

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**Ana Paula Malinauskas^a<https://orcid.org/0000-0002-2488-589X>Luiza Torelli^b<https://orcid.org/0000-0003-2883-7278>**Resumo**

O objetivo deste estudo foi verificar quais são as intervenções desenvolvidas pelo fisioterapeuta no tratamento conservador de incontinência urinária (IU) feminina na Atenção Primária à Saúde (APS). Foram realizadas buscas de dados nas bases PubMed, PEDro, LILACS e SciELO usando os descritores: incontinência urinária, fisioterapia, cinesioterapia, treinamento muscular de assoalho pélvico (TMAP), Atenção Primária à Saúde e mulheres. Buscaram-se artigos sobre as intervenções fisioterapêuticas realizadas exclusivamente pelo profissional fisioterapeuta no tratamento de IU na atenção primária, disponíveis na íntegra, sem restrição de ano de publicação ou tipo de estudo, restrita a estudos brasileiros publicados em português ou inglês. Foram analisados quatro artigos. As atividades desenvolvidas foram tanto individuais como coletivas, sendo unânime a realização de TMAP. Todos os resultados indicaram melhora: perda urinária, frequência e qualidade de vida. Independentemente das limitações, tamanho das amostras e características dos artigos, a atuação da fisioterapia no tratamento de IU na Atenção Básica ainda está em construção. Conclui-se que é necessária a atuação do fisioterapeuta no tratamento de IU na APS, tendo em vista que ele é o profissional capacitado para atuar no tratamento de primeira linha dessa disfunção, podendo inclusive ser o primeiro contato do paciente na atenção primária.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Atenção Primária à Saúde. Fisioterapia. Assoalho pélvico. Mulheres.

^a Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Pélvica – Uroginecologia Funcional. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia e Saúde da Família. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: anapaulamali@hotmail.com

^b Fisioterapeuta. Especialista no Tratamento da Incontinência Urinária e Reabilitação do Assoalho Pélvico em Ginecologia para Fisioterapeutas. Doutora em Ciências (Departamento de Ginecologia). São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: lutorelli@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Rua Ettore Ximenes, n. 300, ap. 191, Vila Prudente. São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 03132-010. E-mail: anapaulamali@hotmail.com

PHYSICAL THERAPY PERFORMANCE IN URINARY INCONTINENCE IN WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Abstract

This study aimed to verify which are the interventions developed by the physical therapist in the conservative treatment of female urinary incontinence (UI) in primary health care (PHC). Searches were carried out in databases PubMed, PEDro, LILACS, and SciELO with the descriptors: urinary incontinence, physical therapy, kinesiotherapy, pelvic floor muscle training (PFMT), primary health care, and women. Articles on physical therapy interventions performed exclusively by physical therapists in the treatment of UI in primary care available in full were searched, without restriction of year of publication or type of study, restricted to Brazilian studies published in Portuguese or English. Four articles were analyzed. The activities carried out were both individual and collective, with the performance of PFMT being unanimous. All results showed improvement: urinary loss, frequency, and quality of life. Regardless of the limitations, sample size and the characteristics of the articles, the physical therapy performance in UI treatment in primary care is still under construction. We conclude the physical therapist performance in treating UI in PHC is necessary, considering they are the professional qualified to act in the first-line treatment of this dysfunction and may even be the patient's first contact in primary care.

Keywords: Urinary incontinence. Primary Health Care. Physiotherapy. Pelvic floor. Women.

DESEMPEÑO DE FISIOTERAPIA EN INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Resumen

