

Terapia comportamental no tratamento da incontinência urinária: qualidade de vida e gravidade

Behavioral therapy in the treatment of urinary incontinence: quality of life and severity

Luísa María Gómez Méndez 

Anna Caroline Ribeiro de Moura 

Rayanne Moreira da Cunha 

Vilena Barros de Figueiredo 

Mayle Andrade Moreira 

Simony Lira do Nascimento 

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Data da primeira submissão: Julho 28, 2021

Última revisão: Janeiro 29, 2022

Aceito: Março 29, 2022

Editora associada: Maria Augusta Heim

* Correspondência: simonylira@ufc.br

Resumo

Introdução: A terapia comportamental (TC) é uma associação de técnicas que visam minimizar ou abolir sintomas urinários, incluindo a incontinência urinária (IU), por meio da educação sobre a condição de saúde, mudanças em hábitos de vida e alimentares e treinamento vesical. **Objetivo:** Analisar se existe alteração da qualidade de vida e da gravidade da IU após terapia comportamental em grupo de mulheres com IU.

Métodos: Estudo observacional prospectivo realizado em um serviço público de fisioterapia pélvica. Mulheres com IU de qualquer etiologia e maiores de 18 anos foram submetidas a um protocolo de quatro encontros de TC em grupo, semanalmente, como primeira opção de tratamento para IU. Os desfechos, impacto da IU na qualidade de vida (QV) e classificação da gravidade da IU foram avaliados antes, imediatamente após e um mês depois da TC pelos questionários *King's Health Questionnaire* (KHQ) e *Incontinence Severity Index* (ISI).

Resultados: Amostra de 146 participantes. Observou-se redução do impacto da IU na QV nos domínios do KHQ: impacto da IU, limitações físicas, relações pessoais, emoções, percepção geral de saúde ($p < 0,05$) imediatamente após a TC. Após um mês, observou-se redução nos domínios de impacto da IU nas limitações de atividades diárias, limitações físicas, percepção geral de saúde, emoções e sono ($p < 0,05$), além da redução na classificação de gravidade da IU avaliada pelo ISI ($p < 0,001$). **Conclusão:** Houve melhora da QV e diminuição da gravidade da IU em mulheres com IU submetidas à TC em grupo como primeira opção de tratamento.

Palavras-chave: Terapia comportamental. Fisioterapia. Incontinência urinária.

Abstract

Introduction: Behavioral therapy (BT) is an association of techniques that aim to minimize or abolish urinary symptoms, including urinary incontinence (UI), through education about the health condition, lifestyle and nutrition habits' changes and bladder training. **Objective:** To analyze whether there is a change in the quality of life and severity of UI after group behavioral therapy in women with UI. **Methods:** Prospective observational study carried out in a pelvic physical therapy public service. Women with UI of any etiology, over 18 years of age, who underwent a protocol of four weekly group BT meetings as the first treatment option for UI were included. Outcomes (impact of UI on QoL and classification of UI severity) were assessed before, immediately after, and one month after BT using the King's Health Questionnaire (KHQ) and Incontinence Severity Index (ISI) questionnaires. **Results:** Sample of 146 participants. A reduction in the impact of UI on QoL was observed in the KHQ domains: impact of UI, physical limitations, personal relationships, emotions, general health perception ($p < 0.05$) immediately after BT. After one month, there was a reduction in the UI impact domains, daily activity limitations, physical limitations, general health perception, emotions, and sleep ($p < 0.05$). In addition, there was a reduction in the classification of UI severity assessed by the ISI ($p < 0.001$). **Conclusion:** There was an improvement in QoL and a decrease in the IU severity in women with UI who underwent a BT group as the first treatment option.

Keywords: Behavior therapy. Physical therapy modalities. Urinary incontinence.

