

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia

Isabel Yovana Quispe Mendoza

TREINAMENTO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO NA
MULHER IDOSA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: uma revisão sistemática

Belo Horizonte

2021

Isabel Yovana Quispe Mendoza

TREINAMENTO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO NA
MULHER IDOSA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: uma revisão sistemática

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial a obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Ribeiro Canhestro

Belo Horizonte

2021

Mendoza, Isabel Yovana Quispe.
M539t Treinamento da musculatura do assoalho pélvico na mulher com Incontinência Urinária [manuscrito]: uma revisão sistemática. / Isabel Yovana Quispe Mendoza. - - Belo Horizonte: 2021. 51f.
Orientador(a): Mônica Ribeiro Canhestro.
Área de concentração: Enfermagem em Estomaterapia.
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Incontinência Urinária. 2. Idoso. 3. Diafragma da Pelve. 4. Revisão Sistemática. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Canhestro, Mônica Ribeiro. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WJ 146

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



Universidade Federal de Minas
Gerais Escola de Enfermagem
Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia

Monografia intitulada "Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico na Mulher Idosa com Incontinência Urinária: Uma Revisão Sistemática" da aluna Isabel Yovana Quispe Mendonza, apresentada a banca examinadora do Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia para obtenção de Título de Especialista Enfermagem em Estomaterapia

Aprovada em 23 de agosto de 2021, pela banca constituída pelos membros

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Monica Ribeiro Canhestro".

Orientador (a): Prof. Dr.ª Monica Ribeiro Canhestro
Escola de Enfermagem - UFMG

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Junita Leonne Dourado de Almeida Lima".

Avaliador(a): Prof.ª M.ª Junita Leonne Dourado de Almeida Lima
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga-FADIP

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Roberta Vasconcellos Menezes de Azevedo".

Avaliador (a): Prof.ª Roberta Vasconcellos Menezes de Azevedo
Universidade de Brasília-UNB

A Deus por ter me abençoado em todos
os momentos dessa jornada
Ao meu pai, Policarpio de Mercedes, pela
vida
À minha irmã, Mirian, que sempre apoia e
incentiva as minhas decisões.
Ao meu filho, Anthony, pela paciência,
compreensão e carinho constante.
Presente de Deus!

AGRADECIMENTOS

Aos colegas do Departamento de Enfermagem Básica pelo companheirismo.

À Profa. Dra. Mônica Ribeiro Canhestro pela partilha de conhecimentos, confiança e amizade.

Aos docentes do Curso de Especialização em Estomaterapia pelos conhecimentos partilhados.

Às Profas. Roberta Vasconcellos e Junia Leonne, que prontamente aceitaram participar da banca examinadora deste trabalho.

Às amigas Francielle e Magna pelos momentos compartilhados e de descontração durante esta trajetória.

RESUMO

Trata-se de um estudo de revisão sistemática. Objetivo: avaliar a eficácia do Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP) e seu impacto na qualidade de vida na mulher idosa com incontinência. Método: a busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), National Library of Medicine/NLM (MEDLINE), Scientific Electronic Library (SciELO) e foi utilizado o Portal de Periódicos Capes. Além disso, foi feita busca reversa dos estudos que atendiam aos critérios de inclusão. Selecionaram-se estudos originais, nos últimos dez anos, em idiomas inglês, espanhol e português. Os dados foram organizados em quadros sinópticos. Resultados: foram incluídos seis estudos experimentais, publicados nos últimos sete anos, com qualidade metodológica maior que três, segundo a escala de Jadad. Utilizaram-se diferentes protocolos para a intervenção do TMAP. Os participantes dos estudos apresentaram diminuição dos episódios de incontinência urinária, quando avaliados pelo diário vesical. Conclusão: observa-se que o TMAP foi eficaz para o tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas.

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Idoso; Diafragma da Pelve; Revisão Sistemática.