El objetivo de este estudio fue verificar cuáles son las intervenciones desarrolladas por el fisioterapeuta en el tratamiento conservador de la incontinencia urinaria (IU) femenina en la Atención Primaria de Salud (APS). Se realizó búsquedas en las bases de datos PubMed, PEDro, LILACS y SciELO utilizando los descriptores: incontinencia urinaria, fisioterapia, kinesioterapia, musculación del suelo pélvico (MSP), Atención Primaria de Salud y mujeres. Se buscaron artículos sobre intervenciones de fisioterapia realizadas exclusivamente por fisioterapeutas en el tratamiento de la IU en la atención primaria, disponibles en su totalidad, sin restricción de año de publicación o tipo de estudio, restringidos a estudios brasileños publicados en portugués o inglés. Se analizaron cuatro artículos. Las actividades realizadas fueron tanto individuales como

colectivas, siendo unánime la realización del MSP. Todos los resultados señalaron una mejoría: pérdidas urinarias, frecuencia y calidad de vida. Independientemente de las limitaciones, el tamaño de la muestra y las características de los artículos, el papel de la fisioterapia en el tratamiento de la IU en Atención Primaria aún está en construcción. Se concluye que es necesario que el fisioterapeuta actúe en el tratamiento de la IU en APS, ya que este profesional está capacitado para actuar en el tratamiento de primera línea de esta disfunción, pudiendo incluso ser el primer contacto del paciente en atención primaria.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Atención Primaria de Salud. Fisioterapia. Suelo pélvico. Mujeres.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS, do inglês *International Continence Society*) define incontinência urinária (IU) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina¹.

A IU se manifesta como uma doença crônica de início gradual e com agravamento progressivo. Os tipos mais frequentes de IU na população feminina são incontinência urinária de esforço (IUE) (38% dos casos), incontinência urinária de urgência (IUU) (14% dos casos) e incontinência urinária mista (IUM) (48% dos casos)².

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Política de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes”, o qual afirma que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser orientado e capacitado para a atenção integral à mulher, contemplando a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle das patologias e a garantia do direito de saúde³.

A IU gera impacto negativo na qualidade de vida das mulheres, sendo capaz de comprometer condições físicas, sociais e mentais⁴. Estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procuram ajuda médica. Nesse sentido, a IU é considerada um problema de saúde pública e sua prevalência aumenta com o avanço da idade, embora possa acontecer em qualquer fase da vida⁵.

Atualmente, existem diversas opções terapêuticas disponíveis para o tratamento da IU, como medicamentos, cirurgias e intervenções conservadoras. A ICS recomenda que as intervenções conservadoras, ou seja, a fisioterapia pélvica, sejam realizadas antes das intervenções cirúrgicas, uma vez que curam ou melhoram a condição de mais de 80% dos pacientes². Os principais recursos fisioterapêuticos incluem: educação e mudanças de hábitos comportamentais; treinamento vesical; *biofeedback*; eletroestimulação; cones vaginais; e treinamento muscular do

assoalho pélvico (TMAP). O TMAP possui nível A de evidência científica, sendo recomendado como tratamento de primeira linha para mulheres com IU^{1,6}. Apesar disso, a maioria das pacientes são encaminhadas para a cirurgia antes mesmo de realizar a fisioterapia pélvica.

A Agência Nacional de Saúde (ANS) regulamenta que o fisioterapeuta é profissional de primeiro contato, isto é, pode atender o paciente sem necessariamente haver encaminhamento por outro profissional de saúde². A intervenção supervisionada e orientada pelo fisioterapeuta pélvico não representa a realidade das mulheres que sofrem com IU na Atenção Primária à Saúde (APS). Além da eficácia do tratamento conservador, o tratamento é indicado como principal alternativa na APS, pois oferece baixo risco de efeitos colaterais, não prejudica tratamentos subsequentes e tem o menor custo financeiro⁷.

No Brasil, o tratamento de fisioterapia para mulheres com IU não é usualmente realizado na Atenção Básica (AB), e falta conteúdo científico de como seria essa abordagem no nível primário de atenção à saúde. O objetivo deste trabalho foi verificar quais são as intervenções desenvolvidas pelo fisioterapeuta no tratamento conservador de IU feminina na Atenção Primária à Saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura desenvolvida a partir da questão norteadora: Quais são as intervenções desenvolvidas por fisioterapeutas para o tratamento de incontinência urinária feminina na Atenção Primária à Saúde?

O desenvolvimento do estudo foi realizado seguindo as etapas: determinação da questão norteadora; definição de palavras-chave, critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; avaliação dos estudos incluídos na revisão; definição das informações a serem extraídas; interpretação dos resultados; e apresentação de síntese do conhecimento produzido⁸.