Introdução

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define incontinência urinária (IU) como toda perda involuntária de urina, a qual pode ser classificada em três principais tipos de acordo com seus sintomas. Na incontinência urinária de esforço (IUE) ocorre perda involuntária de urina durante o esforço, exercício, ao espirrar ou tossir; a urge-incontinência (IUU) é caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida pelo sintoma de urgência; e a incontinência urinária mista (IUM) ocorre quando há queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e aos esforços.^{1,2}

A IU provoca prejuízos na vida dos indivíduos acometidos, podendo causar transtornos psicológicos, sociais, ocupacionais, domésticos, físicos e sexuais, interferindo negativamente na qualidade de vida (QV).^{3,4} Em alguns casos, a disfunção implica em mudanças nos hábitos, estilo de vida e atividades diárias, devido às situações incômodas e desconfortáveis que geram altos níveis de estresse e sentimento de vulnerabilidade, podendo causar isolamento social.⁵ A ICS, portanto, recomenda que a avaliação da QV seja incluída nos estudos como um complemento das avaliações clínicas.⁶

A terapia comportamental (TC) consiste em uma associação de técnicas que visam minimizar ou até mesmo abolir sintomas urinários, incluindo a IU, por meio da educação sobre a condição de saúde, mudanças em hábitos de vida e alimentares e treinamento vesical. Como tratamento da IU, a TC pode ser aplicada de forma isolada ou em associação com outras abordagens conservadoras, como o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, tratamento medicamentoso ou mesmo cirurgias.⁷

A TC é desenvolvida a partir da educação em saúde, envolvendo a percepção do paciente em relação ao seu próprio corpo e condição de saúde, sendo necessárias modificações de hábitos e comportamentos.^{8,9} Mudanças como redução do peso corporal, eliminação parcial ou total de bebidas e alimentos considerados irritativos à bexiga, regulação da função intestinal, ingestão adequada de água e correção dos padrões de micção podem ser orientadas para que ocorra redução dos sintomas urinários. Geralmente tais orientações são individualizadas de acordo com o tipo de IU, sintomas urinários e hábitos de vida da paciente.¹⁰

A TC é uma intervenção de fácil reprodução por profissionais de uma equipe multidisciplinar em serviços primários em saúde e com a possibilidade de trabalhar em grupo de pacientes.¹¹ A hipótese do presente estudo é que a implementação da TC como primeira opção terapêutica possa melhorar os sintomas urinários e a QV de mulheres com IU, o que possibilitaria a redução do número de pessoas referenciadas para a atenção secundária. Diante dos efeitos promissores da TC, do seu baixo custo e abordagem não invasiva e com menos efeitos colaterais, o presente estudo tem como objetivo analisar se existe alteração da QV e da gravidade da incontinência em mulheres com IU após terapia comportamental em grupo.

Métodos

Tipo e local de estudo

Estudo observacional, prospectivo e quantitativo realizado no Serviço de Fisioterapia Pélvica do Ambulatório de Uroginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)/Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE. O período de coleta de dados deu-se entre junho de 2015 e agosto de 2018.

Sujeitos e seleção da amostra

O fluxo das pacientes é iniciado por meio do encaminhamento médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) para o serviço médico especializado do hospital de referência (ambulatório de uroginecologia). No ambulatório, as mulheres passam por avaliação médica, realizam exames complementares (urinocultura, sumário de urina e urodinâmica) se necessário e, a partir dessa avaliação, são encaminhadas para cirurgia e/ou para o serviço de fisioterapia pélvica.

Ao ingressar no serviço de fisioterapia pélvica, todas as mulheres são avaliadas de forma minuciosa sobre as queixas e sintomas clínicos, além de realizarem avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico; portanto, têm consciência/controla de como contrair corretamente os músculos do assoalho pélvico. Após avaliação individual na fisioterapia pélvica, as mulheres com IU são encaminhadas para iniciar o tratamento pela TC. Aquelas que não apresentam essa consciência/controla são encaminhadas imediatamente para o atendimento individual. Durante a TC as mulheres não realizam treinamento dos músculos do assoalho pélvico, iniciando essa etapa do tratamento posteriormente.

A amostra do estudo é do tipo não-probabilística por conveniência, composta pelas pacientes que iniciaram a TC pelo serviço ambulatorial de fisioterapia pélvica da MEAC entre junho de 2015 e agosto de 2018. A amostra foi considerada de acordo com o número de pacientes que entraram de forma consecutiva no serviço durante o período de coleta referido. Foram incluídas mulheres a partir de 18 anos de idade, com diagnóstico de IU de qualquer etiologia e que ingressaram no serviço de fisioterapia pélvica da unidade.

