à IU, todas as mulheres nesta fase, de ambos os grupos, afirmaram já ter ouvido falar na condição e mais de 80% afirmaram ocorrer mais com mulheres do que com homens. Mais de 60% consideram a IU uma doença e todas as mulheres do grupo intervenção consideram que a mulher irá enfrentá-la em algum momento ao longo da vida.

Quando questionadas se a IU era uma condição normal da gestação, 70% do grupo intervenção afirmou que não, enquanto quase 88,2% do grupo controle afirmou que sim, havendo uma diferença significativa entre os grupos ($p=0,000$). Da mesma forma, observou-se diferenças nas respostas quanto às causas da IU: 47,1% do grupo controle afirmou ser a gestação e o parto a principal causa, enquanto 40% do grupo intervenção afirmou que era o enfraquecimento dos MAP eram o principal fator ($p=0,007$).

Mais mulheres do grupo intervenção (90%), quando comparadas ao grupo controle (76,5%), afirmam que há formas de evitar e tratar a incontinência e citaram o treinamento dos músculos do assoalho pélvico como um dos principais métodos. Todas as mulheres afirmam que há tratamento para a IU e o TMAP foi o mais citado, em especial, pelo grupo intervenção (60%).

Quanto à classificação do conhecimento das mulheres sobre a IU, percebe-

se que os grupos foram semelhantes, com o grupo intervenção apresentando escores levemente maiores, quando comparado ao grupo controle, porém ainda inadequados (Tabela 9).

Quando avaliadas quanto à atitude relacionada à IU, na tabela 10, todas as mulheres do grupo intervenção afirmaram se sentir muito à vontade para falar com um profissional de saúde e mais de 80%, em ambos os grupos, se sentiam muito à vontade para falar com o companheiro sobre a perda de urina. A grande maioria (>90%) também afirmou que conversaria com profissionais do sexo masculino sobre o assunto e todas afirmaram que o pré-natal é um momento oportuno para falar sobre a IU e que a mulher deve buscar ajuda profissional em caso de grandes perdas urinárias. Quando questionadas se a mulher deve buscar ajuda profissional para evitar a IU, mesmo sem a queixa, 55% do grupo intervenção e 88,2% do grupo controle afirmam que sim ($p=0,028$). Mais de 90%, em ambos os grupos, afirmaram que a mulher deve buscar ajuda quando apresentar uma pequena perda urinária e todas afirmaram que a mulher deve buscar ajuda profissional diante de grandes perdas urinárias.

Quanto à classificação da atitude relacionada à IU, as mulheres apresentaram pontuação que indica nível avançado (>60 pontos) para a intenção de buscar prevenção e tratamento (Tabela 10).

Quando avaliadas quanto à prática de prevenção e tratamento da IU, a maioria, em ambos os grupos, afirmou nunca ter perguntado a nenhum profissional sobre o assunto e mais de 80% do grupo intervenção afirma nunca ter feito nada para evitar a IU. Quando questionadas sobre as formas de prevenção da IU, a maioria das mulheres não sabiam responder ou não haviam buscado nenhuma medida. A grande maioria (>70%) nunca buscou tratamento para a IU, contudo, dentre as que buscaram, o tratamento mais citado foi o treinamento dos músculos do assoalho pélvico. No que diz respeito à classificação da prática, ambos os grupos apresentaram escores insuficientes para a realização de medidas contra a IU (Tabela 11).

Tabela 9 - Descrição da avaliação do conhecimento de mulheres relacionado à IU durante a coleta desfecho. Fortaleza, 2025.

(continua)

Perguntas do CAP sobre conhecimento	Desfecho		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n = 17 (45,9%)	n = 20 (54,0%)	
CAP1: Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tossem ou espirram) ou por que não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Não	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1,000
Sim	17 (100.0%)	20 (100.0%)	
CAP2: Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?			
Mulher	15 (88.2%)	16 (80.0%)	0,272
Homem	1 (5.9%)	0 (0.0%)	
Não sabe	1 (5.9%)	4 (20.0%)	
CAP3: Você acha que é uma doença perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro?			
Não	6 (35.3%)	8 (40.0%)	0,769
Sim	11 (64.7%)	12 (60.0%)	
CAP4: Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?			
Não	3 (17.6%)	0 (0.0%)	0,052
Sim	14 (82.4%)	20 (100.0%)	

Continuação

Tabela 9 - Descrição da avaliação do conhecimento de mulheres relacionado à IU durante a coleta desfecho. Fortaleza, 2025.

Perguntas do CAP sobre conhecimento	Desfecho		
	Grupo controle	Grupo controle	p-valor
	n = 17 (45,9%)	n = 17 (45,9%)	
CAP5: Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?			
Não	2 (11.8%)	14 (70.0%)	0,000
Sim	15 (88.2%)	6 (30.0%)	
CAP6: Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou por que não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Gravidez/Parto/Parto Instrumental	8 (47.1%)	2 (10.0%)	0,007
Fraqueza dos Músculo do Assoalho Pélvico/Falta de Preparo do Períneo	3 (17.6%)	8 (40.0%)	
Não sabe	0 (0.0%)	6 (30.0%)	
Marcou mais de uma opção	6 (35.3%)	4 (20.0%)	
CAP7: Você acha que, em mulheres que não têm queixa de perda de xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro, existe algo que possa ser feito para evitar?			
Não	4 (23.5%)	2 (10.0%)	0,266
Sim	13 (76.5%)	18 (90.0%)	
CAP8: Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não têm essa queixa. Pode me dizer quais você conhece?			
Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	8 (47.1%)	15 (75.0%)	0,191
Manter o peso corporal saudável	3 (17.6%)	1 (5.0%)	
Não sabe	6 (35.3%)	4 (20.0%)	

Conclusão

Tabela 9 - Descrição da avaliação do conhecimento de mulheres relacionado à IU durante a coleta desfecho. Fortaleza, 2025.

Perguntas do CAP sobre conhecimento	Desfecho		
	Grupo controle	Grupo controle	p-valor
	n = 17 (45,9%)	n = 17 (45,9%)	
CAP9: Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou por que não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Não	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1,000
Sim	17 (100.0%)	20 (100.0%)	
CAP10: Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?			
TMAP	3 (17.6%)	12 (60.0%)	0,099
Terapia comportamental	1 (5.9%)	1 (5.0%)	
Cirurgia, eletroestimulação, cones vaginais e medicamentos	2 (11.8%)	1 (5.0%)	
Nada/Não sabe	3 (17.6%)	3 (15.0%)	
Marcou mais de uma opção	8 (47.1%)	3 (15.0%)	
Escore total do conhecimento	58.4±25.0	61.9±21.4	0,478

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).

Tabela 10 - Descrição da avaliação da atitude de mulheres relacionada à IU durante a coleta do desfecho. Fortaleza, 2025.

(continua)

Perguntas do CAP sobre atitude	Desfecho		
	n = 17 (45,9%)	n = 20 (54,0%)	Grupo intervenção
			p-valor
CAP11: O quanto você se sentiria à vontade para falar com profissional de saúde que você perde urina (perda de xixi quando não está com vontade ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?			
Nada à vontade	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0,272
Pouco à vontade	1 (5.9%)	0 (0.0%)	
Muito à vontade	16 (94.1%)	20 (100.0%)	
CAP12: O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu companheiro (namorado, marido) sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?			
Nada à vontade	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0,774
Pouco à vontade	2 (11.8%)	3 (15.0%)	
Muito à vontade	15 (88.2%)	17 (85.0%)	
CAP13: O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu familiar ou amigos sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?			
Nada à vontade	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0,699
Pouco à vontade	7 (41.2%)	7 (35.0%)	
Muito à vontade	10 (58.8%)	13 (65.0%)	

Continuação

Tabela 10 - Descrição da avaliação da atitude de mulheres relacionada à IU durante a coleta do desfecho. Fortaleza, 2025.

Perguntas do CAP sobre atitude	Desfecho			p-valor
			Grupo intervenção	
	n = 17 (45,9%)	n = 20 (54,0%)		
CAP14: Você conversaria sobre perda de urina com profissionais de saúde do sexo masculino sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?				
Não	1 (5.9%)	2 (10.0%)		0,647
Sim	16 (94.1%)	18 (90.0%)		
CAP15: Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de xixi?				
Não	0 (0.0%)	0 (0.0%)		1,000
Sim	17 (100.0%)	20 (100.0%)		
CAP16: Você acha que a mulher que não tem perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro) deve buscar ajuda de um profissional de saúde para evitá-la?				
Não	2 (11.8%)	9 (45.0%)		0,028
Sim	15 (88.2%)	11 (55.0%)		
CAP17: Você acha que, mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de xixi, deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?				
Não	3 (17.6%)	1 (5.0%)		0,217
Sim	14 (82.4%)	19 (95.0%)		

Conclusão

Tabela 10 - Descrição da avaliação da atitude de mulheres relacionada à IU durante a coleta do desfecho. Fortaleza, 2025.

Perguntas do CAP sobre atitude	Desfecho			p-valor
	Grupo controle	Grupo intervenção		
	n = 17 (45,9%)	n = 20 (54,0%)		
CAP18: Você acha que, caso a mulher tenha uma grande perda de xixi, deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?				
Não	0 (0.0%)	0 (0.0%)		1,000
Sim	17 (100.0%)	20 (100.0%)		
Escore total da atitude	73.5±7.4	71.6±6.6		0,386

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).

Tabela 11 - Descrição da avaliação da prática de mulheres relacionada à IU durante a coleta do desfecho. Fortaleza, 2025.

(continua)

Perguntas sobre a prática relacionada à IU	Desfecho		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n = 17 (45,9%)	n = 20 (54,0%)	
CAP19: Você já perguntou a algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou por que não consegue chegar a tempo ao banheiro)?			
Não	13 (76.5%)	13 (65.0%)	0,447
Sim	4 (23.5%)	7 (35.0%)	
CAP20: Você faz algo para evitar (prevenir) perda de urina?			
Não	11 (64.7%)	16 (80.0%)	0,297
Sim	6 (35.3%)	4 (20.0%)	
CAP21: O que você faz para evitar (prevenir) a perda de urina?			
Realizar exercício que fortalece o assoalho pélvico	3 (17.6%)	5 (25.0%)	0,071
Evitar reter urina/Urinar em intervalos curtos intervalos/Evitar levantar peso/Manter peso corporal saudável	4 (23.5%)	0 (0.0%)	
Não sabe/Não se aplica	10 (58.8%)	15 (75.0%)	
CAP22: Você já buscou ajuda para tratar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?			
Não	14 (82.4%)	14 (70.0%)	0,383
Sim	3 (17.6%)	6 (30.0%)	
Não se aplica	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

Conclusão

Tabela 11 - Descrição da avaliação da prática de mulheres relacionada à IU durante a coleta do desfecho. Fortaleza, 2025.

Perguntas sobre a prática relacionada à IU	Desfecho		p-valor
	Grupo controle n = 17 (45,9%)	Grupo intervenção n = 20 (54,0%)	
CAP23: Quem você buscou para tratar a perda de urina?			
Médico ou enfermeiro	1 (5.9%)	4 (20.0%)	0,302
Fisioterapeuta	2 (11.8%)	4 (20.0%)	
Não se aplica	14 (82.4%)	12 (60.0%)	
CAP24: Você disse que buscou tratamento, qual foi a orientação dada?			
TMAP	3 (17.6%)	8 (40.0%)	0,138
Nada	14 (82.4%)	12 (60.0%)	
CAP25: Qual o tratamento que você realiza ou já realizou?			
TMAP	2 (11.8%)	4 (20.0%)	0,498
Terapia comportamental	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Nada	15 (88.2%)	16 (80.0%)	
Escore total da prática	22.3 ± 31.5	31.5 ± 33.5	0,433

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).

6.1.3.2 Queixas urinárias

No que diz respeito às queixas urinárias levantadas pelo ICIQ-FLUTS apresentadas na tabela 9, ambos os grupos apresentaram frequência e impacto de queixas semelhantes. Em média, as mulheres se levantavam uma vez à noite para urinar, o que indica que elas apresentam noctúria três meses após o parto.

A maioria das mulheres nunca apresentou a queixa de urgência, disúria, hesitância e todas do grupo controle afirmaram nunca ter apresentado a queixa de esforço para urinar. Da mesma forma, a maioria não apresentou queixas de intermitência e perda de urina. Em média, as mulheres apresentaram um baixo número de micções durante o dia, mesmo durante o último trimestre gestacional.

Ao avaliar os escores do ICIQ-FLUTS, não houve diferença entre os grupos, havendo uma baixa severidade dos sintomas (Tabela 12).