ABSTRACT

This is a systematic review study. Objective: to evaluate the effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) and its impact on the quality of life of elderly women with incontinence. Method: the search was performed in the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Spanish Bibliographic Index of Health Sciences (IBECS), National Library of Medicine/NLM (MEDLINE), Scientific Electronic Library (SciELO) and the Capes Journal Portal was used. In addition, a reverse search of studies that met the inclusion criteria was performed. Original studies were selected, in the last ten years, in English, Spanish and Portuguese. Data were organized into synoptic tables. Results: six experimental studies, published in the last seven years, with methodological quality higher than three, according to the Jadad scale were included. Different protocols were used for PFMT intervention. Study participants showed a decrease in urinary incontinence episodes, when assessed by the bladder diary. Conclusion: it is observed that PFMT was effective for the treatment of urinary incontinence in elderly women.

Keywords: Aged. Urinary incontinence. Pelvic floor. Systematic review.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	13
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 <i>Incontinência Urinária: definição e classificação</i>	13
3.2 <i>Assoalho Pélvico</i>	15
3.3 <i>Bexiga</i>	16
3.4 <i>Incontinência Urinária de Esforço</i>	18
3.5 <i>Tratamento da Incontinência Urinária</i>	19
3.6 <i>Instrumentos de avaliação da IU</i>	22
3.6.1 <i>Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID)</i>	22
3.6.2 <i>International Consultation Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)</i>	22
3.6.3 <i>Qol Assessment Tool-Incontinence Impact (I-QOL -22)</i>	22
3.6.4 <i>Impact Questionnaire Short Form (IIQ-7)</i>	23
3.6.5 <i>12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)</i>	23
4. MATERIAL E MÉTODO	24
5. RESULTADOS	25
5.1 <i>Características dos estudos incluídos</i>	37
6. DISCUSSÃO	38
6.1 <i>Programa de exercícios dos músculos do assoalho pélvico</i>	38
6.2 <i>Instrumentos de avaliação da IU</i>	40
7. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE	50
Instrumento de Coleta de Dados	50

LISTA DE SIGLAS

ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EVN	Escala Visual Numérica
EQ-5D	<i>EuroQol - EQ-5D</i>
DP	Desvio Padrão
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IUT	Incontinência Urinária por Transbordamento
IUF	Incontinência Urinária Funcional
ICIQ-SF	<i>International Consultation Incontinence Questionnaire Short-Form</i>
I-QOL	<i>Qol Assessment Tool-Incontinence Impact</i>
IIQ-7	<i>Impact Questionnaire Short Form – 7</i>
ICS	<i>Internacional Continence Society</i>
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MEDLINE	<i>National Library of Medicine/NLM</i>
QV	Qualidade de Vida
QUID	<i>Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis</i>
QV	Qualidade de Vida
SciELO	<i>Scientific Electronic Library</i>
SF-12	<i>12-Item Short-Form Health Survey</i>
TMAP	Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico

1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina pela uretra (SOCIETY INTERNATIONAL CONTINENCE, 2017). A prevalência de IU pode variar de acordo com o sexo e a idade. Em estudo epidemiológico, foi identificado que a prevalência oscila no sexo feminino entre 26,7% e 48,5% e no sexo masculino de 6,8% a 26,2%, em nível internacional (GIRALDO-RODRÍGUEZ *et al.*, 2019). No Brasil, estudos mostraram variação de 26,9% (KESSLER *et al.*, 2018) a 31,1% (CARNEIRO *et al.*, 2017) para o sexo feminino e de 10,3% (KESSLER *et al.*, 2018) a 23,2% (CARNEIRO *et al.*, 2017) para o sexo masculino. Portanto, a IU é considerada um problema de saúde pública que representa custos elevados para sociedade, família e idoso.

A etiologia da IU é multifatorial e, entre os fatores associados, encontram-se idade, raça, nível de escolaridade, história de IU, índice de massa corporal (IMC), lesão do esfíncter uretral (cirurgia de próstata, gravidez, parto vaginal), alterações do sistema nervoso central, diabetes mellitus, quedas (GIRALDO-RODRÍGUEZ *et al.*, 2019; VENEGAS; CARRASCO; CASAS-CORDERO, 2017). Ademais, há evidências de que a IU também pode estar associada ao déficit cognitivo, ansiedade e depressão (KESSLER *et al.*, 2018). Acredita-se que a razão de acometer mais o sexo feminino pode estar relacionada a aspectos fisiológicos, gravidez, tipo de parto, comorbidade, atividade física, medicamentos e cirurgias prévias (SAYABALIAN *et al.*, 2019).

