



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

ANA KARINE ALVES MAIA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) DE USUÁRIAS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ESTUDO TRANSVERSAL**

FORTALEZA

2025

ANA KARINE ALVES MAIA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) DE USUÁRIAS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ESTUDO
TRANSVERSAL**

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

Orientador: Prof. Dr. José Ananias Vasconcelos Neto

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)

M184a Maia, Ana Karine Alves.

Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de usuárias da Atenção Primária à Saúde sobre a incontinência urinária: Estudo Transversal / Ana Karine Alves Maia. – 2025.
131 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,
Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. José Ananias Vasconcelos Neto.

1. Incontinência urinária. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3. Qualidade de vida. I. Título.

CDD 610

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ESTUDO TRANSVERSAL

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

Orientador: Prof. Dr. José Ananias Vasconcelos Neto

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Ananias Vasconcelos Neto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

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

Prof. Dra. Dayana Maia Saboia
Maternidade Escola Assis Chateaubriand

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, meu criador e salvador, que me concede a benção de ter saúde e força para realizar meus sonhos, e é meu alicerce e fortaleza em todas as áreas da minha vida.

Aos meus pais, Josemária da Saúde Alves de Oliveira e José Edson Galvão Maia, e meus irmãos Anderson Kaio Alves Maia e André Kaique Alves Maia, por sempre terem sido minha base, e os maiores incentivadores dos meus sonhos em toda minha vida.

Ao meu esposo Luan Gondim de Araújo e meu filho Israel Maia de Araújo, que são os motivos diários da minha alegria, e fazem com que eu busque me tornar uma mulher, cristã, esposa, mãe e profissional melhor todos os dias. Amo vocês!

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Ananias Vasconcelos Neto por toda paciência e ensinamentos durante esses dois anos de mestrado. Obrigada por ter sido sempre presente, me auxiliando nesta trajetória profissional, e contribuindo ricamente na minha formação neste período.

As professoras que aceitaram o convite para participar de nossa banca de defesa, e se dispuseram a contribuir com seu conhecimento e experiências nesse trabalho.

As mulheres que participaram desse estudo, que de forma gentil disponibilizaram o seu tempo para que este pudesse acontecer.

“Porque dEle e por Ele, e para Ele,
são todas as coisas; glória, pois, a ele
eternamente”.

Romanos 11:36

RESUMO

A Incontinência Urinária (IU) caracteriza-se pela queixa da perda involuntária de urina, sendo um problema de saúde por sua alta prevalência, associada a uma busca tardia por tratamento. Considerando esses fatores, faz-se necessário compreender o conhecimento, a atitude e a prática (CAP) das mulheres, afim de intervir adequadamente nos domínios que se mostrarem inadequados e propor melhorias na assistência à saúde. O presente estudo teve como objetivo avaliar o CAP acerca da incontinência urinária em mulheres usuárias do serviço de Atenção Primária em Saúde. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, envolvendo 345 mulheres com idade acima de 18 anos, que aguardavam atendimento nas UAPS do município de São Gonçalo do Amarante, no Ceará. A coleta de dados ocorreu entre maio e novembro de 2023, em entrevistas presenciais, por meio de um formulário eletrônico contendo os seguintes instrumentos, um questionário com dados sociodemográficos, obstétricos e clínicos, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form* (ICIQ-SF) para avaliar as perdas urinárias e sua gravidade, o *King's Health Questionnaire* (KHQ) para avaliação da Qualidade de vida, e o CAP-IU para o Conhecimento, Atitude e Prática acerca da IU. Os dados foram analisados utilizando-se do teste exato de Fisher ou Qui-quadrado de Pearson para variáveis dicotômicas, média e desvio padrão, e teste T para variáveis intervalares. A prevalência de IU foi de 35,3%, com subtipo mais comum incontinência de esforço (IUE) 87,2%. Em relação ao CAP, a maioria apresentou conhecimento (55,7%) e prática tanto para prevenir (81,4%) como para tratar (61,8%) inadequados. A maioria reconheceu a IU como um problema (99,7%), porém 22,3% não soube citar qualquer fator de risco para IU, e, mais da metade não soube citar alguma opção de prevenção (55,7%). Quanto ao tratamento, 31,9% desconheciam as opções disponíveis. Dentre aquelas que apresentavam IU apenas 21(21,2%) buscaram ajuda profissional e apenas 14 realizaram algum tratamento. Apesar disso, a atitude foi avaliada como adequada para maioria das mulheres (99,7%). A escolaridade baixa, renda menor que 1 salário mínimo, ser doméstica ou aposentada, estiveram associadas a conhecimento inadequado ($p < 0,05$), já na prática nenhuma das variáveis sociodemográficas e obstétricas apresentou associação. Conclui-se então, que o conhecimento sobre as causas, formas de prevenção e tratamento para IU mostraram-se insuficientes e interferem na prática para gerenciar essa condição, fomentando a necessidade da elaboração de intervenções direcionadas à essa população dentro das UAPS e focadas, especialmente, nos fatores associados ao CAP inadequados.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Urinary Incontinence (UI) is characterized by the complaint of involuntary urine loss, representing a public health issue due to its high prevalence and the delay in seeking treatment. Given these factors, it is necessary to understand the Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) of women in order to intervene adequately in the domains identified as insufficient and propose improvements in health care. This study aimed to assess KAP regarding UI among women using the Primary Health Care service. This is a cross-sectional observational study involving 345 women aged over 18 years who were awaiting care at Primary Health Care Units (UAPS) in the municipality of São Gonçalo do Amarante, Ceará, Brazil. Data collection occurred between May and November 2023 through face-to-face interviews, using an electronic form containing the following instruments: a questionnaire with sociodemographic, obstetric and clinical data; the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) to assess urinary losses and severity; the King's Health Questionnaire (KHQ) to evaluate quality of life; and the KAP-UI instrument to measure knowledge, attitude, and practice about UI. Data were analyzed using Fisher's exact test or Pearson's chi-square test for dichotomous variables, means and standard deviation, and the t-test for interval variables. The prevalence of UI was 35.3%, with the most common subtype being stress urinary incontinence (SUI) (87.2%). Regarding KAP, most participants showed inadequate knowledge (55.7%) and inadequate practices, both for prevention (81.4%) and treatment (61.8%). Although the majority recognized UI as a problem (99.7%), 22.3% could not name any risk factor, and more than half were unable to identify any prevention method (55.7%). Concerning treatment, 31.9% were unaware of available options. Among those with UI, only 21 women (21.2%) sought professional help, and only 14 underwent any form of treatment. Despite this, attitude was considered adequate for the majority of women (99.7%). Low educational level, income below the minimum wage, and being a housewife or retired were associated with inadequate knowledge ($p < 0.05$). No sociodemographic or obstetric variable was associated with practice. It is concluded that knowledge about the causes, prevention, and treatment of UI was insufficient and interferes with the management of this condition, highlighting the need for interventions targeted at this population within UAPS, especially focusing on the factors associated with inadequate KAP.

Keywords: Urinary Incontinence. Knowledge, Attitudes and Practices in Health. Quality of Life.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Prevalência das queixas de Incontinência urinária em mulheres 45
(n=345). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025
- Gráfico 2 Distribuição das mulheres (n=345) de acordo com o quanto 51
sentem-se à vontade para falar sobre a perda de urina com
profissional da saúde, companheiro e familiares/amigos. São
Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.
- Gráfico 3 Distribuição das práticas de prevenção realizadas pelas 53-54
mulheres sem queixas de IU (n=223). São Gonçalo do
Amarante-CE, Brasil, 2025.
- Gráfico 4 Distribuição dos tratamentos realizados pelas mulheres com 55
queixa de IU (n=122). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil,
2025.
- Gráfico 5 Distribuição das mulheres de acordo com os critérios mínimos 56
estabelecidos para classificação do CAP em adequado ou
inadequado. São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025 .

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios para classificação do conhecimento, atitude e prática sobre IU como adequados. São Gonçalo do Amarante-CE, 2025.	37
Quadro 2	Critérios para classificação do conhecimento, atitude e prática sobre IU a partir dos escores obtidos em cada subescala. São Gonçalo do Amarante-CE, 2025.	38
Quadro 3	Dados descritivos da avaliação do conhecimento de mulheres da atenção primária sobre IU (n=345). São Gonçalo do Amarante-CE, 2025.	49-50
Quadro 4	Distribuição de respostas sobre a atitude de mulheres da atenção primária acerca da IU (n=345). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.	52
Quadro 5	Distribuição de respostas sobre a prática de prevenção em mulheres sem queixa de IU (n=223). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.	53
Quadro 6	Distribuição das respostas sobre a prática de tratamento das mulheres com IU (n=122). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas (n=345). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025	39
Tabela 2	Peso e hábitos de vida (n=345). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025	41
Tabela 3	Histórico ginecológico, obstétrico (n=345). São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2025.	42
Tabela 4	Histórico clínico e de tratamentos para Incontinência Urinária (n=345). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.	43
Tabela 5	Distribuição das mulheres com perda urinária segundo frequência, quantidade e impacto na qualidade de vida pelo ICIQ-SF. São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil,2025.	45
Tabela 6	Fatores associados ao Conhecimento inadequado. São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.	53-54
Tabela 7	Fatores associados a prática inadequada. São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.	54
Tabela 8	Associação entre o CAP e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida. São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil,2025.	55
Tabela 9	Associação entre o impacto negativo na qualidade de vida e os fatores sociodemográficos, hábitos de vida, histórico ginecológico, obstétrico e clínico. São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil,2025.	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Bexiga Hiperativa
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i>
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IUM	Incontinência Urinária de Urgência
IMC	Índice de Massa Corporal
CAP-IU	Escala de Conhecimento, Atitude e prática de gestantes relacionado a IU
KHQ	<i>Kings Health Questionnaire</i>
MAP's	Músculos do Assoalho Pélvico
QV	Qualidade de Vida
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
TUI	Trato Urinário Inferior
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	15
1.1OBJETIVOS	18
1.1.1Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
2.REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1SISTEMA URINÁRIO E OS MECANISMOS DE CONTINÊNCIA.....	19
2.2DOENÇAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR	21
2.3INCONTINÊNCIA URINÁRIA	22
2.4TIPOS DE INCONTINÊNCIA	24
2.4.1 Incontinência urinária de esforço.....	24
2.4.2 Incontinência Urinária de Urgência.....	25
2.5 AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	26
2.6 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA.....	28
2.7 CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	29
2.8 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	30
3. MÉTODO	33
3.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	33
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
3.2.1 Critérios de Inclusão.....	33
3.2.2 Critérios de Exclusão	34
3.3 CAMPO DO ESTUDO.....	34
3.4 COLETA DOS DADOS	34
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
3.5.1 Anamnese e dados sociodemográficos	35
3.5.2 International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ- SF)	35
3.5.3 King's Health Questionnaire (KHQ).....	36
3.5.4 CAP-UI	36
3.6 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	38
3.6.1 Definição das variáveis.....	38

3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	40
3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS INERENTES A PESQUISA	40
4. RESULTADOS.....	42
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E SINTOMAS URINÁRIOS.....	42
4.2 IDENTIFICAÇÃO DA PREVALÊNCIA DAS QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	45
4.3 FATORES DE RISCO RELACIONADOS À IU.....	47
4.4 CONHECIMENTO SOBRE IU.....	47
4.5 ATITUDE RELACIONADA À IU	51
4.6 PRÁTICA RELACIONADA A IU.....	52
4.7 FATORES RELACIONADOS AO CAP INADEQUADOS	56
4.8 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	59
5.DISSCUSSÃO.....	62
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	69
7. CONCLUSÃO	70
8. PRODUÇÃO CIENTÍFICA	71
REFERÊNCIAS	106

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society – ICS*) como a queixa da perda involuntária de urina (HAYLEN B T et al., 2010). Os estudos epidemiológicos abordam uma prevalência, independente da classificação do tipo de IU, na faixa de 25 a 45% (EBBESEN, MH, HUNSKARR S, RORTVEIT G et al., 2013).

Os estudos apontam que um em cada cinco adultos do sexo feminino apresentam sintomas do Trato urinário inferior, de moderados a graves. Como fator agravante, o impacto negativo sobre a qualidade de vida está cada vez mais bem elucidado na literatura, pois acarreta em um declínio na qualidade vida pessoal, social e profissional, por isso, mesmo não sendo uma condição fatal, a mesma pode resultar em grandes despesas para o serviço de saúde, tornando-se assim, um problema de saúde pública (ABRAMS, 2017; ZHANG L, et al. 2015; CHENG et al., 2020).

A população afetada por esta condição vem crescendo mundialmente na última década e a maioria dos estudos foram realizados em países desenvolvidos da Europa e da Ásia, o que dificulta uma análise da situação real dos países em desenvolvimento, visto que dados a nível populacional para estes países, estão menos disponíveis, onde percebe-se um agravamento dos fatores de risco pelas desigualdades sociais, níveis de escolaridade mais baixos e limitações no acesso à saúde (AOKI Y et al., 2018).

Dentre os fatores de risco comprovados pela literatura para a IU, têm-se a idade, paridade, parto instrumental, índice de massa corporal (IMC), alteração de peso, menopausa e diabetes (MILSOM; GYHAGEN, 2018). A faixa etária, além de ser um fator de risco, também demonstra ter relação com a gravidade, com casos mais leves prevalentes nas faixas etárias mais jovens, e moderados após 50-55 anos, e grave para idades superiores a 60 anos (EBBESEN MH et al., 2013).

Para o diagnóstico adequado da IU, faz-se necessário uma avaliação completa, que envolve anamnese médica, exame físico criterioso e alguns exames complementares, caso necessário, como por exemplo, o estudo urodinâmico. Outra avaliação importante é o impacto na qualidade de vida durante o cotidiano do paciente que apresenta a IU, antes e após o tratamento proposto (NAMBIAR et al., 2022).

Apesar de uma prevalência elevada, mulheres com IU apresentam baixas taxas de procura por cuidados médicos, desconhecimento sobre os tratamentos disponíveis e baixa

adesão, e muitas vezes, ainda consideram como uma “condição natural” do processo de envelhecimento ou pós-gestacional (YAZDANY T et al., 2020).

Geralmente, o motivo inicial de busca pelo serviço de saúde não é a IU, muitas vezes, só se tornando a queixa principal em condições de maior gravidade da incontinência e já com maior impacto na qualidade de vida. Esses diferentes impactos na saúde feminina, são ainda agravados pelas atitudes negativas, que muitas vezes, resultam não só na baixa procura por tratamento, como também em pouca adesão em atividades preventivas e de promoção da saúde (FRITEL X; PANJO H; VARNOUX N et al., 2014).

A baixa procura de atendimento para IU, pode estar associada com as seguintes variáveis: Falta de conhecimento sobre a existência de tratamento e gerenciamento desta condição, estigmas e constrangimento que podem impedi-las de relatar os sintomas, e a minimizar o seu problema (VASCONCELOS CTM et al., 2018). Além disso, alguns estudos demonstram que o baixo suporte social influencia na busca ou não por tratamento, visto que mulheres que discutem a IU com amigos ou parentes próximos estão mais propensas a buscar auxílio profissional (PERERA J et al., 2014; SESHAN V, MULIIRA JK, 2013).

Consequentemente, a IU torna-se assim, um problema emergente, não somente pelo seu impacto na saúde, como também, nos recursos de saúde (como taxas de insucessos de procedimentos e aumentos dos custos). Concomitantemente, os dados dos países em desenvolvimento ainda são escassos, acerca da prevalência, incidência e outros dados epidemiológicos (ORIA et al., 2018).

Visando compreender tais comportamentos, os estudos utilizando a metodologia CAP estão em crescente uso nas pesquisas em saúde. Esta metodologia de investigação objetiva compreender o que um determinado grupo populacional sabe, pensa e faz em relação a um determinado assunto (BANO et al., 2013).

Em sua Revisão sistemática, Vasconcelos et al (2018) objetivando analisar o CAP de mulheres acerca da IU, encontrou no conhecimento desinformação sobre a etiologia da IU e sua normalização como algo intrínseco ao processo de envelhecimento, desconhecimento sobre a possibilidade de tratamento e prevenção para a IU. Demonstrando ainda, atitudes negativas quanto à IU, ou seja, as mulheres não enxergam a necessidade de buscar tratamento ou sua prevenção, bem como, baixas taxas de procura por atendimento. Para Norton et al. (2017) dentre os fatores que influenciam a capacidade das mulheres de buscar o manejo da IU, estão o reconhecimento da IU como um problema, motivação para procurar tratamento, o acesso aos cuidados, envolvimento no autogerenciamento e a adesão aos tratamentos escolhidos.

Para Mandimika et al. (2014) uma medida eficaz para promoção de mudanças comportamentais, melhora na adesão aos tratamentos, e redução do impacto dos sintomas, é aumentar o conhecimento da população sobre problemas de saúde. Em um estudo transversal de base populacional desenvolvido por Melville et al (2008), encontrou-se que o conhecimento e as percepções devem ser considerados durante a abordagem do paciente com IU, pois seu sistema de crenças terá um impacto importante na aceitação do diagnóstico e na adesão ao tratamento.

É essencial que mulheres que acessam os serviços públicos de saúde compreendam as disfunções do assoalho pélvico, sendo uma das principais a IU, e adotem práticas preventivas. Contudo a maioria dos estudos que avaliaram o CAP em relação a IU, foram realizados em países desenvolvidos, em mulheres grávidas ou com profissionais de saúde, apontando para a necessidade de estudos que considerem as particularidades sociodemográficas e de saúde pública das populações mais vulneráveis dos países em desenvolvimento como o Brasil, e que utilizam o serviço da APS. Demonstrando assim, lacunas que precisam ser preenchidas através de novos estudos, a fim de conhecer o perfil comportamental desta população e melhorar a assistência prestada.

Os determinantes sociais de saúde são especialmente importantes na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que esta, é considerada a porta de entrada do sistema de saúde, articuladora e coordenadora do cuidado dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), fazendo uso da clínica ampliada como pilar para o desenvolvimento de intervenções interdisciplinares e intersetoriais para atuação efetiva sobre os determinantes de saúde, onde os profissionais inseridos nela, podem identificar os sintomas e oferecer estratégias de tratamento e prevenção, com boa resolutividade e menor custo para saúde pública (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Avaliar o CAP em usuárias no nível da APS permitirá uma melhor compreensão de como essa população pensa e age diante dessa condição, visto a escassez de estudos neste nível de atenção sobre a IU, e o mesmo ser a porta de entrada da rede de atenção à saúde com alta capacidade de resolutividade. Tornando-se assim, o passo inicial para direcionar a construção de intervenções voltadas às necessidades desse público. Por isso, esse estudo visa investigar o CAP em mulheres sobre a IU na atenção primária à saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar o Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) acerca da incontinência urinária em mulheres usuárias do serviço de Atenção Primária em Saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre a Incontinência urinária;
- Estimar a relação entre os fatores sociodemográficos com o CAP;
- Identificar os fatores associados ao conhecimento, atitude e prática inadequadas de mulheres em relação à IU;
- Identificar a prevalência de IU;
- Avaliar o impacto da IU na qualidade de vida.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA URINÁRIO E OS MECANISMOS DE CONTINÊNCIA

A bexiga é um órgão complacente, que tem como principal função o armazenamento de urina (em média de 200 a 300 mL), que juntamente com um par de rins, ureteres e a uretra, compõe o Sistema Urinário. Todo este sistema tem como função primordial a excreção de metabólitos nocivos ou que se encontram em excesso no corpo, e sua regulação e coordenação para o armazenamento e eliminação periódica de urina (micção) através desses órgãos supracitados, é mediada por um complexo controle neuronal, baseado em circuitos multiníveis (GROENENDIJK I M et al., 2021; COSTANZO, L. S, 2007).

O circuito neural que controla esse processo é complexo e bem distribuído, envolvendo estruturas como cérebro, vias da medula espinhal, centros supraespinhais e nervos periféricos, onde múltiplos neurotransmissores mediam esse processo. O controle da micção após o nascimento e até uma idade média de 3 a 5 anos, ocorre de forma involuntária, e após esse período de maturação do Sistema Nervoso, o seu controle passa a ser regulado de forma voluntária, através do comportamento aprendido (FOWLER C J; GRIFFITHS D; GROAT W C, 2008).

Este processo de controle voluntário do Trato Urinário Inferior (TUI) ocorre através de interações autonômicas (mediadas por nervos simpáticos e parassimpáticos) e vias eferentes somáticas (mediadas pelos nervos). Dentre os principais nervos envolvidos nesse processo, temos os nervos parassimpáticos pélvicos, que se originam a nível sacral da medula, e realiza a função de excitar a bexiga e relaxar a uretra. Já os nervos simpáticos lombares, funcionam como inibidores do corpo da bexiga e excitador da base da bexiga e uretra. E por fim, os nervos pudendos, que excitam o esfíncter uretral externo (YOSHIMURA N; CHANCELLOR M B, 2003).

A micção requer não somente a integração destes mecanismos eferentes autonômicos e somáticos para coordenar a atividade dos órgãos viscerais (bexiga e uretra), mas também de músculos estriados uretrais. Sendo a inervação do músculo estriado do esfíncter externo uretral, innervado por axônios originados dos motoneurônios na medula espinhal (PETROS P, 2011).

Os receptores também apresentam funções importantes neste controle voluntário, como a contração do detrusor e consequente fluxo urinário, são mediados principalmente pelo receptor muscarínico M3, embora a musculatura lisa da bexiga expressa receptores M25. Além disso, a transmissão colinérgica (acetilcolina) é a principal causa excitatória na bexiga humana. E outros receptores, como os inibitórios β -adrenérgicos no músculo detrusor para relaxar bexiga, receptores excitatórios α -adrenérgicos na uretra e colo vesical, e α - e β -adrenérgicos nos gânglios da bexiga (GROAT WC; GRIFFITHS D; YOSHIMURA N, 2015).

O músculo da bexiga tem um comprimento largo, permitindo que a tensão seja desenvolvida ao longo de uma grande variedade de comprimentos, permitindo maior distensibilidade. A uretra apresenta em sua composição musculatura lisa e estriada, que desempenham papéis tanto na abertura da bexiga durante a micção, como permitindo que os elementos musculares circulares ocluam o lúmen, evitando assim a perda de urina (COSTANZO, 2007).

Segundo De Groat e Yoshimura (2015) os músculos estriados, apresentam fibras de contração lenta, que colaboram na manutenção do tônus do esfíncter por períodos prolongados, como também, fibras de contração rápida que são necessárias para melhorar a tonificação do esfíncter rapidamente, quando ocorre um aumento de forma abrupta da pressão intra-abdominal. Os homens apresentam uma média de 65% de fibras de contração lenta e 35% de contração rápida. Proporções que se mostram diferentes na mulher, que apresenta apenas 13% de fibras de contração rápida.

A rede de apoio existente sob a uretra e colo vesical fornece um apoio firme, contra o qual a uretra é comprimida durante o aumento da pressão abdominal para manter as pressões de fechamento uretral acima da pressão vesical, que aumenta rapidamente, processo importante para a manutenção da continência e evitar escapes de urina. Esta camada de suporte consiste na parede vaginal anterior e no tecido conectivo que o liga aos ossos pélvicos através da porção pubovaginal do músculo elevador do ânus e também o arco tendíneo da fáscia pélvica. Além disso, a ativação do músculo levantador durante a pressurização abdominal é importante para este processo de estabilização (DELANCEY JOL; ASHTON-MILLER J A, 2004).

Outra estrutura anatômica que tem função importante é o assoalho pélvico (AP), que é composto por músculos e fáscias, que desempenham função biomecânica, como estabilização da cintura pélvica, função sexual e no parto, bem como, durante o processo de continência, micção e defecação (HARM-ERNANDES I et al., 2021).

O assoalho pélvico é essencial para o controle voluntário do esfíncter, e consequente micção, durante a sensação de bexiga cheia e urgência. Existem três forças musculares direcionais/vetoriais que colaboram na ativação do fechamento do canal uretral e anal, bem como, para reter a posição dos órgãos, que são: A porção anterior do músculo pubococcígeo, a placa elevadora e o músculo longitudinal conjunto do ânus. Danos na estrutura e nas interações funcionais dos elementos deste assoalho podem causar disfunção multicompartimental (LIEDL B et al., 2018; PETROS P, 2011).

As funções supracitadas do AP são determinadas principalmente pela contração da força muscular do assoalho pélvico contra os ligamentos suspensores. A contração do músculo pélvico apoia o papel dos ligamentos suspensórios para dar forma e força à ponte perineal. Quando estes ligamentos apresentam frouxidão, a contração muscular tem menos efeito, causando disfunção na função de fechamento ou abertura do AP. Além disso, o tônus muscular e a relação entre a contração muscular rápida e lenta das fibras desempenham um papel no funcionamento ideal desta estrutura (QUAGHEBEUR J et al., 2021; PAPA PETROS P E; ULMSTEN U, 1997).

2.2 DOENÇAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR

As doenças do trato urinário inferior abrangem uma ampla de patologias, que podem ser citados: Bexiga hiperativa (BH), Incontinência urinária de urgência (IUU), noctúria, Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e mista, e sintomas miccionais obstrutivos, como esvaziamento incompleto da bexiga, hesitação ou sintomas pós-miccionais. Dentre estas, o foco do presente estudo se dará na Incontinência Urinária (SIDDIQUI NY; HELFAND BT, 2019).

Sem entender a fisiopatologia, por trás das condições urológicas benignas com sintomatologias mal definidas, a medicina de precisão e as melhorias no atendimento ao paciente permanecem indescritíveis. Visto que, de forma comum, alguma alteração ou prejuízos na função do sistema urinário ocorre, e os fatores geralmente são multicausais ou idiopáticos (GRIFFITHS D, 2015).

Devido à complexidade dos mecanismos neurais que regulam o Trato Urinário Inferior (TUI), o processo de controle miccional torna-se susceptível a uma ampla variedade de lesões, doenças e substâncias químicas que afetam o Sistema Nervoso. A prevalência dos sintomas no TUI em mulheres, são relativamente comuns e têm um efeito negativo na

qualidade de vida. No geral, os índices variam até 67%, e sua incidência aumenta com a idade. Já a prevalência destas doenças neste público, é supostamente maior do que muitas outras doenças crônicas (TIMUR-TAŞHAN S et al., 2012).

Dentre alguns fatores de risco apontados pela literatura estão: Idade, paridade, menopausa, constipação, infecção urinária, fatores genéticos (ZHANG W et. al., 2005; TIMUR-TAŞHAN S et al., 2012). Alguns sintomas do TUI são incômodos e comuns, em ambos os sexos, e em diversas faixas etárias, com queixas mais prevalentes com o envelhecimento, visto que alguns estudos apontam que o envelhecimento parece induzir uma redução na função da bexiga e da uretra. Dentro das queixas frequentes temos: aumento da frequência miccional, urgência para urinar, perdas de urina (urgência e durante esforço) e mau esvaziamento da bexiga (DELANCEY J O L; ASHTON-MILLER J A, 2004).

O controle urinário pode ser prejudicado por uma doença neurológica, não somente a eliminação de urina pode ocorrer involuntariamente, implicando na ocorrência de Incontinência, mas há um risco de falha contínua para o esvaziamento da bexiga, acarretando em consequências mais graves e até potencial risco de vida, decorrente destas complicações. Assim, considerar mecanismos neurológicos faz-se necessários para o diagnóstico e tratamento de distúrbios miccionais, visto que em adultos pode causar o ressurgimento da micção involuntária ou reflexa, levando a Incontinência Urinária, que é um grande problema de saúde, não somente por causas neurológicas, como também por outros fatores (GROENENDIJK I M et al., 2021).

A literatura demonstra que ocorre uma diminuição das fibras do esfíncter muscular estriado com a idade e paridade, mas os outros tecidos não são bem compreendidos. A Teoria Integral aponta que pode ocorrer alterações no tecido conjuntivo ou trauma, que desencadeiam flacidez, podendo ser apontado como o motivo de prolapso, e disfunções no Trato urinário inferior, como incontinência urinária de esforço, urgência, bexiga disfuncional e esvaziamento intestinal, e algumas formas de dor pélvica (LIEDL B et al., 2018).

A Incontinência de Urgência e a hiperatividade do detrusor são uma fonte considerável de morbidade. Da idade adulta jovem à velhice, a Hiperatividade do detrusor, parece afetar os parâmetros da função da bexiga, associando-se à diminuição capacidade da bexiga. Com o envelhecimento, costuma-se apresentar alterações na função muscular que pode estar relacionada com a sarcopenia (PFISTERER M H et al., 2006).

2.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária (IU) é um problema de saúde comumente descrito em estudos internacionais sobre a qualidade de vida (QV). Esta perda involuntária de urina, repercute em vários aspectos psicológicos, sociais e higiênicos. Segundo IRWIN DE et al (2011) no ano de 2008, era estimado que aproximadamente 1,9 bilhão de indivíduos na população mundial, apresenta-se pelo menos uma doença do trato urinário inferior. Ainda segundo os autores, aproximadamente 348 milhões de pessoas em todo o mundo, neste mesmo ano, apresentava qualquer UI, e com estimativas de 386 milhões no ano de 2013, e 423 milhões até 2018. Sendo o subtipo IUE o mais comum, com alta prevalência em mulheres.