As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PEDro (Base de Dados de Evidências em Fisioterapia) a partir dos descritores “incontinência urinária” (*urinary incontinence*), “fisioterapia” (*physiotherapy, physical therapy*), “cinesioterapia” (*kinesiotherapy*), “atenção primária à saúde” (*primary health care*), “treinamento muscular de assoalho pélvico” (*pelvic floor muscle training*) e “mulheres” (*women*), de acordo como a terminologia em saúde DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde. Para sistematizar as buscas foram utilizados os operadores booleanos com o seguinte esquema: ((incontinência urinária) OR (incontinência urinária de esforço)) AND (atenção primária saúde)

AND (mulheres) AND ((fisioterapia) OR (cinesioterapia) OR (treinamento muscular do assoalho pélvico)). A mesma busca foi também realizada em inglês.

Os critérios de elegibilidade foram: artigos sobre intervenções realizadas exclusivamente pelo fisioterapeuta para o tratamento da IU feminina na APS, disponíveis na íntegra, sem restrição de ano de publicação e restritos a estudos brasileiros publicados em português ou inglês.

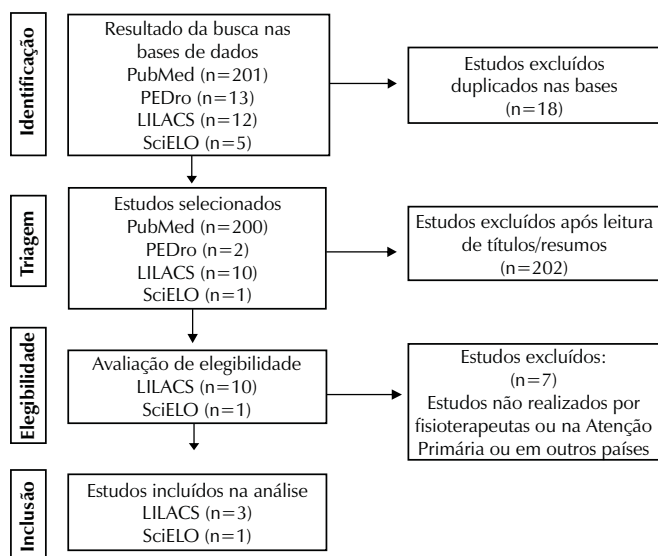
Foram excluídas intervenções fisioterapêuticas realizadas por outros profissionais (enfermeiros, médicos etc.), revisões de literatura, monografias, teses ou trabalhos que descreviam atividades acadêmicas.

A busca foi realizada por uma pesquisadora, de forma independente, no mês de fevereiro de 2022. O processo de seleção dos artigos envolveu a triagem e leitura dos títulos/resumos. Posteriormente foram obtidos os textos completos dos artigos potenciais para a análise dos critérios de elegibilidade.

RESULTADOS

Inicialmente foram encontrados 231 artigos que continham os descritores de busca. Após leitura de títulos/resumos e classificação pelos critérios de elegibilidade foram selecionados quatro artigos. A busca e a seleção dos trabalhos são apresentadas conforme o instrumento PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*) e descritas na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos. São Paulo, São Paulo, Brasil – 2022



Fonte: Elaboração própria.

Foram incluídos na revisão quatro estudos caracterizados conforme ano de publicação, tipo de estudo, cidade e estado onde foi desenvolvido, tipo de equipe da atenção primária, público-alvo, número de fisioterapeutas participantes e atividades desenvolvidas. O Quadro 1 demonstra as características e as atividades desenvolvidas na IU pela fisioterapia na atenção primária dos estudos incluídos nesta revisão sistemática.