Foram excluídas da análise de dados as participantes que não aderiram ao tratamento por TC (considerou-se adesão um mínimo de presença nos encontros) e aquelas

que não responderam a nenhum dos questionários utilizados.

Terapia comportamental em grupo

A TC corresponde à primeira etapa do tratamento fisioterapêutico do ambulatório da unidade. O grupo de TC é composto por até dez pacientes, sendo realizado uma vez por semana em quatro semanas consecutivas.

Cada encontro é realizado em três etapas: 1) 25 minutos para a exposição do tema; 2) 10 minutos para diálogo aberto entre profissionais e participantes, para tirarem todas as dúvidas, e troca de experiências entre as pacientes; 3) 10 minutos finais para revisar os pontos mais importantes, totalizando 45 minutos de atividade. As atividades são expositivas, lúdicas e interativas e abordam os seguintes temas: anatomia feminina, funções do assoalho pélvico, tipos de IU, fatores de risco e tratamentos para IU, hábitos de vida que contribuem e previnem a IU, treinamento vesical e técnicas para adiar o desejo miccional (urge-inibição e pré-contração) e evitar as perdas urinárias.

O Quadro 1 representa os protocolos da TC utilizados na pesquisa ao longo das primeiras quatro semanas e após um mês do término da TC.

Quadro 1 - Resumo do protocolo de terapia comportamental (TC) e fluxo da coleta de dados

1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	1 mês após o término da TC
TC 1	TC 2	TC 3	TC 4	
Aplicação Q1*	Tipos de IU e fatores de risco	Frequência e hábitos urinários adequados	Técnicas de pré-contração dos MAP e de urge-inibição	Aplicação Q3*
Anatomia do sistema reprodutor e urinário feminino	Alimentos irritativos para a bexiga	Posição para urinar e evacuar	Tratamentos para IU	-
Anatomia e função dos MAP	-	-	Aplicação Q2*	-

Nota: IU = incontinência urinária; MAP = músculos do assoalho pélvico.

*Aplicação do questionário *King's General Questionnaire* (KGQ) e da escala *Incontinence Severity Index* (ISI) no primeiro dia (Q1), ao final (Q2) do protocolo e um mês após a TC (Q3).

Coletas de dados e instrumentos utilizados

A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC, com parecer de nº 45415815.3.3001.5050. No primeiro encontro da TC, as pacientes foram convidadas a participar da pesquisa, sendo explicada a sua finalidade. As mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados se deu a partir das informações contidas nos prontuários e fichas de avaliação do serviço de fisioterapia, contendo os dados clínicos (tipo de IU e sintomas urinários de enchimento e esvaziamento vesical) e sociodemográficos (idade, cor, escolaridade, parceria e atividade remunerada). Posteriormente, os instrumentos foram aplicados por meio de entrevista por pesquisadoras capacitadas para a aplicação do questionário *King's Health Questionnaire* (KHQ) e da escala *Incontinence Severity Index* (ISI), e que não participaram da aplicação da intervenção. A aplicação dos questionários se deu em três momentos: 1) no primeiro dia da TC (KHQ1, ISI-Q1); 2) ao final da TC (KHQ2, ISI-Q2); 3) um mês após a TC (KHQ3, ISI-Q3), conforme sumarizado no Quadro 1.

King's Health Questionnaire (KHQ)

O impacto da IU na QV e sintomas urinários foram avaliados por meio do KHQ. O questionário é composto por 31 questões, divididas em oito domínios: percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono/disposição. O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio. A consistência interna do KGH na versão em português foi satisfatória (coeficiente α de Cronbach padronizado = 0,87).¹²

Incontinence Severity Index (ISI)

Para a classificação da gravidade da IU foi utilizada a escala ISI, que trata-se de um instrumento breve, composto por duas questões a respeito da frequência e quantidade de perda urinária. O escore final, obtido

a partir da multiplicação dos escores da frequência pela quantidade da perda urinária, gera a classificação da gravidade da IU: 1 a 2 = leve, 3 a 6 = moderada, 8 a 9 = grave, 10 a 12 pontos = muito grave.¹³ Atualmente, este instrumento é utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos, sendo recomendado pela ICS, e possui boa confiabilidade (coeficiente α de Cronbach = 0,93 e coeficiente de correlação intraclassa = 0,96) e uma satisfatória validade de construto ($r = 0,72$, $p < 0,01$).