Em estudos anteriores, encontrou-se uma ampla variação na prevalência da IU na população feminina, isso pode ser explicado pelas variações nos desenhos metodológicos, intervalo entre os estudos, definições usadas e população estudada. Estes valores variaram de 5 a 54%, e quanto as taxas de Incidência média anual e as taxas de remissão foram de 1,7% e 3,1%, respectivamente. Ao classificar as maiores prevalências por tipo, encontrou-se estresse, urgência e IU mista, respectivamente. Quanto a gravidade, IU leve foi mais prevalente nas faixas etárias mais jovens, e a IU moderada mais prevalente após 50 anos (AZUMA R; MURAKAMI K; IWAMOTO M et al., 2008; EBBESEN, MH, HUNSKARR S, RORTVEIT G et al., 2013).

Dentre os principais fatores de risco estão: Idade, IMC, alteração de peso e paridade, e demonstraram apresentar influência na incidência da IU, remissão da IU ou ambos. A prevalência de todos os três tipos de IU (estresse, urgência e IU mista) aumentaram com a idade e o valor do IMC. Bem como, estes fatores juntamente com o grande ganho de peso (≥ 10 quilos) demonstram associar-se a menores chances de remissão da Incontinência (WEHRBERGER C et al., 2006; EBBESEN, MH, HUNSKARR S, RORTVEIT G et al., 2013).

Inúmeros distúrbios neurológicos podem ocasionar a IU, como o Rompimento de um dos complexos neurônios da rede, alterações de seus neurotransmissores, ou anormal ativação sensorial. Além disso, anormalidades miogênicas intrínsecas do músculo, podem gerar alterações motoras e instabilidades no controle urinário (DELANCEY J O L; ASHTON-MILLER J A, 2004).

Quando um dos mecanismos de continência da urina durante a fase de armazenamento da bexiga falha, ocorre IU. Os diferentes tipos de UI apresentam sua própria fisiopatologia, e entendê-los é a chave para o sucesso do tratamento e para reduzir o impacto desta condição na vida do indivíduo e na sociedade (WYNDAELE M; HASHIM H, 2020).

2.4 TIPOS DE INCONTINÊNCIA

2.4.1 Incontinência urinária de esforço

Um princípio para realizar a continência da urina, é que a pressão de fechamento uretral deve ser maior que a pressão vesical, em repouso e durante aumentos da pressão abdominal. O tônus de repouso dos músculos uretrais mantém uma pressão relativa à bexiga, quando a pressão uretral excede a pressão da bexiga. Em condições fisiológicas, durante atividades como tosse, quando a pressão da bexiga aumenta, superando a pressão uretral, um processo dinâmico aumenta a pressão de fechamento uretral, evitando assim a perda de urina (DELANCEY J O L; ASHTON-MILLER J A, 2004).

Dentre os diferentes tipos de IU, a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é a mais comum. A IUE ocorre quando um aumento súbito da pressão intra-abdominal, ocasionado por um esforço, como esforço físico, espirrar ou tossir, que não é seguido por um aumento suficientemente forte na pressão uretral, levando a uma inversão do gradiente de pressão entre a bexiga e a perda de urina como resultado. A IUE é essencialmente causada por uma deficiência uretral (WYNDAELE M; HASHIM H, 2020).

As principais teorias sobre a fisiopatologia da IU, apontam uma combinação entre a ruptura nos tecidos conjuntivos de suporte da bexiga e da uretra, e o enfraquecimento das estruturas musculares do assoalho pélvico, colo da bexiga e esfíncteres uretrais, no qual, todos levam à redução da pressão de fechamento uretral e pressão no ponto de vazamento abdominal inferior (FALAH-HASSANI K et al., 2021).

Os músculos do assoalho pélvico (MAPs), formam a base da cavidade abdominopélvica e contribuem para a sustentação do conteúdo pélvico e controle da continência. Existem dois aspectos da função do assoalho pélvico que são relevantes, para a compreensão da fisiopatologia da incontinência de esforço: Pressão de fechamento uretral em repouso e o aumento do fechamento uretral causado pelo efeito de pressão abdominal (WEI J T; DE LANCEY JOL, 2004).

As mulheres são mais suscetíveis a este tipo de IU devido à anatomia uretral (uretra mais curta) e devido ao seu colo vesical mais fraco em comparação com os homens. A IUE ocorre mais comumente no período da perimenopausa, quando a resiliência do tecido diminui como resultado de níveis mais baixos de estrogênio, e com histórico de partos vaginais anteriores. Durante o parto natural, os tecidos do canal de parto são

excessivamente distendidos, podendo ocorrer lesão do músculo elevador do ânus e da fáscia pélvica visceral, além da possibilidade dos danos as estruturas neurológicas nestas áreas, principalmente após três ou mais partos (PTAK M et al., 2019).

Dentre fatores individuais na anátomo-fisiologia que contribuem para a IUE, um estudo observou menos vasos periuretrais e menor fluxo sanguíneo periuretral em mulheres com IUE (LIANG CC et al., 2006). Durante avaliações da eletroneurofisiologia uretral, nos grupos com IUE, encontrou-se uma eletroestimulação uretral menor, uma latência mais prolongada do reflexo uretroanal, velocidade retardada da condução neural no ramo perineal do nervo pudendo, menor duração do potencial da unidade motora do esfíncter uretral e durante o enchimento vesical (CAVALCANTI GAC et al., 2013; KENTON K; MUELLER E; BRUBAKER L, 2011).

Uma revisão Sistemática sobre biomarcadores, identificou associações entre hormônios sexuais e IUE, apontando que menor estradiol sérico e menores receptores de estrogênio e progesterona foram encontrados em mulheres na pré-menopausa com IUE. Além disso, demonstrou fortes evidências de que a calpaína-2, uma enzima proteolítica envolvida na função celular, degradação de miofibrilas e fusão celular de mioblastos, está implicada na IUE (SIDDIQUI NY; HELFAND BT, 2019).

2.4.2 Incontinência Urinária de Urgência

A Urge-Incontinência caracteriza-se pelo desejo súbito de urinar, com a incapacidade ou dificuldade de manter a continência, que resulta em perda involuntária de urina. As etiologias para esta condição, geralmente envolvem o músculo detrusor da bexiga urinária, no qual, inclui a hiperatividade do músculo detrusor, baixa complacência do detrusor e hipersensibilidade da bexiga (CHUNG E; KATZ DJ; LOVE C, 2017; NANDY S, RANGANATHAN S, 2022).

O detrusor é um músculo liso especializado na parede da bexiga. A condição de hiperatividade, ocorre quando contrações involuntárias deste músculo acontecem durante o enchimento da bexiga. Esta hiperatividade pode ser desencadeada por anormalidades na bexiga urinária, distúrbios neurológicos (lesão da medula espinhal), e um aumento ou alteração no microbioma da bexiga ou de forma idiopática, quando não tem uma causa específica (PEARCE MM et al., 2014; NYGAARD I, 2010).

Outro fator é a baixa complacência do detrusor, que resulta na falha da bexiga em distender, aumentando assim, a pressão intravesicular. Envolvendo também, um

enchimento limitado. Dentre possíveis causas desta alteração, estão a radioterapia pélvica ou períodos prolongados de cateterismo (NANDY S, RANGANATHAN S, 2022).

A hipersensibilidade da bexiga, se dá quando uma inflamação ou infecção urotelial, pode ocasionar uma bexiga hiperativa com ou sem urgência, visto a função de mediador central da bexiga, desenvolvido pelo urotélio. O equilíbrio da microbiota urinária pode alterar a função e a sensibilidade da bexiga e, talvez, favorecer a urge-incontinência (REID G; BURTON JP, 2016).

Algumas doenças neurológicas podem acarretar em perda de neurônios inibitórios, como a Esclerose múltipla, o Acidente Vascular Encefálico ou doença de Parkinson, dentre outras, e resultar em uma disfunção miccional neurogênica. Além destes, fatores como envelhecimento fisiológico e estressores psicossociais, também podem favorecer o desenvolvimento desta patologia (SMITH AL; WEIN AJ, 2011).

Dentre as prevalências por tipo, as evidências atuais, apontam que a incontinência mista e urgência são menos prevalentes, quando comparados a IUE. Porém, a prevalência da IUU tende a aumentar com o avançar da idade e tende a ser o tipo de IU que causa maior constrangimento e incômodos, e conseqüentemente com maior probabilidade de exigir tratamento. Doenças do Trato urinário como a Urge-incontinência são condições comuns que tem impacto negativo na qualidade de vida e aumentam o risco de institucionalização (CHUNG E; KATZ DJ; LOVE C, 2017; AZUMA R et al., 2008).

2.5 AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Para o diagnóstico e manejo correto, a avaliação deve ser realizada de forma minuciosa. Segundo uma Revisão sistemática de diretrizes para avaliação da Incontinência, recomendou-se na anamnese, analisar o histórico médico, cirúrgico, obstétrico e ginecológico, presença de sintomas intestinais ou alguma doença neurológica de base, ingesta hídrica, revisar o uso de medicamentos atuais, impacto da IU na qualidade de vida e estado mental do paciente (LENGER S M et., 2021).

No exame físico, indica-se realizar o exame pélvico e urocultura em determinadas situações, obter um diário da bexiga, avaliar IMC/obesidade, realização de exames neurológicos, abdominais/flancos, retais, e a integridade do assoalho pélvico, atrofia, mobilidade uretral e a presença de alterações que caracterizem outras doenças do trato urinário inferior. Recomenda-se não utilizar rotineiramente procedimentos de diagnóstico mais invasivos, como urodinâmica multicanal, eletromiografia, cistoscopia e imagem,

exceto em casos mais complexos, que caso necessário, deve-se encaminhar ao especialista (HALEYN B T et., 2010; ABRAMS P et., 2010; ACOG, 2015;).

Baseado na avaliação e em conjunto com o paciente, devem ser traçado os objetivos do tratamento e uma discussão sobre as expectativas, preferências e valores. A individualização do cuidado implica na identificação integral de fatores físicos, médicos e outros fatores específicos do paciente que podem ser usados para personalizar o tratamento e proporcionar um melhor gerenciamento da IU (NORTON JM et., 2018).

A avaliação urodinâmica é usada para confirmar a IUE, através do fornecimento de medidas objetivas e somativas de continência, através da Pressão no ponto de vazamento abdominal ou Pressão no ponto de vazamento Valsalva. Entretanto, estas medidas não conseguem prever gravidade ou resultado no tratamento, e não existe uma padronização em sua aplicação e sua utilidade durante as decisões clínicas ainda não são consensuais. Outra medida urodinâmica é a Pressão Máxima de fechamento uretral, que consegue avaliar a força total de fechamento uretral, e esta medida é afetada tanto pela hiper mobilidade uretral, quanto pela insuficiência intrínseca do esfíncter (FALAH-HASSANI K et al., 2021).

A identificação e a classificação do tipo de Incontinência, faz-se importante para a tomada de decisões quanto à terapêutica, uma vez que diferentes opções terapêuticas estão disponíveis para cada tipo. Após o diagnóstico, estão disponíveis intervenções não farmacológicas, farmacológicas e seu uso combinado, para o manejo da IU, onde as abordagens não farmacológicas visam principalmente fortalecer o assoalho pélvico ou mudar comportamentos que influenciam a função da bexiga. Já as intervenções farmacológicas abordam principalmente a função da bexiga e do esfíncter uretral (BALK E M et al., 2019).

Encontram-se disponíveis uma variedade de procedimentos conservadores para tratamento, como por exemplo: Terapia muscular para assoalho pélvico (com exercícios e eletroterapia), tratamentos médicos como relaxantes da bexiga, procedimentos minimamente invasivos (neuromodulação sacral) ou cirúrgicos em casos mais graves (slings de uretra média) estão disponíveis para tratar a maioria dos tipos de IU, com taxas de eficácia superiores a 80% (WYNDAELE M; HASHIM H, 2020).

Dentre os métodos de primeira escolha mais comumente recomendados para Incontinência de Esforço, encontram-se os exercícios de fortalecimento dos MAP's, principalmente em casos mais leves, onde este fortalecimento contribui na estabilização da

Uretra através do aumento da massa muscular, quando realizado regularmente, em pelo menos 6 a 8 semanas (QUAGHEBEUR J et al., 2021).

Entre os tratamentos utilizados para a IU de Urgência, como primeira ou segunda linha intervenções, temos a terapia comportamental, anticolinérgicos e combinações de anticolinérgicos e terapia. Entre os tratamentos de terceira linha para IU de urgência, a neuromodulação e BTX se mostram mais eficazes do que nenhum tratamento (BALK E M et al., 2019).

O progresso na cirurgia de incontinência nos últimos 15 anos foi realmente enorme. O sling de uretra média sem tensão, têm se tornado o padrão ouro, oferecendo taxas de cura a longo prazo de 70–90%. A IUE isolada, costuma apresentar boas respostas com o procedimento cirúrgico. Porém, já os pacientes com IUM, costumam apresentar apenas uma melhora limitada através da cirurgia, e os pacientes com incontinência de urgência não costumam se beneficiar (WYNDAELE M; HASHIM H, 2020).

Contudo, apesar da disponibilidade de vários tratamentos, a literatura demonstra que muitas mulheres com IU, não recebem tratamento ou cuidados adequados, que dentre as possíveis justificativas, inclui um comportamento pouco frequente de procura de cuidados de saúde, um baixo grau de conhecimento por parte do paciente sobre a IU ou seu manejo, e a IU não ser geralmente a causa primária de busca por cuidados médicos. E por fim, que possa estar ocorrendo uma avaliação, diagnóstico e gestão de formas inconsistentes da IU, por prestadores de cuidados de saúde (LOSE G et al., 2001; SWANSON JG et al.,2002).

2.6 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida tem muitos aspectos, e as mulheres que sofrem com IU terão suas vidas afetadas em diferentes vertentes, que variam conforme a gravidade e tipo da IU, suas principais atividades diárias e áreas de interesses como hobbies, práticas esportivas e etc. Em decorrência disso, as queixas serão variadas, como usar proteção sanitária, a incapacidade de praticar seu esporte favorito, interferências no desempenho profissional, impactos negativos na qualidade de um relacionamento íntimo e sua vida sexual (SALVATORE S et al., 2009; HIGA R; LOPES MHBM, 2007).

Os domínios acerca da qualidade de vida, que se mostram com piores escores quando avaliados, são: Percepção geral de saúde, vitalidade, saúde mental, função física e social (PIZZO AD et., 2021). Indivíduos acometidos pela IU podem desenvolver depressão devido a diminuição das interações sociais e a estigmatização social associada

à Incontinência de urgência, podem conferir sentimentos de ansiedade (COYNE KS et., 2012).

Além disso, a imagem corporal e a forma como o indivíduo acometido gerencia seus problemas médicos, ou seja, sua atitude pessoal, irá influenciar o quanto este indivíduo será afetado pela IU. Para muitas mulheres, embora sua saúde geral possa ser satisfatória, não serem mais capazes de praticar seu favorito esporte ou para participar de atividades sociais, traz um impacto de grandes dimensões (KO Y et al., 2005).

Para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida na vida do paciente, é importante saber diferenciar e avaliar os três principais tipos de incontinência urinária. Dentre os tipos, os estudos evidenciam que a Incontinência de urgência causa impactos negativos mais pronunciados que os demais. Nesta avaliação, devem-se contemplar o impacto da incontinência urinária (e qualquer outra doença do trato urinário) nas atividades diárias, relacionadas ao trabalho, sociais e sexuais (IRWIN D E et al., 2010).

Avaliar a qualidade de vida nos ajuda a entender como o paciente se sente acerca da sua saúde, e quais são suas reais necessidades. Este é um pré-requisito para desenvolver um plano de tratamento com metas realistas, que estão alinhadas com a expectativa do paciente. Os objetivos para redução do impacto na qualidade de vida, devem estar contidos dentro do acompanhamento terapêutico individual de cada paciente (RISS P; KARGL J, 2011).

2.7 CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A metodologia KAP (*Knowledge, Attitude and Practice*) ou CAP no Português (Conhecimento, Atitude e Prática), visa descrever e analisar o comportamento humano diante de um problema ou doença. Dentre os objetivos de seu uso estão: identificar o que uma determinada população sabe sobre um problema de saúde (conhecimento), quais suas crenças e como ela age em resposta a esse problema (atitude) e quais são seus comportamentos como medida de prevenção ou tratamento para esta condição (prática). A relevância desses elementos, está na sua influência sobre o comportamento direto daquele indivíduo e como ele lida com sua patologia, por isso, mais estudos nessa área se faz necessário, com o uso de instrumentos válidos e confiáveis, e com adaptação transcultural (RAV-MARATHE K; WAN TTH; MARATHE S, 2016; KARA KC et al., 2018).

A alta prevalência de IU entre mulheres e seu impacto negativo na qualidade de vida, apontam para necessidade de investigar o comportamento destas mulheres. Por isso, os

estudos que analisam conhecimento, a atitude e a prática (CAP) tem ganhado maior espaço no meio científico, pois demonstram uma maior compreensão sobre essa doença, e se os indivíduos acometidos reconhecem sua causa, possibilidades de prevenção e tratamento, como lidam com esta patologia e qual a atitude por busca de ajuda (DUNIVAN GC et al., 2015; SIDDIQUI NY et al., 2014).

As investigações CAP levam a uma compreensão do que é um determinado grupo populacional sabe, pensa e faz em relação a um determinado assunto. Dentre os desafios para os profissionais de saúde no atendimento de mulheres com IU estão o conhecimento, atitude e prática inadequados da população afetada. Apesar dos avanços no acesso à informação, o conhecimento inadequado sobre IU ainda é muito comum, o que reforça a necessidade de estratégias desenvolvidas para ultrapassar esta barreira. Além disso, este conhecimento inadequado resulta no não reconhecimento das medidas preventivas, e conseqüentemente, uma menor busca por auxílio profissional (VASCONCELOS CTM et al., 2018).

Apesar do reconhecimento de que existem baixas taxas de procura de tratamento e ainda menos procura por prevenção de IU, existem poucos estudos que avaliam a atitude e poucos instrumentos validados. O estudo de Ribeiro et al (2021) se propôs a construir e validar o conteúdo de uma escala para avaliar os CAP em gestantes relacionados à IU, através da análise teórica dos itens por 10 especialistas, e aplicação da escala em 30 gestantes para avaliar a adequação semântica, e concluiu que os estudos CAP mostraram-se eficazes para que os profissionais de saúde, entendam os aspectos específicos que influenciam mulheres com IU e identificar os domínios que requerem intervenções específicas.

2.8 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de atenção à saúde são constituídas por um conjunto de ações e serviços que visam uma atenção, em termos de acesso, com equidade e eficácia clínica, e uma assistência com continuidade do cuidado, integral, humanizada e resolutiva. As RAS se organizam em diferentes níveis de atenção e de densidades tecnológicas, para adequar e articular as ofertas de serviços aos usuários, e promover uma maior eficiência do sistema de saúde (BRASIL, 2022). A operacionalização da RAS se dá pela interação de três principais elementos: população e região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção. Seus níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos segundo as densidades

tecnológicas, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária e maior densidade, a atenção secundária e terciária, respectivamente (MENDES, 2011).

A atenção primária a saúde corresponde ao primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde, sendo caracterizada por ser a porta de entrada da rede de atenção à saúde, no qual desempenha o papel de coordenação, continuidade e longitudinalidade do cuidado, orientação familiar e comunitária. Seu principal foco é identificar as necessidades de saúde mais comuns de uma população, afim de promover saúde com menor ênfase nas tecnologias mais densas (MENDES, 2011).

A abordagem de primeiro contato através dos profissionais da APS, em vez de especialistas, provavelmente levaria a uma atenção mais apropriada, visto que ao recorrer a um profissional apto a ofertar uma atenção adequada, esses indivíduos podem ser orientados se essa condição necessita de um cuidado adicional (demandando serviços mais especializados) ou se é um problema passível de obter resolução na APS, proporcionando assim, melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos (PORTELA, 2017).

O papel relevante de coordenação do cuidado desempenhado pela APS, visa garantir a continuidade da assistência, através da identificação dos problemas que requerem seguimento, e sua função como centro de comunicação das RAS, quando desempenhada integrada com os demais pontos da rede e com forte monitoramento, promove maior segurança ao usuário, fortalecimento de vínculos, com uma assistência humanizada e resolutiva (MENDES, 2011).

Para a Organização Pan-americana de saúde (2011) os processos de trabalho dessas equipes neste nível primário, deve responder às novas necessidades das populações, como aumento de condições crônicas. As ações e serviços de saúde ofertados devem promover a autonomia dos sujeitos, que receberão mais informações sobre seus problemas de saúde, melhor seguimento de suas condições crônicas e maior qualidade nos cuidados preventivos, inclusive na prevenção de uso desnecessário de tecnologias.

Na parte intermediária da RAS, encontra-se a atenção secundária, formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre o primeiro e último nível de atenção, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade, contemplando os serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN et al.,2013).

Por fim, no nível de maior complexidade, encontra-se atenção terciária à saúde,

caracterizada pelo conjunto de terapias e procedimentos com manejo de tecnologias duras, elevada especialização de recursos materiais e humanos em ambiente hospitalar. Esses serviços exercem papel crucial na recuperação do usuário, com foco em sua reabilitação parcial/total, visando amenizar, limitar ou evitar incapacidades crônicas e/ou recidivas. Por apresentar um foco mais curativista ou reabilitador, onde a estadia hospitalar geralmente é curta, o vínculo com a equipe multiprofissional com o usuário/família acaba sendo comprometido (BARON et al., 2014; POERSCH, 2015).

3. MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal. Este tipo de estudo, utiliza uma dada amostra representativa de uma população, para realizar sua coleta de maneira seccionada, ou seja, as informações de interesse do estudo são coletadas em um único momento. Através desta pesquisa, é possível avaliar se existe relação entre as variáveis da pesquisa, além de ser importante para determinação da prevalência de doenças (CAPP E; NIENOV OH, 2020).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo contemplou mulheres assistidas pelas 23 Unidades de Atenção Primária em Saúde, na cidade de São Gonçalo do Amarante, estado do Ceará, situada na região metropolitana. Visto que o público feminino é o sexo mais prevalente para incontinência urinária, a amostra foi composta apenas pelo sexo feminino, com idade a partir dos 18 anos.

A amostra foi do tipo não-probabilística por conveniência, composta pelas usuárias que aguardavam consultas e exames nas UAPS, e o cálculo amostral foi realizado através do software Epi Info, no qual, utilizou-se a população de mulheres acima de 18 anos, segundo os dados do cadastro no sistema E-sus no ano de 2023, nas unidades de atenção primária do referido município, estimada em 27.387 no período da consulta ao banco de dados, e a prevalência estimada em 65% de mulheres com incontinência urinária, pelo estudo de Pereira et al. (2022), onde chegou-se a uma amostra probabilística de 345 mulheres com nível de confiança de 95% e erro máximo admissível de 0,05.

3.2.1 Critérios de Inclusão

- Sexo Feminino;
- Idade igual ou superior aos 18 anos;
- Apresentar cadastro nas Unidades alvo da pesquisa.

3.2.2 Critérios de Exclusão

- Sintomas de infecção urinária (por meio de autorelato, no momento da coleta de dados);
- Não concluir todos os questionários avaliativos correspondente à pesquisa, durante o processo de coleta;
- Participantes que apresentaram dificuldade na compreensão dos instrumentos de coleta.

3.3 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de São Gonçalo do Amarante — CE, que segundo o censo do IBGE (2022), apresenta uma população estimada de 54.143 pessoas, o mesmo conta com uma divisão territorial em polos (sede, sertão e praia). As populações destes polos apresentam perfis sociodemográficos heterogêneos, possibilitando assim, uma descrição mais fidedigna populacional.

Segundo os dados do sistema E-sus do município em 2023, o município apresentava uma média de 4.036 mulheres na faixa etária entre 45 e 55 anos e 4.911 mulheres acima dos 60 anos. Com relação a busca de atendimentos nas UAPS para queixa de incontinência urinária, encontrou-se uma média mensal de 96 atendimentos.

3.4 COLETA DOS DADOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), CAAE: 67672923.0.0000.5054, com aprovação em 16 de março de 2023, o início da pesquisa só se deu após a aprovação do comitê (ANEXO A).

A coleta de dados ocorreu entre maio e novembro de 2023, e as voluntárias foram abordadas enquanto aguardavam atendimento nas referidas unidades. Após ser realizado o convite à participação no estudo, eram explicados seus objetivos, riscos e benefícios. Por fim, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o qual é necessário quando envolve seres humanos em um estudo, baseado na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, de forma impressa, no qual o entrevistado autorizava o uso das informações no estudo.

Para facilitar a coleta de dados, impedir o extravio de instrumentos coletados e minimizar a possibilidade de deixar perguntas em branco, a aplicação do instrumento foi

realizada por meio eletrônico, utilizando-se o Google Forms, ativando a ferramenta de resposta obrigatória. A entrevistadora utilizou o dispositivo móvel tablet para realizar as coletas, realizadas no turno manhã e/ou tarde, conforme horário de atendimento nas UAPS.

Em seguida, com as voluntárias que apresentavam os critérios de elegibilidade e não apresentavam algum dos critérios de exclusão, e mediante autorização através do TCLE eram iniciadas entrevistas presenciais, de forma individualizada e em ambiente reservado.

A metodologia quantitativa foi empregada através da análise estatística dos dados, coletados com a utilização de questionários validados com perguntas fechadas e abertas, sendo estes: ICIQ-SF para avaliar a perda urinária e o impacto da incontinência, CAP-IU (Escala de Conhecimento, Atitude e Prática de Gestantes relacionada a IU), Kings Heath para avaliar a presença de sintomas relativos à IU e seu impacto na qualidade de vida. Por fim, um questionário sociodemográfico de autoria dos pesquisadores visando desenhar o perfil da população estudada e coletar informações que possam relacionar-se ou favorecer os resultados obtidos nos demais questionário supracitados.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.5.1 Anamnese e dados sociodemográficos

Os dados pessoais e sociodemográficos foram coletados através de uma ficha avaliativa (APÊNDICE B) previamente produzida pela pesquisadora, onde dentre as informações fornecidas pelos sujeitos participantes, incluíam a idade (data de nascimento), altura (cm), peso (kg), paridade e via de parto, hábitos de vida como tabagismo, alcoolismo, prática de atividade física, histórico de comorbidades e cirurgias, situação trabalhista e escolaridade.

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

O ICIQ-SF (ANEXO B) é um questionário simples, objetivo e auto administrável, que visa avaliar rapidamente a perda urinária e o impacto da IU na qualidade de vida em pacientes de ambos os sexos. Foi originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa por Avery et al. (2001). Sua tradução e validação para língua portuguesa foi realizada Tamanini et al., (2004), apresentando satisfatória confiabilidade.

Este questionário é composto de quatro questões sobre frequência, gravidade e impacto da incontinência urinária, e mais oito itens de autodiagnóstico sobre causas/situações de perda urinária experimentadas pelas pacientes.

A pontuação varia de 0 (zero) a 21 (vinte e um) pontos, sendo a pontuação maior relativa a pior qualidade de vida (Tamanini et al., 2004). Foram consideradas incontinentes as mulheres que referiam perda de urina nas últimas 4 semanas, nas frequências de uma vez por semana ou menos, duas vezes por semana ou menos, uma vez ao dia, diversas vezes ao dia ou o tempo todo.

3.5.3 King's Health Questionnaire (KHQ)

O questionário King's Health Questionnaire (ANEXO C) é um questionário específico sobre qualidade de vida na Incontinência Urinária e avalia aspectos próprios da gravidade e do impacto dos sintomas na vida das pacientes. Este questionário ganha destaque por mensurar tanto a presença de sintomas de incontinência urinária, quanto seu impacto relativo, o que leva a resultados mais consistentes (KELLEHER C, 2000).

Através deste questionário é possível uma mensuração global, e do impacto dos sintomas em aspectos individuais na qualidade de vida. Outro fator de relevância, que justifica sua inclusão no presente estudo, é sua adaptação cultural com a tradução de acordo com os critérios internacionais, para a língua portuguesa, tornando sua aplicação para a população brasileira mais fidedigna (FONSECA ESM et al., 2005).

O KHQ é composto por trinta perguntas, distribuídos em nove domínios. No qual estão, respectivamente, a percepção da saúde, o impacto da incontinência, as limitações do desempenho das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono e a energia e as medidas de gravidade (HAYLEN BT et al., 2010; WOLPE RE et al., 2014).