Quadro 1 – Características e as atividades desenvolvidas na IU pela fisioterapia na Atenção Primária. São Paulo, São Paulo, Brasil – 2022

Autor/ano	Tipo de estudo	Local	Equipe	Público-alvo	n	Atividade desenvolvida
Figueiredo et al., 2012	Relato de experiência	Belo Horizonte (MG)	UBS	Funcionárias da UBS	2	Educação das funcionárias da UBS com programas teóricos e práticos e discussões acerca da atenção fisioterapêutica sobre incontinência urinária, a fim de que pudessem encaminhar com maior propriedade as usuárias ao serviço.
Berlezi, Matins e Dreher, 2013	Ensaio clínico não randomizado, vinculado à pesquisa institucional	Catuípe (RS)	ESF	Mulheres pós-menopausa	1	Avaliação individualizada das participantes e desenvolvimento de um programa de exercícios individualizados para realizar em casa, bem como consulta quinzenal para orientação, supervisão e revisão/evolução dos exercícios.
Alves et al., 2016	Ensaio clínico, randomizado, cego e controlado	Congonhal (MG)	UBS	Mulheres pós-menopausa	1	Desenvolvimento e inserção de um programa de treinamento do assoalho pélvico em um programa de atividade física.
Vaz et al., 2019	Ensaio controlado não randomizado pragmático	Belo Horizonte (MG)	UBS	Mulheres que frequentaram as UBS	1	Desenvolvimento de um programa de treinamento do assoalho pélvico, treinamento vesical e instruções escritas para realizar o treinamento em casa.

n = número de fisioterapeutas atuantes nos programas
 ESF = Estratégia Saúde da Família
 UBS = Unidade Básica de Saúde
 Fonte: Elaboração própria.

O objetivo do trabalho de Figueiredo et al.⁴ foi identificar as usuárias com queixa de IU e implementar tratamento fisioterapêutico na unidade de AB. Essa necessidade surgiu dos profissionais da Estratégia em Saúde da Família (ESF) devido à queixa frequente pelas usuárias de perda involuntária de urina. Foi definido um protocolo no qual os profissionais da ESF aplicariam o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) durante o acolhimento das usuárias, no entanto, foi observado que essas profissionais apresentavam dúvidas em relação ao assunto. Dessa forma, todas as mulheres que trabalhavam na Unidade Básica de Saúde (UBS) foram convidadas a participar das dinâmicas. Das funcionárias da UBS, 28 participaram do programa, que foi elaborado em três etapas: (1) programa educativo

teórico por meio de aulas expositivas em *datashow*, linguagem fácil e compreensível com os temas conceitos, sinais, sintomas, tipos de IU, fatores de risco modificáveis, terapias e medidas preventivas – foram utilizados modelos anatômicos, bem como vídeo demonstrando a contração ativa dos músculos do assoalho pélvico (MAP) –; (2) programa educativo e prático com ênfase na região pélvica e práticas de percepção corporal por meio de autopalpação dos limites ósseos pélvicos e assoalho pélvico – posteriormente foi solicitada contração por meio de comandos verbais como “aperte o ânus e a vagina como se fosse segurar o xixi” –; e (3) discussão sobre as dúvidas. O programa de educação e tratamento das participantes foi realizado por duas fisioterapeutas pós-graduandas em saúde da mulher.

Durante as dinâmicas, duas participantes queixaram-se de perdas involuntárias de urina e foram encaminhadas ao tratamento fisioterapêutico especializado.

Figueiredo et al.⁴ chamam atenção para a demanda dos profissionais da atenção básica por informações sobre como prevenir a IU. Como resultado do programa de educação em saúde para as funcionárias da ESF, houve um aumento do número de usuárias com sintomas de IU encaminhadas ao serviço de fisioterapia.

Berlezi, Martins e Dreher⁹ avaliaram a eficiência de um programa individualizado de exercícios para IU executado no espaço domiciliar sob supervisão e avaliação de um fisioterapeuta. A amostra foi composta de cinco mulheres pós-menopausa residentes na área urbana de Catuípe (RS).

O exame físico foi constituído da avaliação abdominal e da avaliação do assoalho pélvico. Na avaliação abdominal houve a inspeção de cicatrizes e de padrão respiratório, palpação para identificar algias, flatos, impactação fecal, tônus diafragmático, abdominal e diástase e foi realizado o teste da tosse. Na avaliação do assoalho pélvico houve a inspeção do óstio da vagina, distância ânus-vulva, pregas anais e presença de matéria fecal, sensibilidade, motricidade, tônus e reflexos perineais e presença de prolapso. Foi aplicado o esquema PERFECT para avaliar a funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico a partir da mensuração da força/*Power* (P), resistência/*Endurance* (E), número de repetições/*Repetitions* (R) e contrações rápidas/*Fast* (F).