A IU é classificada em cinco tipos: IU de esforço (IUE), IU de urgência (IUU) ou bexiga hiperativa, IU por transbordamento (IUT), IU funcional (IUF) e IU mista (IUM) (MORÃES; MORÃES, 2016). A IUE é a mais comum das incontinências urinárias.

Por outro lado, a uretra é constituída de músculo liso, tecido conectivo, plexos vasculares submucosos, mucosa e músculo estriado. Todos esses componentes mantêm uma pressão de fechamento uretral suficiente para resistir à pressão intravesical em repouso e garantir a continência urinária. As mulheres com IUE, além da perda de suporte uretral, apresentam diferentes níveis de comprometimento desses componentes, principalmente na uretra média, onde

se encontra o músculo estriado (também chamado rabdoesfíncter), levando à insuficiência esfíncteriana intrínseca (SOCIETY INTERNATIONAL CONTINENCE, 2017).

Atualmente, tem surgido grande interesse por tratamentos conservadores, entre eles, modificações do estilo de vida, treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP), *biofeedback*, estimulação elétrica, cones vaginais e tratamento farmacológico, variando de acordo com cada tipo de IU (SOCIETY INTERNATIONAL CONTINENCE, 2017).

O TMAP tem sido associado à redução do número de episódios de IUE e IUM na população idosa (KILPATRICK *et al.*, 2020). O TMAP pode ser empregado como monoterapia ou associado a outras modalidades de fisioterapia. Durante os exercícios, as pacientes são ensinadas a contrair a musculatura do assoalho pélvico (MAP) pelo maior tempo que elas conseguirem, com a máxima força que puderem, repetidas vezes ao longo do dia, favorecendo a continência por meio do fortalecimento da musculatura perineal. Tem por objetivo o fortalecimento da MAP na tentativa de manter o suporte anatômico dos órgãos pélvicos e trabalhar o mecanismo esfíncteriano da uretra para manter a pressão uretral adequada (SOCIETY INTERNATIONAL CONTINENCE, 2017).

A IU é uma síndrome geriátrica que afeta a qualidade de vida (QV) das pessoas, pelo comprometimento na vida sexual, social, doméstica, ocupacional, com danos físicos, psicossociais e econômicos, deixando-as vulneráveis a vários problemas devido às restrições que impõe às suas atividades de vida diária (MURUKESU; DEVINDER; SHAHAR, 2019).

Embora, essa síndrome geriátrica possa ter consequências devastadoras para a pessoa idosa, geralmente, os serviços de saúde são procurados apenas quando a incontinência se agudiza, ou mesmo, quando a QV do idoso está completamente comprometida. A demora em buscar ajuda pode estar relacionada ao constrangimento, desconhecimento de terapias disponíveis ou por considerar que a IU seja um processo normal da velhice (MURUKESU; SINGH; SHAHAR, 2019).

Os resultados do presente estudo poderão subsidiar a atuação do enfermeiro em relação ao tratamento da IU, mediante o TMAP. Além disso,

também poderão fundamentar a elaboração de protocolos clínicos, bem como futuras pesquisas relacionadas ao tema.

Frente ao exposto, emerge a questão norteadora para o presente estudo de revisão: os exercícios no TMAP para incontinência urinária de esforço na mulher idosa são eficazes e afetam a qualidade de vida?

2. OBJETIVO

Avaliar a eficácia do TMAP e seu impacto na qualidade de vida na mulher idosa com incontinência urinária.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Incontinência Urinária: definição e classificação

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina pela uretra, tem origem multifatorial e pode acometer todas as faixas etárias (SOCIETY INTERNATIONAL CONTINENCE, 2017). Destaca-se nos idosos e está relacionada às mudanças estruturais e funcionais do trato urinário e, por muitas vezes, associada a lesões do sistema nervoso, uso de medicamentos, declínio funcional e cognitivo, entre outros (MORAES; MORAES, 2016).

Alguns distúrbios urinários nas mulheres idosas estão relacionados à capacidade vesical reduzida que passa de 500mL/600mL para 250mL/300mL, o que pode contribuir para a noctúria e aumento da frequência urinária, causadas pela diminuição do estrogênio pós menopausa, doenças crônicas e aumento da massa corporal (PENN *et al.*, 1996). Na mulher, a principal alteração é a redução máxima da pressão do fechamento uretral, consequência da atrofia dos tecidos do trato geniturinário. Em ambos os sexos, percebe-se uma redução da contratilidade e da capacidade vesical, aumento do volume residual, declínio da habilidade em retardar a micção e aparecimento de contrações vesicais não inibidas do detrusor (MORAES; MORAES, 2016).