Para cada domínio, baseado nas respostas do avaliado, é atribuído um escore, somado e feito a média entre todos os domínios. Este escore avalia a qualidade de vida, que varia de 0 a 100, considerando-se que quanto maior o número obtido, maior o impacto negativo e pior a qualidade de vida (HEBBAR S; PANDEY H; CHAWLA A, 2015).

O KHQ foi aplicado apenas nas mulheres classificadas como incontinentes através do questionário ICIQ-SF.

3.5.4 CAP-UI

O instrumento selecionado para mensurar o CAP nesse estudo, foi a Escala CAP-UI (ANEXO D) por se tratar de uma escala produzida e validada na população brasileira, que além de ser específica para a IU, sua construção foi orientada por avaliadores de formação multidisciplinar. Esta escala adota os seguintes conceitos para os elementos CAP: O conhecimento trata-se do reconhecimento da IU como condição que requer um tratamento, e quais são suas etiologias, medidas de prevenção e tratamento disponíveis. A atitude é a

compreensão da necessidade de buscar um tratamento adequado ou adotar condutas preventivas para a IU. E por fim, a Prática é o comportamento de procurar ajuda profissional e realizar tratamento ou ações preventivas (RIBEIRO GL et al, 2021).

Esta escala é composta por 23 itens, distribuídos em subescalas, onde a primeira subescala está relacionada ao conhecimento (dez itens), a segunda acerca da atitude (com oito itens) e a terceira sobre a prática (com cinco itens) sendo estes distribuídos em prática para prevenção e prática para tratamento da IU, totalizando assim, três subescalas, uma para avaliar cada elemento (RIBEIRO GL et al, 2021).

O escore da pontuação total do conhecimento (soma dos itens de 1 a 10) pode variar de 0 a 100 pontos, onde 75 pontos é considerado a pontuação mínima para classificar o conhecimento como adequado. Já no construto atitude (soma dos itens 11 a 18 da escala) pode variar 0 a 80 pontos no total, sendo 60 pontos o mínimo para atitude adequada. E na avaliação da prática (itens 19 a 23 da escala), o escore pode variar de 0 a 100 no total, tendo como referência para mulheres sem queixa de IU, 50 pontos como pontuação mínima para adequado e para as mulheres com queixa de IU, a pontuação de 80 pontos. Para esse construto foram relacionados maior escore para cada item (20 escores) uma vez que se considera o construto prática determinante para o estabelecimento de um comportamento saudável (RIBEIRO GL et al, 2021). Os critérios atualizados por Ribeiro (2021), estão descritos no quadro 1:

Quadro 1-Critérios para classificação do conhecimento, atitude e prática sobre IU como adequados. São Gonçalo Amarante-CE, 2025.

CONHECIMENTO	<i>Adequado:</i> para ser considerada com conhecimento adequado, a mulher deve, no mínimo: ter ouvido falar sobre IU; saber que existe algo para evitar a IU e citar alguma forma correta de prevenção; saber que existe tratamento para a IU e citar alguma forma correta de tratamento.
ATITUDE	<i>Adequada:</i> para ser considerada com atitude adequada, a mulher deve, no mínimo: afirmar que caso a mulher tenha grande perda de xixi deve buscar ajuda profissional para tratá-la.
PRÁTICA	<i>Adequada:</i> para ser considerada com prática adequada, a mulher <i>sem queixa de IU</i> deve, no mínimo: ter perguntado para algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina ou praticar algo correto para evitar a perda de urina. Já a mulher <i>com queixa de IU</i> deve, no mínimo: ter buscado ajuda para tratar a perda de urina com um profissional de saúde.

O escore para cada item da escala apresenta um peso diferente, conforme critérios utilizados por Ribeiro (2021), descritos no quadro 2:

Quadro 2- Critérios para classificação do conhecimento, atitude e prática sobre IU a partir dos escores obtidos em cada subescala. São Gonçalo do Amarante-CE,2025.

CONHECIMENTO ESCORE (0 – 100)	ATITUDE ESCORE (0 – 100)	PRÁTICA ESCORE (0 – 100)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 75 pontos: INSUFICIENTE ▪ 75 pontos: BÁSICO (pontuação mínima para ser considerado adequado) ▪ >75 pontos: AVANÇADO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 60 pontos: INSUFICIENTE ▪ 60 pontos: BÁSICA (pontuação mínima para ser considerado adequado) ▪ > 60 pontos: AVANÇADO 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mulheres sem IU ▪ < 50 pontos: INSUFICIENTE ▪ 50 pontos: BÁSICO (pontuação mínima para ser considerado adequado) ▪ 100 pontos: AVANÇADO ➤ Mulheres com IU ▪ < 80 pontos: INSUFICIENTE ▪ 80 pontos: BÁSICO (pontuação mínima para ser considerado adequado) ▪ 100 pontos: AVANÇADO

Fonte: Ribeiro (2021)

3.6 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

3.6.1 Definição das variáveis

As variáveis foram relacionadas de acordo com suas características e desfecho investigados no estudo, apresentadas da seguinte forma:

§ VARIÁVEIS DEPENDENTES:

- Inquérito CAP – Avalia o conhecimento, atitude e prática sobre incontinência urinária de mulheres atendidas nas unidades de atenção primária (Escore total)-variável quantitativa ordinal.

Variável qualitativa nominal. Abordará a classificação dos elementos em adequado/inadequado.

- ICIQ-SF - Qualifica as perdas urinárias quanto à frequência e à gravidade e avalia o impacto da IU na Qualidade de Vida (QV) - variável qualitativa ordinal.
- KHQ — Avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida — variável quantitativa discreta.

§ VARIÁVEIS INDEPENDENTES OU DE GRUPAMENTO:

-Variáveis sociodemográficas:

- Idade - variável quantitativa contínua.
- Cor da pele ou etnia – variável qualitativa nominal.
- Estado civil – variável qualitativa nominal.
- Escolaridade - variável quantitativa discreta.
- Profissão – variável qualitativa nominal.
- Situação trabalhista – variável qualitativa nominal.
- Renda familiar – variável quantitativa contínua.
- Peso – variável quantitativa contínua.
- Atividade física - variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não
- Tipo de atividade física - variável qualitativa do tipo nominal.
- Etilismo- variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não
- Tabagismo- variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não.

-Variáveis relacionadas aos dados obstétricos-ginecológicos:

- Números de gestações - variável quantitativa discreta.
- Tipo de parto - variável qualitativa nominal.
- Histerectomia- variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não.
- Menopausa - variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não.
- Doença ginecológica - variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não. E na presença de doença, qual a doença.
- Cirurgia ginecológica- variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não. E se já realizado cirurgia, qual tipo de cirurgia.

- Variáveis relacionadas ao histórico de doenças:

- Sintomas urinários - variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não
- Diabetes- variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não
- Hipertensão - variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de

sim/não

- Doenças neurológicas- variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não
- Constipação- variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não.

Variáveis relacionadas ao histórico de tratamentos:

- Tratamento medicamentoso para IU- variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não
- Tratamento fisioterapêutico para IU - variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não
- Tratamento cirúrgico para IU- variável qualitativa do tipo nominal. Abordará respostas de sim/não

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados para analisar o Conhecimento, Atitude e Prática das mulheres e a qualidade de vida foi construído na plataforma do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 20.0. Para análise dos dados, os dados contínuos foram testados quanto à normalidade por meio do teste Shapiro Wilk, para a determinação de testes paramétricos ou não-paramétricos. Para a comparação entre a IU e o CAP foram utilizados os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, para variáveis categóricas. E os testes *t de Student* pareado ou teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas. Foi adotado um nível de significância para $p < 0,05$.

3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS INERENTES A PESQUISA

Visto que os instrumentos da pesquisa abordam o indivíduo em sua individualidade, contemplando sua subjetividade e sua autopercepção de saúde, as questões pertinentes à pesquisa poderiam ocasionar a expressão de sentimentos pessoais do indivíduo, então, como medida para evitar ou minimizar constrangimentos, os participantes da amostra foram entrevistados em ambiente reservado e individualmente.

Como medida para preservar o indivíduo, e evitar a sensação de insegurança dos participantes com relação à sua exposição, foram tomadas medidas de proteção à identidade dos sujeitos, preservando o anonimato, onde não serão publicadas informações que permitam sua identificação, e as informações colhidas serão mantidas sobre acesso

exclusivo do pesquisador, baseando-se na ética para pautar todas as etapas da pesquisa.

Como benefícios promovidos aos participantes, tornou-se possível através dessa pesquisa, a identificação de demandas subnotificadas desses sujeitos, podendo ser amenizadas ou sanadas através dos serviços ofertados nas próprias UAPS, que contempla a população alvo do estudo adscrita no território, e de acordo com a necessidade, utilizando-se também como apoio, os serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) da referência e contrarreferência.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E SINTOMAS URINÁRIOS

A amostra foi composta por 345 mulheres, com idades entre 18 e 98 anos (Md:47.43±15.94), sendo que a maioria 36,2%(n=125) apresentava idade entre 41 e 60 anos, com relação a cor/raça autodeclarada, 71% referiram-se como parda, 42% das voluntárias eram casadas e 35,1% solteiras.

Quanto ao nível de escolaridade, 43,2% apresentavam ensino médio completo, seguido por 32,5% com ensino fundamental. No momento da entrevista 46,4% estavam exercendo atividade remunerada (empregada/autônoma), 6,4% estavam desempregadas, 25,2% se declaravam domésticas e 22% já eram aposentadas, a renda média familiar mais prevalente com 66,1% foi em média entre 1300,00 a 4000,00 (1 a 3 salário-mínimos) (tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas (n=345). São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2025.

Variáveis	n	(%)
Faixa Etária		
18 a 40 anos	114	(33%)
41 a 60 anos	125	(36,2)
61 a 98 anos	106	(30,8%)
Cor/raça		
Preta	34	(9,9%)
Branca	49	(14,2)
Parda	245	(71%)
Amarela	17	(4,9%)
Estado civil		
Solteira	121	(35,1%)
Casada	145	(42%)
Divorciada	40	(11,6%)
Viúva	39	(11,3%)
Nível de Escolaridade		
Analfabeto	23	(6,7%)
Fundamental	112	(32,5%)
Ensino médio	149	(43,2%)
Ensino Superior	47	(13,6%)
Pós-graduação	14	(4,1)
Situação Trabalhista		
Empregada	117	(33,9%)
Autônoma	43	(12,5%)

Desempregada	22	(6,4%)
Doméstica	87	(25,2%)
Aposentada	76	(22%)
Renda Familiar		
<1 salário	82	(23,8%)
1-3 salários	228	(66,1%)
3-6 salários	30	(8,7%)
6-10 salários	5	(1,4%)

Fonte: Elaborado pela autora- Renda mensal considerando o salário mínimo do ano de 2023 de 1.320,00.

Ainda sobre os dados coletados através da ficha de avaliação, a média do peso corporal foi 66.69kg (± 11.91), sendo a maior prevalência entre 41 a 70 kg (67,6%) (tabela 2), apesar do IMC ser um dado relevante, não foi possível mensurá-lo, pois a maioria das participantes não sabiam informar sua altura e não foi possível medi-la no momento da entrevista.

Com relação aos hábitos de vida, 66,4% eram sedentárias e 33,6% estava realizando algum tipo de atividade física, sendo as mais prevalentes caminhada e musculação (ambas com 33,5%). 92,6% se declararam não fumantes e 98,8% não consomem bebidas alcoólicas com frequência (tabela 2).

Tabela 2- Peso e hábitos de vida (n=345). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025

<i>Variáveis</i>	n	(%)
Peso		
41-70kg	233	(67,6%)
71-100 kg	107	(31%)
>100kg	5	(1,4%)
Atividade Física		
Sim	116	(33,6%)
Não	229	(66,4%)
Tipo de atividade física		
Musculação	41	(35,3%)
Caminhada	41	(35,3%)
Grupo de exercícios	26	(22,4%)
Hidroginástica	4	(3,4%)
Ciclismo	4	(3,4%)
Tabagista		
Sim	26	(3,8%)
Não	4	(96,2%)
Etilismo		
Sim	13	(1,2%)

Não	332	(98,8%)
-----	-----	---------

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Quanto ao histórico ginecológico e obstétrico, 55,4% tiveram 1 a 3 gestações, 29,6% 4 ou mais gestações e 15,1% nulíparas, 22,6% tiveram pelo menos 1 aborto, o parto vaginal foi a via de parto mais comum (50,1%). 57,1% não estava na menopausa, e das que estavam, a idade mais comum da ocorrência da menopausa foi entre 41 a 50 anos (52,2%) (Md:47,53±6,89).

Dentre as mulheres com histórico de doenças ginecológicas (exceto IU), a mais prevalente foi mioma com 21 mulheres (51,2%), 31,9% já haviam realizado alguma cirurgia ginecológica, dentre as quais estavam laqueadura tubárea (40,3%), hysterectomia (22,7%) e perineoplastia (21%) (tabela 3).

Tabela 3- Histórico ginecológico, obstétrico (n=345). São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2025.

Variáveis	n	(%)
Paridade		
0	52	(15,1%)
1	62	(18,0%)
2	75	(21,7%)
3	54	(15,7%)
4 ou mais	102	(29,6%)
Número de abortos		
0	266	(77,1%)
1	58	(16,8%)
2	13	(3,8%)
3	6	(1,7%)
4	2	(0,6%)
Via de Parto		
Parto vaginal	173	(50,1%)
Parto cesárea	71	(20,6%)
Parto vaginal e cesárea	48	(13,8%)
Menopausa		
Sim	148	(42,9%)
Não	197	(57,1%)
Doenças ginecológicas (exceto IU)		
Mioma	21	(51,2%)
Síndrome do ovário micropolicístico	11	(26,8%)
Endometriose	5	(12,2%)
Cisto	3	(7,3%)
Bexiga hiperativa	1	(2,4%)
Cirurgias ginecológicas		
Laqueadura	48	(40,3%)
Hysterectomia	25	(21%)
Períneo	27	(22,7%)

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao histórico clínico, 20,3% apresentavam diabetes mellitus, 28,7% hipertensão arterial, 20,9% queixavam-se de constipação intestinal, 1,4% incontinência fecal, e apenas 0,6% algum tipo de doença neurológica. Quanto a realização de tratamento para IU apenas 1,2% havia realizado o medicamentoso, 0,9% fisioterapêutico, e 3,8% tratamento cirúrgico (tabela 4).

Tabela 4 – Histórico clínico e de tratamentos para Incontinência Urinária (n=345). São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2025.

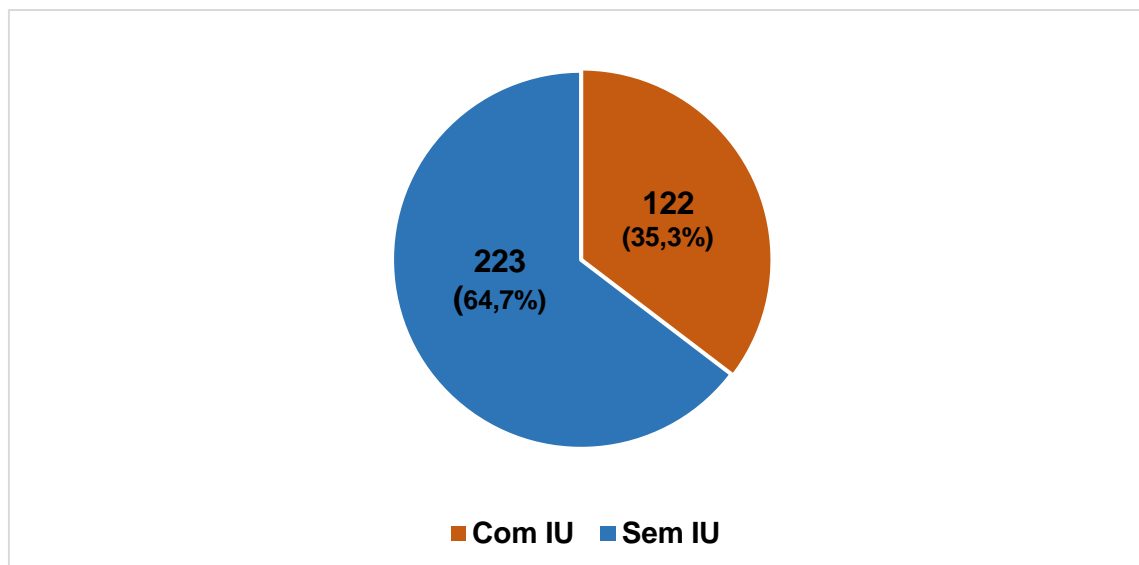
Variáveis	n	(%)
Diabetes Mellitus		
Sim	70	(20,3%)
Não	275	(79,7%)
Hipertensão Arterial		
Sim	99	(28,7%)
Não	246	(71,3%)
Doença neurológica		
Sim	2	(0,6%)
Não	343	(99,4%)
Constipação		
Sim	72	(20,9%)
Não	272	(79,1%)
Incontinência Fecal		
Sim	5	(1,4%)
Não	340	(98,6%)
Tratamento para IU		
Medicamentoso	4	(1,2%)
Fisioterapêutico	3	(0,9%)
Cirúrgico	13	(3,8%)

Fonte: Elaborado pela autora

4.2 IDENTIFICAÇÃO DA PREVALÊNCIA DAS QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Identificamos uma prevalência de 35,3% (n=122) de voluntárias com IU através do questionário ICIQ-SF (Gráfico 1), com subtipo mais comum a IUE (87,2%, n=102).

Gráfico 1. Prevalência das queixas de Incontinência urinária em mulheres (n=345). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação às situações de perda de urina, as ocorrências mais comuns foram durante tosse ou espirro (29,9%), durante atividade física (6,1%) e antes de chegar ao banheiro (5,5%).

Quanto à frequência da perda de urina, 22,3% (n=77) referiam perdê-la uma vez por semana ou menos; 5,5% (n = 19), duas vezes por semana ou menos; 5,5% (n= 19), uma vez ao dia; 1,7% (n = 6), diversas vezes ao dia; e 0,3% (n = 1) disse perder urina o tempo todo. No que se refere à quantidade das perdas, a maioria das participantes 29,3%(n=102) mencionou ser em pequena quantidade, 4,6%(n=16) afirmaram perder quantidade moderada e 1,2% (n=4) disseram perder em grande quantidade de urina (tabela 5).

Tabela 5 — Distribuição das mulheres com perda urinária segundo frequência, quantidade e impacto na qualidade de vida pelo ICIQ-SF. São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil,2025.

Variável	N (%)	Md±dp	P valor
Frequência da perda			<i>0,000</i>
Uma vez por semana ou menos	77(22,3%)		
Duas ou três vezes por semana	19(5,5%)		
Uma vez ao dia	19(5,5%)		
Diversas vezes ao dia	6(1,7%)		
O tempo todo	1(0,3%)		
Quantidade da perda			<i>0,000</i>
Pequena quantidade	102(29,3%)		
Moderada quantidade	16(4,6%)		
Grande quantidade	4(1,2%)		

Impacto da IU na qualidade de vida	3.67±3.52	0,000
Escore total	7.71±4.42	0,000

Fonte: Elaborado pela autora

4.3 FATORES DE RISCO RELACIONADOS À IU

Em nosso estudo as mulheres com faixa etária entre 18 a 38 anos (Md: 29,96±5,59) tiveram menos ocorrência de IU, já mulheres com idade entre 39 e 68 anos (Md:52,88±8,57) apresentaram maior incidência desta patologia (p=0,042). Não foi identificada associação de IU com os seguintes fatores: cor (p=0,90), escolaridade (p=0,40), estado civil (p=0,31), situação trabalhista (p=0,95), renda familiar (p=0,58), DM (p= 0,080), HAS (p=0,802), constipação (p=0,337), peso (p=0,051), praticantes de atividade física (p=0,63), fumantes (p=0,345), paridade (p=0,081), tipo de parto (p=0,323).

Dentre os principais fatores de risco identificados estão: idade (p=0,042; odds: 1.292), menopausa (p=0,016; odds: 0.8014), cirurgias ginecológicas (p=0,028; odds: 0.9973), histerectomia (0,009; odds: 0.5455), mioma (p=0,041). Nossos dados também demonstraram que pacientes que relataram incontinência fecal estavam mais propensas a apresentar a queixa de IU (p=0,002).

4.4 CONHECIMENTO SOBRE IU

A avaliação do conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca da IU foi realizada através da Escala de Firmiano (2017) (ANEXO C). Conforme estabelecido pelos critérios de aplicação dessa escala, mulheres que nunca ouviram falar sobre IU (pergunta 01 da subescala de conhecimento) não tiveram seu conhecimento, atitude e prática avaliados por ela, no caso deste estudo, todas as entrevistadas já conheciam esta patologia.

O conhecimento foi avaliado por meio de 10 perguntas que englobam aspectos relacionados a sintomas, fatores de risco, severidade IU, formas de prevenção e tratamento da IU (Quadro 3).

A maioria das participantes (99,7%, n=344) reconheceu a IU como um problema de saúde e 91,6% (n=316) afirmou que a IU é mais prevalente na população feminina, e que pode ocorrer em alguma fase da vida. Entretanto, mais da metade das mulheres (55,4%, n=191) considerou ser normal a ocorrência de perda urinária durante a gestação.

Das entrevistadas 22,3% (n=77) não soube citar qualquer fator de risco para IU.

Dentre as que citaram algum, o prolapso de órgãos pélvicos (POP/bexiga baixa) foi o mais referido (48,1%, n=166), seguido por gravidez / parto / parto instrumental (22,9%, n=79). Apenas 20,6%(n=71) consideraram a disfunção do assoalho pélvico como fator de risco para IU.

Apesar de 90,7% (n=313) acreditar que existe alguma forma de prevenção, mais da metade não soube citar alguma opção (55,7%, n=192), o mesmo ocorreu com as opções de tratamento, em que 98,5% (n=338) acredita existir, porém 31,9% (n=110) desconhecem as opções disponíveis. Evitar levantar peso (28,7%, n=99) e cirurgia (43,5%, n=150) foram, respectivamente, as respostas mais frequentes para prevenção e tratamento da IU.

Quadro 3- Dados descritivos da avaliação do conhecimento de mulheres da atenção primária sobre IU (n=345). São Gonçalo do Amarante-CE,2025.

PERGUNTA	CATEGORIAS DE RESPOSTAS (PONTUAÇÃO)		
Subescala Conhecimento	N(%)		
Pergunta 01			
<i>Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?</i>	SIM (15pts) 342 (99,1%)	NÃO (0 pts) 3 (0,9%)	
Pergunta 02			
<i>Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?</i>	MULHERES (5pts) 316 (91,6%)	HOMENS (0 pts) 6 (1,7%)	NÃO SABE (pts) 23 (6,7%)
Pergunta 03			
<i>Você acha que é um problema perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?</i>	SIM (5pts) 344(99,7%)	NÃO (0 pts) 1(0,3%)	
Pergunta 04			
<i>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)?</i>	SIM (5pts) 335(99,7%)	NÃO (0 pts) 10(2,9%)	
Pergunta 05			
<i>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?</i>	SIM (0 pts) 192(55,7%)	NÃO (5 pts) 153(44,3%)	
Pergunta 06			
<i>Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?</i>	SIM (5pts)	NÃO SABE/OUTROS (0pts) 68(19,7%)	

Gravidez/Parto/ Parto instrumental	79(22,9%)
Episiotomia/laceração	13(3,8%)
Menopausa/ Envelhecimento	55(15,9%)
Cirurgia pélvica	16(4,6%)
Comorbidades (ITU, demências, doença do colágeno)	70(20,3%)
Obesidade	44(12,8%)
Fraqueza dos MAP/ Falta de preparo do períneo	69(20%)
POP (bexiga baixa)	169(49%)
Levantar peso ou fazer muito esforço físico	67(19,4%)

Pergunta 07

<i>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?</i>	SIM (2,5pts) 313 (90,7%)	NÃO (0 pts) 32 (9,3%)
--	------------------------------------	---------------------------------

Pergunta 08

<i>Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não tem essa queixa. Pode me dizer quais você conhece?</i>	RESPOSTAS CORRETAS (27,5 PTS)		NÃO SABE (0 PTS)
	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar reter urina/Urinar em intervalos curtos • Evitar constipação • Manter peso adequado • Evitar levantar peso • Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico 	40(11,6%) 22(6,4%) 60(17,4%) 98(28,4%) 91(26,4%)	153(44,3%)

Pergunta 09

<i>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?</i>	SIM (2,5pts) 338 (98,5%)	NÃO (0 pts) 5 (1,5%)
--	------------------------------------	--------------------------------

Pergunta 10

<i>Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?</i>	RESPOSTAS CORRETAS (27,5 PTS)		NÃO (0 pts)
	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia comportamental • TMAP • Pessário para IU • Eletroestimulação neuromuscular • Cones vaginais • Cirurgia • Medicamentos 	36(10,4%) 87(25,2%) 9(2,6%) 15(4,3%) 10(2,9%) 149(43,2%) 50(14,5%)	105(30,4%)

O escore de Conhecimento (questionário CAP-IU) variava de 20 a 100 pontos, com uma média de 74.52 ± 23.14 pontos. Do total de 345 das mulheres, apenas 44.3% (n=153) possuíam o conhecimento elencado nesse estudo como mínimo para ser considerado adequado.

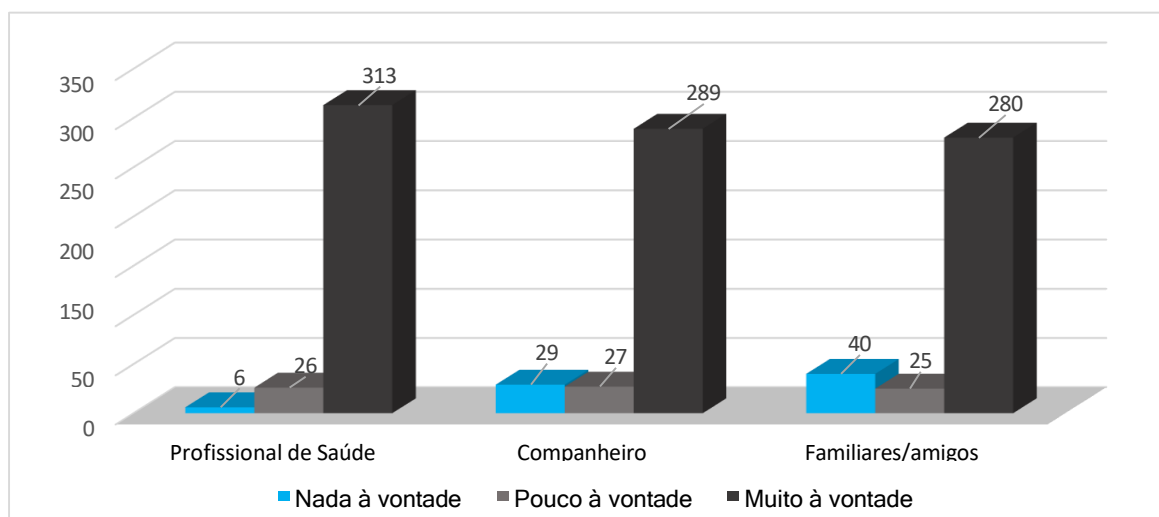
Os percentuais mais baixos de acertos foram detectados em relação ao conhecimento na pergunta “Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi? ”, onde 191(55.4%) respondeu “sim”, e destas 77 (63.1%) tinham IU ($p= 0,032$).

Com relação ao conhecimento acerca da prevenção o percentual mais baixo foi na pergunta “Que formas de evitar a IU você conhece? ”, onde 153(44.3%) responderam “não saber” e, por fim, quanto ao tratamento da IU, na pergunta “Que formas de tratar a IU você conhece? ”, 110 (31.9%) não conhecia pelo menos uma forma de tratamento.

4.5 ATITUDE RELACIONADA À IU

O elemento atitude, quando comparado com o conhecimento, apresentou resultados mais satisfatórios. Os aspectos analisados foram: atitude para busca de cuidados de prevenção, tratamento e enfrentamento/busca por apoio. A maioria referiu se sentir muito à vontade para reportar a queixa de IU, caso a tivessem, ao profissional de saúde (90,7%, n=313), inclusive 84% traria a queixa mesmo sendo um profissional do sexo masculino. Bem como, se sentiria à vontade para conversar com seu companheiro e/ou familiar sobre essa queixa, 83,8% e 81,2% respectivamente (gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição das mulheres (n=345) de acordo com o quanto sentem-se à vontade para falar sobre a perda de urina com profissional da saúde, companheiro e familiares/amigos. São Gonçalo do Amarante, CE, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora

Praticamente todas (99,7%, n=344) reconheceram o pré-natal como um momento adequado para conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de urina. A maioria 94,5% (n=325) das participantes reconheceram a importância da busca por ajuda profissional antes mesmo de apresentarem a queixa de IU. Bem como, 95,3% (n= 328) considerou a busca por tratamento importante mesmo em casos de pequenas perdas e todas (n=343) em caso de grande perda urinária (Quadro 4).