Adesão ao protocolo

A adesão das participantes foi considerada quando elas compareceram a mais da metade do total de atendimentos, ou seja, a pelo menos três encontros. As presenças eram contabilizadas semanalmente pelas pesquisadoras.

Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel e a análise estatística foi realizada por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 (USA). A descrição dos dados categóricos foi realizada por meio de número absoluto e porcentagem; a descrição das variáveis contínuas, em média e desvio padrão. A comparação antes e após a TC foi realizada pelo teste t de Student pareado para variáveis contínuas, como os domínios do questionário KHQ, e qui-quadrado para as variáveis categóricas, como a classificação da gravidade da IU avaliada pela ISI. As comparações foram realizadas entre os momentos 1 (antes da TC) e 2 (ao final da TC), e entre os momentos 1 e 3 (um mês após a TC). Adotou-se nível de significância de 5% para todos os testes.

Resultados

No total, 160 mulheres foram elegíveis para a TC em grupo, porém, 13 não aderiram e uma não possuía os questionários preenchidos, sendo a amostra final composta por 146 participantes.

A IUM foi o tipo de incontinência mais prevalente (58%) (Tabela 1). A média de idade das participantes foi de $55,95 \pm 11,33$ anos. Os valores do índice de massa corporal (IMC), por sua vez, apresentaram uma média de $29,47 \pm 4,99$, com maior prevalência da categoria

sobrepeso (31,5%). Em relação à cor/raça, a maioria referiu cor parda ou negra (70,9%), 69 apresentavam escolaridade até o ensino fundamental (48,9%), mais da metade da amostra exercia algum tipo de trabalho remunerado (53,1%) e apresentava parceria (51,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Tipo de incontinência urinária (IU) e características sociodemográficas das participantes (n = 146)

Características	n	%
Tipo de IU*		
IUE (de esforço)	36	25,2
IUU (urge-incontinência)	24	16,8
IUM (mista)	83	58,0
Faixa etária		
< 60 anos	84	57,5
≥ 60 anos	62	42,5
Cor/raça*		
Branças e amarelas	38	28,9
Pardas e negras	95	70,9
Indígena	1	0,7
Nível de escolaridade*		
Analfabeta	3	2,1
Até ensino fundamental	69	48,9
Até ensino médio	59	41,8
Ensino superior ou mais	10	7,1
Atividade remunerada*		
Sim	77	53,1
Não	68	46,9
Possui parceiro(a)*		
Sim	75	51,7
Não	70	48,3

Nota: *Dados perdidos.

Os sintomas urinários presentes na fase enchimento vesical mais relatados foram: noctúria (84,9%), urgência (83,6%), urge-incontinência (80,8%) e gotejamento pré-miccional (84,5%). Em relação aos sintomas de esvaziamento vesical, a perda aos esforços (84,2%), a sensação de esvaziamento incompleto (73,8%) e o gotejamento pós-miccional (61,5%) foram os mais prevalentes.

Na aplicação do KHQ, observou-se que 135 mulheres responderam ao KHQ1, 131 ao KHQ2 e 62 ao KHQ3. Nos três momentos da aplicação dos questionários, observou-se que a maior pontuação na QV das mulheres

segundo o KHQ foi encontrada no domínio de impacto da IU e a menor foi observada no domínio de limitações sociais (Tabela 2). Nos resultados do KHQ1, comparado ao KHQ2, os escores dos domínios de impacto da IU, limitações físicas, relações pessoais, emoções e percepção geral de saúde apresentaram uma redução estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação das medidas do *King's Health Questionnaire* (KHQ) no início (Q1) e imediatamente após (Q2) o término da terapia comportamental (n = 131)