Quanto às queixas avaliadas pelo ICIQ-SF apresentadas na tabela 10, observa-se também que não houve diferença entre os grupos quanto à frequência e impacto das queixas de IU (Tabela 13).

Tabela 12 - Queixas urinárias apresentadas por mulheres durante a coleta do desfecho de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025.

(continua)

ICIQ-FLUTS	Desfecho		
	Grupo controle n = 17 (45,9%)	Grupo intervenção n = 20 (54,0%)	p-valor
Durante a noite, quantas vezes você se levanta para urinar, em média?	1.65±1.50	1.65±1.53	0,988
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	3.24±3.83	0.85±2.08	0,097
Você tem uma súbita necessidade de correr para o banheiro para urinar?			
Nunca	13 (76.5%)	19 (95.0%)	0,198
Raramente	2 (11.8%)	0 (0.0%)	
Às vezes	2 (11.8%)	1 (5.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	1.41±2.83	0.50±2.24	0,373
Você tem dor na sua bexiga enquanto urina?			
Nunca	15 (88.2%)	19 (95.0%)	0,452
Raramente	2 (11.8%)	1 (5.0%)	
Às vezes	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.71±2.02	0.40±1.79	0,752
Quantas vezes você urina durante o dia?	0.41±0.62	0.50±0.69	0,775
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	1.59±2.85	1.65±3.07	0,988

Continuação

Tabela 12 - Queixas urinárias apresentadas por mulheres durante a coleta do desfecho de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025.

ICIQ-FLUTS	Desfecho		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n = 17 (45,9%)	n = 20 (54,0%)	
Você demora para começar a urinar?			
Nunca	14 (82.4%)	19 (95.0%)	0,395
Raramente	1 (5.9%)	0 (0.0%)	
Às vezes	2 (11.8%)	1 (5.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.41±1.70	0.40±1.79	0,988
Você faz força para urinar?			
Nunca	17 (100.0%)	19 (95.0%)	0,350
Raramente	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Às vezes	0 (0.0%)	1 (5.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.00±0.00	0.40±1.79	0,798
Você para e inicia mais de uma vez enquanto urina?			
Nunca	14 (82.4%)	18 (90.0%)	0,321
Raramente	0 (0.0%)	1 (5.0%)	
Às vezes	3 (17.6%)	1 (5.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.65±2.21	0.50±1.82	0,916

Continuação

Tabela 12 - Queixas urinárias apresentadas por mulheres durante a coleta do desfecho de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025.

ICIQ-FLUTS	Desfecho		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n = 17 (45,9%)	n = 20 (54,0%)	
Você perde urina antes de chegar ao banheiro?			
Nunca	11 (64.7%)	18 (90.0%)	0,126
Raramente	5 (29.4%)	1 (5.0%)	
Às vezes	1 (5.9%)	1 (5.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	1.59±3.30	1.00±3.08	0,557
Com que frequência você perde urina?			
Nunca	14 (82.4%)	16 (80.0%)	0,349
Uma vez ou menos por semana	3 (17.6%)	2 (10.0%)	
2 a 3 vezes por semana	0 (0.0%)	2 (10.0%)	
Uma vez por dia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Várias vezes por dia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.94±2.36	1.85±3.82	0,775
Você perde urina quando está fazendo alguma atividade física ou quando tosse ou espirra?			
Nunca	14 (82.4%)	18 (90.0%)	0,743
Raramente	2 (11.8%)	1 (5.0%)	
Às vezes	1 (5.9%)	1 (5.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	1.06±2.66	0.90±2.79	0,752

Conclusão

Tabela 12 - Queixas urinárias apresentadas por mulheres durante a coleta do desfecho de acordo com o ICIQ-FLUTS. Fortaleza, 2025.

ICIQ-FLUTS	Desfecho		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n = 17 (45,9%)	n = 20 (54,0%)	
Você perde urina sem razão óbvia ou sem sentir que está perdendo?			
Nunca	17 (100.0%)	18 (90.0%)	0,180
Raramente	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Às vezes	0 (0.0%)	2 (10.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	0.00±0.00	1.00±3.08	0,619
Você perde urina quando está dormindo?			
Nunca	15 (88.2%)	18 (90.0%)	0,205
Raramente	2 (11.8%)	1 (5.0%)	
Às vezes	0 (0.0%)	1 (5.0%)	
A maior parte do tempo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quanto isto incomoda você? (0 a 10)	1.18±3.32	0.50±2.24	0,729
Escore final do ICIQ-FLUTS	4.1±2.4	3.5±3.5	0,219

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).

Tabela 13 - Queixas urinárias de mulheres durante a coleta do desfecho de acordo com o ICIQ-SF. Fortaleza, 2025.

ICIQ-SF	Desfecho		
	Grupo controle	Grupo intervenção	p-valor
	n = 17 (45,9%)	n = 20 (54,0%)	
Com que frequência você perde urina?			
Nunca	14 (82.4%)	16 (80.0%)	0,639
Uma vez por semana ou menos	3 (17.6%)	3 (15.0%)	
2 a 3 vezes por semana	0 (0.0%)	1 (5.0%)	
Uma vez ao dia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Diversas vezes ao dia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
O tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde			
Nenhuma	13 (76.5%)	16 (80.0%)	0,967
Uma pequena quantidade	3 (17.6%)	3 (15.0%)	
Uma moderada quantidade	1 (5.9%)	1 (5.0%)	
Uma grande quantidade	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? (0 a 10)	0.88±2.32	1.75±3.61	0,775
Quando você perde urina?			
Nunca	13 (76.5%)	16 (80.0%)	0,277
Perco antes de chegar ao banheiro	0 (0.0%)	1 (5.0%)	
Perco quando tussó ou espirro	3 (17.6%)	1 (5.0%)	
Perco quando faço atividade física	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Quando terminei de urinar ou sem razão óbvia	1 (5.9%)	0 (0.0%)	
Perco o tempo todo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Escore final do ICIQ-SF	1.3±2.9	2.3±4.7	0,900

Fonte: Elaborado pela autora (2025).*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média± DP).

6.1.4 Efeitos do Continence App® no conhecimento, atitude e prática e no impacto das queixas urinárias

Na análise intragrupo, não houve diferença entre os grupos em relação ao conhecimento, atitude, prática, sobre IU ($p>0,05$). Contudo, os escores de conhecimento diminuíram no GC em relação à linha de base ($p=0,008$), o que não aconteceu no GI (Tabela 14).

Da mesma forma, os escores relacionados à frequência e ao impacto das queixas urinárias e da IU que foram avaliados pelo ICIQ-FLUTS e ICIQ-SF não apresentaram diferenças na linha de base e desfecho e nem entre os grupos.

Tabela 14 - Efeitos no conhecimento, atitude e prática e no impacto das queixas urinárias em mulheres antes e depois da intervenção. Fortaleza, 2025. (continua)

Escores	Grupo controle		Grupo intervenção		
	Média±DP	Md(p25-p75)	Média±DP	Md(p25-p75)	p-valor**
Conhecimento					
Linha de base	75.3±16.0	80.0(67.5-90.0)	74.1±19.6	80.0(60.0-90.0)	0,941
Desfecho	58.4±25.0	60.0(30.0-80.0)	61.9±29.4	70.0(30.0-90.0)	0,978
p-valor*	0,008		0,092		
Atitude					
Linha de base	73.2±6.1	75.0(68.7-80.0)	70.0±9.1	70.0(65.0-80.0)	0,224
Desfecho	73.5±7.4	75.0(65.0-80.0)	71.6±6.6	70.0(68.7-80.0)	0,367
p-valor*	0,777		0,928		
Prática					
Linha de base	20.0±25.2	10.0(0.0-40.0)	18.7±24.7	0.0(0.0-40.0)	0,862
Desfecho	22.3±31.5	0.0(0.0-40.0)	31.5±33.5	20.0(0.0-60.0)	0,399
p-valor*	0,596		0,143		
ICIQ-FLUTS					
Linha de base	4.4±3.8	3.5(1.0-7.2)	4.2±3.1	3.0(2.0-6.0)	0,828
Desfecho	4.1±2.4	3.0(3.0-5.0)	3.5±3.5	3.0(1.0-4.0)	0,204
p-valor*	0,937		0,254		
ICIQ-SF					
Linha de base	3.2±4.8	0.0(0.0-7.7)	3.0±4.8	0.0(0.0-6.0)	0,756
Desfecho	1.3±2.9	0.0(0.0-1.0)	2.3±4.7	0.0(0.0-0.0)	0,862
p-valor*	0,125		0,051		

Conclusão

Tabela 14 - Efeitos no conhecimento, atitude e prática e no impacto das queixas urinárias em mulheres antes e depois da intervenção. Fortaleza, 2025.

Escores	Grupo controle		Grupo intervenção		Média±DP
	Média±DP	Md(p25-p75)	Md(p25-p75)	Média±DP	
Impacto da IU					
Linha de base	2.2±3.8	0.0(0.0-5.5)	2.2±3.7	0.0(0.0-4.0)	0,915
Desfecho	0.8±2.3	0.0(0.0-0.0)	1.8±3.6	0.0(0.0-0.0)	0,598
p-valor*		0,273		0,093	

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*p<0,05, Teste de Wilcoxon (média± DP; Md(p25-p75)).

**p<0,05, Teste de Mann-Whitney

6.1.5 Adesão ao Continence App® e resultados pelo grupo intervenção

Conforme descrito no método, considerou-se a recomendação do Ministério da Saúde sobre a adesão ao tratamento de doenças crônicas, em que aproximadamente 50% dos pacientes fazem o tratamento adequado em 80% do tempo, sendo esta considerada uma taxa de adesão aceitável ao presente estudo. Além disso, neste estudo foi considerado que o *acesso* ao aplicativo correspondeu ao *download* e à leitura dos *cards* e realização dos exercícios.

Dentre as 19 mulheres que fizeram parte do GI no desfecho, mais da metade (57,8%) afirmou não ter realizado o *download* do Continence App®, enquanto 31,5% usaram o aplicativo parcialmente, acessando os *cards* informativos e nenhuma mulher completou o programa de exercícios. Dentre os motivos que as levaram a não acessar o aplicativo, a grande maioria (63,5%) afirmou não achar necessário por não apresentarem nenhum sintoma. Como informação adicional, uma mulher afirmou que considerava a IU como sendo uma condição normal da gestação e duas mulheres afirmaram ter procurado ajuda de um fisioterapeuta por conta própria. A taxa de adesão foi de 42,1% de mulheres que usaram o aplicativo em 25% do tempo (Tabela 15).

Da mesma forma, ao compararmos a adequação do conhecimento, atitude e prática das mulheres do grupo intervenção presente na tabela 16. Com base nos critérios estabelecidos pelos escores no método, foi possível perceber que as mulheres que usaram o aplicativo apresentaram 12,2 mais chances de demonstrar conhecimento

adequado na linha de base quando comparadas às mulheres que não usaram o aplicativo ($p=0,026$; OR 12,2; IC 1,0- 138,9). Contudo, não houve diferença entre esses dois grupos no desfecho e nem ao analisarmos os demais componentes nos dois momentos distintos ($p>0,05$). Além disso, também não houve diferença quando comparamos as queixas urinárias entre mulheres que usaram ou não o aplicativo nos dois momentos distintos ($p>0,05$) (Tabela 17).

Tabela 15 - Adesão e uso do aplicativo por mulheres do grupo intervenção. Fortaleza, 2025.

Variáveis	N (%)
Acessou o aplicativo	
Sim, baixou e acessou o aplicativo	08 (42,1%)
Não baixou o aplicativo	11 (57,8%)
Usou o aplicativo todo	
Sim, usou os cards e o programa de exercícios	02 (10,5%)
Não, usou parcialmente	06 (31,5%)
Não usou o aplicativo	11 (57,8%)
Motivos para não usar ou não baixar o aplicativo	
Falta de tempo	04 (21,0%)
Puerpério complicado	03 (15,7%)
Não achou necessário	12 (63,5%)
Completou todo o programa de exercícios	
Sim	00 (00,0%)
Não	08 (42,1%)
Não usou o aplicativo	11 (57,8%)
Usou o aplicativo durante quanto tempo	
Uma semana ou menos	02 (10,5%)
Até duas semanas	05 (26,3%)
Três semanas ou mais	01 (05,2%)
Não usou o aplicativo	11 (57,8%)

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Tabela 16 - Comparação da adequação do CAP na linha de base e no desfecho entre mulheres do grupo intervenção que usaram ou não o aplicativo. Fortaleza, 2025.