Quadro 4- Distribuição de respostas sobre a atitude de mulheres da atenção primária acerca da IU (n=345). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.

PERGUNTAS	CATEGORIA DE RESPOSTAS	
Subescala Atitude		
PERGUNTA 14		
<i>Você conversaria sobre a 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?</i>	SIM (5 PTS) 210(84%)	NÃO (0 PTS) 55(16%)
PERGUNTA 15		
<i>Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com o profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de xixi.</i>	SIM (5 PTS) 344(99,7%)	NÃO (0 PTS) 1(0,3%)
PERGUNTA 16		
<i>Você acha que a mulher que não tem a 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?</i>	SIM (5 PTS) 325(94,5%)	NÃO (0 PTS) 20(5,5%)
PERGUNTA 17		
<i>Você acha que mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?</i>	SIM (5 PTS) 327(95,3 %)	NÃO (0 PTS) 16(4,7%)
PERGUNTA 18		
<i>Você acha que mesmo quando a mulher tem uma grande perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?</i>	SIM (60 PTS) 345(100%)	NÃO (0 PTS) 0(0%)

Fonte: Elaborado pela autora

No elemento atitude, os escores variaram de 0 a 100 pontos, com média entre 96.99±4.75, do total de entrevistadas, 99,7% (n=344) das participantes foram classificadas com atitude adequada.

4.6 PRÁTICA RELACIONADA A IU

A avaliação da prática é feita através da classificação das mulheres em dois subgrupos: Grupo 1(sem queixas de IU) ou grupo 2 (presença de queixas de IU). Para as mulheres classificadas no grupo 1, que não apresentavam IU (64,7%, n=223) foram

questionados aspectos relacionados à prática de comportamentos preventivos (Quadro 5). Já para as que apresentavam queixa de IU (35,3%, n=122) aspectos relacionados à adoção de comportamentos direcionados ao tratamento.

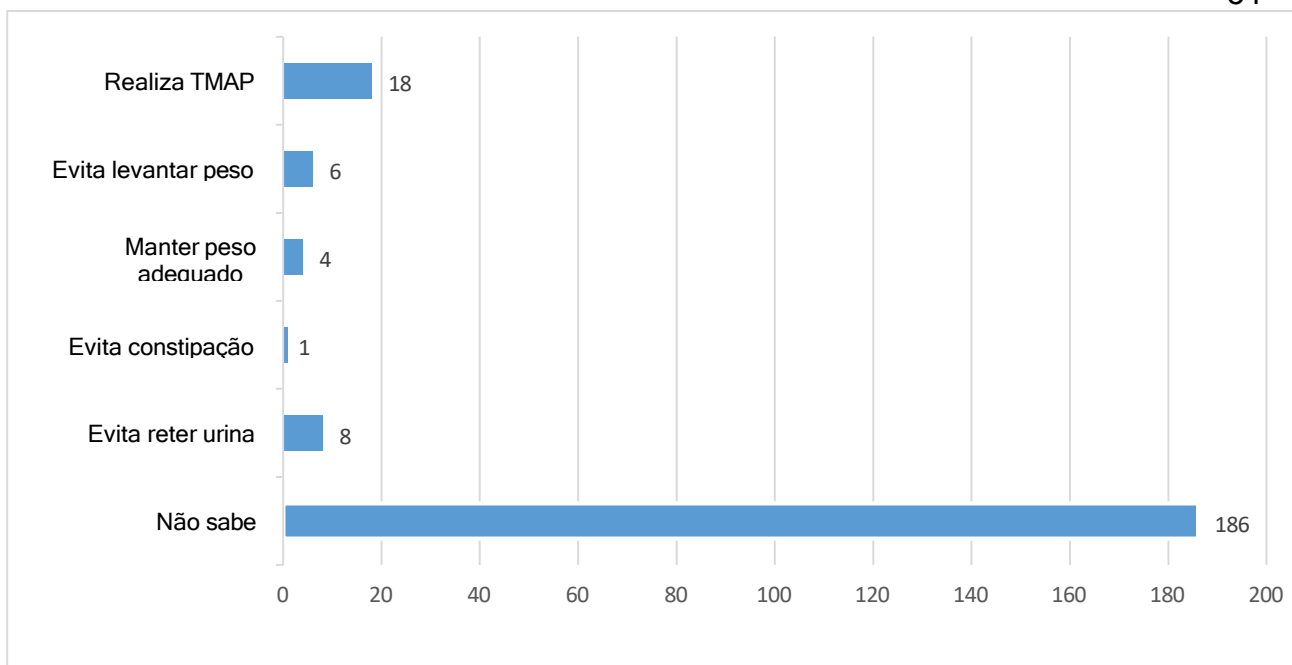
Quadro 5 - Distribuição de respostas sobre a prática de prevenção em mulheres sem queixa de IU (n=223). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.

PERGUNTAS (Subescalas de prática - prevenção)	CATEGORIA DE RESPOSTAS N(%)	
PERGUNTA 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)?	Sim (50 pts) 16(7,2%)	Não (0 pts) 207(92,8%)
PERGUNTA 20a		
Você faz algo para evitar (prevenir) perda de urina?	Sim (50 pts) 37(16,7%)	Não (0 pts) 186(83,3%)
PERGUNTA 21b		
O que você faz para evitar (prevenir) a perda de urina?	Sim (50 pts)	Não sabe (0 pts) 186(83,3%)
	Evitar reter urina	8(3.6%)
	Manter peso corporal adequado	4(1.8%)
	Realizar TMAP	18(8.1%)

Fonte: Elaborado pela autora

Das mulheres sem queixa de IU, 92,8%(n=207) nunca perguntaram a algum profissional de saúde o que fazer para evitar IU e 83,3% (n=186) nunca fez algo para prevenir a IU, e das que relataram alguma prática correta de prevenção IU, a mais comum foi o treinamento do assoalho pélvico (8,1%, n=18) (gráfico 6). O escores da Prática (questionário CAP-IU) das mulheres sem queixa de IU, variaram entre 0 e 100, com média de 12.44±28.06 pontos, e apenas 41 mulheres (18,6%) foram classificadas com prática adequada.

Gráfico 3. Distribuição das práticas de prevenção realizadas pelas mulheres sem queixas de IU (n=223). São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora

Com relação as mulheres classificadas como grupo 2 (que apresentavam queixa de IU) apenas 48(39,0%) já haviam buscado ajuda para tratar a queixa, dessas 38 recorreram ao médico, 7 ao enfermeiro e 2 ao fisioterapeuta. Infelizmente, 8 mulheres (17%) relataram não ter recebido nenhuma orientação específica para essa queixa pelos profissionais (Quadro 6).

Quadro 6 - Distribuição das respostas sobre a prática de tratamento das mulheres com IU (n=122). São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025.

**PERGUNTAS
(SUBESCALAS DE PRÁTICA - TRATAMENTO)**

**CATEGORIA DE RESPOSTAS
N (%)**

PERGUNTA 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)?

SIM (40 PTS)
48(39.0%)

NÃO (0 PTS)
74(61.0%)

PERGUNTA 22

Quem você buscou para tratar a perda de urina?

PROFISSIONAL (40 PTS)
47(97,9%)

LEIGOS (0 PTS)
1(2.1%)

PERGUNTA 23a

23a. Caso tenha buscado tratamento, qual foi a orientação dada?

ORIENTAÇÃO
40(83%)

NENHUMA
8(17%)

PERGUNTA 23b

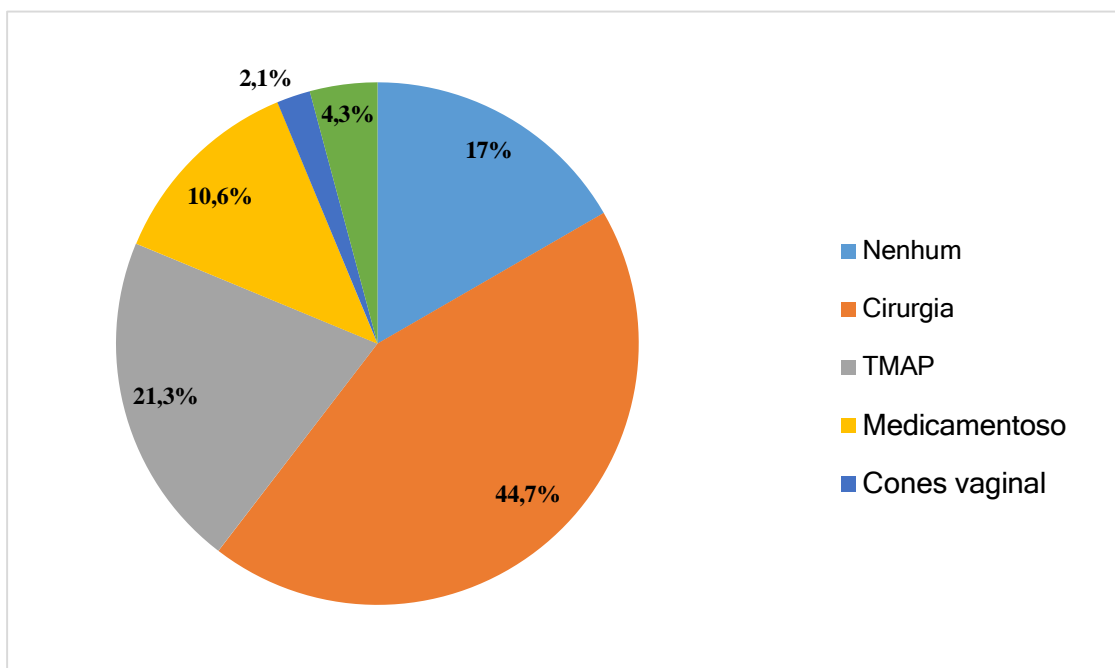
23b. Qual o tratamento que você realiza ou já realizou?

Cirurgia 21(44,7%)
TMAP 10(21.3%)
Terapia Comportamental 2(4.3%)
Cones vaginais 1(2.1%)
Medicamentos 6(10.6%)
Nenhum 8(17.0%)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Das que receberam alguma orientação: Cirurgia (44,7%, n=21) e o TMAP (21,3%, n=10) foram as mais comuns (gráfico 4), entretanto apenas 14 mulheres realizaram alguma das recomendações de tratamento.

Gráfico 4- Distribuição dos tratamentos realizados pelas mulheres com queixa de IU (n=122).

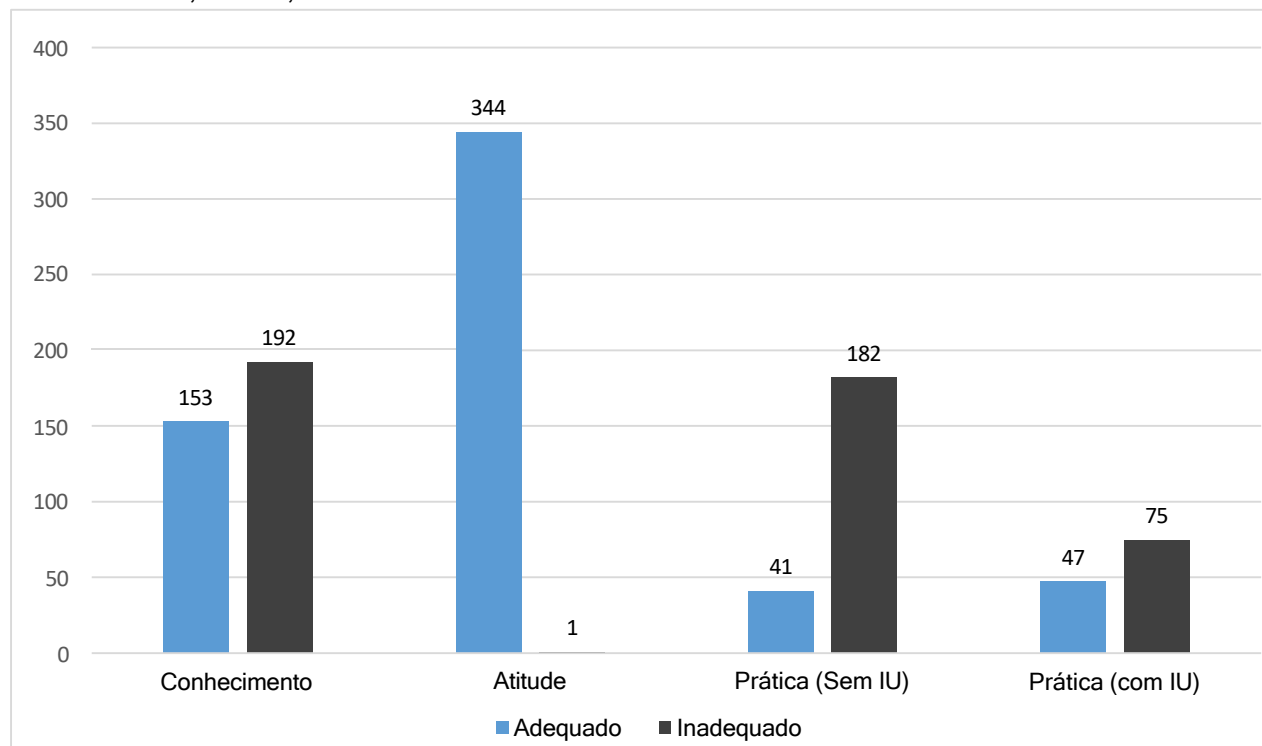


Fonte: Elaborado pela autora

Os escores de prática (questionário CAP-IU) variavam de 0 a 100 pontos, com média 32.20 ± 42.20 , sendo que do total das mulheres com queixa (n=122), apenas 47 (38.2%) foram classificadas com prática adequada de cuidados para tratamento da IU.

O gráfico 5 apresenta uma síntese dos dados do conhecimento, atitude e prática supracitados. Nos elementos conhecimento e prática, mais de 50% dos escores obtidos foram classificadas em insuficientes/inadequados, já quanto à atitude quase todas as mulheres sinalizaram uma atitude positiva acerca da IU.

Gráfico 5- Distribuição das mulheres de acordo com os critérios mínimos estabelecidos para classificação do CAP em adequado ou inadequado. São Gonçalo do Amarante- CE, Brasil,2025.



Fonte: Elaborado pela autora

4.7 FATORES RELACIONADOS AO CAP INADEQUADOS

A fim de investigar a presença de fatores relacionados ao CAP inadequados com relação à IU, os elementos do CAP foram comparados com as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Em relação ao elemento conhecimento (tabela 6), na escolaridade identificou-se que mulheres analfabetas ou com ensino fundamental completo apresentaram maior tendência ao conhecimento inadequado ($p=0,000$), enquanto as de nível superior e pós-graduação um conhecimento adequado.

Quanto à situação trabalhista, as mulheres que se declararam domésticas e aposentadas apresentaram maior chance de ter conhecimento inadequado ($p=0,000$). Já com relação a renda familiar, as que declararam uma renda menor que 1 salário mínimo, estavam mais propensas a um conhecimento inadequado, quando comparadas a mulheres com renda acima de 1 salário-mínimo ($p=0,000$).

Não foram identificados a associação entre as seguintes variáveis e o conhecimento inadequado: idade, cor, estado civil e paridade ($p>0,05$).

Tabela 6- Fatores associados ao Conhecimento inadequado. São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2025.

Variável	Conhecimento (Adequado)	Conhecimento (Inadequado)	p
Faixa Etária			0,118
18 a 38 anos	56 (36,6%)	58 (30,2%)	
39 a 68 anos	86 (56,3%)	109 (56,9%)	
69 a 98 anos	11(7,1%)	25 (12,9%)	
Cor/raça			0,123
Preta	17 (11,1%)	17(8,9%)	
Branca	24 (15,7%)	25(13,0%)	
Parda	109 (71,2%)	136 (70,8%)	
Amarela	3 (2%)	14(7,3%)	
Estado civil			0,316
Solteira	56(36,6%)	65(33,9%)	
Casada	68 (4,4%)	77(40,1%)	
Divorciada	17 (11,1%)	23(12,0%)	
Viúva	12(7,8%)	27(14,1%)	
Escolaridade			0,000
Analfabeto	6(3,9%)	17(8,9%)	
Fundamental	39 (25,5%)	73(38,0%)	
Ensino médio	66 (43,1%)	83(43,2%)	
Ensino Superior	30 (19,6%)	17(8,9%)	
Pós-graduação	12 (7,8%)	2(1,0%)	
Situação Trabalhista			0,000
Empregada	74 (48,2%)	43 (22,4%)	
Autônoma	20 (13,1%)	23(12,0%)	
Desempregada	5 (3,3%)	17(8,9%)	
Doméstica	28(18,3%)	59(30,7%)	
Aposentada	26 (17,0%)	50 (26,0%)	
Renda Familiar			0,000
<1 salário	30(19,6%)	52 (27,1%)	
1-3 salários	93 (60,8%)	135(70,3%)	
3-6 salários	25(16,3%)	5(2,6%)	
6-10 salários	5(3,3%)	0 (0%)	
ICIQ-SF	2.58±4.47	2.90±4.60	0,515

Fonte: Elaborado pela autora

Com relação ao elemento atitude, não foi possível realizar as comparações, visto que no outro grupo só havia uma pessoa.

Nenhuma das variáveis sociodemográficas e obstétricas analisadas apresentou associação com prática inadequada ($p>0,05$) (tabela 7).

Tabela 7- Fatores associados a prática inadequada. São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2025.

Variável	Prática (Adequado)	Prática (Inadequado)	p
Faixa Etária			0,847
18 a 38 anos	8(17,1%)	22(28,9%)	
39 a 68 anos	35 (74,5%)	48 (63,2%)	
69 a 98 anos	4(8,5%)	6(7,9%)	
Cor/raça			0,551
Preta	7(14,9%)	7(9,2%)	
Branca	7(14,9%)	10(13,2%)	
Parda	32(68,1%)	54(71,1%)	
Amarela	1(2,1%)	5(6,6%)	
Estado civil			0,533
Solteira	13(27,7%)	25(32,9%)	
Casada	26(55,3%)	26(34,2%)	
Divorciada	1(2,1%)	15(19,7%)	
Viúva	7(14,9%)	10(13,2%)	
Escolaridade			0,851
Analfabeto	2(4,3%)	4(5,3%)	
Fundamental	21(44,7%)	26(34,2%)	
Ensino médio	17(36,2%)	32(42,1%)	
Ensino Superior	5(10,6%)	10(13,2%)	
Pós-graduação	2(4,3%)	4(5,3%)	
Situação Trabalhista			0,823
Empregada	18(38,3%)	25(32,9%)	
Autônoma	8(17,0%)	9(11,8%)	
Desempregada	2(4,3%)	5(6,6%)	
Doméstica	11(23,4%)	21(27,6%)	
Aposentada	8(17,0%)	16(21,1%)	
Renda Familiar			0,636
<1 salário			
1-3 salários	12(25,5%)	14(18,4%)	
3-6 salários	31(66,0%)	56(73,7%)	
6-10 salários	4(8,5%)	5(6,6%)	
	0(0,0%)	1(1,3%)	
ICIQ-SF	9.00±4.70	6.78±4.17	0,007

Fonte: Elaborado pela autora

Encontrou-se diferença estatística quando comparados os escores total de conhecimento com a prática, no qual, mulheres com conhecimento adequado demonstraram maior chance de apresentar prática adequada ($p=0,014$), apontando a relação entre o nível de conhecimento da mulher com a adoção de uma prática adequada ou não.

4.8 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A avaliação da qualidade de vida (QV) foi realizada através do questionário KHQ, este instrumento foi aplicado nas mulheres que apresentavam queixas de incontinência, identificadas através do ICIQ-SF.

As médias e medianas encontradas entre os domínios foram: Percepção geral da saúde (46.14 ± 19.48 ; 50); Impacto da Incontinência (28.97 ± 29.23 ; 33,3); Limitação das atividades de vida diária (5.50 ± 11.37 ; 0); Limitação Física (7.86 ± 13.88 ; 0); Limitação social (2.14 ± 7.30 ; 0); Relacionamento pessoal (1.02 ± 5.27 ; 0); Emoções (9.18 ± 16.49 ; 0); Sono/Energia (4.96 ± 12.37 ; 0); Medidas de gravidade (9.50 ± 13.60 ; 0).

Identificou-se que as mulheres que tinham conhecimento inadequado, apresentavam pior percepção geral da saúde. Bem como, as mulheres com IU que apresentavam práticas inadequadas, apresentavam pior qualidade de vida nos domínios: impacto da incontinência, limitação física e medidas de gravidade (Tabela 8).

Tabela 8- Associação entre o CAP e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida. São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil, 2025

	PGS	II	LAD	LF	LS	RP	E	S/E	MG
	Até mediana	Até mediana	Até mediana	Até mediana	Até mediana	Até mediana	Até mediana	Até mediana	Até mediana
CONHECIMENTO									
Adequado	50 (45.5%)	39 (41.1%)	40 (41.7%)	33 (36.3%)	46 (40.4%)	19 (40.4%)	31 (35.6%)	36 (36.0%)	23 (32.9%)
Inadequado	60 (54.5%)	56 (58.9%)	56 (58.3%)	58 (63.7%)	68 (59.6%)	28 (59.6%)	56 (64.4%)	64 (64.0%)	47 (67.1%)
P valor	0,009*	0,865	0,822	0,155	0,895	0,179	0,125	0,206	0,054
ATITUDE									
Adequado	110 (100.0%)	95 (100.0%)	96 (100.0%)	91 (100.0%)	114 (100.0%)	47 (100.0%)	87 (100.0%)	100 (100.0%)	70 (100.0%)
P valor	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
PRÁTICA									
Adequado	40 (36.7%)	31 (33.3%)	14 (51.9%)	28 (33.3%)	40 (37.4%)	23 (50.0%)	30 (37.5%)	33 (36.3%)	18 (30.0%)
Inadequado	69 (63.3%)	62 (66.7%)	13 (48.1%)	56 (66.7%)	67 (62.6%)	23 (50.0%)	50 (62.5%)	58 (63.7%)	42 (70.0%)
P valor	0,144	0,023*	0,116	0,046*	0,251	1,000	0,597	0,391	0,029*

Legenda: PGS (Percepção geral da saúde); II (Impacto da incontinência); LAD (Limitação das atividades diárias); LF (limitação física); LS (Limitação social); RP (relacionamento pessoal); E (emoções); S/E (sono/energia); MG (medidas de gravidade).

Fonte: Elaborado pela autora

Ao analisar os fatores sociodemográficos, hábitos de vida, histórico ginecológico, obstétrico e clínico e os domínios afetados da qualidade de vida (Tabela 9), verificou-se uma relação entre os seguintes elementos: Quanto maior a idade, maior a chance de apresentar um impacto negativo no domínio sono/energia. Mulheres pardas estão mais propensas a um maior impacto na QV no domínio emoções.

A escolaridade esteve associada ao domínio relações pessoais, onde mulheres com apenas ensino fundamental apresentaram maiores pontuações (pior QV neste domínio). Já quanto a situação trabalhista, a percepção geral da saúde mostrou-se mais afetada nas mulheres domésticas, e as mulheres empregadas relataram maior limitação das atividades diárias e no domínio emoções. Mulheres com renda menor que um salário-mínimo demonstraram maior propensão a piores pontuações no domínio relação pessoal. Não encontramos relação estatisticamente significativa entre o estado civil e os domínios do KHQ.

Mulheres com maiores pesos apresentaram piores pontuações nos seguintes domínios: limitações de atividades diárias, limitação física, limitação social, relacionamento pessoal e sono/energia. Com relação a atividade física, as mulheres não praticantes, demonstraram pontuações mais baixas (menor impacto na QV) nos domínios impacto da incontinência, limitação física, emoções, sono/energia e medidas de gravidade. Quanto ao tipo de atividade física, as mulheres praticantes de caminhada estavam mais propensas a estarem com os domínios limitação física e medidas de gravidade afetados pela IU. Não encontramos relação estatisticamente significativa entre o tabagismo e etilismo, e os domínios do KHQ.

Quanto ao histórico ginecológico, mulheres que não realizaram histerectomia, apresentaram pontuações mais baixas (melhor QV) no domínio sono/energia. Mulheres com diagnóstico de outras doenças ginecológicas apresentaram pior QV no domínio medidas de gravidade. Não encontramos entre a paridade, via de parto, menopausa e cirurgia ginecológica (exceto histerectomia) nos domínios do KHQ.

Quanto ao histórico clínico, as mulheres com diabetes apresentaram pior qualidade de vida no domínio sono/energia. Já aquelas que queixavam-se de constipação, apresentaram maiores pontuações (pior QV) nos domínios limitações de atividades diárias e emoções. As mulheres sem doenças neurológicas apresentaram melhor percepção geral da saúde. Por fim, identificou-se que as mulheres com queixa de incontinência fecal, estavam com a maioria dos domínios da qualidade de vida afetados negativamente, exceto o domínio percepção geral da saúde e impacto da incontinência. Não encontramos relação entre hipertensão arterial e pneumopatia, e os domínios do KHQ.

Tabela 9- Associação entre o impacto negativo na qualidade de vida e os fatores sociodemográficos, hábitos de vida, histórico ginecológico, obstétrico e clínico. São Gonçalo do Amarante-CE, Brasil,2025.

	PGS	II	LAD	LF	LS	RP	E	S/E	MG
Idade	0,332	0,149	0,141	0,157	0,154	0,806	0,096	0,016	0,186
Cor/raça	0,841	0,420	0,212	0,157	0,278	0,821	0,012	0,702	0,162
Estado civil	0,143	0,427	0,221	0,589	0,751	0,912	0,452	0,829	0,743
Escolaridade	0,528	0,069	0,444	0,154	0,396	0,008	0,376	0,246	0,075
Situação trabalhista	0,034	0,165	0,019	0,141	0,597	0,510	0,049	0,804	0,547
Renda familiar	0,133	0,262	0,310	0,057	0,220	0,028	0,458	0,583	0,266
Peso	0,325	0,475	0,029	0,001	0,000	0,011	0,349	0,005	0,052
Atividade física	0,049	0,001	0,078	0,031	0,996	0,411	0,009	0,047	0,000
Tipo de atividade física	0,395	0,676	0,159	0,003	0,903	1,000	0,384	0,532	0,003
Tabagismo	0,547	0,341	0,344	0,270	0,554	1,000	0,235	0,390	0,210
Etilismo	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Paridade	0,549	0,345	0,833	0,638	0,938	0,343	0,945	0,436	0,862
Via de parto	0,228	0,769	0,586	0,320	0,604	0,789	0,908	0,165	0,583
Histerectomia	0,448	0,598	0,247	0,629	0,905	0,556	0,072	0,009	0,281
Menopausa	0,432	0,311	0,337	0,864	0,169	0,141	0,083	0,275	0,570
Doença ginecológica	0,812	0,803	0,900	0,094	0,170	0,508	0,199	0,200	0,046
Cirurgia ginecológica	0,965	0,396	0,681	0,636	0,204	0,642	0,922	0,324	0,436
Diabetes	0,244	0,145	0,704	0,974	0,853	0,386	0,398	0,013	0,834
Hipertensão	0,790	0,722	0,364	0,685	0,300	0,338	0,662	0,470	0,787
Doença neurológica	0,003	0,586	0,588	0,528	0,735	0,835	0,496	0,623	0,378
Constipação	0,518	0,085	0,034	0,310	0,213	0,544	0,001	0,115	0,205
Pneumopatia	0,730	0,064	0,588	0,528	0,735	1,000	0,139	0,623	0,253
Incontinência fecal	0,433	0,043	0,002	0,000	0,000	0,001	0,001	0,000	0,009

Legenda: PGS (Percepção geral da saúde); II (Impacto da incontinência); LAD (Limitação das atividades diárias); LF (limitação física); LS (Limitação social); RP (relacionamento pessoal); E (emoções); S/E (sono/energia); MG (medidas de gravidade).

Fonte: Dados da pesquisa

5.DISSCUSSÃO

Por meio de autorrelato feito através do questionário validado (ICIQ-SF), foi avaliada a prevalência de IU na população de mulheres usuárias da Atenção primária, onde a prevalência identificada de 35,3% foi similar a outros estudos epidemiológicos, como o estudo de Oriá et al., (2018), também desenvolvido com mulheres maiores de 18 anos, usuárias de um serviço público, em uma cidade do estado Ceará no Brasil, no qual encontrou 37,5%. Assim como, em estudo desenvolvido com 784 mulheres brasileiras nesta mesma faixa etária, onde identificou-se uma prevalência de 30,7% (SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013).

Apesar disso, é bastante comum uma ampla variação na prevalência da IU em mulheres nos estudos, isto pode ser atribuído à heterogeneidade de diferentes populações de estudo, aos procedimentos de amostragem, idade populacional abrangida, e instrumentos de pesquisa. Estudos populacionais de vários países relataram que a prevalência de IU variou de aproximadamente 5% a 70%, sendo a faixa de prevalência mais comum de 25–45% (MILSON; GYHAGEN, 2018).