Domínios do KHQ	Q1 média ± DP	Q2 média ± DP	Valor de p Q1 vs Q2
Percepção geral de saúde	48,52 ± 27,98	38,14 ± 23,27	< 0,001
Impacto da incontinência	57,77 ± 33,95	40,83 ± 31,00	< 0,001
Limitações de atividades diárias	39,44 ± 29,54	28,61 ± 27,26	< 0,001
Limitações físicas	42,83 ± 33,04	35,39 ± 31,29	0,006
Limitações sociais	22,85 ± 24,69	19,04 ± 24,25	0,057
Relações pessoais	33,99 ± 35,84	26,75 ± 30,19	0,028
Emoções	37,28 ± 30,24	30,13 ± 28,09	0,001
Sono	38,09 ± 30,54	34,45 ± 30,43	0,107
Medidas de gravidade	32,80 ± 23,06	31,16 ± 22,48	0,348

Nota: Valores em negrito indicam diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Ao comparar o KHQ1 com o KHQ3, observou-se uma redução estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na percepção geral de saúde, impacto da incontinência, limitações de atividades diárias, limitações físicas, emoções e sono, evidenciando um menor impacto da IU na QV nesses domínios ao final da TC (Tabela 3).

Em relação à aplicação da escala ISI, identificou-se redução na gravidade da IU destas mulheres, tanto na comparação de ISI-Q1 com ISI-Q2 ($p < 0,001$), quanto na comparação de ISI-Q1 com ISI-Q3 ($p < 0,001$). Na Figura 1 evidencia-se a diminuição progressiva das categorias "grave" e "muito grave" e o aumento das categorias "moderada" e "leve", que são consequentes dos momentos de aplicação dos três questionários (ISI-Q1, ISI-Q2- ISI-Q3), evidenciando, portanto, melhora na gravidade dos sintomas urinários.

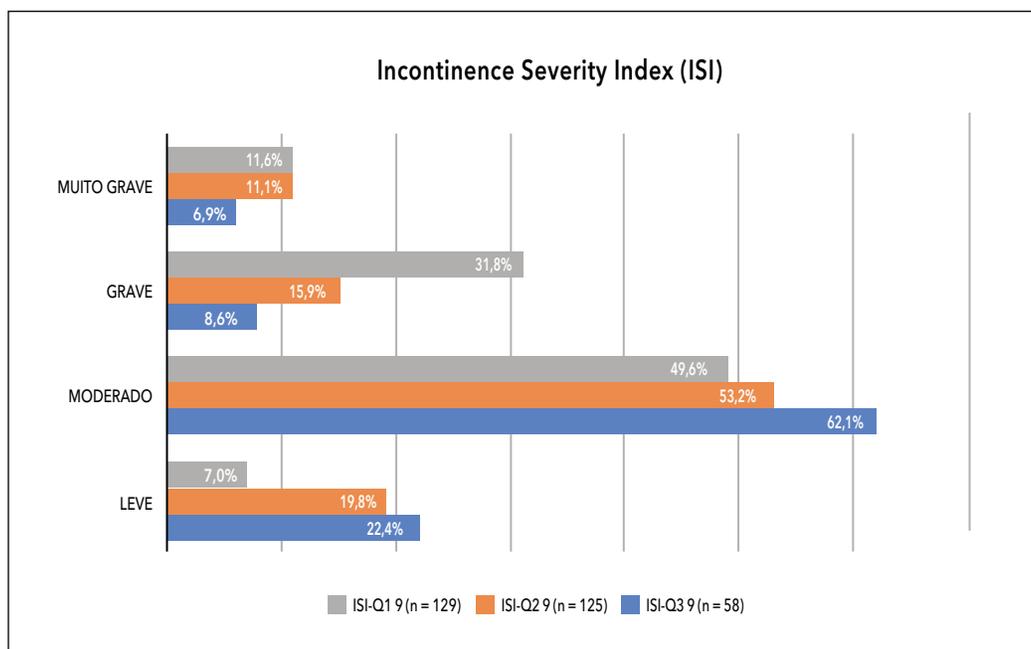


Figura 1 - Porcentagem das categorias do ISI quanto à gravidade da incontinência urinária antes do início (ISI-Q1), imediatamente após (ISI-Q2) e um mês após (ISI-Q3) a terapia comportamental.