A incontinência urinária pode ser classificada como transitória ou estabelecida; a diferença entre elas é o tempo de evolução e a condição de instalação. Na incontinência urinária transitória, o aparecimento é súbito, associado a uma condição clínica aguda ou uso de drogas e a tendência é de que se resolva após solucionar a causa. Já na incontinência urinária estabelecida, tem longo tempo de evolução, usualmente superior a três meses e é classificada, segundo Moraes e Moraes (2016), em cinco tipos:

- Incontinência Urinária de Urgência (IUU) – considerada a causa mais comum de IU entre os idosos e é caracterizada pelo desejo súbito de urinar (urgência), associado à perda involuntária de urina de intensidade moderada a grande. Esse tipo de IU ocorre por hiperatividade do detrusor (contrações não inibidas da bexiga), esse mecanismo se dá por alterações locais ou do sistema nervoso central.

- Incontinência Urinária de Esforço (IUE) – segunda causa de IU na mulher idosa, caracterizada pela perda involuntária de urina durante aumento da pressão abdominal (tosse, espirro, riso) sem urgência urinária. Ocorre pela hipermotilidade uretral, ou seja, deslocamento da uretra durante o esforço devido ao enfraquecimento da musculatura pélvica e/ou deficiência esfínteriana intrínseca decorrente de trauma cirúrgico.

- Incontinência Urinária por transbordamento (IUT) – é a causa de IU que acomete menos de 20% dos idosos incontinentes, associa-se a hipocontratilidade do detrusor ou obstrução da saída vesical. Caracterizada por perda frequente de urina, jato fraco, intermitência, noctúria, sensação de esvaziamento incompleto. Em muitos casos, é possível palpar a bexiga (bexigoma).

- Incontinência Urinária Funcional (IUF) - não há comprometimento no sistema urinário ou nervoso, a perda de urina é ocasionada pela dificuldade de acesso ao banheiro devido a limitação física, déficit cognitivo, alterações psicológicas ou barreiras ambientais.

- Incontinência Urinária Mista (IUM) - associa a hipercontratilidade do detrusor (IUU) a achados clínicos de IU de esforço. Etiologia multifatorial.

A IU também é considerada um marcador de fragilidade nos idosos e impacta os âmbitos econômico, físico, social e psicológico de seus portadores; tais aspectos devem ser considerados na vida dos idosos.

3.2 *Assoalho Pélvico*

O assoalho pélvico é composto de camadas de músculo e fáscia que proporcionam suporte para as vísceras pélvicas. As camadas da fáscia encontram-se em maior proporção e são desenvolvidas para prover apoio ao conteúdo pélvico; mas, quando rompidas devido ao parto, a força que é requerida para manter os órgãos genitais dentro da cavidade intra-abdominal pode não ser a mesma (SHARMA; CHAKRABARTI, 2018).

Os músculos levantadores do ânus, músculo coccígeo, iliococcígeo, pubococcígeo e puborretal, formam parte do diafragma pélvico, acima do qual as vísceras pélvicas se encontram suspensas. Cada músculo levantador do ânus origina-se do corpo do púbis, da fáscia pélvica que recobre o músculo obturador interno e da espinha isquiática (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2019; SHARMA; CHAKRABARTI, 2018).

Esses músculos formam um eficiente anel muscular que sustenta e mantém as vísceras pélvicas em posição normal. Oferecem resistência ao aumento da pressão intra-abdominal durante os esforços de tensão e expulsão dos músculos abdominais. Além disso, participam, de forma significativa, do controle voluntário da micção e da defecação, além de manter o tônus vaginal (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2019; SHARMA; CHAKRABARTI, 2018).

3.2.1 Suporte Anatômico da Uretra Feminina

Os elementos que sustentam a uretra, colo vesical e parede posterior da bexiga derivam da fáscia pélvica e inserem-se, bilateralmente, no arco tendíneo. Ao nível da uretra, condensações dessa fáscia originam os ligamentos pubouretrais e os ligamentos uretropélvicos, ambos com a função de prevenir a hiper mobilidade uretral e com o mecanismo esfínteriano intrínseco (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2019; SHARMA; CHAKRABARTI, 2018).