Corroborando com o achado do nosso estudo, outros estudos também apontaram a IU de esforço como o subtipo mais comum, sendo o pico da sua prevalência aos 50 anos e depois com tendência a diminuir, com o aumento da IU mista em mulheres de idade avançada (acima dos 60 anos). Quanto à gravidade, quadros mais leves foram mais prevalentes nas faixas etárias mais jovens, e a gravidade moderada mais prevalente após os 50 anos (MINASSIAN; BAZI; STEWART, 2017; MILSON; GYHAGEN, 2018).

A maior prevalência na população feminina é explicada pela anatomia pélvica, pelo índice de fragilidade dos músculos do assoalho pélvico (MAPs) e nas modificações da capacidade vesical decorrentes do envelhecimento, paridade e traumas pélvicos. Quanto aos fatores de risco adicionais, o estudo de Akkus e Pinar (2015) cita: Episiotomia, partos vaginais, menopausa, doenças neurológicas, diabetes, hipertensão, tabagismo, consumo de cafeína, cirurgias pélvicas e abdominais, obesidade e constipação.

Um grande estudo norueguês, encontrou a associação do IMC, alteração de peso e paridade, como influentes nas taxas de probabilidade de incidência e remissão da IU (EBBESEN et al., 2013). Entretanto, nosso estudo não encontrou associação com

tabagismo, paridade, diabetes, hipertensão ou constipação, apenas com cirurgias pélvicas/histerectomia, idade, menopausa e mioma.

Apesar do nosso estudo não ter encontrado associação da IU com a constipação ($p=0,33$), é relevante o achado que 20,9% ($n=72$) das voluntárias referiram a presença dos sintomas de constipação, e que apenas 7% ($n=24$) reconheceu a prevenção da constipação também como medida preventiva para a IU. Isso reforça a importância das mulheres procurarem tratamento para aliviar a constipação e conseqüentemente reduzir a chance de desenvolver IU, já que segundo os resultados da metanálise desenvolvida por Lian et al (2019) a constipação foi significativamente associada ao risco de IU.

Semelhante aos nossos achados, em um estudo recente de base populacional desenvolvido com mulheres americanas, a IU não foi associada a diabetes, nível de escolaridade, tabagismo e nível de atividade física (PATEL et al,2022).

Diferindo do nosso estudo, Sacomori et al. (2013) encontrou associação entre IU e algumas variáveis sociodemográficas. Dentre os quais estavam: faixa etária, renda por pessoa na família (até 1 salário mínimo), escolaridade (ensino fundamental completo/incompleto) e etnia. Entretanto, nossos dados apontaram uma associação com a faixa etária (menor prevalência em mulheres mais jovens, idade entre 18 e 38 anos). Já acerca dos elementos CAP, identificou-se que a escolaridade e renda familiar mais baixas favoreciam um conhecimento inadequado.

Segundo Vuuren et al. (2021) o baixo nível de escolaridade pode estar relacionado à falta de procura por serviço médico entre mulheres com sintomas de IU, devido à carência de informações e essa patologia ser considerada comum durante o processo natural de envelhecimento.

Um estudo que avaliou o conhecimento sobre IU com mulheres trabalhadoras de baixa renda, identificou que 46,3% nunca tinham ouvido falar de incontinência urinária antes, e mais da metade (66,1%) não sabia da existência de tratamento médico. Todas as mulheres entrevistadas desconheciam a existência de tratamento fisioterapêutico (ZAGO et. al., 2017). Já no nosso estudo, a maioria das participantes (99,7%, $n=344$) reconheceu a IU como um problema de saúde e que pode ocorrer em alguma fase da vida, e quanto as opções de tratamento, 98,5% ($n=338$) acredita existir, porém 31,9% ($n=110$) desconhecem as opções disponíveis.

Nossa pesquisa demonstra um dado preocupante, no qual mais da metade das mulheres considera a IU normal na gestação, sendo que destas, a maioria apresentava essa queixa, e que 22,3% desconhecia os fatores de risco desta doença. Semelhante

aos nossos achados, um estudo com gestantes brasileiras que também investigava o CAP acerca da IU de Ribeiro et al. (2023), identificou que 57,2% de sua amostra considerava normal a perda urinária durante a gestação e mais da metade (55,7%) não sabia citar nenhum fator de risco para a ocorrência da IU.

No nosso estudo, em relação a atitude, a maioria referiu se sentir muito à vontade para reportar a queixa de IU, caso a tivessem, ao profissional de saúde (90,7%, n=313), inclusive 84% trariam a queixa mesmo sendo um profissional do sexo masculino. Bem como 95,3% (n= 328) consideraram a busca por tratamento importante mesmo em casos de pequenas perdas. Semelhante aos achados de Coelho (2024), onde a maioria das participantes apresentou atitude adequada, ao afirmarem que procuraria assistência profissional para evitar a perda de urina, independente da gravidade da incontinência urinária.

Já o estudo de Fakari et. al (2023) encontrou que os preditores que influenciam o comportamento de busca por cuidados para a IU são as variáveis: vergonha, barreiras ao cuidado, apoio social, qualidade de vida e idade. Além disso, houve uma relação direta entre a busca de ajuda e a variável qualidade de vida. O estudo ressalta a vergonha como o principal fator de influência em mulheres que buscam ajuda para tratamento de IU nesta sociedade, podendo ser explicado esse papel inibidor da vergonha pelo sentimento de julgamento (por outros ou cuidadores) ou vergonha física (do exame, especialmente por um profissional do sexo masculino), o que pode relacionar-se com as crenças sociais, essa falta de busca por diagnóstico e tratamento, e o não relato dessa queixa para familiares.

O estudo de Cardoso et. al (2018) identificou um conhecimento e prática inadequados em relação a prevenção e tratamento da IU, embora a maioria das atletas de seu estudo tenha respondido corretamente que os MAPs mais fortes podem prevenir a IU e que existem exercícios de fortalecimento específicos para esta musculatura. Nosso estudo identificou que quanto aos fatores causais a IU não foi associada à fraqueza do assoalho pélvico por 79,4% das mulheres, e que 74,2% e 74,8% não reconhecia o fortalecimento do assoalho pélvico como prevenção e tratamento para IU, respectivamente.

O estudo de coorte desenvolvido por Blomquist et. al. (2019), com 1.143 participantes, identificou que a fraqueza do assoalho pélvico está associada à incidência cumulativa de IUE entre mulheres que tiveram pelo menos um parto vaginal até 2 décadas após o parto. Por isso, recomenda-se o uso do treinamento muscular do

assoalho pélvico (TMAP) como primeira linha de tratamento conservador para mulheres com IUE, IUU ou IUM (PRICE; DAWOOD; JACKSON, 2010).

O estudo de Coelho (2024) que analisou o CAP em 256 mulheres praticantes de atividade física, encontrou que mesmo a maioria das entrevistadas apresentando conhecimento e atitude adequados, no que concerne à prática, esta mostrou-se inadequada para realização de ações preventivas e de tratamento por acharem desnecessário e por não perderem urina com frequência. Dados que corroboram com nossos achados acerca da prática, onde nas mulheres sem queixas de IU, a maioria nunca perguntou a algum profissional o que fazer para prevenir a IU (92,8%) e 83,3% nunca fizeram algo para preveni-la, e das que apresentavam a queixa de incontinência, apenas 39% buscaram ajuda para tratar.

Nosso estudo demonstrou que das 39% (n=48) das mulheres que buscaram ajuda profissional para IU, 17% não receberam orientação acerca de tratamento e para 44,7% foi apresentado apenas o tratamento cirúrgico. Achado que corrobora com Silva & Lopes (2007) que encontrou em seu estudo que alguns médicos quando questionados sobre opções de tratamento para IU orientaram que não era necessário, e quando orientado, a cirurgia era a principal opção de tratamento. Demonstrando assim, a necessidade de capacitações e atualização dos profissionais de saúde quanto ao cuidado de mulheres com IU, incluindo formas não cirúrgicas de tratamento que podem ser usadas dentro do sistema de atenção primária, como o farmacológico, TMAP e comportamental (SILVA; LOPES, 2007).

Dentre as práticas das mulheres com a queixa de incontinência, a mais orientada pelos profissionais foi o tratamento cirúrgico, como também a mais realizada pelas participantes. Em uma metanálise sobre os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para IU em mulheres, as evidências demonstraram apoiar o uso da maioria das abordagens não farmacológicas, farmacológicas e combinadas, em vez de nenhuma intervenção, bem como, incentivaram a tentativa de tratamento conservador antes de terapias mais invasivas, como a cirurgia (BALK et al.2019).

Tem se discutido a contribuição do profissional de saúde em nível de atenção primária à saúde para o rastreio precoce da IU, em que, por se tratar de uma condição controlável, precisa ser questionada como parte importante da avaliação básica de saúde, mesmo que a busca por tratamento não esteja relacionado à IU. Para Vuuren et al (2021) é necessário haver maior preparo dos profissionais da saúde para abordar

esses temas, bem como a disponibilização de alternativas terapêuticas para essa patologia neste nível de atenção.

Ao visarmos a promoção de mudanças comportamentais, são necessárias ações educativas que promovam a reflexão e ofereçam esclarecimentos sobre a IU, seu impacto na QV, seu manejo e tratamento para a população em geral e também para os profissionais de saúde, para que possam prestar cuidados adequados aqueles que procuram ajuda (SILVA; LOPES, 2007).

Nossos resultados demonstraram que as mulheres com IU têm uma pior percepção geral da saúde e que quase todos os domínios do questionário KHQ foram afetados negativamente, o que aponta para o impacto negativo da IU na QV. No estudo de Cardoso et al. (2018) as mulheres atletas com IU relataram apenas um leve impacto na QV, porém a maioria relatava uma perda em pequena quantidade e menor frequência, o que pode justificar esta percepção, visto que a gravidade dos sintomas, e não o subtipo, é o fator preditor mais importante para uma pior QV (SABOIA et al., 2017).

Para Senra & Pereira (2015) mesmo pequenas quantidades de perdas urinárias estão associadas a uma piora na QV, e que a gravidade da IU pode levar as mulheres a sentimentos de ansiedade, irritabilidade e maior necessidade de expressão de emoções.

O estudo de Krhut et. al. (2018), trouxe um achado interessante ao demonstrar que mesmo quantidades pequenas de perda urinária estão associadas a piora da QV, indicando que o impacto na QV é mais qualitativo entre apresentar ou não IU, do que quantitativo (a incontinência mais grave não é linearmente correlacionada com um impacto negativo maior na QV), reforçando então, que a busca por tratamento adequado deve ser realizada em qualquer grau de incontinência.

Quando analisado o impacto da incontinência na QV por tipo de incontinência urinária, o estudo de Tian et al. (2024) encontrou uma maior gravidade em mulheres com IU de urgência e mista, com menor impacto da incontinência de esforço. Observou-se também, proporções variadas entre pacientes com diferentes gravidades de IU: a IU de esforço foi maior em casos leves, e a IU mista foi maior em casos moderados ou grave. A IU mista teve efeito mais prejudicial na função sexual.

Um estudo de coorte incluindo 1004 mulheres desenvolvido por Furuyama et al (2024) identificou que a vulnerabilidade social em nível comunitário está associada a uma maior gravidade da IU e pior qualidade de vida, onde um dos possíveis mecanismos apontados foi em decorrência ao estresse psicossocial. Achado semelhante a outros estudos que demonstraram associações entre determinantes sociais individuais da saúde, incluindo status socioeconômico, acesso a alimentos e raça na bexiga hiperativa

e uma pior qualidade de vida associada a IU (ZWASCHKA et al. 2022; SEBESTA et al. 2022).

Nosso estudo teve como diferencial incluir mulheres mais jovens (acima de 18 anos) e demonstrou IU nessas participantes, mesmo que em menor proporção. Esse achado é indicativo de que os sintomas podem surgir precocemente, não se restringindo a mulheres longevas, desse modo, é possível a atuação preventiva de forma precoce incluindo as várias faixas etárias.

O presente estudo também se destaca pelo tamanho amostral e por abranger a análise dos elementos CAP (Conhecimento, Atitude, Prática) acerca da IU em um grupo de mulheres que procuram o serviço de Atenção Primária espontaneamente com foco em outras demandas de saúde, onde os estudos neste nível de atenção à saúde são escassos e que a maioria ocorre em serviços especializados como ambulatórios e hospitais, em que as voluntárias já apresentam diagnósticos de doenças do trato urinário inferior.

Cabe ressaltar a elevada prevalência de IU nesse grupo, mesmo o motivo da busca nas UAPS não estando com foco em tratar essa patologia, e sim outros serviços, sugerindo um número significativo de mulheres com IU subnotificadas, que além de não receberem os diagnósticos, não obtém tratamento precoce. Por outro lado, esse estudo demonstra que esse serviço de atenção à saúde, pode ser um pilar de baixo custo para melhorias no rastreio, diagnóstico precoce, incentivo a medidas de prevenção primária e secundária direcionadas à IU, principalmente com mulheres em situação de vulnerabilidade que acessam o SUS.

Nossos achados apontam que fatores sociodemográficos podem influenciar em um CAP inadequado, como menor escolaridade e renda, domésticas e/ou aposentadas, que em sua grande maioria, são as principais utilizadoras das UAPS, e que apresentam condições de vulnerabilidade que podem favorecer o processo de adoecimento, também estão mais suscetíveis ao desconhecimento acerca da IU, e na busca por cuidado, o que acaba favorecendo uma desassistência a esta usuária, principalmente quando a equipe que compõe esse serviço não apresenta capacitação adequada para seu rastreio e manejo.

Outro fator que influencia na busca ou não por tratamento são as barreiras de acesso ao cuidado, como uma estrutura fragilizada e insatisfatória de prestação de serviços para diagnóstico e tratamento (FAKARI et. al, 2023), ou seja, ao melhorar a assistência ofertada ao pacientes de IU, é possível promover melhores resultados e uma maior busca por esse serviço, da mesma forma, quando o paciente se depara com um serviço de baixa qualidade, com excesso de encaminhamentos e pouca resolutividade, isso pode acarretar no uso de estratégias de autogestão, ao invés de aderir a tratamentos efetivos.

Alertando assim, acerca da necessidade de promover capacitações técnicas, incorporação de instrumentos avaliativos, e mudanças na avaliação geral da saúde nas UAPS. Bem como, um incentivo para maior realização de educações em saúde (tecnologia leve e de baixo custo) tanto coletivos como individuais com o foco na IU, para buscar reduzir o desconhecimento da população, e incentivar a adoção de medidas preventivas nas AVDs.

Uma limitação do nosso estudo foi não apresentar o IMC, pois a maioria das participantes não soube informar sua altura, e não havia ambiente adequado para sua mensuração, não sendo possível seu cálculo, mas destaca-se que essa medida compõe um dos fatores de risco para a IU.

A partir dos nossos achados, identifica-se uma escassez de estudos na atenção primária à saúde, por isso, sugere-se outros estudos mais robustos neste nível de atenção, bem como, que identifiquem o efeito de intervenções educativas no CAP sobre IU dessa população.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Quanto às limitações deste estudo, a amostra foi selecionada por conveniência podendo ocasionar um viés de seleção, uma vez que a vontade das participantes em se envolverem no estudo, pode ter sido influenciada pelos sintomas que estavam experimentando no momento.

Outra limitação diz respeito à utilização do inquérito CAP, que, apesar de ser um questionário validado no português e abranger amplamente a incontinência urinária, seu processo de validação, no que concerne ao conteúdo e a semântica, foi realizado com gestantes.

7. CONCLUSÃO

A realização deste estudo, permitiu identificar uma prevalência alta de incontinência urinária em mulheres, principalmente com faixa etária entre 39 e 68 anos e em condições de maior vulnerabilidade social.

Nosso estudo demonstrou, que apesar das participantes já terem ouvido falar desta patologia, o conhecimento geral ainda é inadequado e a maioria das mulheres normalizava a incontinência durante a gestação, desconhecia suas causas, formas de prevenção e tratamentos disponíveis.

A atitude foi o aspecto melhor avaliado, poucas barreiras que impediriam a busca por cuidados profissionais foram identificadas, demonstrando que, talvez se fosse realizado na atenção primária uma investigação dos sintomas de IU, essas mulheres poderiam estar dispostas a relatar a queixa e até mesmo adotar medidas de prevenção ou tratamento.

Infelizmente, também identificamos que o elemento prática também foi classificado como inadequado para maioria das mulheres, e entre aquelas que já buscaram ajuda profissional, a minoria recebeu orientações adequadas e quando orientadas, os métodos de tratamento invasivos eram os mais indicados.

Esses resultados demonstram a necessidade de uma maior abordagem desse assunto dentro da atenção primária à saúde, através da realização de educações em saúde em vários espaços do território em atividades coletivas ou individuais, sobre os fatores de risco e suas medidas preventivas, bem como, a importante função do assoalho pélvico e seu treinamento para prevenção e tratamento da IU, e orientações sobre os tratamentos disponíveis na rede assistencial, de forma a ampliar o conhecimento de mulheres e favorecer a adoção de comportamentos adequados de saúde.

Essa pesquisa demonstrou que o instrumento CAP é uma ferramenta útil para avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de mulheres na IU e para contribuir em mudanças assistenciais futuras.

8. PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Como resultados da presente pesquisa apresentamos nessa dissertação um artigo científico, um resumo publicado em anais e um produto técnico:

Artigo 1. Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de usuárias da atenção primária sobre a incontinência urinária: estudo transversal.

Resumo publicado. Assessment of the Brazilian Women's Knowledge, Users of Primary Health Care, about Urinary Incontinence

Produto técnico-científico. Cartilha de orientações sobre a Incontinência urinária

ARTIGO CIENTÍFICO

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ESTUDO TRANSVERSAL

Ana Karine Alves Maia¹, José Ananias Vasconcelos Neto²

RESUMO

Objetivos: Avaliar o CAP em usuárias do serviço de atenção primária à saúde (UAPS) acerca da Incontinência Urinária (IU). **Métodos:** Estudo observacional de corte transversal, conduzida em uma cidade do interior do Nordeste, entre maio e novembro de 2023, envolvendo mulheres com idade acima de 18 anos, que aguardavam atendimento nas UAPS. Os dados foram coletados em entrevistas presenciais, por meio de formulário eletrônico contendo os seguintes instrumentos, um questionário com dados sociodemográficos, obstétricos e clínicos, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form* (ICIQ-SF) para avaliar as perdas urinárias e sua gravidade, o *King's Health Questionnaire* (KHQ) para avaliação da Qualidade de vida, e o CAP-IU para o Conhecimento, Atitude e Prática acerca da IU. **Resultados:** 345 mulheres participaram do estudo, com média entre as idades de 47.43±15.94, sendo 71% parda, 42% casadas, 43,2% apresentavam ensino médio completo, 55,4% era multípara, destas 50,1% tiveram parto vaginal. A prevalência de IU foi de 35,3%, com subtipo mais comum incontinência de esforço (IUE) 87,2%, com frequência mínima de perdas uma vez por semana ou menos (22,7%), e em pequena quantidade (29,3%). Em relação ao CAP, a maioria apresentou conhecimento (55,7%) e prática tanto para prevenir (81,4%) como para tratar (61,8%) inadequados. A maioria reconheceu a IU como um problema (99,7%), porém 22,3% não soube citar qualquer fator de risco para IU, e, mais da metade não soube citar alguma opção de prevenção (55,7%). Quanto ao tratamento, 31,9% desconheciam as opções disponíveis. Dentre aquelas que apresentavam IU apenas 21(21,2%) buscaram ajuda profissional e apenas 14 realizaram algum tratamento. Apesar disso, a atitude foi avaliada como adequada para maioria das mulheres (99,7%). A escolaridade baixa, renda menor que 1 salário mínimo, ser doméstica ou aposentada, estiveram associadas a conhecimento inadequado ($p < 0,05$) e no elemento prática nenhuma das variáveis sociodemográficas e obstétricas apresentou associação. Conclui-se então, que o conhecimento sobre as causas, formas de prevenção e tratamento para IU são insuficientes e interferem na prática para gerenciar essa condição, fomentando a necessidade da elaboração de intervenções direcionadas à essa população dentro das UAPS e focadas, especialmente, nos fatores estão associados ao CAP inadequados.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência urinária. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Qualidade de vida.

1 Universidade Federal Do Ceará - Faculdade de Medicina - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança — Fortaleza — Ceará - Brasil.

Autor correspondente - Email: karine14maia@outlook.com

ABSTRACT

Objectives: To assess Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) regarding urinary incontinence (UI) among users of primary healthcare services (PHC). **Methods:** A cross-sectional observational study conducted in a city in the Brazilian Northeast between May and November 2023. The study involved women aged over 18 years waiting for appointments at PHC units. Data were collected through face-to-face interviews using an electronic form that included a questionnaire on sociodemographic, obstetric, and clinical data; the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) to evaluate urinary leakage and severity; the King's Health Questionnaire (KHQ) for quality of life assessment; and the KAP-UI for knowledge, attitudes, and practices regarding UI. **Results:** The study included 345 women with a mean age of 47.43±15.94 years. Most participants were mixed-race (71%), married (42%), and had completed high school (43.2%). A majority (55.4%) were multiparous, with 50.1% having had vaginal deliveries. The prevalence of UI was 35.3%, with stress incontinence (SUI) being the most common subtype (87.2%), characterized by minimal leakage frequency (once a week or less, 22.7%) and in small quantities (29.3%). Regarding KAP, most participants demonstrated inadequate knowledge (55.7%) and practices for both prevention (81.4%) and treatment (61.8%). While nearly all participants recognized UI as a problem (99.7%), 22.3% could not identify any risk factor for UI, and over half could not cite any prevention strategy (55.7%). Regarding treatment, 31.9% were unaware of available options. Among those with UI, only 21 (21.2%) sought professional help, and only 14 underwent any treatment. Nevertheless, attitudes were deemed adequate for most women (99.7%). Low education, income below one minimum wage, and being a homemaker or retired were associated with inadequate knowledge ($p<0.05$). However, no sociodemographic or obstetric variable was associated with practices. **Conclusion:** Knowledge regarding the causes, prevention, and treatment of UI is insufficient, impacting practices for managing the condition. This underscores the need for targeted interventions within PHC units, particularly addressing factors associated with inadequate KAP.

KEYWORDS: Urinary incontinence. Knowledge, Attitudes, and Practices in Health. Quality of life.

INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society – ICS*) como a queixa da perda involuntária de urina¹. Os estudos epidemiológicos abordam uma prevalência, independente da classificação do tipo de IU, na faixa de 25 a 45%².

Dentre os fatores de risco comprovados pela literatura para a IU, têm-se a idade, paridade, parto instrumental, índice de massa corporal (IMC), alteração de peso, menopausa e diabetes³. Como fator agravante, o impacto negativo sobre a qualidade de vida está cada vez mais bem elucidado na literatura, por isso, mesmo não sendo uma condição fatal, a mesma pode resultar em grandes despesas para o serviço de saúde, tornando-se assim, um problema de saúde pública^{4,5}.

Apesar de uma prevalência elevada, mulheres com IU apresentam baixas taxas de procura por cuidados médicos, desconhecimento sobre os tratamentos disponíveis e baixa adesão, e muitas vezes, ainda consideram como uma “condição natural” do processo de envelhecimento ou pós-gestacional⁶.

A IU acarreta em um declínio na qualidade vida pessoal, social e profissional, pois estas mulheres são submetidas a altos níveis de estresse, constrangimentos e desconfortos, o que resulta muitas vezes em baixa autoestima, deterioração do humor e a sensação de desamparo ⁷.

Geralmente, o motivo inicial de busca pelo serviço de saúde não é a IU, muitas vezes, só se tornando a queixa principal em condições de maior gravidade da incontinência e já com maior impacto na qualidade de vida. Esses diferentes impactos na saúde feminina, são ainda agravados pelas atitudes negativas, que muitas vezes, resultam não só na baixa procura por tratamento, como também em pouca adesão em atividades preventivas e de promoção da saúde ⁸.

A baixa procura de atendimento para IU, pode estar associada com as seguintes variáveis: falta de conhecimento sobre a existência de tratamento e gerenciamento desta condição, estigmas e constrangimento que podem impedi-las de relatar os sintomas, e a minimizar o seu problema⁹. Além disso, alguns estudos demonstram que o baixo suporte social influencia na busca ou não por tratamento, visto que mulheres que discutem a IU com amigos ou parentes próximos estão mais propensas a buscar auxílio profissional ^{10,11}.

Consequentemente, a IU torna-se assim, um problema emergente, não somente pelo seu impacto na saúde, como também, nos recursos de saúde (como taxas de insucessos de procedimentos e aumentos dos custos). Concomitantemente, os dados dos países em desenvolvimento ainda são escassos, acerca da prevalência, incidência e outros dados epidemiológicos ¹².

Visando compreender tais comportamentos, os estudos utilizando a metodologia CAP estão em crescente uso nas pesquisas em saúde. Esta metodologia de investigação objetiva compreender o que um determinado grupo populacional sabe, pensa e faz em relação a um determinado assunto ¹³.

É essencial que mulheres que acessam os serviços públicos de saúde compreendam as disfunções do assoalho pélvico, sendo uma das principais a IU, e adotem práticas preventivas. Contudo a maioria dos estudos que avaliaram o CAP em relação a IU, foram realizados em países desenvolvidos, em mulheres grávidas ou com profissionais de saúde, apontando para a necessidade de estudos que considerem as particularidades sociodemográficas e de saúde pública das populações mais vulneráveis dos países em desenvolvimento como o Brasil, e que utilizam o serviço da APS. Demonstrando assim, lacunas que precisam ser preenchidas através de novos estudos, a fim de conhecer o perfil comportamental desta população e melhorar a assistência prestada.

Avaliar o CAP em usuárias no nível da APS permitirá uma melhor compreensão de como essa população pensa e age diante dessa condição, visto a escassez de estudos neste nível de atenção sobre a IU, e o mesmo ser a porta de entrada da rede de atenção à saúde com alta capacidade de resolutividade. Tornando-se assim, o passo inicial para direcionar a construção de intervenções voltadas às necessidades desse público. Por isso, esse estudo visa investigar o CAP em mulheres sobre a IU na atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, utilizando a metodologia de investigação CAP. A metodologia quantitativa foi empregada através da análise estatística dos dados

coletados com a utilização de questionários validados com perguntas fechadas e abertas, sendo estes: CAP-IU (Escala de Conhecimento, Atitude e Prática de Gestantes relacionada a IU), o ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form) para avaliar a perda urinária e sua gravidade, e o Kings Heath (King's Health Questionnaire) para avaliar a presença de sintomas relativos à IU e seu impacto na qualidade de vida. Por fim, um questionário sociodemográfico de autoria dos pesquisadores.

A população do estudo contemplou mulheres assistidas pelas 23 Unidades de Atenção Primária em Saúde, na cidade de São Gonçalo do Amarante, no Ceará, Brasil. Foram incluídas no estudo: mulheres com idade acima de 18 anos, e excluídas aquelas que apresentavam sintomas de infecção urinária, as que apresentavam algum déficit cognitivo que impossibilitasse responder ou concluir todos os questionários.

A coleta foi realizada após aprovação comitê de ética da Universidade Federal do Ceará (UFC), CAAE: 67672923.0.0000.505, seguindo os princípios éticos da Resolução 466/2012, no período de maio a novembro de 2023, em entrevistas presenciais, com uso dos questionários no *google forms*.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise estatística dos dados coletados, os dados contínuos foram testados quanto à normalidade por meio do teste Shapiro Wilk, para a determinação de testes paramétricos ou não-paramétricos. Para a comparação entre a IU e o CAP foram utilizados os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, para variáveis categóricas. E os testes *t de Student* pareado ou teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas. Foi adotado um nível de significância para $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 345 mulheres, com idades entre 18 e 98 anos (Md:47.43±15.94), 71% referiu-se como parda, 42% das voluntárias eram casadas, 43,2% apresentava ensino médio completo, 46,4% estavam exercendo atividade remunerada (empregada/autônoma), a renda média familiar mais prevalente com 66,1% foi de 1 a 3 salários.

Quanto ao histórico ginecológico e obstétrico, 55,4% era multípara com 1 a 3 gestações, e do histórico de doenças ginecológicas (exceto IU), a mais prevalente foi mioma com 21 mulheres (51,2%) e 31,9% já haviam realizado alguma cirurgia ginecológica, dentre as quais estavam laqueadura (40,3%), histerectomia (22,7%) e perineoplastia (21%).

Identificamos uma prevalência de 35,3% (n=122) de voluntárias com IU através do questionário ICIQ-SF, com subtipo mais comum a IUE. Em relação às situações de perda de urina, as ocorrências mais comuns foram durante tosse ou espirro (29,9%), durante atividade física (6,1%) e antes de chegar ao banheiro (5,5%).

Quanto à frequência da perda de urina (ICIQ-SF), 22,3% (n=77) referiam perdê-la uma vez por semana ou menos e no que se refere à quantidade das perdas, a maioria das participantes mencionou ser em pequena quantidade (102 mulheres, 29,3%).