Tabela 3 - Comparação das medidas do King's Health Questionnaire (KHQ) antes do início (Q1) e um mês após (Q3) a terapia comportamental (n = 62)

Domínios do KHQ	Q1 média ± DP	Q3 média ± DP	Valor de p Q1 vs Q3
Percepção geral de saúde	45,54 ± 29,04	34,82 ± 20,04	0,003
Impacto da incontinência	57,73 ± 33,32	34,67 ± 24,40	< 0,001
Limitações de atividades diárias	38,18 ± 26,38	24,24 ± 25,62	< 0,001
Limitações físicas	39,25 ± 29,33	25,92 ± 23,71	0,001
Limitações sociais	19,19 ± 21,85	15,35 ± 21,32	0,136
Relações pessoais	24,20 ± 32,13	16,26 ± 27,91	0,101
Emoções	30,23 ± 20,04	22,48 ± 21,88	0,011
Sono	34,07 ± 25,61	23,33 ± 24,46	0,003
Medidas de gravidade	36,29 ± 20,42	30,49 ± 20,74	0,031

Nota: Valores em negrito indicam diferença estatisticamente significativa (p < 0,05).

Discussão

Este estudo demonstrou que mulheres submetidas à TC obtiveram menores escores de impacto da IU na QV e apresentaram redução da gravidade da perda urinária. Diversos domínios da QV melhoraram de modo significativo imediatamente após a TC. Os resultados parecem ser ainda mais evidentes após um mês da intervenção, com redução nos escores de todos os domínios do questionário KHQ. Os resultados da escala ISI de gravidade da IU acompanharam tal diminuição, suscitando melhorias na saúde das mulheres submetidas à TC como primeira opção de tratamento conservador. Entende-se que as mulheres precisam de um tempo para incorporar as informações e implementar as mudanças de hábitos na sua rotina.

A IU é um problema de saúde que pode agravar progressivamente com a idade, sendo mais prevalente em mulheres. Além de causar desconforto social e higiênico, afeta a atividade laboral e sexual, promovendo declínio direto na QV.¹⁴ As opções disponíveis na atualidade para o manejo da IU compreendem campanhas de informação para a identificação precoce

dos sintomas, programas de manejo conservador com TC e treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP), farmacoterapia e intervenções cirúrgicas.^{15,16} Segundo a Associação Europeia de Urologia, o tratamento da IU deve começar com a TC e TMAP, sendo os tratamentos cirúrgicos e farmacológicos indicados apenas na ausência de efeitos satisfatórios da abordagem conservadora.¹⁶

Diante da busca contínua de tratamentos conservadores com menor custo, menos invasivos e mais efetivos para a IU, a TC tem sido indicada como primeira intervenção a essas pacientes,¹⁵ sendo constituída de modificações do comportamento, treinamento vesical e ajustes dietético,^{17,18} podendo ou não ser associada ao TMAP. Neste estudo, por se tratar de uma intervenção em grupo, optou-se por não associar a TC a um protocolo de TMAP, uma vez que este necessita de uma abordagem inicialmente individualizada a fim de que sejam respeitadas as características individuais das funções dos músculos do assoalho pélvico (MAP) de cada mulher.¹⁹ Dessa forma, foram isolados os efeitos apenas das orientações comportamentais, podendo esta ser uma abordagem futura de fácil utilização e baixo custo por equipes multidisciplinares dos serviços públicos de saúde.

A avaliação do impacto da IU na QV de mulheres por meio do KHQ tem sido fortemente recomendada pela ICS. Estudos observacionais realizados no Brasil demonstraram uma maior prevalência de IUM e noctúria em mulheres idosas, com impacto na QV em todos os domínios do KHQ.²⁰⁻²² O presente estudo corrobora tais achados, observando-se também uma maior prevalência de IUM, noctúria e maior pontuação no domínio "impacto da incontinência urinária". Caldas et al.,²³ com base no relato de mulheres idosas com IU submetidas ao tratamento por TC, observaram benefícios como melhora da autoestima, do enfrentamento da condição de saúde e diminuição dos sintomas urinários.