CAP	Linha de Base			Desfecho		
	Usou	Não usou	p-valor*	Usou	Não usou	p-valor*
Conhecimento						
Adequado	7 (87,5%)	4 (36,4%)	0,026	7 (87,5%)	9 (81,8%)	0,737
Inadequado	1 (12,5%)	7 (63,6%)		1 (12,5%)	2 (18,2%)	
Atitude						
Adequado	8 (100%)	10 (90,9%)	0,381	8 (100%)	10 (90,9%)	0,381
Inadequado	0 (0,0%)	1 (9,1%)		0 (0,0%)	1 (9,1%)	
Prática						
Adequado	0 (0,0%)	2 (18,2%)	0,202	3 (37,5%)	4 (36,4%)	0,960
Inadequado	8 (100%)	9 (81,8%)		5 (62,5%)	7 (63,6%)	

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

*p<0,05, Teste de Qui-Quadrado

Tabela 17 - Comparação das queixas urinárias na linha de base e no desfecho entre mulheres do grupo intervenção que usaram ou não o aplicativo. Fortaleza, 2025.

Escores	Linha de Base		Desfecho		
	Média±DP	Md(p25-p75)	Média±DP	Md(p25-p75)	p-valor**
ICIQ-FLUTS					
Usou o aplicativo	4,3±2,3	3,5(2,2-6,7)	2,7±4,3	1,5(0,0-3,0)	0,160
Não usou o aplicativo	4,5±2,9	4,0(3,0-8,0)	4,0±2,9	3,0(2,0-5,0)	0,683
p-valor*		0,840		0,109	
ICIQ-SF					
Usou o aplicativo	2,5±4,5	0,0(0,0-4,2)	1,6±4,5	0,0(0,0-0,0)	0,180
Não usou o aplicativo	4,5±5,2	2,0(0,0-10,0)	1,8±4,0	0,0(0,0-0,0)	0,093
p-valor*		0,442		0,904	
Impacto da IU					
Usou o aplicativo	1,6±3,5	0,0(0,0-2,2)	1,2±3,5	0,0(0,0-0,0)	0,317
Não usou o aplicativo	3,2±4,1	0,0(0,0-7,0)	1,4±3,2	0,0(0,0-0,0)	0,138
p-valor*		0,442		0,904	

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

*p<0,05, Teste de Mann-Whitney (média± DP; Md (p25-p75)).

**p<0,05, Teste de Wilcoxon

6.2 Resultados da fase qualitativa

A seguir são apresentados os resultados correspondentes à fase qualitativa desta pesquisa. Nesta etapa, a pesquisadora principal entrou em contato com o maior número possível de mulheres do grupo intervenção para conduzir as entrevistas sobre suas experiências com o Continence App®.

As entrevistas foram conduzidas após a finalização da coleta de dados da fase quantitativa, por meio de contato telefônico com todas as mulheres do grupo intervenção que participaram da pesquisa na fase do desfecho e dez mulheres participaram da fase qualitativa.

As entrevistas foram conduzidas a partir da seguinte questão norteadora: Como foi sua experiência com o Continence App®? As entrevistas foram gravadas por meio de um aplicativo denominado Cube ACR, disponível para o sistema Android, e posteriormente foi realizada a transcrição, categorização e organização dos dados por meio do auxílio do software MAXQDA.

6.2.1 Conhecimento, atitude e prática para a prevenção da IU: componentes que interferem na adesão ao aplicativo

O conjunto de relatos apresentados a seguir demonstra o processo de reflexão das mulheres sobre a falta de adesão à intervenção educativa. Conforme o demonstrado na etapa quantitativa, os relatos confirmam que, mesmo diante da intenção de buscar uma forma de prevenção para as queixas urinárias, a realização e adoção de medidas com este objetivo não encontra reflexo nas ações das mulheres.

Baixei, baixei, sim, o aplicativo. Só que cê sabe que eu não cheguei nem a usar? [...] Eu baixei, até achei interessante, tinha os exercícios e tudo, mas eu não cheguei a usar (E1)

LB: C=Inadequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Não, não baixei mesmo. Eu tive um puerpério muito conturbado aí acabei nem lembrando de baixar, olhar nada

(E8)

LB: C=Inadequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Inadequado/A=Adequado/P=Inadequado

Eu cheguei até a baixar, mas eu não usei e depois desinstalei e aí eu não cheguei a utilizar ele não (E7)

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado;

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Adequado

À medida que as reflexões foram avançando, as mulheres ofereceram algumas justificativas para explicar a falta de adesão ao uso do aplicativo, destacando os desafios encontrados durante o puerpério como a principal barreira para a adoção de medidas de prevenção.

Não usei. Cheguei a baixar, mas eu não fui a fundo porque eu estava com neném pequeno então eu tinha pouco tempo assim... de usar celular [porque] meu filho até teve uma crise de... de sinusite então eu fiquei bem afastada do celular (E6)

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Eu tive um puerpério bem conturbado, bem difícil, meu neném ficou doente durante as primeiras semanas e eu tava tendo muita dificuldade para amamentar, aí nem lembrei [de baixar o aplicativo] (E2)

LB: C=Inadequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Inadequado/A=Inadequado/P=Inadequado

Eu senti que esse período [puerpério] foi muito difícil, sabe? Tive enxaqueca nos primeiros dois dias e depois tive muita dificuldade para colocar o bebê pra dormir... e eu também não dormia direito. Acabei nem pensando muito no aplicativo, nem se eu tava perdendo urina porque nesse período a gente só quer

descansar e cuidar do bebê da melhor forma possível (E8)

LB: C=Inadequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Inadequado/A=Adequado/P=Inadequado

Uma das mulheres também referiu a falta de tempo, durante esse período, como um desafio para a organização da rotina.

É mesmo falta de de... de tempo, de dar prioridade mesmo, aí foi e terminou que eu nunca... nunca me organizei pra ficar, pra olhar e tal. Ficou pra depois e depois, então eu acabei nunca fazendo [os exercícios] (E9).

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

A adoção de outras medidas, conduzidas durante o período gestacional, foi relatada, indicando a realização de práticas presenciais com o auxílio de profissionais qualificados.

Eu fiz, na gestação, eu fiz fisioterapia pélvica, né, então isso foi mais tranquilo para mim. Fora que eu fiz hipopressivo também... depois de um tempo na gestação (E7).

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Adequado

6.2.2 Crenças em saúde: percepções acerca da própria suscetibilidade

Percebe-se, por meio do conjunto de relatos anteriores, que as mulheres não se percebem vulneráveis à ocorrência de IU durante o puerpério, demonstrado por meio da escolha consciente de não aderir ao uso do aplicativo e confirmado pelo relato de não apresentar a queixa durante o puerpério.

Eu nem cheguei a baixar porque não tive nenhum sintoma, aí

não vi necessidade de fazer o download (E5).

LB: C=Inadequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Inadequado/A=Adequado/P=Adequado

É uma pesquisa bem importante porque eu acho que noventa por cento das gestantes passam por isso. Graças a Deus eu não passei, mas boa parte, né? A questão da queixa urinária (E3).

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Mesmo diante da presença de fatores de risco, como a ocorrência de perda urinária durante a gestação, observa-se que a percepção de suscetibilidade à doença permaneceu inalterada.

Só durante a gestação mesmo que eu senti [a perda de urina] aí acho que talvez por isso, né? Não me aperreei, não ia usar, porque passou [durante o puerpério] (E4).

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Adequado

[...]Pois é, eu baixei sim e achei bem interessante. Os sintomas que eu tive foram mais durante a gestação e foi no finalzinho. Aí, depois do parto, eu fiquei aperreada tentando dar conta de tudo, não tive mais sintoma também e acabei não me aprofundando muito nos exercícios do aplicativo. Mas eu lembro que, durante a gestação, os sintomas foram bem impactantes e até por isso mesmo eu resolvi baixar e dar uma olhada (E10).

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Adequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Adequado

As mulheres referem, ainda, a experiência com o aplicativo e refletem sobre

sua organização e as impressões que tiveram da interface.

Eu não cheguei a ter nenhum sintoma, mas baixei [o aplicativo] e eu achei muito interessante, mas eu não fui muito a fundo no uso no aplicativo. Mas assim... achei muito bem organizado, toda a explicação, né, vi lá que tem os cards e achei bem legal (E3).

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Pois é, eu achei bem legal o layout e a organização do aplicativo. Achei bem fácil de mexer, mas como eu não tive nenhum sintoma, não vi necessidade de fazer os exercícios (E4).

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Adequado

Quando eu vi,achei bem legal, bonito. Mas como eu já havia feito fisioterapia pélvica na gestação e depois não tive nenhum sintoma no puerpério, acabei nem fazendo os exercícios e desinstalei (E7).

LB: C=Adequado/A=Adequado/P=Inadequado

Desfecho: C=Adequado/A=Adequado/P=Adequado

6.2.3 Integração das fases quantitativa e qualitativa

A integração das fases quantitativa e qualitativa busca conduzir uma análise da relação entre os resultados obtidos em cada etapa. Para buscar essa integração, optou-se por utilizar os componentes do CAP e a avaliação da ocorrência e impacto de queixas urinárias como categorias de comparação entre os resultados e o conjunto de relatos apresentados.

Quadro 1 - Integração dos achados quantitativos e qualitativos. Fortaleza, 2025.

Aspecto	Quantitativo	Qualitativo
Conhecimento	As mulheres apresentaram conhecimentos inadequados nos dois momentos da etapa quantitativa (linha de base e desfecho)	As mulheres apresentam relatos condizentes com o conhecimento insuficiente sobre a IU, uma vez que, mesmo diante da ocorrência de perda durante a gestação, a condição foi percebida como algo transitório e que não necessitava de intervenção
Atitude	Os escores avaliados pelo CAP indicam níveis adequados para a intenção de busca de medidas de prevenção e tratamento nos dois momentos da etapa quantitativa	O conjunto de relatos demonstram a intenção de buscar medidas de prevenção para a IU por meio do aplicativo ou de outras estratégias, como a fisioterapia pélvica
Prática	Todas as mulheres apresentaram escores insuficientes para a prática, independentemente da ocorrência de queixas urinárias durante o período gravídico-puerperal	Observa-se pelos relatos que a prática permanece inadequada, mesmo diante da presença de fatores de risco e benefícios percebidos quanto ao uso do aplicativo
Queixas urinárias	A ocorrência de queixas urinárias durante a gestação e o puerpério foi baixa e se manteve semelhante nos dois momentos da fase quantitativa	O conjunto de relatos demonstra a percepção de inexistência de sintomas ou de queixas transitórias durante esse período
Perda de urina	Os escores totais avaliados pelo ICIQ-SF demonstra uma forte tendência de redução da frequência de IU quando comparados o primeiro e o segundo momento da fase quantitativa	Os relatos se mostram condizentes com os achados quantitativos, demonstrando a percepção da ocorrência de queixas transitórias que não se mantiveram durante o puerpério
Impacto da IU	Os escores indicam um baixo impacto da IU na qualidade de vida, não havendo diferenças entre os dois momentos avaliados	Mesmo diante da ocorrência de perda urinária durante a gestação, houve a percepção de uma queixa transitória com pouco ou nenhuma interferência na rotina

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O quadro 2 apresenta os dados de cada participante da fase qualitativa em relação ao conhecimento, à atitude e à prática e aos escores do ICIQ-FLUTS, ICIQ-SF e impacto da IU na vida da mulher. É possível perceber que a grande maioria apresentou uma diminuição considerável dos escores relacionados à avaliação das queixas no momento do desfecho, o que sugere que a natureza transitória dos sintomas urinários influenciou na decisão de não buscar tratamento e na manutenção de uma prática inadequada.

Da mesma forma, a severidade e o impacto das queixas urinárias podem ter influenciado diretamente na decisão de usar o aplicativo, como demonstrado por uma das participantes (E10), o que também afeta a adequação do conhecimento, atitude e prática em relação à IU.

Quadro 2 - Perfil das participantes da fase qualitativa e seus respectivos resultados quanto ao CAP e às queixas urinárias. Fortaleza, 2025.

Entrevistas	Linha de Base	Desfecho
E1		
Acessou o aplicativo	-	Sim
Conhecimento	Inadequado	Adequado
Atitude	Adequado	Adequado
Prática	Inadequado	Inadequado
ICIQFLUTS	3,0	0,0
ICIQSF	5,0	0,0
Impacto da IU	3,0	0,0
E2		
Acessou o aplicativo	-	Não
Conhecimento	Inadequado	Inadequado
Atitude	Adequado	Inadequado
Prática	Inadequado	Inadequado
ICIQ-FLUTS	0,0	3,0
ICIQ-SF	0,0	0,0
Impacto da IU	0,0	0,0
E3		
Acessou o aplicativo	-	Sim
Conhecimento	Adequado	Adequado
Atitude	Adequado	Adequado
Prática	Inadequado	Inadequado
ICIQ-FLUTS	4,0	0,0
ICIQ-SF	0,0	0,0
Impacto da IU	0,0	0,0

Continuação

Quadro 2 – Perfil das participantes da fase qualitativa e seus respectivos resultados quanto ao CAP e às queixas urinárias. Fortaleza, 2025.