3.3 Bexiga

A bexiga é câmara de músculo liso composta de duas partes principais: o corpo, que é a área onde a urina é armazenada, e o colo, que é a extensão afunilada do corpo da bexiga, passando inferior e anteriormente ao triângulo urogenital e se conectando com a uretra, que está localizada de 3 a 4 cm abaixo de sínfise púbica. A parte inferior do colo vesical também é chamada de uretra posterior, devido a sua relação com a uretra (GUYTON, 2017).

O músculo liso vesical é chamado de músculo detrusor, contém fibras dispostas em todas as direções, que, quando contraídas, podem aumentar a pressão no interior de bexiga até 40 a 60 mmHg. Portanto, a contração do músculo detrusor é a fase principal do esvaziamento da bexiga. Na parede posterior da bexiga, imediatamente acima do colo vesical, existe uma pequena área triangular, denominada trígono (GUYTON, 2017). O colo vesical tem dois a três centímetros de comprimento, sua parede é composta de músculo liso, entrelaçado com tecido elástico. O músculo nessa área é chamado de esfíncter interno (GUYTON, 2017).

Além da uretra posterior, a uretra passa pelo diafragma urogenital com camada muscular; esse segmento se denomina esfíncter externo da bexiga. Esse tipo de músculo é esquelético e está sob controle voluntário do sistema nervoso. É utilizado para evitar de forma consciente a micção, até mesmo quando controles involuntários tentam esvaziar a bexiga (GUYTON, 2017).

3.3.1 *Inervação da Bexiga*

O principal suprimento nervoso da bexiga é feito pelos nervos pélvicos, que se conectam à medula espinhal pelo plexo sacral aos segmentos medulares S2 e S3. Os nervos pélvicos contêm fibras sensoriais e motoras. As fibras sensoriais detectam o grau de distensão da parede vesical. Os sinais de distensão da uretra posterior são os responsáveis pelo início dos reflexos que produzem o esvaziamento da bexiga. As fibras motoras do nervo pélvico são fibras parassimpáticas e terminam em células ganglionares localizadas na parede da bexiga (GUYTON, 2017).

Por outra parte, o nervo pudendo com suas fibras motoras esqueléticas inerva o esfíncter externo da bexiga. São fibras somáticas e controlam o músculo esquelético voluntário do esfíncter externo (GUYTON, 2017).

A bexiga também recebe inervação simpática pelo nervo hipogástrico, conectado com o segmento L2 da medula espinhal. Essas fibras simpáticas sensoriais excitam, por liberação de noradrenalina, o esfíncter uretral, e são responsáveis pela sensação de plenitude e, em alguns casos, de dor (GUYTON, 2017).

3.3.2 Reflexo da micção

Conforme a bexiga enche, muitas contrações de micção se sobrepõem ao tônus basal, elas são o resultado do reflexo de estiramento iniciado pelos receptores sensoriais da parede vesical, que estão localizados, em sua maioria, na uretra posterior. Quando essa área começa a ser preenchida com urina, os sinais sensoriais dos receptores de estiramento da bexiga são conduzidos aos segmentos sacrais da medula pelos nervos pélvicos e, por reflexo, o sinal volta à bexiga pelas fibras nervosas parassimpáticas pelos mesmos nervos pélvicos (GUYTON, 2017).

Quando a bexiga está parcialmente cheia, as contrações desaparecem de modo espontâneo. Isso acontece pelo relaxamento do músculo detrusor e, conseqüentemente, há diminuição da pressão para a linha da base. Conforme a bexiga enche, os reflexos da micção ficam mais frequentes e causam maiores contrações do músculo detrusor. Após alguns segundos a mais de um minuto, o reflexo da micção se interrompe, permitindo que a bexiga relaxe (GUYTON, 2017).

Quando o reflexo da micção se torna suficiente para esvaziar a bexiga, ele produz outro reflexo para relaxar o esfíncter externo através dos nervos pudendos. Caso o reflexo de relaxamento do esfíncter externo seja mais potente do que sua inibição voluntária, a micção ocorre. Do contrário, a micção não ocorrerá até que a bexiga se encha mais e o reflexo da micção se torne suficiente para sobrepujar a inibição voluntária (GUYTON, 2017).