Com base nos resultados da avaliação, foram elaborados programas de exercícios individualizados. O programa individualizado foi composto de ginástica hipopressiva (GH) e exercícios de TMAP, realizado três vezes na semana, por 12 semanas. A cada 15 dias, a participante fazia uma consulta para orientação, supervisão e revisão dos exercícios. Tanto o programa individualizado como a consulta foram realizados por um fisioterapeuta.

As participantes foram indagadas quanto ao uso de algum tipo de protetor, mudança na ingestão hídrica e em qual intensidade, entre grande (tossir), moderada (espirrar

e caminhar rapidamente) ou pequena (troca de posições), ocorriam as perdas urinárias ou quando havia situações de estresse, frio, barulho de torneira e mãos na água.

Após a intervenção, houve redução de 80% de queixas de perda de urina ao esforço, redução de 40% na sensação de vontade de urinar em situações de estresse, frio, barulho de torneira e mãos na água e presença de continência em 100% das mulheres em situação de instabilidade.

Segundo Berlezi, Martins e Dreher⁹, a maior contribuição do estudo está na proposta de um protocolo de tratamento simples e de baixo custo, que se mostra efetivo e com possibilidade de atender um maior número de mulheres, seja para reabilitação ou prevenção, garantindo melhor qualidade de vida.

No estudo de Alves et al.¹⁰, foram avaliadas 42 mulheres pós-menopausa divididas em dois grupos sorteados: grupo de tratamento (GT) e grupo controle (GC). Os grupos foram considerados homogêneos na avaliação inicial. Três mulheres do GT (14,28%) e nove do GC (42,85%) não completaram o estudo, observando assim a maior adesão ao GT. A prevalência de IU, a qual foi investigada pelo questionário ICIQ-SF, foi de 83,33% na avaliação inicial, sendo a IUM presente em 76,92%, IUE em 15,38% e IUU em 7,69%.

O programa foi supervisionado por um fisioterapeuta treinado por uma especialista em saúde da mulher e urologia. Para o GT o protocolo constituiu-se de 12 sessões com 30 minutos de duração e realizadas duas vezes na semana, totalizando seis semanas. No programa de TMAP foram incluídos exercícios de mobilidade pélvica, alongamento, fortalecimento e relaxamento realizados nas seguintes posições: decúbito dorsal; sentada no solo; sentada sobre a bola; cócoras; e posição ortostática. Foram realizadas quatro séries de dez contrações rápidas e quatro séries de dez contrações sustentadas dos MAP, com manutenção de oito segundos de contração e 16 segundos de relaxamento distribuídos durante os exercícios acima descritos. Ambos os grupos realizaram um programa de atividade física geral.

Após o tratamento, por meio do questionário ICIQ-SF observou-se que houve um decréscimo significativo no GT na frequência da IU ($p = 0,0009$), enquanto no GC não foram encontradas diferenças significativas em nenhum dos quesitos do questionário.

No caso de indícios de bexiga hiperativa, avaliados pelo *International Consultation on Incontinence Overactive Bladder Questionnaire* (ICIQ-OAB), foi observado decréscimo dos sintomas somente no GT ($p < 0,0001$). Os sintomas que mostraram decréscimo significativo foram frequência urinária, noctúria e urgência.

A melhora dos sintomas urinários no GT também foi encontrada com o aumento da força muscular ($p = 0,001$) realizado pela palpação digital e da atividade eletromiográfica da MAP ($p = 0,003$) por meio da eletromiografia de superfície.

Alves et al.¹⁰ recomendam a incorporação de um programa de TMAP à atenção básica de saúde com o intuito de diminuir as morbidades e o impacto na qualidade de vida na população feminina.