(continua)

Entrevistas	Linha de Base	Desfecho
E4		
Acessou o aplicativo	-	Sim
Conhecimento	Adequado	Adequado
Atitude	Adequado	Adequado
Prática	Inadequado	Adequado
ICIQ-FLUTS	7,0	3,0
ICIQ-SF	0,0	0,0
Impacto da IU	2,0	0,0
E5		
Acessou o aplicativo	-	Não
Conhecimento	Inadequado	Inadequado
Atitude	Adequado	Inadequado
Prática	Inadequado	Inadequado
ICIQ-FLUTS	0,0	3,0
ICIQ-SF	0,0	0,0
Impacto da IU	0,0	0,0
E6		
Acessou o aplicativo	-	Sim
Conhecimento	Adequado	Adequado
Atitude	Adequado	Adequado
Prática	Inadequado	Inadequado
ICIQ-FLUTS	0,0	0,0
ICIQ-SF	0,0	0,0
Impacto da IU	0,0	0,0
E7		
Acessou o aplicativo	-	Sim
Conhecimento	Adequado	Adequado
Atitude	Adequado	Adequado
Prática	Inadequado	Adequado
ICIQ-FLUTS	8,0	2,0
ICIQ-SF	0,0	0,0
Impacto da IU	0,0	0,0
E8		
Acessou o aplicativo	-	Não
Conhecimento	Inadequado	Inadequado
Atitude	Adequado	Adequado
Prática	Inadequado	Inadequado
ICIQ-FLUTS	3,0	3,0
ICIQ-SF	0,0	0,0
Impacto da IU	0,0	0,0
E9		
Acessou o aplicativo	-	Não
Conhecimento	Adequado	Adequado
Atitude	Adequado	Adequado
Prática	Inadequado	Inadequado
ICIQ-FLUTS	1,0	3,0
ICIQ-SF	0,0	0,0
Impacto da IU	0,0	0,0

Conclusão

Quadro 2 – Perfil das participantes da fase qualitativa e seus respectivos resultados quanto ao CAP e às queixas urinárias. Fortaleza, 2025.

Entrevistas	Linha de Base	Desfecho
E10		
Acessou o aplicativo	-	Sim
Conhecimento	Adequado	Adequado
Atitude	Adequado	Adequado
Prática	Adequado	Adequado
ICIQ-FLUTS	5,0	5,0
ICIQ-SF	12,0	0,0
Impacto da IU	10,0	0,0

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

7 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar a eficácia de um aplicativo móvel para auxiliar na prevenção da incontinência urinária em mulheres assistidas pelo sistema complementar de saúde e apresentou alguns achados corroborados pela literatura nacional e internacional. Apesar de a grande maioria das mulheres ter uma gestação única e de parto cesáreo, a prevalência de perda de urina pelo menos uma vez na semana ocorreu em mais de 15% da amostra em ambos os grupos.

Apesar do parto vaginal apresentar consideravelmente riscos mais elevados para a ocorrência de incontinência urinária (Abrams, 2020; Mamani et al., 2024), estudos já revelaram uma alta prevalência de IU durante o pós-parto de cesárea. Em um estudo transversal, foi observado que 31,9% das mulheres entre 21 e 45 anos apresentaram sintomas de perda de urina, sendo mais prevalente a ocorrência de IU de esforço durante esse período (Rucha et al., 2024).

Além disso, a idade mais avançada aumenta o risco de ocorrência de subtipos da IU, em especial, a IU mista, quando há a combinação de parto vaginal e parto cesáreo (Stephenson et al., 2025). A combinação desses fatores de risco pode explicar, em partes, a menor prevalência de IU nas mulheres que compuseram a amostra do estudo, uma vez que se trata de mulheres jovens e de parto cesáreo.

No entanto, diferentemente do que apontam algumas evidências internacionais, o presente estudo identificou baixa adesão ao uso do aplicativo entre as participantes. Fatores como falta de tempo, dificuldades com o uso de tecnologias e ausência de sintomas incômodos relatados por algumas mulheres podem ter contribuído para a baixa utilização da ferramenta. Essa limitação comprometeu a eficácia da intervenção, não sendo possível observar uma diminuição significativa na frequência de episódios de perda urinária ao longo do período de acompanhamento.

Em contrapartida, estudos conduzidos em diferentes contextos relataram resultados mais promissores com o uso de tecnologias móveis voltadas à prevenção e manejo da incontinência urinária. Em uma pesquisa realizada por Dumoulin et al. (2021), por exemplo, um aplicativo de treinamento do assoalho pélvico obteve alta taxa de adesão e levou à redução significativa dos sintomas de incontinência em mulheres na faixa dos 30 aos 50 anos. De modo semelhante, Sjöström et al. (2019) demonstraram que intervenções digitais, quando aliadas a um bom suporte educacional e à

personalização das recomendações, podem ser eficazes para promover mudanças comportamentais e reduzir os sintomas de IU.

Mulheres mais jovens e com maior nível de escolaridade apresentam uma maior adesão ao uso de tecnologias educativas, como o aplicativo, o que corrobora estudos prévios que apontam a familiaridade com tecnologias digitais como um facilitador no engajamento com intervenções em saúde (Silva et al., 2022; Zhang et al., 2023). A funcionalidade do aplicativo, aliada à linguagem acessível e ao foco na educação em saúde, pode contribuir para a adesão e, potencialmente, para a adoção de comportamentos preventivos.

Esses achados sugerem que o sucesso de aplicativos móveis na área da saúde depende de múltiplos fatores, incluindo o desenho da intervenção, o grau de engajamento promovido pela plataforma, e as características sociodemográficas e motivacionais da população-alvo. Dessa forma, é fundamental que futuras iniciativas considerem estratégias de engajamento mais robustas, como notificações personalizadas, feedbacks automatizados, tutoriais de uso e integração com profissionais de saúde, para aumentar a adesão e, consequentemente, o impacto clínico dessas ferramentas.

Paralelamente à intervenção tecnológica, foi aplicado um inquérito CAP com o objetivo de compreender o nível de alfabetização em saúde urinária entre as participantes. A maioria da amostra demonstrou conhecimento insuficiente sobre a incontinência urinária, atitudes positivas em relação à prevenção e práticas inadequadas com o autocuidado. Esses achados podem ter influenciado a baixa adesão ao uso do aplicativo, uma vez que mulheres com menor conhecimento e menor presença de sintomas tendem a perceber menos necessidade imediata de intervenção adicional (Lukacz et al., 2020).

Estudos que utilizam a abordagem CAP em populações obstétricas indicam que níveis elevados de conhecimento e atitudes proativas estão frequentemente associados a um menor impacto negativo da incontinência na qualidade de vida e, por vezes, a uma menor procura por soluções tecnológicas (Karaçam & Ekmen, 2022). Por outro lado, em contextos nos quais o CAP é insuficiente, a introdução de tecnologias educativas pode exercer um papel decisivo na promoção do conhecimento e na mudança de comportamento, aumentando o autocuidado e a prevenção precoce da IU.

A aplicação do inquérito CAP mostrou-se, portanto, uma ferramenta essencial não apenas para caracterizar a amostra, mas também para interpretar os níveis

de engajamento com a intervenção. Avaliar conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à saúde urinária é especialmente relevante durante os períodos de gestação e puerpério, fases em que há significativas alterações fisiológicas e maior risco de surgimento de sintomas urinários. Além disso, esse tipo de avaliação possibilita a identificação de lacunas que podem ser abordadas de forma direcionada por estratégias de educação em saúde, seja por meio de tecnologias digitais, seja por ações presenciais, contribuindo para um cuidado mais eficaz e centrado na paciente.

Além das análises quantitativas, foi conduzido um estudo qualitativo com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre os fatores que influenciaram a adesão (ou não) ao aplicativo. As entrevistas revelaram que, embora o aplicativo tenha sido bem avaliado pelas participantes em termos de conteúdo, usabilidade e proposta, diversos fatores interferiram na sua utilização. Entre os principais motivos relatados para a não adesão estiveram a falta de tempo, a priorização de outras demandas típicas do puerpério — como os cuidados com o bebê, a recuperação física e a adaptação à nova rotina — e a percepção de que o aplicativo não era necessário naquele momento, especialmente entre as mulheres que não apresentavam sintomas urinários.

Esses relatos evidenciam a importância do contexto vivencial e das múltiplas camadas que envolvem o comportamento em saúde, especialmente no período pós-parto. A abordagem qualitativa, nesse sentido, mostrou-se fundamental para captar nuances que os instrumentos quantitativos isoladamente não seriam capazes de revelar. A escuta ativa das mulheres permitiu compreender não apenas os motivos objetivos da baixa adesão, mas também aspectos subjetivos relacionados à percepção de necessidade, prioridades maternas e desafios enfrentados no cotidiano, contribuindo para uma interpretação mais abrangente e sensível dos dados.

A integração de métodos quantitativos e qualitativos representa, portanto, uma importante estratégia para estudos voltados à avaliação de intervenções em saúde. No presente estudo, essa combinação permitiu não apenas mensurar resultados, mas também contextualizá-los, ampliando a compreensão sobre os fatores que afetam a efetividade de tecnologias em saúde.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o curto tempo de acompanhamento, que pode ter sido insuficiente para observar mudanças mais expressivas nos sintomas urinários ou na adoção de práticas preventivas. A amostra relativamente homogênea, composta majoritariamente por mulheres jovens, com bom nível de escolaridade e baixa prevalência de sintomas urinários, também pode ter

influenciado os resultados, limitando a generalização para outros perfis populacionais.

Ainda assim, o estudo apresenta como potencialidade a inovação na utilização de um aplicativo específico para prevenção da incontinência urinária, com conteúdo validado e boa aceitação entre as usuárias. Além disso, o uso combinado de métodos mistos (quantitativo e qualitativo) proporcionou uma visão mais ampla e aprofundada do fenômeno investigado.

Para estudos futuros, recomenda-se a ampliação do tempo de intervenção, a inclusão de amostras mais diversificadas e a incorporação de estratégias de engajamento mais intensivas, como acompanhamento por profissionais de saúde, envio de lembretes automatizados e recursos de personalização do conteúdo. Sugere-se, ainda, a continuidade do uso de métodos qualitativos para captar percepções e expectativas das usuárias ao longo de diferentes fases da intervenção, promovendo um cuidado mais centrado e efetivo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta que norteou a etapa quantitativa desta pesquisa foi: o uso de um aplicativo móvel é eficaz para auxiliar na prevenção de incontinência urinária em mulheres do sistema suplementar de saúde durante o período pós-parto?

Ao levantar este questionamento, essa pesquisa teve como propósito avaliar a eficácia de uma nova tecnologia ancorada nos princípios fundamentais do Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model – HBM), sendo desta vez direcionada a um público de difícil acesso para pesquisas em saúde: puérperas e do sistema suplementar. Embora o perfil socioeconômico de usuários do setor privado se configure como um fator contribuinte para a compreensão das vulnerabilidades em saúde e para uma possível busca ativa de medidas preventivas e de tratamento, os achados deste estudo reafirmam a fundamentação teórica do HBM de que a percepção de vulnerabilidade do indivíduo a uma determinada condição precisa ser o primeiro passo para a adoção de hábitos saudáveis.

Junta-se a isso os desafios inerentes ao puerpério, as configurações de políticas de saúde que silenciam a incontinência urinária diante da infraestrutura assistencial, a natureza transitória da incontinência durante o período gravídico-puerperal e as novas prioridades de saúde que surgiram no contexto da pandemia de COVID-19 e tem-se uma soma de fatores que contribuem para a não adesão a intervenções educativas.

Nos últimos anos, muito tem-se discutido sobre a determinação social da saúde que amplia o olhar para a construção de um conceito de saúde, não mais ancorado somente em variáveis causais e condicionantes para o estabelecimento de doenças, mas como um processo social de saúde e doença politicamente construído (Rocha; David; 2015).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2005 a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde no sentido de orientar ações desenvolvidas para a promoção da igualdade em saúde e da iniciativa global gerada para alcançar esse objetivo. A Comissão aponta para a necessidade de ações intersetoriais, provenientes do setor saúde e externos a este. A atenção

prestada aos determinantes sociais de saúde (DSS) possibilita tornar os serviços de saúde mais eficazes, sendo importante enfatizar que a doença não tem como causa a falta de cuidados em saúde e sim as desigualdades nas condições de vida (CDSS, 2010).