Dentre os principais fatores de risco identificados estão: idade ($p=0,042$), menopausa ($p=0,016$), cirurgias ginecológicas ($p=0,028$), histerectomia (0,009), mioma ($p=0,041$). Nossos dados também demonstraram que pacientes que relataram incontinência fecal estavam mais propensas a apresentar a queixa de IU ($p=0,002$).

A avaliação do conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca da IU foi realizada através da Escala de Firmiano. O conhecimento foi avaliado por meio de 10 perguntas que englobam aspectos relacionados a sintomas, fatores de risco, severidade IU, formas de prevenção e tratamento da IU.

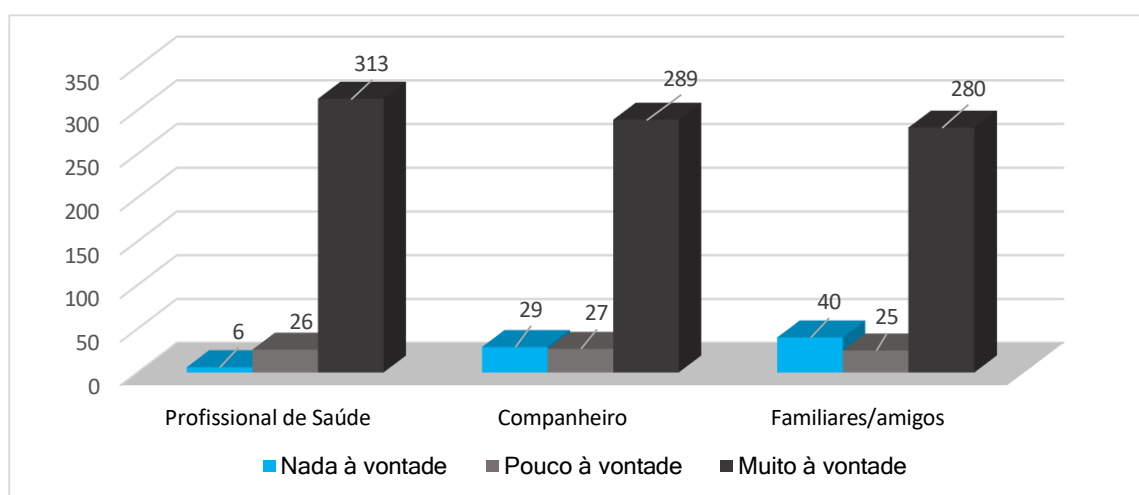
A maioria das participantes (99,7%, n=344) reconheceu a IU como um problema de saúde. Entretanto, mais da metade das mulheres (55,4%, n=191) considerou ser normal a ocorrência de perda urinária durante a gestação. 22,3% (n=77) não soube citar qualquer fator de risco para IU, e dentre as que citaram algum, o prolapso de órgãos pélvicos (POP/bexiga baixa) foi o mais referido (48,1%, n=166), seguido por gravidez / parto / parto instrumental (22,9%, n=79). Apenas 20,6%(n=71) consideraram a disfunção do assoalho pélvico como fator de risco para IU.

Apesar de 90,7% (n=313) acreditar que existe alguma forma de prevenção, mais da metade não soube citar alguma opção (55,7%, n=192), do mesmo do modo, ocorreu com as opções de tratamento, em que 98,5% (n=338) acredita existir, porém 31,9% (n=110) desconhecem as opções disponíveis. O escore de Conhecimento (questionário CAP-IU) variava de 20 a 100 pontos, com uma média de 74.52 ± 23.14 pontos. Do total de 345 das mulheres, apenas 44.3% (n=153) possuíam o conhecimento elencado nesse estudo como mínimo para ser considerado adequado.

No elemento atitude foram analisados: atitude para busca de cuidados de prevenção, tratamento e enfrentamento/busca por apoio. A maioria referiu se sentir muito à vontade para reportar a queixa de IU, caso a tivessem, ao profissional de saúde (90,7%, n=313), inclusive 84% traria a queixa mesmo sendo um profissional do sexo masculino. Bem como, se sentiria à vontade para conversar com seu companheiro e/ou familiar sobre essa queixa, 83,8% e 81,2% respectivamente.

A maioria 94,5% (n=325) das participantes reconheceram a importância da busca por ajuda profissional antes mesmo de apresentarem a queixa de IU. Bem como, 95,3% (n= 328) considerou a busca por tratamento importante mesmo em casos de pequenas perdas e todas (n=343) em caso de grande perda urinária.

Gráfico 2- Distribuição das mulheres (n=345) de acordo com o quanto sentem-se à vontade para falar sobre a perda de urina com profissional da saúde, companheiro e familiares/amigos.



Fonte: Dados da pesquisa

No elemento atitude, os escores variaram de 0 a 100 pontos, com média entre 96.99 ± 4.75 , do total de entrevistadas, 99,7% (n=344) das participantes foram classificadas com atitude adequada.

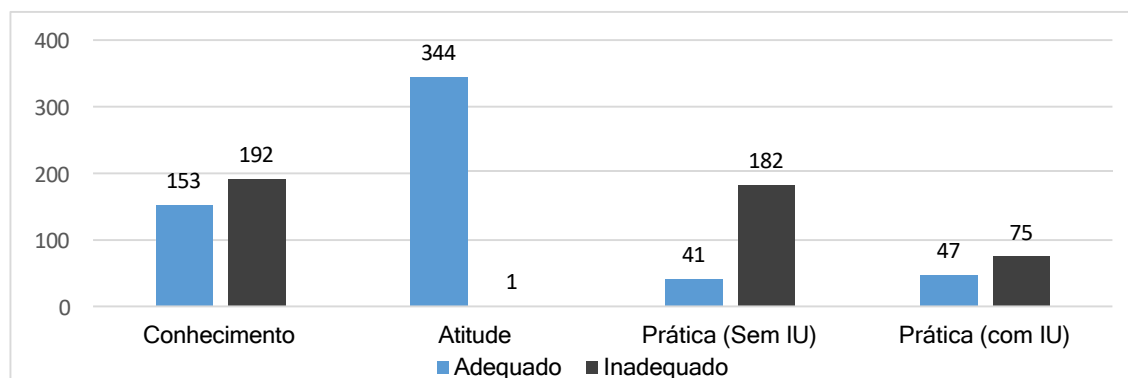
A avaliação da prática é feita através da classificação das mulheres em dois subgrupos: Grupo 1 (sem queixas de IU) ou grupo 2 (presença de queixas de IU). Das mulheres sem queixa de IU, 92,8% (n=207) nunca perguntaram a algum profissional de saúde o que fazer para evitar IU e 83,3% (n=186) nunca fez algo para prevenir a IU, e das que relataram alguma prática correta de prevenção IU, a mais comum foi o treinamento do assoalho pélvico (8,1%, n=18) (gráfico 5).

O escores da Prática (questionário CAP-IU) das mulheres sem queixa de IU, variaram entre 0 e 100, com média de 12.44 ± 28.06 pontos, e apenas 41 mulheres (18,6%) foram classificadas com prática adequada.

Com relação as mulheres classificadas como grupo 2 (que apresentavam queixa de IU) apenas 48(39,0%) já haviam buscado ajuda para tratar a queixa, dessas 38 recorreram ao médico e 7 ao enfermeiro. Infelizmente, 8 mulheres (17%) relataram não ter recebido nenhuma orientação específica para essa queixa pelos profissionais. Das que receberam alguma orientação: Cirurgia (44,7%, n=21) e o TMAP (21,3%, n=10) foram as mais comuns.

Nos elementos conhecimento e prática, mais de 50% dos escores obtidos foram classificadas em insuficientes/inadequados, já quanto à atitude quase todas as mulheres sinalizaram uma atitude positiva acerca da IU, demonstrando um ponto forte em relação à busca por cuidados de prevenção/tratamento e enfrentamento da IU (gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição das mulheres de acordo com os critérios mínimos estabelecidos para classificação do CAP em adequado ou inadequado.



Fonte: Dados da pesquisa

Quando comparado os elementos CAP com as variáveis sociodemográficas e obstétricas, identificou-se que mulheres analfabetas ou com ensino fundamental ($p=0,000$), as que se declararam domésticas e aposentadas ($p=0,000$), e as que declararam uma renda menor que 1 salário ($p=0,000$), apresentaram maior tendência ao conhecimento inadequado.

Com relação ao elemento atitude, não foi possível realizar as comparações. E quanto ao elemento prática nenhuma das variáveis sociodemográficas e obstétricas analisadas apresentou associação com prática inadequada ($p>0,05$).

A avaliação da qualidade de vida (QV) foi realizada através do questionário KHQ, que é dividido em 9 domínios com escores variando de 0 a 100, este instrumento foi aplicado apenas nas mulheres que relataram IU. As médias e medianas encontradas entre os domínios foram: Percepção geral da saúde (46.14 ± 19.48), mediana (50); Impacto da Incontinência (28.97 ± 29.23), mediana (33,3); Limitação das

atividades de vida diária (5.50 ± 11.37), mediana (0); Limitação Física (7.86 ± 13.88), mediana (0); Limitação social (2.14 ± 7.30), mediana(0); Relacionamento pessoal (1.02 ± 5.27), mediana (0); Emoções (9.18 ± 16.49), mediana (0); Sono/Energia (4.96 ± 12.37), mediana (0); Medidas de gravidade (9.50 ± 13.60), mediana(0).

Identificou-se que as mulheres que tinham conhecimento inadequado, apresentavam pior percepção geral da saúde. Bem como, as mulheres com IU que apresentavam práticas inadequadas, também tinham pior qualidade de vida nos domínios: impacto da incontinência, limitação física e medidas de gravidade.

DISCUSSÃO

A prevalência identificada de 35,3% foi similar a outro estudo anterior também desenvolvido com mulheres maiores de 18 anos, usuárias de um serviço público, em uma cidade do estado Ceará no Brasil, no qual encontrou 37,5%¹¹.

Quanto aos fatores de risco, os estudos epidemiológicos¹⁴ citam: episiotomia, partos vaginais, menopausa, doenças neurológicas, diabetes, hipertensão, tabagismo, consumo de cafeína, cirurgias pélvicas e abdominais, obesidade e constipação. Um grande estudo norueguês, encontrou a associação do IMC, alteração de peso e paridade, como influentes nas taxas de probabilidade de incidência e remissão da IU. Entretanto, nosso estudo não encontrou associação com tabagismo, paridade, diabetes, hipertensão ou constipação, apenas com cirurgias pélvicas/histerectomia, idade.

Em relação ao CAP, nossa pesquisa demonstra um dado preocupante, no qual mais da metade das mulheres considera a IU normal na gestação, sendo que destas, a maioria apresentava essa queixa, e que 22,3% desconhecia os fatores de risco desta doença. Semelhante aos nossos achados, um estudo com gestantes brasileiras que também investigava o CAP acerca da IU¹⁵, identificou que 57,2% de sua amostra considerava normal a perda urinária durante a gestação e mais da metade (55,7%) não sabia citar nenhum fator de risco para a ocorrência da IU.

Outros estudos identificaram um conhecimento e prática inadequados em relação a prevenção e tratamento da IU, embora a maioria das atletas de seu estudo tenha respondido corretamente que os MAPs mais fortes podem prevenir a IU e que existem exercícios de fortalecimento específicos para esta musculatura. Nosso estudo identificou que quanto aos fatores causais, a IU não foi associada à fraqueza do assoalho pélvico por 79,4% das mulheres, e que 74,2% e 74,8% não reconheciam o fortalecimento do assoalho pélvico como prevenção e tratamento para IU, respectivamente.¹⁶

O baixo nível de escolaridade pode estar relacionado à falta de procura por serviço médico entre mulheres com sintomas de IU, devido à carência de informações e essa patologia ser considerada comum durante o processo natural de envelhecimento.¹⁷

Nosso estudo demonstrou que das 39% (n=48) das mulheres que buscaram ajuda profissional para IU, 17% não receberam orientação acerca de tratamento e para 44,7% foi apresentado apenas o tratamento cirúrgico. Achado que corrobora com outro estudo que encontrou que alguns médicos quando questionados sobre opções de tratamento para IU orientaram que não era necessário, e quando orientado, a cirurgia era a principal opção de tratamento.¹⁸

Dentre as práticas das mulheres com a queixa de incontinência a mais orientada pelos profissionais foi o tratamento cirúrgico, como também a mais realizada pelas participantes. Em uma metanálise realizada sobre os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para IU em mulheres, as evidências demonstraram apoiar o uso da maioria das abordagens não farmacológicas, farmacológicas e combinadas, em vez de nenhuma intervenção, bem como, incentivaram a tentativa de tratamento conservador antes de terapias mais invasivas, como a cirurgia¹⁹.

Em outro estudo desenvolvido sobre CAP na IU com médicos e enfermeiros, identificou-se que os profissionais entrevistados apresentavam conhecimento baixo sobre os fatores de risco de IU, sendo agravado ainda pelo achado que identificou que o rastreio da IU não é uma prática rotineira dos prestadores

de cuidados primários em saúde. Entre as nossas entrevistadas, 83,3% (n=186) nunca fez nada para prevenir a IU^{20,21}.

Nossos resultados demonstraram que as mulheres com IU tem uma pior percepção geral da saúde e que quase todos os domínios do questionário KHQ foram afetados negativamente, o que aponta para o impacto negativo da IU na QV. Em um estudo com mulheres atletas com IU, as mesmas relataram apenas um leve impacto na QV, porém a maioria relatava uma perda em pequena quantidade e menor frequência, o que pode justificar esta percepção, visto que a gravidade dos sintomas e não o subtipo, é o fator preditor mais importante para uma pior QV^{16,22}.

Estudos apontam que mesmo pequenas quantidades de perdas urinárias estão associadas a uma piora na QV, e que a gravidade da IU pode levar as mulheres a sentimentos de ansiedade, irritabilidade e maior necessidade de expressão de emoções. Um estudo trouxe um achado interessante ao identificar que mesmo quantidades pequenas de perda urinária estão associadas a piora da QV, indicando que o impacto na QV é mais qualitativo entre apresentar ou não IU, do que quantitativo (a incontinência mais grave não é linearmente correlacionada com um impacto negativo maior na QV), reforçando então, que a busca por tratamento adequado deve ser realizada em qualquer grau de incontinência^{20,23}.

Quando analisado o impacto da incontinência na QV por tipo de incontinência urinária, foi encontrado uma maior gravidade em mulheres com IU de urgência e mista, com menor impacto da incontinência de esforço. Observou-se também, proporções variadas entre pacientes com diferentes gravidades de IU: a IU de esforço foi maior em casos leves, e a IU mista foi maior em casos moderados ou grave. A IU mista teve efeito mais prejudicial na função sexual²⁴.

Um estudo de coorte incluindo 1004 mulheres, identificou que a vulnerabilidade social em nível comunitário está associada a uma maior gravidade da IU e pior qualidade de vida, onde um dos possíveis mecanismo apontados foi em decorrência ao estresse psicossocial²⁵. Achado semelhante a outros estudos que demonstraram associações entre determinantes sociais individuais da saúde, incluindo status socioeconômico, acesso a alimentos e raça na bexiga hiperativa e uma pior qualidade de vida associada a IU^{26,27}.

O presente estudo teve como diferencial o tamanho amostral (incluindo mulheres mais jovens) e por abranger a análise dos elementos CAP (Conhecimento, Atitude, Prática) acerca da IU em um grupo de mulheres que procuram o serviço de Atenção Primária espontaneamente, com foco em outras demandas de saúde, onde os estudos neste nível de atenção à saúde são escassos e que a maioria ocorre em serviços especializados como ambulatórios e hospitais, em que as voluntárias já apresentam diagnósticos de doenças do trato urinário inferior.

Cabe ressaltar a elevada prevalência de IU nesse grupo, mesmo o motivo da busca nas UAPS não estando com foco em tratar essa patologia, e sim outros serviços, sugerindo um número significativo de mulheres com IU subnotificadas, que além de não receberem os diagnósticos, não obtém tratamento precoce. Por outro lado, esse estudo demonstra que esse serviço de atenção à saúde, pode ser um pilar de baixo custo para melhorias no rastreio, diagnóstico precoce, incentivo a medidas de prevenção primária e secundária direcionadas à IU, principalmente com mulheres em situação de vulnerabilidade que acessam o SUS.

Nossos achados apontam que fatores sociodemográficos podem influenciar em um CAP inadequado, como menor escolaridade e renda, domésticas e/ou aposentadas, que em sua grande maioria, são as principais utilizadoras das UAPS, e que apresentam condições de vulnerabilidade que podem favorecer o processo de adoecimento, também estão mais suscetíveis ao desconhecimento acerca da IU, e na busca por cuidado, o que acaba favorecendo uma desassistência a esta usuária, principalmente quando a equipe que compõe esse serviço não apresenta capacitação adequada para seu rastreio e manejo.

Uma limitação do nosso estudo foi não apresentar o IMC, pois a maioria das participantes não soube informar

sua altura, e não havia ambiente adequado para sua mensuração, não sendo possível seu cálculo, mas destaca-se que essa medida compõe um dos fatores de risco para a IU.

A partir dos nossos achados, identifica-se uma escassez de estudos na atenção primária à saúde, por isso, sugere-se outros estudos mais robustos neste nível de atenção, bem como, que identifiquem o efeito de intervenções educativas no CAP sobre IU dessa população.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa demonstrou que o instrumento CAP é uma ferramenta útil para avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de mulheres na IU, e para subsidiar mudanças assistenciais na atenção primária por parte dos gestores e profissionais, visando uma melhor disponibilidade de serviços, melhor preparo dos profissionais, criação de estratégias para difundir informações em saúde, como publicações, campanhas, debates na mídia para maior conscientização acerca deste problema.

Apesar das participantes já terem ouvido falar desta patologia e ter sido identificado uma prevalência alta, percebeu-se um conhecimento geral inadequado e que boa parte normalizava a incontinência durante a gestação, desconhecia suas causas, formas de prevenção e tratamentos disponíveis. A prática também foi inadequada para maioria das mulheres, e entre aquelas que já buscaram ajuda profissional, a minoria recebeu orientações adequadas e quando orientadas, os métodos de tratamento invasivos eram os mais indicados.

Portanto, esse estudo aponta para a importância de disseminar informações nos espaços de assistência a saúde sobre os fatores de risco e suas medidas preventivas, bem como, a importante função do assoalho pélvico e seu treinamento para prevenção e tratamento da IU, e orientações sobre os tratamentos disponíveis na rede assistencial. Ressaltamos ainda, sobre a relevância de novos estudos com a metodologia CAP avaliando a efetividade dessas ações na mudança comportamental da população.

REFERÊNCIAS

1. HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**, v. 21, n. 1, p. 5–26, 25 nov. 2010.
2. EBBESEN, MH, HUNSKARR S, RORTVEIT G et al. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian. HUNT study (EPINCONT). I. **BMC Urology**, 13:27, 2013.
3. MILSOM I; GYHAGEN M. The prevalence of urinary incontinence. **Climacteric**. v. 22, n. 3, p. 217-222, DEC. 2018. DOI:[10.1080/13697137.2018.1543263](https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263) .
4. ABRAMS, P.; AL, E. **Incontinence: 6th edition 2017. Vol. 1**. S. L.: S. N.], Cop, 2017. ISBN: 978-0-9569607-3-3
5. 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, jul. 2015. DOI: [10.1016/j.eururo.2014.12.012](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.012)
6. YAZDANY T et al. American Urogynecologic Society Systematic Review: The Impact of Weight Loss Intervention on Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**, v.26, n. 1, p.16-29, Jan/Feb, 2020. doi: [10.1097/SPV.0000000000000802](https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000802).
7. CHENG S et al. Association of urinary incontinence and depression or anxiety: a meta-analysis. **Journal of International Medical Research**. V. 48, n. 6, p. 1–12, 2020. DOI: [10.1177/0300060520931348](https://doi.org/10.1177/0300060520931348) journals.sagepub.com/home/imr
8. FRITEL, X. et al. The individual determinants of care-seeking among middle-aged women reporting urinary

- incontinence: Analysis of a 2273-woman cohort. **Neurology and Urodynamics**, v. 33, n. 7, p. 1116–1122, 1 jul. 2014.
9. VASCONCELOS, C. T. M. et al. Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 2, p. 171–180, 4 set. 2018. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3759-3>.
10. PERERA J, KIRTHINANDA DS, WIJERATNE. Descriptive cross sectional **study on** prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. **BMC Women's Health**, 14:78, 2014.
11. ORIÁ MOB et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms and social determinants in primary care users in Brazil. **International Urogynecology Journal**. **N. 9, v.12 p. 1825-1832, 2018.** doi: 10.1007/s00192-018-3635-1.
12. SESHAN, V.; MULIIRA, J. K. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: implications for women's health promotion. **BMC Women's Health**, v. 13, n. 1, 8 abr. 2013
13. BANO, R, ALSHAMMARI, E, FATIMA, SB, & AL-SHAMMARI, NA. (2013). A comparative study of knowledge, attitude, practice of nutrition and non-nutrition student towards a balanced diet in Hail University. **IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)**, 2, 29-36.
14. AKKUS Y; PINAR G. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. **Int Urogynecol J**. v.27, n.6, p. 887-893. Nov. 2015. DOI 10.1007/s00192-015-2904-5.
15. RIBEIRO, GL. et al. Scale of pregnant women's assessment of knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence. **International Urogynecology Journal**, v. 33, n. 6, p. 1503–1509, 8 jun. 2021.
16. CARDOSO AMV; LIMA CRO; FERREIRA CW et al. Prevalence of urinary incontinence in high-impact sports athletes and their association with knowledge, attitude and practice about this dysfunction. **European Journal of Sport Science**. v. 18, n.10, p. 1405-1412. Jul 2018. <https://doi.org/10.1080/17461391.2018.1496146>
17. VUUREN, A.C; RENSBURG V; HANEKOM S et al. Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review. **Int Urogynecol J**. v. 32. N.3, p.485-499. Mar. 2021. doi: 10.1007/s00192-020-04628-3. 17.SILVA L; LOPES MHBA. Urinary incontinence in women: reasons for not seeking treatment. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 1, p.68-74. Out. 2007. **Disponível em:** <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5TLV8JFvxvQWvDGLN96vQ3Wn/?format=pdf&lang=en18>.
18. BALK, E. M. et al. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Clinical Outcomes. **Annals of internal medicine**, V.170, n.7. p. 465-479. Mar. 2019. doi: 10.7326/M18-3227.
19. VUUREN, A.C; RENSBURG V; HANEKOM S et al. 'Practitioner's knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence'. **South African Journal of Physiotherapy**. v.79. n.1. p.1860-1872. Jun.2023. <https://doi.org/10.4102/sajp.v79i1.1860>
20. BROWN HW; GUAN W; SCHMUHL NB et al. If We Don't Ask, They Won't Tell: Screening for Urinary and Fecal Incontinence by Primary Care Providers. **JABFM**. **V. 31, n.5, p. 774-782. Out. 2018.** DOI: 10.3122/jabfm.2018.05.180045
21. SABOIA DM; FIRMIANO MLV; BEZERRA KC et al. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. **Rev Esc Enferm USP**.v. 51. 2017 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>.
22. SENRA C; PEREIRA MG. Quality of life in women with urinary incontinence. **Rev Assoc Med Bras**. V. 61. N.2, P. 178-183. Out. 2015. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.02.178>

23. KRHUT, J et al. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 6, p. 1925–1930, 2018.
24. TIAN, Z. et al. Effects of Urinary Incontinence Subtypes on Quality of Life and Sexual Function among Women Seeking Weight Loss. *International Urogynecol Journal*. V. 36, p.381–389, 2024. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05977-z>.
25. FURUYAMA W, et. al. Social Vulnerability Is Associated With Worse Urinary Incontinence and Quality of Life in Women. *Urology*. v.197,p.71-76, mar,2025. doi: 10.1016/j.urology.2024.11.034. Epub 2024 Nov 22. PMID: 39581507.
26. ZWASCHKA, T. A. et al. The cumulative effect of unmet social needs on noncancerous genitourinary conditions and severity of lower urinary tract symptoms. *Neurology and urodynamics*. v. 41, n. 8, p. 1862-1871, set. 2022. <https://doi.org/10.1002/nau.25038>.
27. SEBESTA E M et al. Associations Between Unmet Social Needs and Overactive Bladder. *The Journal of urology*, v.202, n.5, p.1106-1115, nov.2022.

RESUMO PUBLICADO

Continence 12S (2024) ICS 2024 Madrid Abstracts

75 | www.ics.org/2024/abstract/75**ASSESSMENT OF THE BRAZILIAN WOMEN'S KNOWLEDGE, USERS OF PRIMARY HEALTH CARE, ABOUT URINARY INCONTINENCE**

Karine Alves Maia A¹, Vasconcelos Neto J¹, Teixeira Moreira Vasconcelos C¹, Maria de Vasconcelos Oliveira N¹, da Silva Coelho J¹, Mendes Alves F¹
 1. Universidade Federal do Ceará

HYPOTHESIS / AIMS OF STUDY

The Urinary Incontinence (UI) is a distressing condition that represents a significant and prevalent health issue among women, negatively impacting their quality of life. Despite its high prevalence, women with UI presents an avoidant healthcare-seeking behavior, which may reflect a lack of knowledge regarding its etiology, perpetuating and favoring long-term clinical deterioration. Concurrently, researchers have been utilizing the KAP Survey Model to assess the level of knowledge, perception, and attitude towards a specific subject. Thus, this study aims to investigate the knowledge of women, users of primary health care services, about UI based on the KAP Survey Model.

STUDY DESIGN, MATERIALS AND METHODS

For this purpose, an observational Cross-Sectional Cohort study was conducted in a rural city in Northeast Brazil, involving 345 women aged 18 years or older, who were users of primary health care. Data collection was performed through an electronic form, between May and November 2023, based on four questionnaires: an authorial questionnaire to assess sociodemographic, obstetric, and clinical data; the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), to evaluate the presence of UI and its severity; the King's Health Questionnaire (KHQ), to assess the impact of UI on quality of life; and the KAP Survey Model related to the Urinary Incontinence (KAP-UI), to assess participants' level of knowledge about the UI. The data were analyzed using Fisher's exact test or Pearson's chi-square test for dichotomous variables, besides Mann-Whitney test for mean and standard deviation, and T-test for mean comparison.

RESULTS

The Urinary Incontinence (UI) is a distressing condition that represents a significant and prevalent health issue among women, negatively impacting their quality of life. Despite its high prevalence, women with UI presents an avoidant healthcare-seeking behavior, which may reflect a lack of knowledge regarding its etiology, perpetuating and favoring long-term clinical deterioration. Concurrently, researchers have been utilizing the KAP Survey Model to assess the level of knowledge, perception, and attitude towards a specific subject. Thus, this study aims to investigate the knowledge of women, users of primary health care services, about UI based on the KAP Survey Model. For this purpose, an observational Cross-Sectional Cohort study was conducted in a rural city in Northeast Brazil, involving 345 women aged 18 years or older, who were users of primary health care. Data collection was performed through an electronic form, between May and November 2023, based on four questionnaires: an authorial questionnaire to assess sociodemographic, obstetric, and clinical data; the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), to assess the presence of UI and its severity; the King's Health Questionnaire (KHQ) to assess the impact of UI on quality of life; and the KAP Survey Model related to the Urinary Incontinence (KAP-UI), To assess participants' responses regarding the level of knowledge about urinary incontinence. The data were analyzed using Fisher's exact test or Pearson's chi-square test for dichotomous variables, besides Mann-Whitney test for mean and standard deviation, and T-test for mean comparison. The sample consisted mainly of women aged 18 to 98 years old, 42% were married, 43.2% having completed high school, 71% self-identified as mixed-race, and 46.4% engaged in paid activity. Correlating age with prevalence of UI in younger women, aged 18 to 38 years, it was observed that lower education and lower salaries favored inadequate knowledge. Most participants (99.7%, n=344) recognized UI as a health issue, and 91.6% (n=316) stated that UI is more prevalent in the female population and can occur at any stage of life. However, over half of the sample (55.4%, n=191) considered urinary leakage during pregnancy to be normal. Among the participants, 22.3% (n=77) couldn't name any risk factors for UI, and, among those who did, pelvic organ prolapse was the most mentioned (48.1%, n=166), followed by pregnancy, delivery and instrumental delivery (22.9%, n=79). Only 20.6% (n=71) considered pelvic floor as an important factor for urinary continence.

INTERPRETATION OF RESULTS

Our research demonstrates a concerning finding, in which over half of the women consider UI normal during pregnancy, and among these, the majority had this complaint, and 22.3% were unaware of the risk factors for this condition. Low education, low salary, being retired or unemployed, were associated with inadequate knowledge ($p < 0.05$).

CONCLUDING MESSAGE

Therefore, it is necessary to promote health education among the entire female population about risk factors, the important role of the pelvic floor, and preventive measures to reduce the prevalence of UI and its consequent impacts on women.