Vaz et al.¹¹ investigaram a implementação e a eficácia da intervenção fisioterapêutica incluindo TMAP e treinamento vesical para tratar mulheres com IU nos centros de APS. A amostra consistiu em 78 mulheres, as quais foram alocadas em dois grupos: Grupo Casa (GC) e Grupo Unidade de Saúde (GU). Após duas semanas de intervenção, seis (33,3%) participantes do GU e 12 (66,7%) do GC deixaram o estudo. Os grupos foram considerados estatisticamente semelhantes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas. Os sintomas mais prevalentes de IU foram relacionados à IUM relatada por 42 mulheres (70,0%), seguidos de sintomas exclusivos de IUE em 13 mulheres (21,7%) e sintomas exclusivos de IUU em cinco participantes (8,3%).

O desfecho primário foi a gravidade dos sintomas de IU, definida como a quantidade e a frequência da perda de urina durante 24 horas, medidas em gramas pelo teste do absorvente (*pad test*) de 24 horas e pelo diário miccional de 24 horas, respectivamente. O desfecho secundário foi o impacto dos sintomas de IU nas atividades diárias, medido pelo escore total do ICIQ-SF.

O protocolo de tratamento foi composto por TMAP e instruções escritas sobre como realizar TMAP em casa, treinamento vesical (informações sobre hábitos de micção adequados e ingestão de líquidos) e um diário para registrar a intervenção fisioterapêutica. O TMAP consistiu em até dez contrações de MAP sustentadas de acordo com a resistência de cada participante e até dez contrações rápidas dos MAP três vezes ao dia, sete dias por semana, durante 12 semanas. O programa de tratamento foi conduzido por um fisioterapeuta especializado em saúde da mulher.

Após o tratamento notou-se redução significativa na gravidade da perda de urina ($p = 0,004$; $d = 0,13$; 95% IC = $-0,23$ a $0,49$) por meio do *pad test* de 24h, na frequência de perda urinária ($p = 0,003$; $d = 0,51$; IC 95% = $0,14$ a $0,87$) através do diário miccional de 24h e no escore total do ICIQ-SF ($p < 0,001$; $d = 1,26$; IC 95% = $0,87$ a $1,66$). Esses resultados foram identificados a partir da sexta semana de intervenção para ambos os grupos. Além disso, os resultados positivos permaneceram um mês após o término da intervenção.

Vaz et al.¹¹ concluíram que a intervenção fisioterapêutica composta por TMAP e treinamento vesical foi implementada, agiu de modo eficaz no tratamento de mulheres com IU

nos centros de saúde e mostrou resultados positivos em seis semanas de intervenção até um mês após a alta. Os autores destacaram, ainda, que a partir de uma perspectiva na saúde vale a pena oferecer programas educacionais associando o TMAP ao treinamento vesical para mulheres com IU em centros de saúde primários, devido ao seu potencial para reduzir prejuízos tanto para a mulher quanto para o sistema de saúde. Assim, sua implementação deve ser considerada por gestores de saúde nos centros de APS.

DISCUSSÃO

O modelo de atenção primária à saúde foi inserido pela implantação do SUS com o objetivo de reorientar o sistema e valorizar ações de promoção de saúde e prevenção de agravos¹². Em 1994, o Ministério da Saúde fortaleceu o modelo de atenção primária criando a ESF, que reafirma a assistência integral e multiprofissional centrada na comunidade. A ESF é formada por uma equipe mínima multiprofissional que inclui médico, enfermeiro, auxiliar técnico em enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde bucal.

Em 2008, surgiram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que têm por objetivo prestar auxílio às equipes da ESF e ampliar a oferta do cuidado no nível primário, reafirmando a integralidade, qualidade e resolubilidade do sistema¹³. Apenas o Nasf contempla o profissional fisioterapeuta na atenção primária, no entanto, a inclusão desse profissional fica a cargo do gestor municipal que o designa a depender das necessidades locais¹⁴. O papel do fisioterapeuta na atenção primária envolve ações como educação, atendimentos individuais que devem ser realizados considerando a singularidade do paciente, atividades em grupo focadas na promoção de saúde, visitas domiciliares e investigação epidemiológica com vistas à promoção e à prevenção de acordo com cada realidade¹⁵.