Desde então, diferentes governos, gestores, profissionais, instituições e atores sociais são convocados a desenvolver e implementar políticas, programas e ações que tenham como propósito atuar sobre os determinantes sociais de saúde, por meio da participação social e intersetorial e reorientar o setor saúde para a diminuição das iniquidades. Neste aspecto, a OMS criou o Departamento de Determinantes Sociais da Saúde, em 2018, durante o 13º Programa Geral de Trabalho da Organização para o período 2019-2023 com o propósito de redefinir o escopo do trabalho neste campo (FIOCRUZ, s. d.; OMS, 2018).

Alguns estudos se propõem a analisar a relação entre os DSS e condições de saúde específicas, como a IU, por exemplo. Em estudo conduzido em uma unidade básica de saúde localizada no Brasil, ao avaliar a relação existente entre os DSS e a ocorrência de queixas urinárias, observou-se que estas foram associadas a fatores individuais, das redes comunitárias e de apoio e ao estilo de vida (Oriá *et al.*, 2018).

Da mesma forma, ao se comparar a qualidade de vida entre mulheres incontinentes atendidas no setor público e privado, Bonfim, Soutinho e De Araújo (2013) aplicaram o *King's Health Questionnaire* a uma amostra de 355 mulheres e observou que aquelas que eram atendidas no sistema público de saúde apresentaram maior impacto na saúde geral, nas limitações de atividades diárias e nas limitações sociais, sendo teorizado pelos autores que a pior qualidade de vida esteve mais relacionada às condições sociais do que à assistência prestada pelo sistema público ou suplementar. Quando avaliadas quanto ao tempo percebido da queixa, 76,7% das mulheres atendidas no setor público e 84% das atendidas no setor privado apresentavam a perda de urina há mais de um ano, sendo ainda relatado pela maioria que a queixa nunca foi verbalizada por constrangimento, por desconhecimento das terapêuticas disponíveis ou até por considerarem como um processo natural do envelhecimento.

Neste aspecto, os níveis de conhecimento e a intenção de busca por tratamento para a IU parecem ser diferentes entre mulheres do setor público e suplementar. Em um estudo conduzido com 197 mulheres atendidas em ambos os

setores, Prado, Lima e Mota (2013) observaram que 59,6% das mulheres atendidas no sistema suplementar e 38,7% das mulheres atendidas no sistema público afirmaram que não conversam com seus médicos sobre a perda de urina ($p=0,004$). Isso se reflete ainda na intenção de busca, em que 13 mulheres (52%/25 com IU) do setor público e nove (60%/15 com IU) do sistema suplementar buscaram tratamento para a IU. Quando questionadas se a cirurgia era o melhor tratamento, 36,6% das mulheres do setor público e 23,1% das do setor privado ($p=0,04$) afirmaram que sim. Quanto à realização de exercícios para controlar a perda urinária, 51,6% das mulheres do setor público e 67,3% das do setor privado responderam conhecer esses métodos ($p=0,01$), o que, aliado aos resultados anteriores, parece indicar que as mulheres atendidas no setor privado conhecem e, talvez, prefiram tratamentos conservadores, porém, apresentam mais resistência para buscar o tratamento ou conversar com profissionais de saúde sobre a IU.

A princípio, a inação presente na tomada de decisão e na falta de adoção de medidas para o manejo da IU parece se contradizer à configuração conceitual dos determinantes sociais de saúde sobre como as condições de vida determinam o processo saúde-doença e as tomadas de decisão envolvidas na construção individual da própria saúde. Ainda assim, é preciso considerar o papel das políticas públicas na construção coletiva de saúde e que também reafirme a importância da autonomia e responsabilidade do indivíduo no seu próprio processo terapêutico (Haeser; Büchele; Brzozowski; 2012). Sobre esse resgate da autonomia, Soares e Camargo (2007) refletem:

Vimos que a autonomia é o modo de ser do ser humano e, portanto, uma precondição para a saúde e para a cidadania. Sem essa perspectiva, uma política de saúde não pode ser considerada como tal. Assim, a busca da construção da autonomia do paciente no processo saúde/doença passa a ser fundamental. Ela deve ser construída em um processo de produção contínua, em sua inter-relação com a dependência, no cotidiano, mesmo quando limitada como na doença. Assim, sujeito autônomo é aquele que reconhece sua necessidade do outro em todos os planos.

Além disso, faz-se necessário inserir a IU de forma mais eficaz no contexto das políticas públicas de saúde, tendo em vista que ela se configura como uma das maiores epidemias do século XXI, de relevância epidemiológica mundial (Mendes, 2017). No Brasil, as políticas públicas de saúde da mulher evoluíram para ampliar a assistência holística, multidisciplinar e humanizada, incluindo a abordagem da IU, pela primeira vez, a partir de 2004, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), e culminando com o em 2020 (Mourão, 2021). Ademais, outros esforços parecem ser implementados para incluir a IU nas políticas de saúde, como a aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 694/2022, que institui a Semana Nacional para Prevenção e Tratamento da Incontinência Urinária e o Dia Nacional da Incontinência Urinária (Dias, 2022), como forma de conscientizar a população sobre o diagnóstico, tratamento e impacto dessa condição.

Embora ocorra de forma lenta, os esforços para inclusão da IU nas políticas de saúde não devem ser subestimados, visto que o sistema de saúde precisa se adequar para atender às demandas das condições crônicas e se adaptar às mudanças contextuais (Mourão, 2021). Esse rearranjo estrutural deve se alinhar às políticas de promoção da saúde, que reafirmando a autonomia dos sujeitos na construção de sua saúde, poderá refletir na busca ativa de métodos e adoção de estratégias que reafirmem o papel individual no processo terapêutico e na prevenção de condições como a incontinência, tanto no sistema público como no sistema suplementar de saúde.

A compreensão do papel individual na adoção de estratégias para o manejo da IU é explicada, em parte, pelas crenças relacionadas à doença, o que, simultaneamente, provoca e é influenciado por desafios maiores para a infraestrutura assistencial do sistema suplementar de saúde quanto ao rastreio, ao diagnóstico e ao tratamento da incontinência de forma adequada (Willis-Gray *et al.*, 2015; Mallett *et al.*, 2018).

A análise de fatores que influenciam na tomada de decisão inclui a avaliação do conhecimento, da atitude e da prática individual para buscar formas eficazes de prevenir e tratar a IU. Além disso, a percepção subjetiva de severidade do sintoma influencia diretamente na decisão de buscar tratamento, como foi observado nos achados qualitativos desse estudo. Em uma revisão sistemática que incluiu 19 estudos sobre CAP relacionado à IU, foi observado que apresentar

conhecimento inadequado resultou em práticas também inadequadas. No entanto, isso não influencia a atitude das mulheres, sendo observado que ter uma atitude adequada não necessariamente resulta em práticas adequadas (Vasconcelos *et al.*, 2018).

Os fatores subjetivos que se apresentam como uma explicação parcial para as práticas inadequadas no contexto de prevenção da IU foram abordados na etapa qualitativa, cuja pergunta norteadora foi: qual a percepção das usuárias do aplicativo Continence App® sobre seu comportamento relacionado à prevenção da IU?

Ao avaliar os relatos desta etapa, percebe-se que as mulheres reconhecem, em suas práticas, a inadequação de suas decisões, ora por minimizar a ocorrência e o risco das queixas, ora por priorizar outras atividades, ora por se ver diante do enfrentamento de inúmeros desafios do puerpério.

Sabe-se que o puerpério envolve um período de adaptação psico-orgânica, que envolve o processo de vinculação entre mãe e filho, lactação, involução dos órgãos reprodutivos e ocorrência de alterações emocionais, aliados ainda, ao reajuste da rotina com alterações importantes no sono, marcação de consultas e vacinas, marcando, então, o período mais delicado do ciclo gravídico-puerperal (Coelho *et al.*, 2015; Evangelista *et al.*, 2022; Patine; Furlan, 2006). No estudo de Saboia (2022), que avaliou a eficácia do Continence App® junto a 138 puérperas do sistema público de saúde, foi observada uma taxa de descontinuidade de 39,5% e o principal desafio para o seguimento das participantes foi a dificuldade de contato telefônico três meses após o parto, o que também é observado em outros estudos longitudinais (Rygh; Asklund; Samuelsson, 2021). Quando questionadas sobre os motivos para descontinuar o uso do aplicativo, as mulheres citaram a falta de tempo ($n=11/23\%$) e problemas com o celular ($n=6/12,6\%$) e somente 14,7% finalizaram o programa de exercícios, o que se mostrou maior quando comparados aos resultados do presente estudo (Saboia, 2022).

Da mesma forma, o recrutamento de participantes motivadas a aderir a intervenções educativas, como a do Continence App®, é uma contribuição essencial para o sucesso do seguimento ao longo do estudo. Uma revisão sistemática publicada por Amagai *et al.* (2022) identificou que o recrutamento de grupos altamente motivados, juntamente com a oferta de recompensas ou

incentivos por meio dos aplicativos, aumenta as chances dos participantes adotarem medidas e hábitos mais saudáveis.

Quanto a esse aspecto, isso pode ser observado por meio das avaliações do Continence App® nas lojas de aplicativos, nas quais já acumula mais de 10 mil *downloads* e apresenta uma média de 4,6 de um total de cinco estrelas. Em uma das avaliações apresentadas, uma usuária escreveu: “É o melhor *app* para exercício pélvico. Bem explicativo e com um programa semanal fácil de acompanhar. Estou na terceira semana e já percebo os resultados. Vale a pena, funciona super bem”. Em uma segunda avaliação, uma outra usuária escreve: “Aplicativo maravilhoso. Ajuda a conhecer a si mesma e ensina pompoarismo. Vem com o calendário de 3 meses com cronograma de exercício para fortalecer os músculos pélvicos”. É possível perceber que as avaliações indicam uma boa adesão e desempenho do aplicativo quando as mulheres são incentivadas pelo próprio desejo de adotar novos hábitos de saúde, assim como por sua própria percepção de risco e autoeficácia, conforme preconizado pelo Modelo de Crenças em Saúde.

Além disso, é preciso considerar o possível papel que a pandemia de COVID-19 desempenhou na adição de novos medos, desafios e prioridades apresentados durante esse período. Silva, Jane e Nucci (2021) refletem como a inclusão de gestantes no grupo de risco para a transmissão do vírus afeta a saúde mental e o acompanhamento das mulheres durante o pré-natal e puerpério, uma vez que até mesmo a realização de atividades comuns necessitava de planejamento e cuidados maiores, o que assustou quem precisava se preocupar não só com sua própria saúde e segurança, mas também com um bebê recém-nascido. Desta forma, se antes a prevenção e o tratamento da IU já não eram prioridade, no novo contexto pandêmico, ela passou a ser ainda mais silenciada, uma vez que as prioridades maternas e assistenciais do sistema de saúde eram outras.

Ainda assim, é preciso enfatizar que o uso de intervenções educativas para avaliação, prevenção e tratamento da IU deve ser encorajado, uma vez que estas se mostram eficazes para melhoria do conhecimento e apresentam potencial para a melhoria da atitude e prática, podendo ser ainda amparadas por diferentes estratégias, longos períodos de seguimento e intervenções comportamentais (Vasconcelos *et al.*, 2018).

Sob esse viés, a condução da intervenção na modalidade virtual se configura como uma vantagem diante do contexto da pandemia de COVID-19 e da acessibilidade que o uso de um aplicativo para dispositivos móveis proporciona. Por outro lado, essa também se configura como o principal desafio deste estudo, uma vez que a impossibilidade de conduzir a pesquisa da linha de base nos alojamentos conjuntos de hospitais do sistema suplementar dificulta a implementação da intervenção durante o período adequado. Além disso, cria uma barreira maior para a criação de um vínculo e de uma relação de confiança entre o pesquisador e a participante, que é reforçada pelas dificuldades de se manter contato telefônico, o que resultou em um alto número de perdas durante o seguimento. Diante disso, não é possível afirmar que este estudo conseguiu retratar com precisão a realidade de usuárias do sistema suplementar.

Ainda assim, o estudo possibilitou a realização de uma intervenção que insere a participante como protagonista do seu próprio cuidado, levantando ainda reflexões sobre os inúmeros desafios que esse processo enfrenta para a construção coletiva e individual de saúde. Nesse sentido, é necessário destacar ainda o pioneirismo deste estudo por conduzir uma pesquisa longitudinal com um público duplamente desafiador: mulheres no ciclo gravídico- puerperal e do sistema suplementar de saúde. Dessa forma, como recomendação para futuros estudos, sugere-se que mais ensaios clínicos como esse sejam conduzidos em maternidades do sistema suplementar, recrutando-se mulheres no puerpério imediato a fim de diminuir as perdas de seguimento ao longo da pesquisa.