Dessa forma, ratifica-se que as abordagens comportamentais aplicadas corretamente geram impacto direto na melhora da QV de mulheres incontinentes, além de fomentar a educação em saúde para a prática do autocuidado, a adesão ao tratamento e a realização correta das técnicas de manejo da incontinência, incentivando práticas preventivas em saúde.²³

Um ensaio clínico randomizado realizado com mulheres com IU investigou o impacto das modificações

comportamentais nos sintomas urinários, concluindo que a intervenção em grupo foi eficaz na redução da gravidade da IU, aumentando a força da musculatura do assoalho pélvico e melhorando a frequência miccional.²⁴ Outro estudo realizado com 232 mulheres afirma que a TC mostrou ser efetiva e financeiramente viável para reduzir a gravidade da IU, a frequência miccional e melhorar a QV.²⁵

Ademais, um estudo que investigou sobre TMAP não supervisionado e TC concluiu que dois meses após o tratamento houve melhora significativa da IU, com diminuição no número de episódios de incontinência e melhora nos escores dos questionários aplicados.²⁶ O presente estudo evidenciou que as mudanças propostas pela TC podem auxiliar na redução dos impactos negativos da IU. Vale ressaltar que embora o protocolo aplicado não tenha incluído um regime de TMAP, as mulheres haviam passado por avaliação dos MAP e, portanto, tinham consciência/controlar dessa contração. Essa consciência/controlar nos possibilitou incluir a orientação e treinamento da técnica de pré-contracção (*the knack*), que consiste na habilidade de contrair os MAP diante de atividades em que ocorre aumento da pressão intra-abdominal, e da técnica de urge-inibição, em que contrações rápidas dos MAP são realizadas no pico da urgência miccional, a fim de inibir a contração do músculo detrusor da bexiga.²⁷

Assim como no presente estudo, So et al.²⁸ também realizaram um programa educativo de autocuidado para mulheres com IU, uma vez por semana, por cinco semanas consecutivas, sem terem realizado TMAP, evidenciando melhora significativa na gravidade da IU e nos sintomas do trato urinário inferior.

Os resultados promissores da TC em grupo predizem uma melhora da funcionalidade e redução dos efeitos negativos da incontinência na QV, apenas por meio do incremento de aprendizados adquiridos na TC, na rotina diária, e pelo desenvolvimento do autocuidado. Entretanto, apesar de fácil aplicabilidade e implementação, essas intervenções comportamentais dependem da adesão dos pacientes para a obtenção de resultados positivos.²⁹

No presente estudo, alguns fatores podem ter interferido e dificultado o preenchimento completo de todos os questionários, como a amostra ser composta por mulheres em sua maioria com baixa escolaridade. Além disso, por se tratar de um serviço de referência, em que muitas mulheres residem em outros municípios ou

bairros afastados da unidade, a distância e dificuldade socioeconômica também podem ser barreiras para a presença em todos os momentos da TC. Considera-se, entretanto, que esse estudo reflete a realidade de um serviço público com resultados positivos da abordagem proposta.

Este estudo apresenta limitações por ser do tipo observacional, com ausência de grupo controle para comparações da eficácia da TC em grupo. Os principais pontos fortes são o tamanho amostral e a inovação da realização da TC em grupo como primeira opção de tratamento, antes da fisioterapia individualizada.

Os resultados encontrados ratificam os relatados na literatura com populações de países distintos,^{18,23,25,28} mostrando que a TC pode ser implementada em grupo no contexto do Sistema Único de Saúde para mulheres com IU. Para que a TC em grupo possa ser inserida no tratamento conservador da IU, enfrenta-se o desafio de incentivar a adesão aos encontros presenciais e às mudanças comportamentais, tornando as participantes protagonistas do seu processo de saúde e autocuidado. No entanto, após a TC, é preciso identificar aquelas mulheres que ainda precisam de uma abordagem multidisciplinar e individualizada da fisioterapia.

Conclusão

Verificou-se redução do impacto da IU em diversos aspectos da QV e diminuição da gravidade da IU em mulheres submetidas à TC em grupo, aplicada de forma isolada como primeira opção de tratamento. Tais resultados foram mais perceptíveis em médio prazo, tendo em vista que alterações de comportamento levam um certo tempo para serem implementadas na rotina diária das pacientes.

Contribuição dos autores

O estudo foi desenvolvido por RMC e SLN. ACRM e RMC ficaram responsáveis pela coleta de dados e ACRM e SLN pela análise destes. Todos os autores auxiliaram na redação e revisões do artigo, como também aprovaram a versão final.