Sendo a IU um problema de saúde pública, é essencial a presença do fisioterapeuta a fim de criar estratégias tanto educacionais como de tratamento. Esta revisão mostra que, independentemente das limitações de cada artigo, do tamanho das amostras e das características/tipo de estudo, a atuação da fisioterapia no tratamento de IU na atenção básica ainda está em construção, sendo de extrema importância a atuação desse profissional. A fisioterapia pélvica é considerada padrão ouro para tratamento de IU. O TMAP é recomendado pela ICS como primeira linha de tratamento da IU por apresentar menos complicações e ser um método menos invasivo, além de curar ou melhorar 80% dos casos. Neste estudo, todos os artigos selecionados realizaram o TMAP e, como consequência, houve melhora significativa nos resultados da perda urinária, da frequência e na qualidade de vida.

Além disso, a ICS recomenda a educação da população. O artigo de Figueiredo et al.⁴ demonstra claramente a importância da educação em saúde, tanto para as usuárias como para as funcionárias e profissionais de saúde da UBS. O estudo de Silva et al.² destaca também a importância de estratégias educacionais: educar a população de que a IU é um problema de saúde, educar a população e os profissionais de saúde que existe tratamento para IU e que a primeira opção de tratamento é a fisioterapia, educar a população e os profissionais de saúde a respeito dos fatores de risco para IU, como a grande maioria pode ser prevenida e como prevenir.

É importante ressaltar que a inserção de programas educativos e de TMAP em grupo para a prevenção e tratamento da IU gera custo relativamente menor quando comparada ao tratamento individual, empoderando as mulheres a manter um processo contínuo de aprendizado, promoção e autogestão da saúde¹⁰.

Outro ponto importante é que as intervenções fisioterapêuticas dos artigos selecionados foram realizadas por fisioterapeutas pélvicos, ou seja, fisioterapeutas especialistas em saúde da mulher, na área de fisioterapia pélvica ou ainda treinados por especialistas dessa área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que se faz necessária a atuação do fisioterapeuta no tratamento de IU na APS, sendo esse o profissional capacitado para atuar no tratamento de primeira linha dessa disfunção, podendo inclusive ser o primeiro contato do paciente na atenção primária. Cabe ressaltar que a especialidade que trata disfunções de assoalho pélvico é a fisioterapia pélvica, sendo esse o profissional capacitado para desenvolver tal função.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Ana Paula Malinauskas.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Ana Paula Malinauskas, Luiza Torelli.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Luiza Torelli.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Ana Paula Malinauskas.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Anderson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C., et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary

- incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40.
2. Silva LT, Nunes EFC, Latorre GFS. O conhecimento de mulheres sobre incontinência urinária e atuação da fisioterapia: revisão sistemática. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2019;43(3):641-52.
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
 4. Figueiredo EM, Baracho SM, Vaz CT, Sampaio RF. Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. *Fisioter Pesqui*. 2012;19(2):103-8.
 5. Souza J, Ferreira V, Oliveira R, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioter Mov*. 2011;24(1):39-46.
 6. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurouro Urodyn*. 2017;36(2):221-44.
 7. Santos RER, Vaz CT. Conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde sobre a abordagem terapêutica na incontinência urinária feminina. *HU Rev*. 2017;43(3):239-45.
 8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
 9. Berlezi EM, Martins M, Dreher DZ. Programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar. *Sci Med*. 2013;23(4):232-38.
 10. Alves FK, Adami DBV, Marques J, Pereira L, Riccetto C, Botelho S. Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa. *Fisioter Bras*. 2016;17(2):131-39.
 11. Vaz CT, Sampaio RF, Saltiel F, Figueiredo EM. Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: a pragmatic controlled trial. *Braz J Phys Ther*. 2019;23(2):116-24.
 12. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(37):551-64.

13. Fonseca JMA, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM, Lima LHO. Fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(2):288-94.
14. Dibai AVF, Aveiro MC. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapicara-AL, Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012;25(4):397-404.
15. Oliveira FC, Tranin CA, Gomide CMO. Importância do fisioterapeuta na atenção básica de saúde. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2015;17(3):110-5.

Recebido: 25.4.2022. Aprovado: 6.10.2022. Publicado: 12.1.2023.