9 CONCLUSÃO

Os grupos foram semelhantes quanto à avaliação do conhecimento, atitude e prática relacionados à IU na linha de base. Nesta fase, as mulheres do grupo controle apresentaram conhecimentos adequados, enquanto as mulheres do grupo intervenção apresentaram conhecimentos inadequados. Enquanto isso, ambos os grupos apresentaram atitude adequada e prática inadequada durante a linha de base.

Já no desfecho, três meses após o parto, alguns componentes do CAP apresentaram diferenças entre os dois grupos: a maioria das mulheres do grupo intervenção afirmou que a perda de urina não era normal durante a gestação e atribuiu a queixa, principalmente, ao comprometimento do assoalho pélvico, ao passo que a maioria das mulheres do grupo controle concordaram que se deve buscar ajuda profissional para evitar a perda de urina, mesmo diante da ausência de queixas.

Contudo, quando se compara o conhecimento, atitude e prática das mulheres do grupo controle e intervenção na linha de base e no desfecho, não houve diferença entre os grupos nos dois momentos distintos. Ao se comparar os resultados das duas fases na análise intragrupo, observou-se que houve uma diminuição dos escores do conhecimento no grupo controle três meses após o parto, ao passo que o grupo intervenção se manteve com escores semelhantes nas duas fases e não houve diferença em relação aos demais componentes.

Já em relação às queixas urinárias, não houve diferença quanto à frequência e quantidade dos sintomas na linha de base, porém o grupo controle apresentou maior impacto da IU de urgência quando comparado ao grupo intervenção. Da mesma forma, não houve diferença quanto à frequência, à quantidade e ao impacto das queixas urinárias entre as mulheres do grupo controle e intervenção três meses após o parto. A análise intragrupo demonstrou que as mulheres, em ambos os grupos, apresentaram resultados semelhantes quanto à avaliação de queixas urinárias nos dois momentos distintos.

Ao se avaliar os efeitos do aplicativo, observou-se que as mulheres do grupo intervenção que usaram o Continence App® apresentaram conhecimentos adequados na linha de base quando comparadas àquelas que não usaram o

aplicativo. Contudo, não houve diferença em relação ao uso do aplicativo na adequação do conhecimento, atitude e prática no desfecho nem da atitude e prática na linha de base. Da mesma forma, as queixas urinárias apresentaram escores semelhantes entre as mulheres que usaram ou não o aplicativo.

A análise qualitativa demonstrou que a percepção das mulheres sobre o uso do aplicativo se manteve coerente com os achados da fase quantitativa, uma vez que elas não se percebiam como inseridas no grupo de risco ou priorizavam outros aspectos do contexto de saúde.

Na integração dos dados quantitativos e qualitativos, percebeu-se que todas as mulheres que não usaram o aplicativo apresentaram práticas inadequadas tanto na linha de base como três meses após o parto e que aquela que apresentou queixas mais severas e de maior impacto não só acessou o aplicativo, como também apresentou conhecimento, atitude e práticas mais adequadas.

A taxa de adesão do aplicativo foi de 42,1% de mulheres que fizeram uso em 25% do tempo e a maioria (57,8%) não usou o aplicativo, enquanto a taxa de uso parcial foi de 31,5%. Ainda assim, as mulheres apresentaram sentimentos positivos em relação ao aplicativo e os motivos para descontinuar o uso foram a falta de tempo e as dificuldades durante o puerpério.

Sendo assim, conclui-se que o Continence App® não foi capaz de diminuir ou prevenir os sintomas urinários nem melhorar o conhecimento, atitude e prática de puérperas usuárias do sistema suplementar de saúde sobre a IU. Desta forma, o estudo não apresentou evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula.

REFERÊNCIAS

ABRAMS P., CARDOZO L., KHOURY S., WEIN A. Incontinence. Tokyo: ICS/ICUD; 2016.

ANGELO, P. H. et al. Validation of the international consultation on incontinence modular questionnaire – female lower urinary tract symptoms (ICIQ-FLUTS) into brazilian portuguese. *Int Braz J Urol.*, v. 46, n. 1, p. 53-59, jan/fev 2020. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0234

AZEVEDO, S. MaxQDA - Software para Análise Qualitativa. In: PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM ADMINISTRAÇÃO. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/administracao/MaxQDA--software-para-analise-qualitativa-simeia-azevedo.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, Karine de Castro. EFICIÊNCIA DO CONTINENCE APP® PARA A PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES APÓS O PARTO: ensaio clínico randomizado e avaliação econômica. 2019. 164 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

BO, Kari et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourology And Urodynamics*, [s.l.], v. 36, n. 2, p.221-244, 5 dez. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23107>.

BØ, K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, v. 15, pp 76–84, 2004.

BRADLEY, M.; LANG, P. MEASURING EMOTION: THE SELF-ASSESSMENT MANIKIN AND THE SEMANTIC DIFFERENTIAL. *I. B&w Thu. & Exp. Pschrar.* Vol. 25, No. I. pp. 49-59, 1994.

BRASIL. CONCEITOS E RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL. Brasília: DF, [s.d.].

BRITO, F. A. de; GENTILLI, R. M. L. Desatenção à mulher incontinente na atenção primária de saúde no SUS. *Fisioterapia Brasil* 2017;18(2): 205-213.

CHAMPION, V.L.; SKINNER, C. S. The Health Belief Model. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; VISWANATH, K. *Health Behavior and Health Education: Theory,*

Research, And Practice. 4^a ed. 590 p. Jossey-Bass: A Wiley Imprint, 2008.

COLETA, M.F.D. O Modelo De Crenças Em Saúde (HBM): Uma Análise De Sua Contribuição À Psicologia Da Saúde. Temas em Psicologia, v. 7, nº 2, pp. 175-182, 1999.

COYNE, Karin S. et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *Bju International*, [s.l.], v. 104, n. 3, p.352-360, ago. 2009. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410x.2009.08427.x>.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. Designing and conducting mixed methods research. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2013.

CUNHA, R.M.; LEITE, L.C.; OLIVEIRA, G.N.D.; BRITO, G.A.; FIGUEIREDO, V.B.; NASCIMENTO, S.L. Perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em ambulatório. *Rev. Fisioter. S. Fun.*, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 42 – 49, jan/jul 2016.

DELARMELINDO RCA, PARADA CMGL, RODRIGUES RAP, BOCCHI SCM. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2):296-303.

DUMOULIN, C.; HAY-SMITH, J.; HABÉE-SÉGUIN, G.M.; MERCIER, J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurorol Urodyn.*, v. 34, nº 4, pp 300-308, 2015.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Marcia Ferreira Teixeira; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 24, n. 4, p.1527-1536, 2 maio 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.06962017>.

ERSIN, Aybuke; DEMIRBAS, Sule B.; TARHAN, Fatih. Short term effects of home-based bladder training and pelvic floor muscle training in symptoms of urinary incontinence. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, [S.L.], v. 92, n. 2, p. 142-145, 24 jun. 2020. PAGEPress Publications. <http://dx.doi.org/10.4081/aiua.2020.2.142>.

FAIENA, I. et al. Conservative Management of Urinary Incontinence in Women. *Rev Urol.*, v. 17, n. 3, p. 129-139, 2015.

FIRMIANO, M. L. V. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.

FITZ, F. et al. Pelvic floor muscle training for overactive bladder symptoms – A

prospective study. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 63, n. 12, p. 1032-1038, Dec. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017001201032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de out 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.12.1032>.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev, 2011.

FRANKEN, M.G., CORRO RAMOS, I., LOS, J. et al. The increasing importance of a continence nurse specialist to improve outcomes and save costs of urinary incontinence care: an analysis of future policy scenarios. BMC Fam Pract, v. 19, n. 31, [s.i.], 2018. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0714-9>

GONÇALO, C. S.; BARROS, N. F. de. Entrevistas Telefônicas na Pesquisa Qualitativa em Saúde. Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 22-26, 2014.

GORMLEY, E. A., LIGHTNER, J., BURGIO, K. L., CHAI, T. C., CLEMENS, J. Q., CULKIN, D. J. et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. Linthicum, MD: American Urological Association Education and Research, Inc., 2014.

HAYDEN, J. Health Belief Model. In: _____ Introduction to Health Behavior Theory. 308 p. New Jersey: Navigate Companion Website, 2018, capítulo 4, p. 31-44.

HAYLEN B.T., DE RIDDER D., FREEMAN R.M., SWIFT S.E., BERGHMANS B., LEE J., et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J. 2010; 21: 5–26. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 60, n. 2, p. 213-216, Apr. 2007a. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200016>.

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 60, n. 5, p. 503-506, Oct. 2007 b.

IRWIN, Debra E. et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. European Urology, [s.l.], v. 50, n. 6, p.1306-1315, dez. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2006.09.019>.

LYNAGH, M. et al. Paying Women to Quit Smoking During Pregnancy? Acceptability Among Pregnant Women. Nicotine & Tobacco Research, [s.l.], v.

13, n. 11, p.1029-1036, 20 jun. 2011. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntr108>.

LUCIO, A. et al. Pelvic floor muscle training in the treatment of lower urinary tract dysfunction in women with multiple sclerosis. **Neurourology And Urodynamics**, [s.l.], v. 29, n. 8, p.1410-1413, 25 out. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.20941>.

MARTINS, J. T. C.; SILVA, V. R. da. DIALOGANDO SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA, QUALIDADE DE VIDA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A MULHER BRASILEIRA. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.16, n. 2 (24), p. 257-2 78, jul./dez. 2017 E-ISSN 2446-5992

MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA(ORG); DESLANDES, SUELY FERREIRA(ORG). **Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. 379 p.

MYINT, M.; ADAM, A.; HERATH, S.; SMITH, G. Mobile phone applications in management of enuresis: The good, the bad, and the unreliable!. **J Pediatr Urol.**, v. 12, nº 2, pp 112-e1, 2016.

MOREIRA, Edson D. et al. A Population-based survey of lower urinary tract symptoms (LUTS) and symptom-specific bother: results from the Brazilian LUTS epidemiology study (BLUES). **World Journal of Urology**, [s.l.], v. 31, n. 6, p.1451-1458, 21 mar. 2013. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-013-1057-8>.

MORONI, Rafael; MAGNANI, Pedro; HADDAD, Jorge; CASTRO, Rodrigo; BRITO, Luiz. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 38, n. 02, p. 097-111, 29 jan. 2016. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1571252>.

NKOANE-KELAENG, B.A.; LAWLEY, C.M.; FIGTREE, G.A. Smoking Cessation in Pregnancy: Review of Current Strategies. **J Addict Med Ther**, v 4, n. 1, p. 1022, 2016.

NORTON, J.M., DODSON, J.L., NEWMAN, D.K. et al. **Int Urogynecol J**, v. 28, n. 1295, 2017. <https://doi-org.ez11.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s00192-017-3400-x>

NYGAARD, I.; BARBER, M.D.; BURGIO, K.L. *et al.* Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **JAMA**, v. 300, n. 11, p. 1311 – 6, 2008.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; MAGALHAES, Ana Maria Müller de; MISUEMATSUDA, Laura. Métodos Mistos Na Pesquisa Em Enfermagem: Possibilidades De Aplicação À Luz De Creswell. **Texto contexto - enferm.**,

Florianópolis, v. 27, n. 2, e0560017, 2018. DOI 10.1590/0104-070720180000560017.

OLIVEIRA, C.L. de. Um Apanhado Teórico-Conceitual Sobre A Pesquisa Qualitativa: Tipos, Técnicas E Características. **Travessias**, v. 4, [S.N.], p. 1 – 16, 2008.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MITCHELL, Emma McKim; VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira; OLIVEIRA, Tamires Dayanne Araújo de; LOPES, Lia Gomes; MENEZES, Purdesciana Ribeiro de; GALVÃO, Marli Terezinha Gimenez. 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, 24 mar. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-018-3635-1>.

PADILHA, J. F.; SILVA, A. C. da; MAZO, G. Z.; MARQRUES, C. M. de G. Investigação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 43-48, jan./abr. 2018.

PIERCE, R.; PERRY, L.; CHIARELLI, P. A systematic review of prevalence and impact of symptoms of pelvic floor dysfunction in identified workforce groups. **Journal of Advanced Nursing**, v.72, n. 8, p. 1718-1734, dec 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12909/epdf>

PRADO, D. S.; LIMA, T. I. A.; MOTA, V. P. L. P. Conhecimento sobre incontinência urinária em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Rev Bras Cien Med Saúde**. 2013;2(2):12-17.