Referências

- Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;21(1):5-26. DOI
- Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(3):527-35. DOI
- Krhut J, Gärtner M, Mokris J, Horcicka L, Svabik K, Zachoval R, et al. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(6):1925-30. DOI
- Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, Maggi S, Smith L, Angiolelli G, et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2021;33(1):25-35. DOI
- Vasconcelos CTM, Firmiano MLV, Oriá MOB, Vasconcelos Neto JA, Saboia DM, Bezerra LRPS. Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. *Int Urogynecol J.* 2019;30(2):171-80. DOI
- 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. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(2):221-44. DOI
- Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract.* 2009;63(8):1177-91. DOI
- Pintos-Díaz MZ, Alonso-Blanco C, Parás-Bravo P, Fernández-de-Las-Peñas C, Paz-Zulueta M, Fradejas-Sastre V, et al. Living with urinary incontinence: potential risks of women's health? A qualitative study on the perspectives of female patients seeking care for the first time in a specialized center. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(19):3781. DOI
- Reisch B, Das R, Gardner B, Overton K. Cognitive components of behavioral therapy for overactive bladder: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2021;32(10):2619-29. DOI
- Newman DK, Wein AJ. Office-based behavioral therapy for management of incontinence and other pelvic disorders. *Urol Clin North Am.* 2013;40(4):613-35. DOI
- Diokno AC, Newman DK, Low LK, Griebing TL, Maddens ME, Goode PS, et al. Effect of group-administered behavioral treatment on urinary incontinence in older women: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2018;178(10):1333-41. DOI
- Tamanini JT, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto Jr NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saude Publica.* 2003;37(2):203-11. DOI

13. Pereira VS, Constantino e Santos JY, Correia GN, Driusso P. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(4):182-7. DOI
14. Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO, Andrade CG, Costa ICP, Fernandes MGM. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev Baiana Enferm.* 2013;27(2):181-92. [Link de acesso](#)
15. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(7):2271-2. DOI
16. Metin A, Kayigil O, Ahmed SI, Atmaca AF. Is the efficacy of in situ vaginal wall slings decreasing in the late follow-up? *Int Urol Nephrol.* 2008;40(1):51-5. DOI
17. Burkhard FC, Lucas MG, Berghmans LC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. *European Association of Urology*; 2016 [acesso 12 jul 2021]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yy9xw2sv>
18. Wald A. New treatments for fecal incontinence: update for the gastroenterologist. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12(11):1783-8. DOI
19. Bø K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol.* 2012;30(4):437-43. DOI
20. Goode PS, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Incontinence in older women. *JAMA.* 2010;303(21):2172-81. DOI
21. Faria CA, Moraes JR, Monnerat BRD, Verediano KA, Hawerroth PAMM, Fonseca SC. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do sistema único de saúde no sudeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(8):374-80. DOI
22. Faria CA, Menezes AMN, Rodrigues AO, Ferreira ALV, Bolsas CN. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):17-25. DOI
23. Caldas CP, Conceição IRS, José RMC, Silva BMC. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):783-8. DOI
24. Mesquita LA, César PM, Monteiro MVC, Silva Filho AL. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. *Femina.* 2010;38(1):23-9. [Link de acesso](#)
25. Diokno AC, Ocampo Jr MS, Ibrahim IA, Karl CR, Lajiness MJ, Hall SA. Group session teaching of behavioral modification program (BMP) for urinary incontinence: a randomized controlled trial among incontinent women. *Int Urol Nephrol.* 2010;42(2):375-81. DOI
26. Wu C, Newman DK, Palmer MH. Unsupervised behavioral and pelvic floor muscle training programs for storage lower urinary tract symptoms in women: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2020;31(12):2485-97. DOI
27. Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JO. A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46(7):870-4. DOI
28. So A, De Gagne JC, Park S. Long-term effects of a self-management program for older women with urinary incontinence in rural Korea: a comparison cohort study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019;46(1):55-61. DOI
29. Borello-France D, Burgio KL, Goode PS, Markland AD, Kenton K, Balasubramanyam A, et al. Adherence to behavioral interventions for urge incontinence when combined with drug therapy: adherence rates, barriers, and predictors. *Phys Ther.* 2010;90(10):1493-505. DOI