REFERENCES

1. RIBEIRO, Gabriela Lima et al. Scale of pregnant women's assessment of knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, v. 33, n. 6, p. 1503-1509, 2021.

Funding None **Clinical Trial** No **Subjects** Human **Ethics Committee** Federal University of Ceara CAAE: 67672923.0.0000.5054 **Helsinki** Yes **Informed Consent** Yes

Continence 12S (2024) 101417

<https://doi.org/10.1016/j.cont.2024.101417>

PRODUTO TÉCNICO CIENTÍFICO

CARTILHA DE ORIENTAÇÕES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/79038>



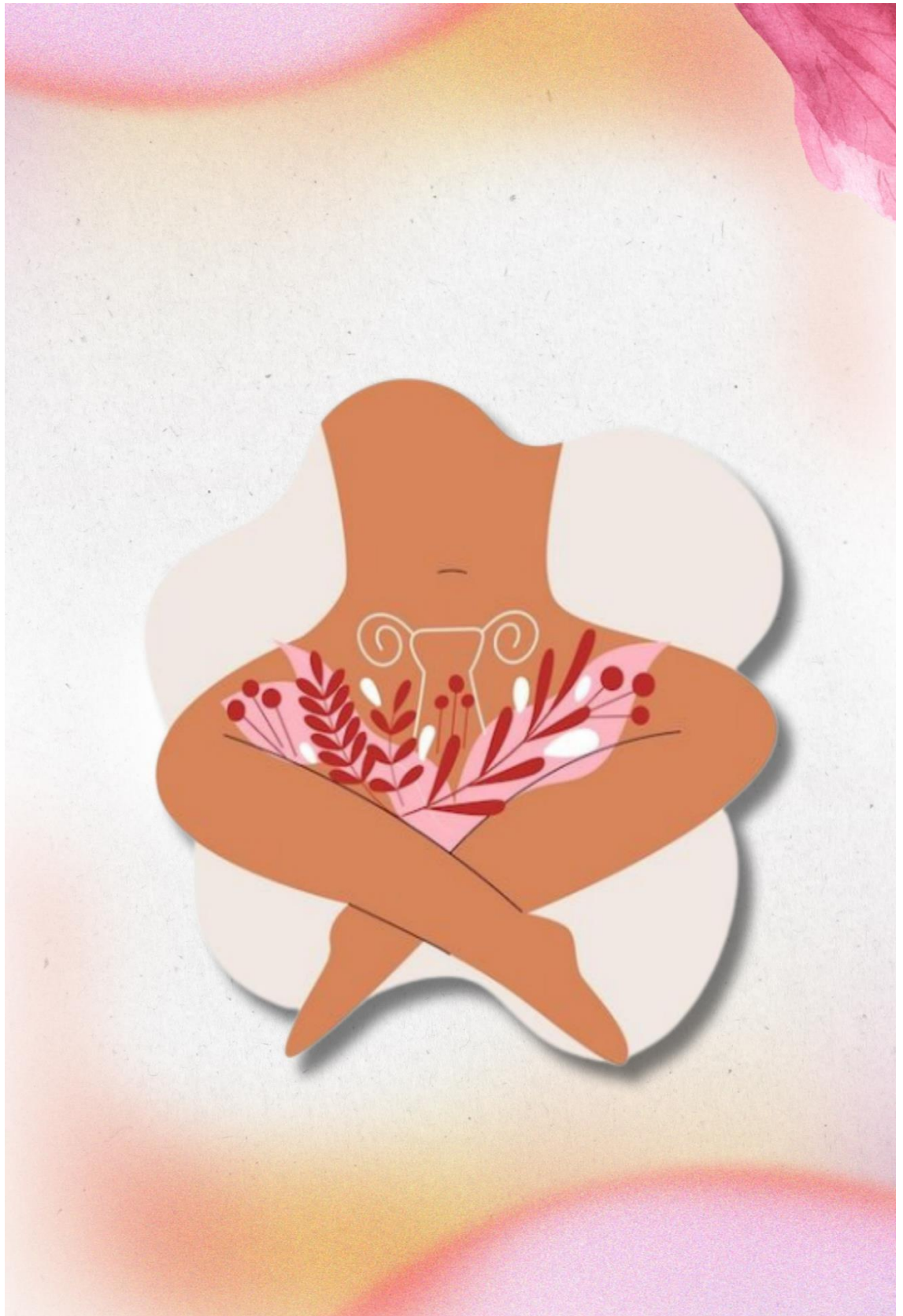
SUMÁRIO

Apresentação.....	3
O que é incontinência urinária.....	6
Tipos de incontinência	7
Quais fatores favorecem a incontinência	8
Perder urina não é normal e tem tratamento!.....	9
Busque um médico e relate seus sintomas.....	10
Assoalho pélvico: Você conhece sua função?.....	11
Fisioterapia pélvica.....	12
Medidas preventivas.....	13-16
Mitos sobre incontinência urinária.....	17
Qualidade de vida e incontinência urinária.....	18
Busque tratamento precoce.....	19
Procure um profissional de saúde.....	20
Autores.....	21

APRESENTAÇÃO

Esta cartilha foi produzida como material de apoio para a pesquisa: **Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de usuárias da Atenção Primária sobre a Incontinência urinária: Estudo transversal.**

Seu conteúdo traz um panorama sobre as principais informações acerca da incontinência urinária, sendo seu público mulheres usuárias da atenção primária.



INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O QUE PRECISO SABER?



O QUE É INCONTINÊNCIA URINÁRIA?

É toda perda involuntária de urina.

Se essa perda urinária ocorre antes de você chegar ao banheiro ou ao tossir, espirrar, durante esforços físicos, isso significa a presença de incontinência urinária.



QUAIS FATORES FAVORECEM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA?

Idade avançada

Obesidade

Diabetes

Número de partos

Parto instrumental

Menopausa

IMC Elevado

**Prolapso/POP
(Bexiga baixa)**



PERDER URINA NÃO É NORMAL E TEM TRATAMENTO!

**A incontinência urinária é uma doença
que pode aparecer em qualquer fase
da vida da mulher.**

**Você não precisa sofrer com esses
sintomas em silêncio, pois existe
diferentes e eficazes opções de
tratamento.**





BUSQUE UM MÉDICO E RELATE SEUS SINTOMAS.

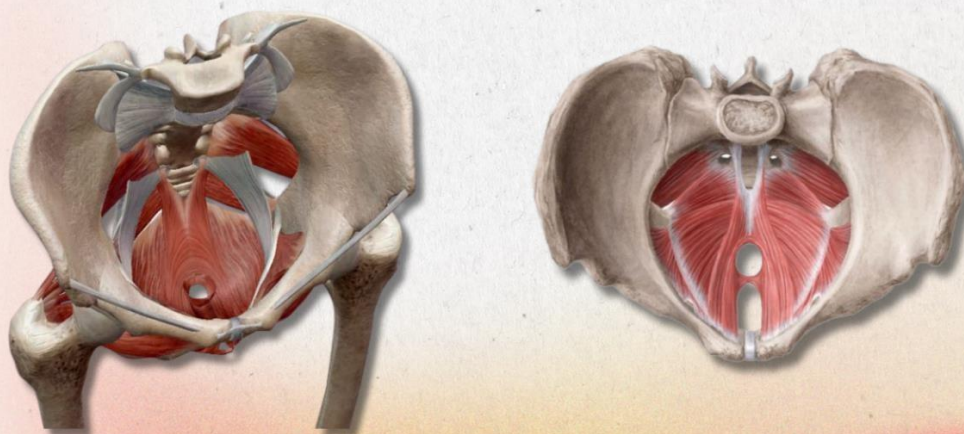
Na presença de sintomas de perda urinária, busque atendimento médico para uma avaliação.

Diante da confirmação do diagnóstico, será prescrito o melhor tratamento, desde os mais conservadores como fisioterapia, até medicamentoso ou cirurgico, para alguns casos.

ASSOALHO PÉLVICO: VOCÊ CONHECE SUA FUNÇÃO?

É um conjunto de músculos, fáscias e ligamentos, que desempenham funções importantes para os órgãos pélvicos, como: Sustentação de órgãos internos e controle da urina (continência).

A fraqueza dos músculos do assoalho pélvico favorece o aparecimento da incontinência urinária.

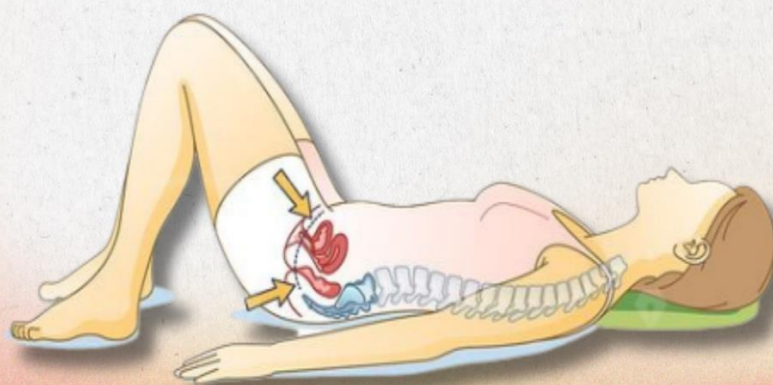


FISIOTERAPIA PÉLVICA

Como atua na incontinência urinária?

A fisioterapia pélvica faz parte do tratamento conservador para incontinência, através da melhora da função dos músculos do assoalho pélvico, por meio do seu fortalecimento com exercícios e eletroterapia.

Colabora não só no tratamento, mas na prevenção da Incontinência urinária.



MEDIDAS PREVENTIVAS

1. Manter peso corporal saudável

A obesidade é um fator de risco para a Incontinência urinária devido o aumento da pressão abdominal, tensão e estresse nas estruturas do assoalho pélvico, levando-o ao enfraquecimento.

Cultive bons hábitos como alimentação saudável e atividade física regular.



MEDIDAS PREVENTIVAS

2. Regule a função intestinal

A constipação pode favorecer o desenvolvimento da incontinência urinária devido ao esforço frequente para evacuar.

Ingestão adequada de líquidos, alimentação saudável e posição adequada para evacuar.



MEDIDAS PREVENTIVAS

3. Treinamento muscular do assoalho pélvico

O treinamento desses músculos com contração voluntária é capaz de aumentar a pressão uretral e dar suporte à bexiga para evitar a perda de urina.

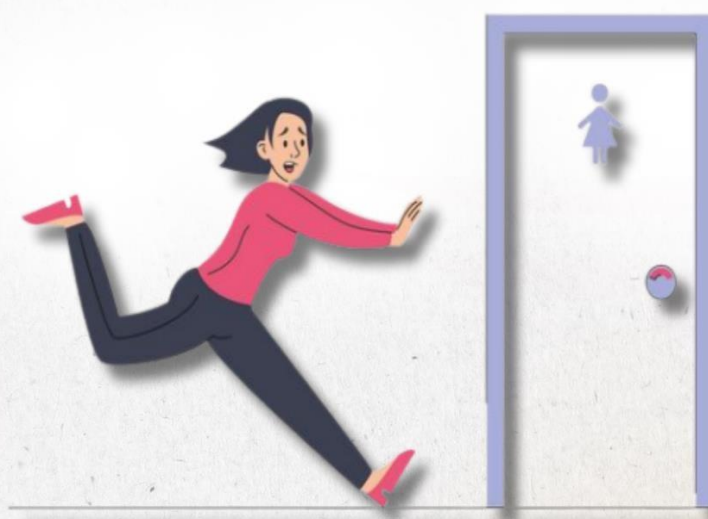
Realize a contração do assoalho pélvico sempre que espirrar, tossir ou a realizar esforços físicos.



MEDIDAS PREVENTIVAS

4. Evitar prender urina

Urine em intervalos curtos para não sobrecarregar seu assoalho pélvico.



MITOS SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1. Incontinência só afeta pessoas idosas

Mulheres em qualquer fase da vida (gestação, pós parto e envelhecimento) podem desenvolver a incontinência.

2. Apenas mulheres tem incontinência urinária

Apesar do publico feminino ser o mais afetado, homens também podem apresentar incontinência (após cirurgia de próstata, por exemplo).

3. É normal grávida perder xixi

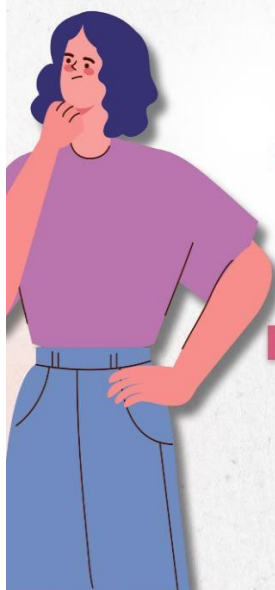
Apesar de ser uma queixa comum na gestação pela sobrecarga do útero sobre a bexiga, em nenhuma fase da vida perder urina deve ser considerado normal, então precisa de tratamento.

4. Todo idoso perde xixi, isso é normal

Pela sobrecarga ao longo da vida no assoalho pélvico, a queixa de perda urina em mulheres mais velhas é comum, mas isso não quer dizer que o idoso precisa conviver com a incontinência. Busque tratamento!

QUALIDADE DE VIDA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Você tem deixado de participar de atividades de lazer, de praticar exercícios físico, com medo de passar algum constrangimento por causa da sua perda urina?



Sua perda de urina tem deixado você mais estressada?

Está mais deprimida ou ansiosa?

Autoestima está mais baixa?

Isso é sinal que a Incontinência urinária está afetando sua qualidade de vida.

**Diante de sintomas de perda
urinária:
BUSQUE TRATAMENTO PRECOCE**



**Você não precisa deixar a
incontinência afetar sua
qualidade de vida!**



Essas orientações não substituem a avaliação por um profissional de saúde

Caso apresente sintomas de perda urinária, procure um médico, ou um fisioterapeuta especializada em saúde da mulher, ou a unidade básica de saúde mais próxima da sua casa e relate seus sintomas.

AUTORES



ANA KARINE ALVES MAIA

Fisioterapeuta

Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN).

Mestranda em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal (UFC).

Preceptora da Residência em Saúde da família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).



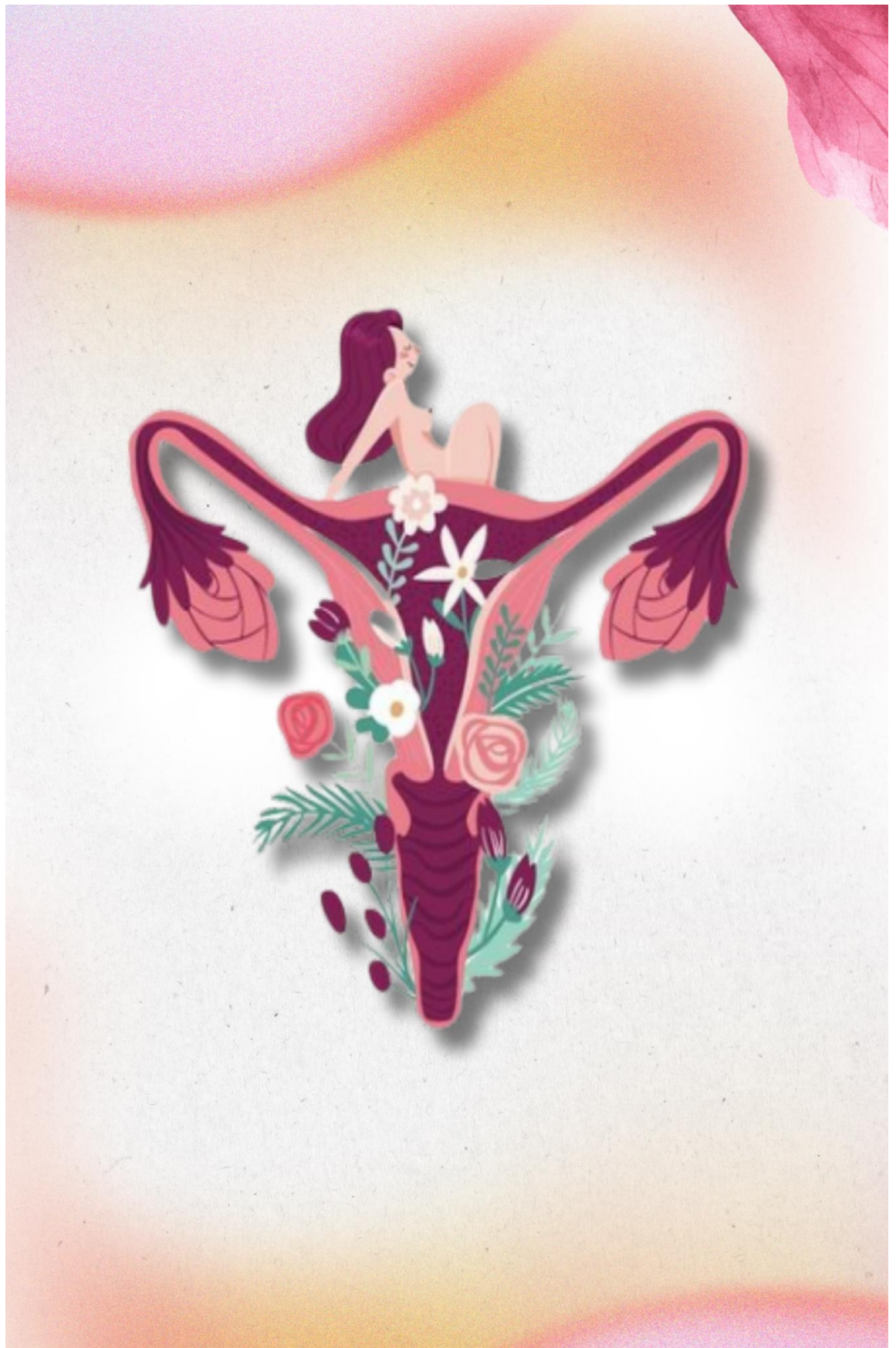
JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO

Médico Mestre em Tocoginecologia.

Doutor em ciências médico-cirúrgicas.

Professor de Ginecologia e obstetrícia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Professor de práticas médicas em ginecologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE)





REFERÊNCIAS

ABRAMS, P.; AL, E. **Incontinence: 6th edition 2017. Vol. 1.** S. L.: S. N.], Cop, 2017. ISBN: 978-0-9569607-3-3

ABRAMS, P. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourology and urodynamics**, v. 29, n. 1, p. 213–40, 2010.

ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary Incontinence in Women. **Obstetrics & gynecology**. n.126, v.5, p.66-81, Nov. 2015. doi: 10.1097/AOG.0000000000001148.

AKKUS Y; PINAR G. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. **Int Urogynecol J**. v.27, n.6, p. 887-893. Nov. 2015. DOI 10.1007/s00192-015-2904-5.

American Urogynecologic Society Systematic Review: The Impact of Weight Loss Intervention on Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**. V.26, n. 1, 2020.

AOKI, Y. et al. Urinary incontinence in women. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 3, n. 1, 6 jul. 2018.

AZUMA, R. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life of Japanese women. **Nursing & Health Sciences**, v. 10, n. 2, p. 151–158, jun. 2008.

BALK, E. M. et al. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Clinical Outcomes. **Annals of internal medicine**, V.170, n.7. p. 465-479. Mar. 2019. doi: 10.7326/M18-3227.

BANO, R, ALSHAMMARI, E, FATIMA, SB, & AL-SHAMMARI, NA. (2013). A comparative study of knowledge, attitude, practice of nutrition and non-nutrition student towards a balanced diet in Hail University. **IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)**, 2, 29-36.

BARON, Miriam Viviane; KOEPP, Janine; BRANDENBURG, Cristine; CARNEIRO, Marcelo. Atenção terciária à saúde: reflexões através de um olhar fisioterápico, médico e de enfermagem. IN: SANTANA, José Rogério; FIALHO, Lia Machado Fiuza; BRANDENBURG, Cristine; SANTOS JÚNIOR, Francisco Fleury Uchoa (orgs.). Educação e Saúde: um olhar interdisciplinar. Fortaleza: EdUECE, 2014. p. 69-90.

BLOMQUIST JL, CARROLL M, MUNˆOZ A, et al. Pelvic floor muscle strength and the incidence of pelvic floor disorders after vaginal and cesarean delivery. **Am J Obstet Gynecol**. V. 62, n. 1, p. 62-70. Ago. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.003>

BROWN HW; GUAN W; SCHMUHL NB et al. If We Don't Ask, They Won't Tell: Screening for Urinary and Fecal Incontinence by Primary Care Providers. **JABFM**. V. 31, n.5, p. 774-782. **Out. 2018**. DOI: 10.3122/jabfm.2018.05.180045

BUCKLEY B et al. Prevalence of Urinary Incontinence in Men, Women, and Children—Current Evidence: Findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. **Urology**. V. 76, n.2, 2010. doi:10.1016/j.urology.2009.11.078

CAMARGO AC. **Epidemiologia : volume 2**. São Paulo (Sp): Medcel, 2006.

CAVALCANTI, G A. et al. Electrophysiological evaluation of the pudendal nerve and urethral innervation in female stress urinary incontinence. **International Urogynecology Journal**, v. 24, n. 5, p. 801–807, 1 maio 2013.

CARDOSO AMV; LIMA CRO; FERREIRA CW et al. Prevalence of urinary incontinence in high-impact sports athletes and their association with knowledge, attitude and practice about this dysfunction. **European Journal of Sport Science**. v. 18, n.10, p. 1405-1412. Jul 2018. <https://doi.org/10.1080/17461391.2018.1496146>

CICONELLI RM et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 39, n. 3, 1999.

COBLEY J; WYNDAELE M; HASHIM H. Pathophysiology of urinary incontinence.2023). **Surgery (Oxford)**, v.41, n.5, p. 265-271, may. 2023.

COELHO, Jucyara da Silva. Avaliação do conhecimento, atitude e prática sobre a incontinência urinária e o impacto na qualidade de vida de mulheres praticantes de exercícios físicos. 2024. 117 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/79118>. Acesso em: 13 dez. 2024

COYNE KS, KAYSZ M, IRELAND AM. Urinary Incontinence and its Relationship to Mental Health and Health-Related Quality of Life in Men and Women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. **European Urology** 61: 88–95, 2012.

CHENG S et al. Association of urinary incontinence and depression or anxiety: a meta-analysis. **Journal of International Medical Research**. V. 48, n. 6, p. 1–12, 2020. DOI: 10.1177/0300060520931348 journals.sagepub.com/home/imr

CHUNG, E.; KATZ, D.; LOVE, C. Adult male stress and urge urinary incontinence -A review of pathophysiology and treatment strategies for voiding dysfunction in men. **REPRINTED FROM AFP**, v. 46, n. 9, 2017.

COSTANZO, L. S. Fisiologia, 3 ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier, 2007.

DE GROAT, W. C.; GRIFFITHS, D.; YOSHIMURA, N. Neural Control of the Lower Urinary Tract. **Comprehensive Physiology**, p. 327–396, 23 dez. 2015.

DE GROAT, W. C.; YOSHIMURA, N. **Chapter 5 - Anatomy and physiology of the lower urinary tract**. 2015

DELANCEY, J. O. L.; ASHTON-MILLER, J. A. Pathophysiology of adult urinary incontinence. **Gastroenterology**, v. 126, p. S23–S32, jan. 2004.

DOUMOUCHTSIS, SK, DE TAYRAC, R., LEE, J. *et al.* Um relatório conjunto da Sociedade Internacional de Continência (ICS)/Associação Uroginecológica Internacional (IUGA) sobre a terminologia para a avaliação e tratamento de distúrbios obstétricos do assoalho pélvico. **Int Urogynecol J**, v.34, 1–42 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05397-x>

DUNIVAN, G. C. *et al.* Elder American Indian Women’s Knowledge of Pelvic Floor Disorders and Barriers to Seeking Care. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, v. 21, n. 1, p. 34–38, 2015.

Epidemiologia e bioestatística. 2. Estatística. SPSS I. Capp, Edison. Org II Nieiov, Otto H. Porto Alegre, UFRGS, 2020.

EBBESEN, MH, HUNSKARR S, RORTVEIT G *et al.* Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian. HUNT study (EPINCONT). I. **BMC Urology**, 13:27, 2013.

FALAH-HASSANI, K. *et al.* The pathophysiology of stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, v. 32, n. 3, p. 501–552, 8 jan. 2021.

FAKARI, FR *et. al.* Predictors of help-seeking behaviors in women with urinary incontinence: Based on Iranian women’s lens. **PLoS ONE**. v.18, n.8, e0289785, ago,2023. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289785>

FOWLER, C. J.; GRIFFITHS, D.; DE GROAT, W. C. The neural control of micturition. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 9, n. 6, p. 453–466, jun. 2008.

FONSECA, E. S. M. *et al.* Validação do questionário de qualidade de vida (King’s Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, p. 235–242, maio. 2005.

FURUYAMA W, *et. al.* Social Vulnerability Is Associated With Worse Urinary Incontinence and Quality of Life in Women. **Urology**. v.197,p.71-76, mar,2025. doi: 10.1016/j.urology.2024.11.034. Epub 2024 Nov 22. PMID: 39581507.

FRITEL, X. *et al.* The individual determinants of care-seeking among middle-aged women reporting urinary incontinence: Analysis of a 2273-woman cohort. **Neurourology and Urodynamics**, v. 33, n. 7, p. 1116–1122, 1 jul. 2014.

GRIFFITHS, D. Neural control of micturition in humans: a working model. **Nature Reviews Urology**, v. 12, n. 12, p. 695–705, dez. 2015.

GROENENDIJK, I. M. et al. A systematic review and activation likelihood estimation meta-analysis of the central innervation of the lower urinary tract: Pelvic floor motor control and micturition. **PLOS ONE**, v. 16, n. 2, p. e0246042, 3 fev. 2021.

HARM-ERNANDES I. Assessment of the Pelvic Floor and Associated Musculoskeletal System: Guide for Medical Practitioners. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**. V. 27, p. 711-718, 2021. DOI: 10.1097/SPV.0000000000001121

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**, v. 21, n. 1, p. 5–26, 25 nov. 2010.

HEBBAR S, PANDEY H, CHAWLA A. Understanding King's Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. **International Journal of Research in Medical Sciences**. v.3, n.3, p. 531-538, 2015.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. DE M. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 213–216, abr. 2007.

IRWIN, D. E. et al. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. **BJU International**, v. 108, n. 7, p. 1132–1138, 13 jan. 2011. doi:10.1111/j.1464-410X.2010.09993.10498.x10004172.

IRWIN, D. E. et al. Dynamic Progression of Overactive Bladder and Urinary Incontinence Symptoms: A Systematic Review. **European Urology**, v. 58, n. 4, p. 532–543, out. 2010.

HILLARY, C. J.; OSMAN, N.; CHAPPLE, C. Considerations in the modern management of stress urinary incontinence resulting from intrinsic sphincter deficiency. **World Journal of Urology**, v. 33, n. 9, p. 1251–1256, 1 set. 2015.

KARA, K. C. et al. Reliability and validity of the Incontinence Quiz-Turkish version. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 44, n. 1, p. 144–150, 4 out. 2017.

KELLEHER C. Quality of life and urinary incontinence. *Baillie's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. V. 14, n. 2, p 363-379, 2000. doi:10.1053/beog.1999.0079

KENTON, K.; MUELLER, E.; BRUBAKER, L. Continent women have better urethral neuromuscular function than those with stress incontinence. **International Urogynecology Journal**, v. 22, n. 12, p. 1479–1484, 7 out. 2011.

KRHUT, J et al. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 6, p. 1925–1930, 2018.

KO, Y. et al. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. **The American Journal of Managed Care**, v. 11, n. 4 Suppl, p. S103-111, 1 jul. 2005.

LAGUARDIA, J. et al. Luiz Antonio dos Anjos III. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 4, p. 889–97, 2013.

LENGER SM et al. Adult female urinary incontinence guidelines: a systematic review of evaluation guidelines across clinical specialties. *International Urogynecology Journal*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04777-z>

LIAN WQ, LI FJ, HUANG et al. Constipation and risk of urinary incontinence in women: a meta-analysis. **Int Urogynecol J**. v. 30, n.10, p.1629-1634. Out. 2019. doi: 10.1007/s00192-019-03941-w.

LIEDL, B. et al. Update of the Integral Theory and System for Management of Pelvic Floor Dysfunction in Females. **European Urology Supplements**, v. 17, n. 3, p. 100–108, 1 abr. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.eursup.2017.01.001>

LOSE, G. et al. [General practitioners' knowledge of and attitude to assessment and treatment of women with urinary incontinence. A questionnaire among general practitioners in Denmark]. **Ugeskrift for Laeger**, v. 163, n. 38, p. 5183–5188, 17 set. 2001.

MANDIMIKA, C. L. et al. Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 210, n. 2, p. 165.e1-165.e9, 2014.

MENDES, E V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6.