3.3.3 Sistema Nervoso Central

Considerando-se que o controle miccional e de armazenamento urinário envolve uma interação complexa entre diversas áreas do sistema nervoso central, sua sintonia e integridade são fundamentais para o adequado gerenciamento dessas funções (GUYTON, 2017).

O reflexo da micção é reflexo espinhal autônomo, mas pode ser inibido pelos centros cerebrais. Esses centros incluem: 1) centro facilitador e inibidor no tronco cerebral, localizado na ponte e 2) vários centros localizados no córtex cerebral, que são principalmente inibitórios, mas podem ser também excitatórios (GUYTON, 2017).

O reflexo da micção é a causa básica da micção, mas os centros superiores exercem o controle final, como segue (GUYTON, 2017):

- Os centros superiores mantem o reflexo da micção parcialmente inibido, exceto quando se tem vontade de urinar.
- Os centros superiores podem evitar a micção, até mesmo quando o reflexo da micção está presente, pela contração do esfíncter vesical externo, até o momento conveniente para o esvaziamento.
- No momento da micção, os centros corticais podem auxiliar os centros sacrais a iniciar o reflexo de micção e, ao mesmo tempo, inibir o esfíncter vesical externo, de forma que a micção ocorra.

3.4 Incontinência Urinária de Esforço

A incontinência urinária de esforço, que é uma perda involuntária de urina em quantidade ou frequência suficiente para constituir um problema social e ou de saúde, é uma condição heterogênea, que varia em gravidade desde gotejamento de pequenas quantidades de urina até a passagem contínua de urina. Há perda de urina pelo meato externo da uretra quando a pressão vesical excede a pressão máxima de fechamento uretral, na ausência de contração do músculo detrusor. Pode resultar devido à hipermobilidade uretral e deslocamento para baixo do colo da bexiga quando há fraqueza dos músculos do assoalho

pélvico. Por tanto, qualquer anomalia nessas estruturas provoca disfunção do assoalho pélvico, ocasionando, no caso, incontinência urinária (SOCIETY INTERNATIONAL CONTINENCE, 2017).

3.5. *Tratamento da Incontinência Urinária*

O tratamento conservador é considerado a primeira opção para o gerenciamento de mulheres com IUE. No entanto, várias alternativas estão disponíveis, a seguir serão apresentadas algumas delas (BO *et al.*, 2016).

3.5.1 *Estilo de vida*

Imamura (2015) e Bo *et al.* (2016) destacam que há intervenções para tratar disfunções do assoalho pélvico, de forma isolada ou em combinação com outras terapias, estas se referem ao estilo de vida.

3.5.1.1 *Consumo/restricção de fluidos*

Sugere-se a ingestão frequente de pequenas quantidades de líquido de 120 a 150 ml/hora até chegar a 2L/dia, em lugar de grandes quantidades de ingesta (LUKACZ; SANTIAGO-LASTRA; ALBO; BRUBAKER, 2017). A ingesta de líquidos deve diminuir antes de dormir. Por outro lado, se recomenda que a ingesta de líquidos deve ser ajustada com base nas comorbidades associadas (PARKER; GRIEBLING, 2015).

3.5.1.2 *Dieta*

Recomenda-se a modificação de hábitos alimentares, como a minimização da ingesta de bebidas cafeinadas e carbonatadas, frutas ácidas, achocolatados, uma vez que esses produtos são considerados irritantes vesicais, podendo agravar os episódios de perda urinária, especialmente nas situações de urge incontinência (IMAMURA *et al.*, 2015).

As modificações quanto aos hábitos intestinais também são fundamentais. Acredita-se que problemas que impeçam um trânsito intestinal normal, como a constipação, podem contribuir para a piora da incontinência, devido ao aumento da pressão do reto sobre a bexiga (PARKER; GRIEBLING, 2015).

3.5.1.3 *Perda de peso*

A obesidade é um fator de risco conhecido para incontinência urinária, e a perda de peso em mulheres obesas parece melhorar os sintomas da incontinência urinária (IMAMURA *et al.*, 2015).