PRZYDACZ, M., GOLABEK, T., DUDEK, P. et al. Prevalence and bother of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in Poland, an Eastern European Study. **Sci Rep**, v. 10, n. 19819, [s.i], 2020. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-76846-0>

QUEIROZ, N.A. de. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE FEMALE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS (ICIQ-FLUTS). 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) - Centro De Ciências Da Saúde, Departamento De Fisioterapia, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte. Natal, 2016.

ROSENSTOCK, I. M. Historical Origins of the Health Belief Model. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 328–335, 1974a. DOI 10.1177/109019817400200403

ROSENSTOCK, I. M. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 354–386, 1974b. DOI 10.1177/109019817400200405

RUCHA, J.; ASMITA, K. Prevalence Of Urinary Incontinence in Post Natal C-Section Women in Age Group (21- 45 Years) - A Cross-Sectional Observational

Study. **VIMS JOURNAL OF PHYSICAL THERAPY**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 52–58, 2024. DOI: 10.46858/VIM SJPT.6104. Disponível em: <https://vimsptcr.in/index.php/main/article/view/240>. Acesso em: 30 apr. 2025.

SABOIA, DAYANA MAIA. Construção e Validação de Aplicativo Educativo para Prevenção da Incontinência Urinária em Mulheres após o Parto. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.

SABOIA, Dayana Maia et al. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 3, p.1460-1468, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0338>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Integração Entre Dados Quantitativos E Qualitativos Em Uma Pesquisa De Métodos Mistos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1590016, 2017. DOI 10.1590/0104-07072017001590016.

SIMPSON, ANDREA N.; GARBENS, ALAINA; DOSSA, FAHIMA; COYTE, PETER C.; BAXTER, NANCY N.; MCDERMOTT, COLLEEN D. A Cost-Utility Analysis of Nonsurgical Treatments for Stress Urinary Incontinence in Women, **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, v. 25, n. 1, p 49-55, 2019. doi: 10.1097/SPV.0000000000000502

SOUTO, B.G.A.; KORKISCHKO, N. Validação de pesquisa qualitativa por meio de descrição quantitativa da amostra. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 1, p. 1-128, 2012.

STEPHENSON, N. L. et al. Longitudinal analysis of the association between parity, mode of delivery and urinary incontinence in midlife using the SWAN cohort data. **Scientific Reports**, [S.I.], v. 15, p. 11896, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-85603-0>. Acesso em: 30 abr. 2025.

TAMANINI, José Tadeu Nunes et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 438-444, Apr. 2004.

VAZ, Camila Teixeira; SAMPAIO, Rosana Ferreira; SALTIEL, Fernanda; FIGUEIREDO, Elyonara Mello. Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: a pragmatic controlled trial. **Brazilian Journal Of Physical Therapy**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 116-124, mar. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.01.007>.

WAN, X. et al. Toileting behaviours and lower urinary tract symptoms among female nurses: A cross-sectional questionnaire survey. **Int. Journal Nurs. Studies**, v. 65, p. 1 – 7, jan. 2017. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(16\)30190-0/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(16)30190-0/fulltext).

WU, J.M.; HUNDLEY, A. F.; FULTON, R.G. *et al.* Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. women: 2010 to 2050. **Obstet Gynecol**, v. 114, n. 6, p. 1278 – 83, 2009.

ZHANG, L. *et al.* A Population-based Survey of the Prevalence, Potential Risk Factors, and Symptom-specific Bother of Lower Urinary Tract Symptoms in Adult Chinese Women. **European Urology**, v. 68, n.1, p. 97 – 112, 2015, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.012>

ZWOLSMAN, S. et al. Heterogeneity of cost estimates in health economic evaluation research. A systematic review of stress urinary incontinence studies. **Int Urogynecol J**, v. 30, p. 1045–1059, 2019.

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DA PUÉRPERA: _____ **DATA:** ____ / ____ / ____ **TELEFONE**

1_____

TELEFONE 2 _____ **TELEFONE 3** _____

DATA PARA AVALIAÇÃO DO DESFECHO: ____ / ____ / ____

1. PRONTUÁRIO: _____ **2. ZONA: 1- URBANA 2- RURAL**

3. IDADE: _____

4. PROFISSÃO ATUAL:

1 - DO LAR

2 - OUTRAS:

5. ESTADO CIVIL: 1-SOLTEIRA 2-CASADA/UNIÃO ESTÁVEL 3-DIVORCIADA 4-VIÚVA

6. ESCOLARIDADE DA MULHER: _____ **ANOS DE ESTUDO:** _____

(ANALFABETA=0/ENS. FUND. COMPLETO [1^a-8^aSÉRIE]=9 ANOS/ ENS. MÉD. COMPLETO [1^a-3^aSÉRIE DO 2^o GRAU]=12 ANOS)

9. PESO (FINAL DA GESTAÇÃO): _____

10. ALTURA: _____

11. PRATICAVA ATIVIDADE FÍSICA IMEDIATAMENTE ANTES DA GESTAÇÃO: 1-SIM 2-NÃO

12. SE SIM, QUAL? 1-CAMINHADA 2-MUSCULAÇÃO 3-ZUMBA 4-PILATES 5-OUTROS:

13. PRATICA ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GESTAÇÃO: 1 - SIM 2 - NÃO

14. SE SIM, QUAL? 1-CAMINHADA 2-MUSCULAÇÃO 3- ZUMBA 4-PILATES 5-OUTROS:

15. Quantas vezes você engravidou? _____

16. Quantos partos você teve? _____

17. Tipo de parto: 1–Vaginal 2–Cesárea 3–Parto com fórceps 4–Parto com vácuo extrator

18. Teve laceração? 1–Sim 2–Não

19. Fez episiotomia? 1–Sim 2–Não

20. Idade gestacional no momento do parto: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O GRUPO INTERVENÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, de forma voluntária, da pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Lia Gomes Lopes** e tem como objetivo: analisar a eficácia do Continence App® na prevenção de Incontinência Urinária durante o período pós-parto.

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.

Para participar, é necessário que você responda o **Miníexame de Estado Mental (MEEM)**, que tem como objetivo realizar de forma breve um rastreio do estado cognitivo de um indivíduo; ao nosso formulário sobre os **dados sociodemográficos e obstétricos**; o “*International Consultation On Incontinence Questionnaire Female Lower Urinary Tract Symptoms (ICIQ-FLUTS)*”, que avalia a frequência, a quantidade e o impacto na qualidade de vida de indivíduos com Sintomas do Trato Urinário Inferior; um instrumento para avaliação do **Conhecimento, Atitude e Prática (CAP)** sobre Incontinência Urinária e, por fim, o “*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*”, que avalia a frequência, a quantidade e o impacto na qualidade de vida de indivíduos com Incontinência Urinária.

Após a aplicação dos instrumentos, você será convidada a conhecer o aplicativo móvel Continence App®, que foi construído com o propósito de prevenir a Incontinência Urinária em mulheres após o parto.

Após um período de três meses de uso do Continence App®, um dos pesquisadores entrará em contato com você para avaliar a eficácia do aplicativo e sua experiência de uso com ele. Neste momento, você será convidada a responder o instrumento chamado “*Self-Assessment Manequin (SAM)*”, o **ICIQ-FLUTS**, o **CAP** e o **ICIQ-SF**. Você também poderá ser convidada a participar de uma segunda etapa da pesquisa, correspondente a uma avaliação qualitativa sobre sua experiência de uso com o aplicativo.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados

apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A Sra. não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Esta pesquisa possibilitará que você tenha acesso a um aplicativo móvel chamado Continence App®, que foi desenvolvido com o propósito de prevenir a Incontinência Urinária após o parto, trazendo ainda informações sobre a saúde do assoalho pélvico, fatores de risco para a incontinência urinária, principais queixas, além de um programa de exercícios específicos para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico.

Esta pesquisa envolve riscos mínimos para a senhora, como constrangimento ao responder os questionários e um risco potencial mínimo de violação das informações arquivadas em ambiente virtual. Porém, garantimos que a senhora terá a opção de interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, se assim desejar. A sua participação é de caráter voluntário, isto é, a qualquer momento a Sra. pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Contato do responsável pela pesquisa:

Nome: Lia Gomes Lopes

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Telefone: (85) 99662-0084

ATENÇÃO: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é formado de um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humanos. O CEP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa e também, dos pesquisadores. Qualquer dúvida ética a Sra. poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPEST – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas, de segunda a sexta-feira). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, de modo que a Sra. terá uma via e não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ___/___/___ Data

Assinatura

Participante da pesquisa	____/____/____	_____
Pesquisadora principal	____/____/____	_____
Profissional que aplicou o TCLE	____/____/____	_____

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) PARA O GRUPO COMPARAÇÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada para participar, de forma voluntária, da pesquisa intitulada:

“AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE

SAÚDE: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Lia Gomes Lopes** e tem como objetivo: analisar a eficácia do Continence App® na prevenção de Incontinência Urinária durante o período pós-parto.

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.

Para participar, é necessário que você responda o **Minieexame de Estado Mental (MEEM)** que tem como objetivo realizar de forma breve um rastreio do estado cognitivo de um indivíduo; ao nosso formulário sobre os **dados sociodemográficos e obstétricos**; o “*International Consultation On Incontinence Questionnaire Female Lower Urinary Tract Symptoms (ICIQ-FLUTS)*”, que avalia a frequência, a quantidade e o impacto na qualidade de vida de indivíduos com Sintomas do Trato Urinário Inferior; um instrumento para avaliação do **Conhecimento, Atitude e Prática (CAP)** sobre Incontinência Urinária e, por fim, o “*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ- SF)*”, que avalia a frequência, a quantidade e o impacto na qualidade de vida de indivíduos com Incontinência Urinária. A senhora será convidada a responder a estes instrumentos em dois momentos: durante sua consulta obstétrica ao final da gestação e três meses após o parto. A equipe entrará em contato com você por telefone, via ligação ou mensagem, durante a Data Provável do Parto para confirmar se você se encaixa nos critérios da pesquisa e três meses após o parto para aplicar novamente os seguintes instrumentos: **o ICIQ-FLUTS, o CAP e o ICIQ-SF**.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou

revistas científicas. A Sra. não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa. Após a finalização da pesquisa, a equipe disponibilizará a você o acesso a um aplicativo móvel que foi desenvolvido com o propósito de prevenir a Incontinência Urinária após o parto, trazendo ainda informações sobre a saúde do assoalho pélvico, fatores de risco para a incontinência urinária, principais queixas, além de um programa de exercícios específicos para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico.

Esta pesquisa envolve riscos mínimos para a senhora, como constrangimento ao responder os questionários e um risco potencial mínimo de violação das informações arquivadas em ambiente virtual. Porém, garantimos que a senhora terá a opção de interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, se assim desejar. A sua participação é de caráter voluntário, isto é, a qualquer momento a Sra. pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. **Contato do responsável pela pesquisa: Nome: Lia Gomes Lopes**

Instituição: Universidade Federal do Ceará Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115
Telefone: (85) 99662-0084

ATENÇÃO: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é formado de um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humanos. O CEP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa e também, dos pesquisadores. Qualquer dúvida ética a Sra. poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas, de segunda a sexta-feira). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, de modo que a Sra. terá uma via e não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, _____ / ___ / ___ Data Assinatura

Participante da pesquisa _____ / ___ / ___

Pesquisadora principal _____/_____/_____

Profissional que aplicou o TCLE _____/_____/_____

ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL**
Gronlund, Folstein & McHugh, 1978

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____ / ____ / ____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto) ()
- Dia do mês (1 ponto) ()
- Mês (1 ponto) ()
- Ano (1 ponto) ()
- Hora aproximada (1 ponto) ()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) ()
- Instituição (residência, hospital, clínico) (1 ponto) ()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
- Cidade (1 ponto) ()
- Estado (1 ponto) ()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Faça 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta ()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as apreendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente
(1 ponto para cada círculo correto) ()
(alternativamente, solteiro MUNDO de trás para frente).

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra) ()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) ()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita, dobrado ao meio e coloque no chão" (3 pontos) ()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) ()
- Escrever uma frase (1 ponto) ()
- Copiar um desenho (1 ponto) ()

ESCORE: (____ /30)



ANEXO B - INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE MODULAR QUESTIONNAIRE – FEMALE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS (ICIQ- FLUTS)

Número inicial

ICIO-EUITS

CONFIDENCIAL

DIA MÊS ANO

ANO

MS

Muitas pessoas experimentam sintomas urinários em algum momento. Nós estamos tentando descobrir quantas pessoas experimentam os sintomas urinários, e quanto isso os incomodam. Nós seremos gratos se você pudesse responder às seguintes perguntas, pensando como você esteve, em média, nas últimas quatro semanas.

1. Por favor, escreva sua data de nascimento:

DIA MÊS ANO

2a. Durante a noite, quantas vezes você se levanta para urinar, em média?

Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0
Uma	<input type="checkbox"/>	1
Dois	<input type="checkbox"/>	2
Três	<input type="checkbox"/>	3

2b. Quanto isto incomoda você?

Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).

Quatro ou mais

1

3

3a. Você tem uma súbita necessidade de correr para o banheiro para urinar?

Nunca 0
Raramente 1
Às vezes 2
Mais do tempo 3

3b. Quanto isto incomoda você?

Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).

Todo o tempo

1

4

Continua

4a. Você tem dor na sua bexiga enquanto urina?	Nunca	<input type="checkbox"/>	0							
	Raramente	<input type="checkbox"/>	1							
	Às vezes	<input type="checkbox"/>	2							
	A maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>	3							
	Todo o tempo	<input type="checkbox"/>	4							
4b. Quanto isto incomoda você?	Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).									
0	1	2	3	4	5	6	7			
Nada	Muito									
5a. Quantas vezes você urina durante o dia?	1 a 6 vezes	<input type="checkbox"/>	0							
	7 a 8 vezes	<input type="checkbox"/>	1							
	9 a 10 vezes	<input type="checkbox"/>	2							
	11 a 12 vezes	<input type="checkbox"/>	3							
	13 ou mais vezes	<input type="checkbox"/>	4							
5b. Quanto isto incomoda você?	Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Muito									

Escore F: soma do escore 2a - 5a

6a. Você demora para começar a urinar?	Nunca	<input type="checkbox"/>	0							
	Raramente	<input type="checkbox"/>	1							
	Às vezes	<input type="checkbox"/>	2							
	A maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>	3							
	Todo o tempo	<input type="checkbox"/>	4							
6b. Quanto isto incomoda você?										
Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Muito									

7a. Você faz força para urinar?	Nunca	<input type="checkbox"/>	0							
	Raramente	<input type="checkbox"/>	1							
	Às vezes	<input type="checkbox"/>	2							
	A maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>	3							
	Todo o tempo	<input type="checkbox"/>	4							
7b. Quanto isto incomoda você?										
Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Continua

Nada	Muito									
8a. Você para e inicia mais de uma vez enquanto urina?										
Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Muito									
Escore V: Soma do escore 6a+7a+										

9a. Você perde urina antes de chegar ao banheiro?										
Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Muito									

10a. Com que frequência você perde urina?										
Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Muito									

11a. Você perde urina quando está fazendo alguma atividade física ou durante a tosse ou espirro?										
Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Muito									

Finaliza

11b. Quanto isto incomoda você?

Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Muito									

12a. Você perde urina sem razão óbvia ou sem sentir que está perdendo?

Nunca	<input type="checkbox"/>	0
Raramente	<input type="checkbox"/>	1
Às vezes	<input type="checkbox"/>	2
A maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>	3
Todo o tempo	<input type="checkbox"/>	4

12b. Quanto isto incomoda você?

Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Muito									

13a. Você perde urina quando está dormindo?

Nunca	<input type="checkbox"/>	0
Raramente	<input type="checkbox"/>	1
Às vezes	<input type="checkbox"/>	2
A maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>	3
Todo o tempo	<input type="checkbox"/>	4

13b. Quanto isto incomoda você?

Por favor, assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (Muito).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Muito									

Escore I: soma do escore 9a - 13a.

Fonte: Queiroz (2016).

**ANEXO C - “INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE
QUESTIONNAIRE - SHORT FORM” (ICIQ-SF)**

ICIQ - SF																																		
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____ / ____ / ____																																		
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 às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.																																		
1. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ (Dia / Mês / Ano) 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>																																		
3. Com que freqüência você perde urina? (assinale uma resposta) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez por semana ou menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Duas ou três vezes por semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Diversas vezes ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">O tempo todo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">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																																
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nenhuma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma pequena quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma moderada quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma grande quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">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																																
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) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: left;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> <td style="text-align: center;">Não interfere</td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> <td style="text-align: center;">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																								
ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____																																		
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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 tussó ou espiro</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 tussó ou espiro	<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 tussó ou espiro	<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"/>																																	

“Obrigado por você ter respondido às questões”

Figura - Versão em português do ICIQ-SF.

Fonte: Tamanini *et al.* (2004).

ANEXO D - ESCALA DE CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Quadro 30 – Versão aprovada em consenso da escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU. Fortaleza, CE. 2017

Construto	Item da escala	Itens de resposta	Pontuação
CONHECIMENTO	1 Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tossem ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores e FINALIZAR A ENTREVISTA.
	2 Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tossir ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?	1. Mulher 2. Homem 3. Não sabe	1. Para resposta “mulher” contabiliza-se 10 escores 2. Para respostas 2 e 3 contabiliza-se 0,0 escores
	3 Você acha que é uma doença perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tossir ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	4 Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tossir ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	5 Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 0,0 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 10 escores
	6 Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tossir ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Não sabe 2. Gravidez/Parto/ Parto instrumental 3. Epsiotomia/laceração 4. Menopausa/ Envelhecimento 5. Cirurgia pélvica 6. Comorbidades (Infecção urinária, demências, doença do colágeno) 7. Fraqueza do músculo do assoalho pélvico/ Falta de preparo do períneo 8. POP (bexiga baixa) 9. Obesidade 10. Atividade de levantar peso ou fazer muito esforço físico Outros	Peça que mulher cite o maior número de fatores que souber 1. Para respostas do item 2 a 10, contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sabe” ou erradas no item 11, contabiliza-se 00 escores

Continua

	7	Você acha que, em mulheres que não tem queixa de perda de xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro, existe algo que possa ser feito para evitar?	3. Sim 4. Não	1. Para resposta "Sim" contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta "Não" contabiliza-se 0,0 escores
	8	Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não tem essa queixa. Pode me dizer quais você conhece?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso 5. Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta "não sabe" ou erradas contabiliza-se 0,0 escores
	9	Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta "Sim" contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta "Não" contabiliza-se 0,0 escores
	10	Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?	1. Nada 2. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 3. TMAP 4. Pessário para incontinência 5. Eletroestimulação neuromuscular 6. Cones vaginais 7. Cirurgia 8. Medicamento 9. Orações 10. Ervas 11. Outros	1. Para respostas do item 2 a 7 contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta "não sei", 8,9,10,11 ou erradas - 00 escores
Escore total do CONHECIMENTO (0 – 100):				
ATTITUDE	11	O quanto você se sentiria à vontade para falar com profissional de saúde que você perde urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	12	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu companheiro (namorado, marido) sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	13	O quanto você se sentiria à vontade para falar com	1 - Nada à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores

Continua

	seu familiar ou amigos sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores	
14	Você conversaria sobre perda de urina com profissionais de saúde do sexo masculino sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso??	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores	
15	Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de xixi?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 15 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores	
16	Você acha que a mulher que não tem perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro) deve buscar ajuda de um profissional de saúde para evitá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores	
17	Você acha que mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores	
18	Você acha que caso a mulher tenha uma grande perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores	
Escore total da ATITUDE (0 – 80):				
PRÁTICA	19	Você já perguntou a algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	20	Você faz algo para evitar (prevenir) perda de urina?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores. 2. Para resposta “Sim”, devem ser considerados os valores abaixo (no próximo item) contabiliza-se 00 escores.
		O que você faz para evitar(prevenir) a perda de urina?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta “não sabe” ou erradas contabiliza-se 00 escores

Finaliza

		5. Realizar exercício que fortaleça o assoalho pélvico Outros:	
21	Você já buscou ajuda para tratar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	1. Sim 2. Não	1. Quando a resposta foi “Sim” contabiliza-se 20 escores 2. Quando a resposta for “Não” contabiliza-se 00 escores
22	Quem você buscou para tratar a perda de urina? Se não buscou, porque?	1 - Enfermeira 2 - Médico 3 – Fisioterapeuta 4 - Outro profissional da saúde: _____ 5 – Leigos:	1. Para resposta 1, 2, 3 e 4 contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta 5 contabiliza-se 0,0 escores
23	Você disse que buscou tratamento, qual foi a orientação dada?	1. Nada 2. Cirurgia 3. TMAP 4. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 5. Pessário para incontinência 6. Eletrostimulação neuromuscular 7. Cones vaginais 8. Medicamento 9. Outra:	Este item tem o objetivo de guiar o entrevistador para o item seguinte em caso de resposta: 2 a 8
	Qual o tratamento que você realiza ou já realizou?	1. Nada 2. Cirurgia 3. TMAP 4. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 5. Pessário para incontinência 6. Eletrostimulação neuromuscular 7. Cones vaginais 8. Medicamento 9. Outra:	1. Para resposta 2 a 8 contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta Nada ou erradas contabiliza-se 0,0 escores
ESCORE Total da PRÁTICA (0 – 100):			

Fonte: Firmiano (2018).

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL 1**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ****AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA**

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que a Multiclin contém toda infraestrutura necessária em suas instalações para realização da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS”** a ser realizada pelo pesquisador **Lia Gomes Lopes.**

Fortaleza, 07 de Janeiro de 2021.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "José Ananias Vasconcelos Neto".

Ananias Vasconcelos
Ginecologista RQE 3532
CRM 9238/TEGO 266/86

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que a Clínica Salvata contém toda infraestrutura necessária em suas instalações para realização da pesquisa intitulada "**AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS**" a ser realizada pelo pesquisador Lia Gomes Lopes.

Fortaleza, 14 de janeiro de 2021.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sara Arcanjo Lino Karbage".

Sara Arcanjo Lino Karbage

ANEXO G – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em participar do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS" que tem como pesquisador principal, Lia Gomes Lopes, e que desenvolveremos o projeto supracitado de acordo com preceitos éticos de pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Fortaleza, 14 de janeiro de 2021.

Lia Gomes Lopes

Ma. Lia Gomes Lopes
Pesquisador Principal

Camila T. Moreira Vasconcelos

Prof(a). Dr(a). Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Orientadora

Isabelle Barros Sousa

Isabelle Barros Sousa
Pesquisadora bolsista

Maria Evelyne Macena de Almeida

Maria Evelyne Macena de Almeida
Pesquisadora

ANEXO H – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE APRECIAÇÃO PELO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE APRECIAÇÃO DE PROJETO AO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CEP/UFC/PROPESQ

Ao: Dr. Fernando Antônio Frota Bezerra Em: 14 de janeiro de 2021.
Coordenador do CEP/UFC/PROPESQ

Solicitamos a V.Sa. apreciação e análise, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, do projeto intitulado "**AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS**".

Os pesquisadores possuem inteira responsabilidade sobre os procedimentos para realização dessa pesquisa, bem como estão cientes e obedecerão aos preceitos éticos de pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Lia Gomes Lopes".

Ma. Lia Gomes Lopes
Pesquisador Principal

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Camila T. Moreira Vasconcelos".

Prof(a). Dr(a). Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Orientadora

ANEXO I – CRONOGRAMA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

TÍTULO: AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a coleta de dados da pesquisa, detalhada abaixo, só terá início a partir da aprovação do sistema CEP/CONEP:

ANO 2019												
Etapas da pesquisa	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Definição e objeto do estudo	X	X	X	X	X	X						
Fichamentos de artigos e livros							X	X	X			
Estado da arte e marco teórico								X	X	X		
Elaboração do percurso metodológico										X	X	X



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

ANO 2021												
Etapas da pesquisa	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa	X	X	X									
Coleta de dados				X	X	X	X	X				
Digitação dos questionários em banco de dados								X	X	X		
Análise e discussão dos dados										X	X	
Apresentação dos resultados do trabalho na instituição pesquisada												X
Escrita do relatório final												X

Fortaleza, 14 de janeiro de 2021.

Lia Gomes Lopes

Ma. Lia Gomes Lopes
Pesquisador Principal

ANEXO J – ORÇAMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

DECLARAÇÃO DE ORÇAMENTO

Declaro, para os devidos fins, que os custos detalhados abaixo, referentes à execução da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DO CONTINENCE APP® PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS**, serão custeados pelo próprio pesquisador:

QUANTIDADE	ITEM	VALOR UNITÁRIO	VALOR R\$
2	Dispositivos móveis (Tablet)	499,99	999,98
01	Impressora	1.186,85	1.186,85
03	Notebook	999,00	2.997,00
1.500	Impressão	0,50	750,00
09	Resma de papel A4	21,90	197,10
10	Canetas	1,20	12,00
324	Transporte	3,60	1.166,40
3	Pacote para ligações telefônicas	49,90	149,70
1	Software MAXQDA	U\$47	245,34*
Total			7704,37

*Valor sujeito à variação cambial

Fortaleza, 14 de janeiro de 2021.

Lia Gomes Lopes

Ma. Lia-Gomes Lopes
Pesquisador Principal