MELVILLE, J. L. et al. Women's Perceptions about the Etiology of Urinary Incontinence. **Journal of women's health**, v. 17, n. 7, p. 1093–1098, 2008.

MILSOM I; GYHAGEN M. The prevalence of urinary incontinence. **Climacteric**. v. 22, n. 3, p. 217-222, DEC. 2018. DOI:[10.1080/13697137.2018.1543263](https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263) .

MINASSIAN V, BAZI T, STEWART WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. **Int Urogynecol J**. v. 28,n.5. p. 687-697, May. 2017. doi: 10.1007/s00192-017-3314-7.

NANDY S, RANGANATHAN S. Urge Incontinence. [Updated 2022 Sep 19]. In: **StatPearls [Internet]**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.

NAMBIAR AK, ARLANDIS S, BØ K et al. European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Management of Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms. Part 1: Diagnostics, Overactive Bladder, Stress Urinary Incontinence, and Mixed Urinary Incontinence. **Eur Urol**. v. 82, n.1. p.49-59, jul.2022 doi: 10.1016/j.eururo.2022.01.045.

NYGAARD, I. Idiopathic Urgency Urinary Incontinence. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 12, p. 1156–1162, 16 set. 2010.

NORTON, J. M. et al. Individualizing Urinary Incontinence Treatment: Research Needs Identified at NIDDK Workshop. **The Journal of Urology**, v. 199, n. 6, p. 1405–1407, 1 jun. 2018.

ORIÁ MOB et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms and social determinants in primary care users in Brazil. **International Urogynecology Journal**. N. 9, v.12 p. 1825-1832, 2018. doi: 10.1007/s00192-018-3635-1

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDES (OPMS). Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília. 2011. E-book (137 p): il. (NAVEGADORSUS, 3). ISBN: 978-85-7967-066-4 1. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18458/9788579670664_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Practice Bulletin No. 155. **Obstetrics & Gynecology**, v. 126, n. 5, p. e66–e81, nov. 2015.

Patel UJ, Godecker AL, Giles DL et al. Updated Prevalence of Urinary Incontinence in Women: 2015-2018 National Population-Based Survey Data. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**. v. 28, n.4, p.181-187. Apr 2022 Apr 1;28(4):181-187. doi: 10.1097/SPV.0000000000001127.

PETROS P. The Integral System. **Central European Journal of European of Urology**. V. 64, n.3, 2011.

PETROS, P. E.; ULMSTEN, U. Role of the pelvic floor in bladder neck opening and closure I: muscle forces. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, v. 8, n. 2, p. 74–80, 1997.

PERERA J, KIRTHINANDA DS, WIJERATNE. Descriptive cross sectional **study on** prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. **BMC Women's Health**, 14:78, 2014.

PIZZO, D. et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Aging Clinical and Experimental**. 33:25–35, 2021.

PIMENTA FAP et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista Associação Médica Brasileira**. v. 54, n. 1, p.55-60, 2008.

PFISTERER, M. H.-D. et al. The Impact of Detrusor Overactivity on Bladder Function in Younger and Older Women. **The Journal of Urology**, v. 175, n. 5, p. 1777–1783, 1 maio 2006.

POERSCH, L. G. A inovação da saúde coletiva na atenção terciária: um relato de experiência. [Porto Alegre, 2015]. DOI: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/152756/001002665.pdf>

PORTELA GV. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. N. 27, v.2, p.255-276, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>

PTAK, M. et al. The Effect of Pelvic Floor Muscles Exercise on Quality of Life in Women with Stress Urinary Incontinence and Its Relationship with Vaginal Deliveries: A Randomized Trial. **BioMed Research International**, v. 2019, 2019.

PEARCE, M. M. et al. The Female Urinary Microbiome: a Comparison of Women with and without Urgency Urinary Incontinence. **mBio**, v. 5, n. 4, 8 jul. 2014.

PRICE N; DAWOOD R; JACKSON S, 2010. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review. **Maturitas**. v.67.n4. p.309-315. Set. 2015. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.08.004.

QUAGHEBEUR J et al. Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. V. 265, p. 143–149, 2021.

RAV-MARATHE K, WAN TTH, MARATHE S. A systematic review on the kap-o framework for diabetes education and research. **Medical Research Archives**, Vol. 4, n.1, 2016.

REID, G.; BURTON, J. P. Making sense of the urinary microbiota in clinical urology. **Nature Reviews Urology**, v. 13, n. 10, p. 567–568, 20 set. 2016.

RIBEIRO, GL. et al. Scale of pregnant women's assessment of knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence. **International Urogynecology Journal**, v. 33, n. 6, p. 1503–1509, 8 jun. 2021.

RIBEIRO, GL; FIRMIANO, MLV; VASCONCELOS, CTM et al. Knowledge, attitude, and practice of pregnant women about urinary incontinence: observational study. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 21, 2023. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1324>.

RISS, P.; KARGL, J. Quality of life and urinary incontinence in women. **Maturitas**, v. 68, n. 2, p. 137–142, fev. 2011.

RADZIMIŃSKA A et al. The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. **Clinical Interventions in Aging**, v. 13, p. 957–965, 2018.

SABOIA DM; FIRMIANO MLV; BEZERRA KC et al. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. **Rev Esc Enferm USP**.v. 51. 2017 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>.

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

SAMPSELLE, C. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. **Obstetrics & Gynecology**, v. 100, n. 6, p. 1230–1238, dez. 2002.

SALVATORE, S. et al. The impact of urinary stress incontinence in young and middle-age women practising recreational sports activity: an epidemiological study. **British Journal of Sports Medicine**, v. 43, n. 14, p. 1115–1118, 1 dez. 2009.

SEBESTA E M et al. Associations Between Unmet Social Needs and Overactive Bladder. **The Journal of urology**, v.202, n.5, p.1106-1115, nov.2022.

SESHAN, V.; MULIIRA, J. K. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: implications for women's health promotion. **BMC Women's Health**, v. 13, n. 1, 8 abr. 2013.

SENRA C; PEREIRA MG. Quality of life in women with urinary incontinence. Quality of life in women with urinary incontinence. **Rev Assoc Med Bras**. V. 61. N.2, P. 178-183. Out. 2015. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.02.178>

SIDDIQUI, N. Y. et al. Perceptions about female urinary incontinence: a systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 25, n. 7, p. 863–871, 6 dez. 2014.

SIDDIQUI, N. Y. et al. Biomarkers Implicated in Lower Urinary Tract Symptoms: Systematic Review and Pathway Analyses. **Journal of Urology**, v. 202, n. 5, p. 880–889, nov. 2019.

SILVA L; LOPES MHBA. Urinary incontinence in women: reasons for not seeking treatment. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 1, p.68-74. Out. 2007. **Disponível em:**<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5TLV8JFxxvqWvDGLN96vQ3Wn/?format=pdf&lang=en>

SMITH, A. L.; WEIN, A. J. Urinary incontinence—pharmacotherapy options. **Annals of Medicine**, v. 43, n. 6, p. 461–476, 3 jun. 2011.

SWANTON AR, GORMLEY EA. Prevention of Urinary Incontinence in Women. **Curr Urol Rep**. V.21.n10. p.43. Aug.2020 .2020. doi: 10.1007/s11934-020-00988-x. PMID: 32827279.

TAMANINI JTN et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). **Rev Saúde Pública**. N. 38, v. 3, p. 438-444, 2004.

TIAN, Z. et al. Effects of Urinary Incontinence Subtypes on Quality of Life and Sexual Function among Women Seeking Weight Loss. **International Urogynecol Journal**. V. 36, p.381–389, 2024 .<https://doi.org/10.1007/s00192-024-05977-z>.

TIMUR-TAŞHAN, S. et al. Determining lower urinary tract symptoms and associated risk factors in young women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 118, n. 1, p. 27–30, 14 abr. 2012.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 2, p. 171–180, 4 set. 2018. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3759-3>.

VUUREN, A.C; RENSBURG V; HANEKOM S et al. 'Practitioner's knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence'. **South African Journal of Physiotherapy**. v.79. n.1. p.1860-1872. Jun.2023. <https://doi.org/10.4102/sajp.v79i1.1860>

VUUREN, A.C; RENSBURG V; HANEKOM S et al. Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review. **Int Urogynecol J**. v. 32. N.3, p.485-499. Mar. 2021. doi: 10.1007/s00192-020-04628-3.

WEHRBERGER C et al. Incidence and remission of female urinary incontinence over 6.5 years: analysis of a health screening project. **Eur Urol**. 2006, 50:327–332. DOI: 10.1016/j.eururo.2006.02.010.

WEI, J. T.; DE LANCEY, J. O. L. Functional Anatomy of the Pelvic Floor and Lower Urinary Tract. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 47, n. 1, p. 3–17, mar. 2004. WYNDAELE M, HASHIM H. Pathophysiology of urinary incontinence. **Surgery**. v.38, n. 4, p.185-190. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2020.01.013>

WOLPE RL et al. Assessing the impact of urinary incontinence on quality of life: systematic review of instruments in Portuguese. **MTP&RehabJournal**. v. 12, p. 273-280, 2014.

YAZDANY T et al. American Urogynecologic Society Systematic Review: The Impact of Weight Loss Intervention on Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**, v.26, n. 1, p.16-29, Jan/Feb, 2020. doi: 10.1097/SPV.0000000000000802.

YOSHIMURA, N.; CHANCELLOR, M. TREATMENT OF OVERACTIVE BLADDER Neurophysiology of Lower Urinary Tract Function and Dysfunction. **REVIEWS IN UROLOGY**, v. 5, 2003.

YUAN H, WILLIAMS BA. Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. **Health and Social Care in the Community**. N. 18, v.1, p. 82-90, 2010. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00876.x

ZAGO, AC et al. Prevalence and knowledge of urinary incontinence and possibilities of treatment among low-income working women. **Fisioterapia em movimento**.v.30,n.1,p.151-159,2017.<https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.S01.AO15>

ZHANG, W. et al. Prevalence and Risk Factors of Lower Urinary Tract Symptoms in Fuzhou Chinese Women. **European Urology**, v. 48, n. 2, p. 309–313, ago. 2005. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2005.03.003>

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, jul. 2015. DOI: 10.1016/j.eururo.2014.12.012

ZWASCHKA, T. A. et al. The cumulative effect of unmet social needs on noncancerous genitourinary conditions and severity of lower urinary tract symptoms. **Neurology and uroynamics**. v. 41, n. 8, p. 1862-1871, set. 2022. <https://doi.org/10.1002/nau.25038>.

ANEXOS

ANEXO A- APROVAÇÃO COMITE DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) EM MULHERES ACERCA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE

Pesquisador: ANA KARINE ALVES MAIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67672923.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.948.347

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal para descrever o Conhecimento, Atitude e prática (CAP) de mulheres acerca da incontinência urinária e seu impacto na qualidade de vida. A população do estudo será de mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde do Polo Sede e praia, na cidade de São Gonçalo do Amarante no Estado do Ceará. A amostra será de 142 mulheres. Critérios de inclusão: sexo feminino, idade igual ou superior a 40 anos, ter cadastro nas unidades alvo da pesquisa. Critérios de exclusão: mesmo com cadastro, mudar a localização para região não correspondente à área de abrangência da unidade básica, no qual se desenvolverá a pesquisa; não concluir todos os questionários avaliativos correspondente à pesquisa, durante o processo de coleta; apresentar alguma doença ou déficit cognitivo que impeça a compreensão dos questionários. Serão aplicados questionários validados com perguntas fechadas e abertas, sendo estes: Questionário SF-36 para avaliar qualidade de Vida, KAP-IU (Escala de Conhecimento, Atitude e Prática de Gestantes relacionada a UI) e KingsHeath para Avaliar tanto a presença de sintomas relativos à IU, como seu impacto na qualidade de vida. Por fim, um questionário sociodemográfico para obter o perfil da população estudada e coletar informações que possam relacionar-se ou favorecer os resultados que serão obtidos nos demais questionários. A coleta de dados será realizada no período de abril a junho de 2023. O recrutamento das participantes ocorrerá nas Unidades Básicas de Saúde ou em ambiente domiciliar, através do prévio contato com Agente Comunitário de Saúde (ACS) de sua respectiva microárea. O banco de dados para analisar o

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 5.948.347

Psicossocial (RAPS), por meio da referência e contrarreferência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se a prevenção/diagnóstico/tratamento de mulheres com incontinência urinária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

No termo de consentimento livre e esclarecido, apenas acrescente local para a digital, caso o participante não saiba ler.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2075042.pdf	14/02/2023 21:54:56		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	14/02/2023 21:53:59	ANA KARINE ALVES MAIA	Aceito
Declaração de concordância	Compromisso_dadosOK.pdf	08/02/2023 10:01:48	ANA KARINE ALVES MAIA	Aceito
Orçamento	OrcamentoOK1.pdf	08/02/2023 09:53:11	ANA KARINE ALVES MAIA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_concordancia.pdf	08/02/2023 09:48:02	ANA KARINE ALVES MAIA	Aceito
Cronograma	Cronograma_.pdf	08/02/2023 09:41:34	ANA KARINE ALVES MAIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO.pdf	08/02/2023 09:36:41	ANA KARINE ALVES MAIA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Solicitacao_apreciacao.pdf	08/02/2023 09:33:04	ANA KARINE ALVES MAIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_instituicao.pdf	08/02/2023 09:29:54	ANA KARINE ALVES MAIA	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 5.948.347

Conhecimento, Atitude e Prática das mulheres e a qualidade de vida será construído na plataforma do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. No qual será verificado a consistência dos dados, e após finalização do banco, a realização dos testes para verificação de normalidade através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para avaliar normalidade dos dados, com uso dos testes paramétricos. A análise paramétrica será feita com o teste-t.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o nível de conhecimento, atitude e prática (CAP) acerca da incontinência urinária e o impacto na qualidade de vida de mulheres usuárias do Serviço de Atenção Básica de Saúde.

Objetivos Secundários:

- Descrever o conhecimento, atitude e prática (CAP) de mulheres sobre a incontinência urinária;
- Estimar a relação entre os fatores sociodemográficos com o Nível de CAP;
- Correlacionar o nível de CAP com a faixa etária e a gravidade da incontinência urinária;
- Avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e sua correlação com o nível de CAP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para a autora, visto que os instrumentos da pesquisa abordam o indivíduo em sua individualidade, contempla sua subjetividade e autopercepção de saúde, as questões pertinentes à pesquisa podem ocasionar a expressão de sentimentos pessoais do indivíduo, então, como medida para evitar ou minimizar constrangimentos, os participantes da amostra serão entrevistados em ambiente reservado e individualmente. Como medida para preservar o indivíduo, e evitar a sensação de insegurança dos participantes com relação a sua exposição, serão tomadas medidas de proteção à identidade, preservando o anonimato, onde não serão publicadas informações que permitam sua identificação, e as informações coletadas por meio da ficha de avaliação serão mantidas sobre acesso exclusivo do pesquisador, baseando-se na ética para pautar todas as etapas da pesquisa.

Benefícios: Para a pesquisadora, como benefícios promovidos aos participantes, será possível a identificação de demandas das participantes que podem estar subnotificadas, podendo ser amenizadas ou sanadas através dos serviços ofertados nas próprias UBS, que contempla a população alvo do estudo adscrita no território, e de acordo com a necessidade, utilizando-se também como apoio, os serviços ofertados pela Rede de Atenção Básica (RAS) e Atenção

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 5.948.347

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_TCLE.pdf	04/02/2023 19:28:05	ANA KARINE ALVES MAIA	Aceito
---	------------------------------	------------------------	--------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 16 de Março de 2023

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B- ICIQ-SF

AVALIAÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA - ICIQ-SF

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece.

Ficariamos 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 Masculino
3. **COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ PERDE URINA? (ASSINALE UMA RESPOSTA)**
 - 0 Nunca
 - 1 Uma vez por semana ou menos
 - 2 Duas ou três vezes por semana
 - 3 Uma vez ao dia
 - 4 Diversas vezes ao dia
 - 5 O tempo todo
4. **GOSTARÍAMOS DE SABER A QUANTIDADE DE URINA QUE VOCÊ PENSA QUE PERDE (ASSINALE UMA RESPOSTA)**
 - 0 Nenhuma
 - 2 Uma pequena quantidade
 - 4 Uma moderada quantidade
 - 6 Uma grande quantidade
5. **EM GERAL, QUANTO QUE VOCÊ PERDER URINA INTERFERE EM SUA VIDA DIÁRIA?**
 Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não interfere											interfere muito

 ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____
6. **QUANDO VOCÊ PERDE A URINA? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam à você)**
 - Nunca
 - Perco antes de chegar ao banheiro
 - Perco quando tusso ou espirro
 - Perco quando estou dormindo
 - Perco quando estou fazendo atividades físicas
 - Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
 - Perco sem razão óbvia
 - Perco o tempo todo

ANEXO C-KINGS HEALTH

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Brasileiro)

Percepção Geral de Saúde	Muito Boa	Boa	Regular	Má	Muito Má
1. Como você descreveria sua saúde no momento?					

A seguir, estão algumas atividades diárias que podem ser afetadas por seu problema na bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você? Nós gostaríamos que você respondesse cada questão, escolhendo a resposta que mais se aplica a você.

Impacto da Incontinência	Nem um pouco	Um Pouco	Moderadamente	Muito
2. Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?				

Limitações de Atividades Diárias	Nem um pouco	Um Pouco	Moderadamente	Muito
3a. Quanto seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc...?				
3b. Quanto seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?				

Limitações Físicas	Nem um pouco	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4a. Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica, etc...?				
Limitações Sociais	Nem um pouco	Um Pouco	Moderadamente	Muito

4c. Seu problema de bexiga limita sua vida social?				
4d. Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita amigos?				
4b. Seu problema de bexiga afeta suas viagens?				
Relações Pessoais	Não Aplicável	Nem um pouco	Um Pouco	Moderadamente
5a. Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com o seu parceiro?				
5b. Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?				
5c. Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?				
Emoções	Nem um pouco	Um Pouco	Moderadamente	Muito
6a. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?				
6b. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?				
6c. Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma?				
Sono e Disposição	Nunca	Às vezes	Frequentemente	O tempo todo
7a. Seu problema de bexiga afeta seu sono?				
7b. Você se sente esgotada ou cansada?				

Você faz alguma das seguintes coisas? E se faz, quanto

Medidas de Gravidade	Nunca	Às vezes	Frequentemente	O tempo todo
8a. Você usa forros ou absorventes para se manter seca?				
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?				
8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?				
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?				
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?				

Muito obrigada.

ANEXO D CAP-IU

SUBESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE IU			
	Pergunta	Resposta	Pontuação
sintomas	01* Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta "Sim" contabiliza-se 15 escores 2. Para resposta "Não" contabiliza-se 00 escores
Fator de risco	02 Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse 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 05 escores 2. Para respostas 2 e 3 contabiliza-se 00 escores
severidade da IU	03 Você acha que é um problema perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta "Sim" contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta "Não" contabiliza-se 00 escores
	04 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)?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta "Sim" contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta "Não" contabiliza-se 00 escores
	05 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 00 escores 2. Para resposta "Não" contabiliza-se 05 escores
	06 Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Não sabe 2. Gravidez/Parto/ Parto instrumental 3. Episiotomia/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 perineo 8. POP (bexiga baixa) 9. Obesidade 10. Atividade de levantar peso ou fazer muito esforço físico	Peça que a mulher cite o maior número de fatores que souber 1. Para, no mínimo, 1 resposta do item 2 a 10, contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta "não sabe" ou outras que não os itens 2 a 10, contabiliza-se 00 escores

Prevenção	07	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?	1. Sim 2. Não	Só contabiliza o ponto caso a mulher responda 1. Para resposta "Sim" contabilizar 2,5 escores. 2. Para resposta "Não" contabiliza-se 00 escores
	08	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 curtos 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 27,5 escores 2. Para resposta "não sabe" ou outras que não os itens 1- 5, contabiliza-se 00 escores
	09	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 2,5 escores 2. Para resposta "Não" contabiliza-se 00 escores
	10	Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?	1. Não sabe 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 Ervas	1. Para respostas do item 2 a 8 contabiliza-se 27,5 escores 2. Para resposta "não sabe", 9 e 10 ou outras quando os itens 2-8, contabiliza-se 00 escores

<p>Para ser considerada com conhecimento adequado, a mulher deve, no mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter ouvido falar sobre IU (CAP-01*); - Saber que existe algo para evitar a IU (CAP-07*) e citar alguma forma correta (CAP-08*); - Saber que existe tratamento para a IU (CAP-09*) e citar alguma forma correta (CAP-10*). <p>Escore total do CONHECIMENTO (0 – 100): <u> </u></p> <p>Avaliação do CONHECIMENTO: (<u> </u>) < 75 PONTOS = INADEQUADO () > ou = 75 PONTOS = ADEQUADO</p>			
SUBESCALA DE AVALIAÇÃO DA ATITUDE SOBRE IU			
	Pergunta	Resposta	Pontuação
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	3. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 4. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 5. 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	3. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 4. Para a opção de resposta 02 – 2,5 escores 5. Para a opção de resposta 03 – 05 escores
13	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 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	3. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 4. Para a opção de resposta 02 – 2,5 escores 5. Para a opção de resposta 03 – 05 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 respostas "sim", contabiliza-se 05 escores. 2. Para respostas "não" contabiliza-se 00 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 respostas "sim", contabiliza-se 05 escores. 2. Para respostas "não" contabiliza-se 00 escores.
Prevenção	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 respostas "sim", contabiliza-se 05 escores. 2. Para respostas "não" contabiliza-se 00 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 respostas "sim", contabiliza-se 05 escores. 2. Para respostas "não" contabiliza-se 00 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 respostas "sim", contabiliza-se 05 escores. 2. Para respostas "não" contabiliza-se 00 escores.

	<p>Para ser considerada com atitude adequada, a mulher deve, no mínimo: - afirmar que caso a mulher tenha grande perda de xixi deve buscar ajuda profissional para tratá-la (CAP-18*).</p> <p>Escore total da ATITUDE (0 – 100): _____</p> <p>Avaliação da ATITUDE: () < 60 PONTOS = INADEQUADO () > ou = 60 PONTOS – ADEQUADO</p>		
SUBESCALA DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA SOBRE IU			
PERGUNTAS PARA AS MULHERES QUE NÃO TEM QUEIXA DE IU:			
	Pergunta	Resposta	Pontuação
Prevenção	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 respostas "sim", contabiliza-se 50 escores. 2. Para respostas "não" contabiliza-se 00 escores.
	20 Você faz algo para evitar (prevenir) perda de urina?	1. Sim 2. Não	1. Para respostas "sim", contabiliza-se 50 escores. 2. Para respostas "não" contabiliza-se 00 escores
	O que você faz para evitar (prevenir) a perda de urina?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal adequado 4. Evitar levantar peso 5. Realizar TMAP	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 50 escores 2. Para resposta "não sabe" ou outras respostas que não os itens 1-5, contabiliza-se 00 escores
	<p>Para ser considerada com prática adequada, a mulher SEM QUEIXA DE IU deve, no mínimo: - OU ter perguntado para algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina (CAP-19*) OU praticar algo correto para evitar a perda de urina (CAP-20*);</p> <p>Escore total da PRÁTICA (0 – 100): _____</p> <p>Avaliação da PRÁTICA DE MULHERES SEM QUEIXA DE IU: () < 50 PONTOS = INADEQUADA () ≥ 50 PONTOS = ADEQUADA</p>		

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) EM MULHERES ACERCA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA”** coordenada pela Fisioterapeuta Mestranda: **Ana Karine Alves Maia**, sob orientação do **Médico Dr. José Ananias Vasconcelos Neto** e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso decida aceitar o convite, o participante será submetido à entrevista e aplicação de questionários avaliativos, sendo estes: Ficha de Anamnese e dados Socio-demográficos; Questionário ICIQ-SF; Questionário Kings Health; Questionário CAP-IU, cuja sua aplicação ocorrerá por um entrevistador (a) devidamente treinado. As informações coletadas serão organizadas em banco de dados em programa estatístico e analisadas a partir de técnicas estatísticas.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: “Avaliar o nível de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de mulheres usuárias da Atenção Básica acerca da Incontinência Urinária e seu impacto na qualidade de Vida”. E como objetivos específicos: Determinar a prevalência de incontinência urinária no público avaliado; Reconhecer os fatores de risco para a Incontinência Urinária; Identificar a prevalência de Incontinência por faixa etária; compreender a relação entre os fatores sociodemográficos com a CAP; Avaliar o impacto da Incontinência Urinária na qualidade de vida e correlacionar o nível de CAP e a qualidade de vida.

Como benefícios promovidos aos participantes pela pesquisa, podem ser citados: A identificação de demandas da Incontinência urinária nessas mulheres que podem ser amenizadas ou sanadas através dos serviços ofertados na própria Unidade Básica de Saúde, e caso necessário, utilização do serviço de referência, para envio a Rede de Atenção Básica (RAS) e de Atenção Psicossocial (RAPS) para maior resolutividade do caso, além da promoção de atividades educativas sobre a temática e promover melhorias no atendimento por parte dos profissionais de saúde a mulheres com incontinência. No decorrer da pesquisa existem riscos mínimos, tais como: devido

a abordagem de questões pessoais de saúde e emocionais, podem ocorrer expressão de sentimentos sigilosos aos indivíduos entrevistados, então, pra evitar qualquer constrangimento e garantir a privacidade, os participantes serão entrevistados individualmente e em local reservado. Bem como, para preservar seu anonimato e evitar inseguranças, as informações coletadas serão mantidas em sigilo, e não serão publicadas informações que permitam a identificação do participante da pesquisa.

Todos os documentos utilizados no estudo serão armazenados em caixa arquivo com identificação em um armário de acesso exclusivo do pesquisador responsável, afim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes.

Você ficará com a via original deste TCLE e toda a dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora Ana Karine Alves Maia através do telefone (84)99839-8582. E as dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFC).

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res.466/12 II.7) — cobertura material para reparar danos — e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) — compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação — sob responsabilidade da pesquisadora Ana Karine Alves Maia.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação ou pagamento por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais e/ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Ana Karine Alves Maia

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Papi Júnior, 1223 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, 60430-235, Campo Rodolfo Teófilo, Faculdade de Medicina

Telefone para contato: (84)99839-8582

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC).

Nome: José Ananias Vasconcelos Neto

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Papi Júnior, 1223 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, 60430-235, Campo Rodolfo Teófilo, Faculdade de Medicina

Telefone para contato: (85) 98716-0738

Orientador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança,
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC).

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ - Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O _____ abaixo _____ assinado

_____, _____ anos, RG: _____,
declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. 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 me foi garantindo o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo, assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

São Gonçalo do Amarante/CE, ____ / ____ / ____

Nome do participante da pesquisa

Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Nome do pesquisador

Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Nome da testemunha (Se o voluntário não souber)

Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Nome do profissional (Que aplicou o TCLE)

_____ Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

APÊNDICE B- FICHA DE ANAMNESE E DADOS SOCIODEMOGRÁDICOS



FICHA DE ANAMNESE E DADOS SOCIODEMOGRÁDICOS

IDADE: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** ___/___/___

COR: Preta () Branca () Parda () Amarela ()

ESTADO CIVIL: Solteira () Casada () Divorciada () Viúva ()

ESCOLARIDADE: Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto ()

Ensino Fundamental completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino

Médio Completo () Ensino Superior () Pós-graduação ()

PROFISSÃO: _____

SITUAÇÃO TRABALHISTA: Empregada () Autônoma ()

Desempregada () Doméstica ()

RENDA FAMILIAR: < 1 salário () Entre 1-3 salários () Entre 3-6 ()

Entre 6-10 () > 10 salários ()

PESO: _____ **ALTURA:** _____ **IMC** (Cálculo do pesquisador): _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS / GINECOLÓGICOS	
Número de Gestações: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais	
Tipos de partos: () Parto Vaginal () Parto Cesárea () Parto vaginal e Cesárea () Mais partos vaginais do que cesáreas () Mais partos cesáreas do que vaginais	
Histerectomia: () Não () Sim	
Menopausa: () Não () Sim, Qual a idade: _____	
Doença ginecológica: () Não () Sim, Qual: _____	
Cirurgia ginecológica: () Não () Sim, Qual: _____ Qual idade: _____	

--

HISTÓRICO DE DOENÇAS			
Sintomas urinário: () Sim () Não		(is)	
	Qual		
	Diabetes		Câncer
	Hipertensão		Pneumopatia
	Doença neurológica Qual:		Incontinência fecal
	Constipação		Outros :

TRATAMENTOS
Tratamento medicamentoso para Incontinência Urinária: () Não () Sim
Tratamento fisioterapêutico pra Incontinência Urinária: () Não () Sim
Tratamento cirúrgico para Incontinência Urinária: () Não () Sim
Medicações em uso no momento: _____
Realizou Radioterapia ou quimioterapia: () Não realizei () Quimioterapia () Radioterapia () Os dois

Data da avaliação: ____/____/____

Avaliador: _____