3.5.2 *Treinamento da bexiga*

Esse treinamento da bexiga consiste em definir um cronograma de micção, neste se utilizam técnicas de relaxamento, distração ou contrações dos músculos do assoalho pélvico para suprimir as sensações de urgência. Aumenta-se gradualmente o intervalo entre as micções aproximadamente a cada 3 a 4 horas. Isto ajuda à paciente a “segurar mais a urina” de forma que consiga urinar com menor frequência (VAUGHAN *et al.*, 2011).

O treinamento objetiva corrigir padrões de maus hábitos de micção frequente, melhorar o controle sobre a urgência da bexiga, prolongar os intervalos de micção, aumentar a capacidade da bexiga, reduzir episódios de incontinência e restaurar a confiança do paciente no controle da bexiga (BO *et al.*, 2016).

3.5.3 *Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico*

O TMAP consiste em exercícios dos músculos do assoalho pélvico e é recomendado pela *Incontinence Continenence Society (ICS)* como primeira opção para o tratamento de disfunções uroginecológicas como a incontinência urinária e de prolapso dos órgãos pélvicos (BO *et al.*, 2016).

O TMAP está relacionado com conscientização e reeducação da musculatura do assoalho pélvico, com intuito do aumento da musculatura e conseqüentemente seu fortalecimento. Em 1948, Arnold Kegel criou os exercícios para a musculatura pélvica que consistem em contrações repetitivas dos MAPs, envolvendo o treinamento de força e suporte perineal, com melhora do tônus muscular, bem como inibição da atividade da musculatura detrusora da bexiga. O TMAP também ocasiona a hipertrofia das fibras musculares, o reforço da consciência cortical muscular e o recrutamento mais eficaz dos neurônios motores (SOCIETY INTERNATIONAL CONTINENCE, 2017; BO *et al.*, 2016).

Estudo tem demonstrado que o programa de TMAP em grupo promoveu melhora dos sintomas de perda urinária, consciência do corpo, da postura, da respiração em mulheres idosas de diferentes níveis socioeconômicos, sugerindo que o programa pode ser utilizado como ferramenta de promoção de saúde por profissionais da área (BURTI *et al.*, 2019).

Estudo que teve por objetivo saber se os exercícios físicos de moderada intensidade juntamente com o TMAP são mais efetivos do que a prática isolada do TMAP para o tratamento de IU em mulheres idosas mostrou que a combinação dos exercícios físicos com o TMAP proporciona melhora precoce da IU nessa população quando comparada à prática isolada de TMAP (VIRTUOSO; MENEZES; MAZO, 2019).

Os resultados de um estudo de revisão que teve por objetivo identificar o protocolo e/ou os parâmetros de treino mais eficazes no tratamento da IUE feminina mostraram que os exercícios de TMAP combinados com a palpação digital, *biofeedback* e cones vaginais, bem como parâmetros de exercícios de 12 semanas de duração, com dez repetições por série e em posições distintas, pareceram mais eficazes para reduzir a quantidade de vazamento de urina, proporcionando também uma percepção subjetiva de cura em comparação com a prática isolada de TMAP ou falta de tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Relato de experiência sobre implementação e assistência realizadas no Programa de Reabilitação do Assoalho Pélvico na Universidade de Campinas, com aproximadamente 102 pacientes com IU e outras disfunções do assoalho pélvico, mostrou que as pessoas que aderiram ao programa declararam melhora ou desaparecimento dos sintomas. Os autores ressaltam que o programa de

reabilitação pode incentivar a implantação de iniciativas semelhantes em outros locais, contribuindo para a expansão das atividades do enfermeiro na área de saúde da mulher e de reabilitação do assoalho pélvico (LOPES *et al.*, 2017).

3.6 Instrumentos de avaliação da IU

3.6.1 Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID)

O Questionário para Diagnóstico de Incontinência Urinária (QUID), um questionário de sintomas de IU de seis itens, foi desenvolvido e validado para distinguir IU de esforço e IU de urgência. As respostas aos itens 1, 2 e 3 dizem respeito à IUE e respostas aos itens 4, 5 e 6 se referem à IUU. É um instrumento válido, confiável e consistente para ser aplicado em mulheres brasileiras e seu uso é recomendado na prática clínica e na pesquisa (ALEM *et al.*, 2020).

3.6.2 International Consultation Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)

O ICIQ-SF é um questionário simples, breve e autoadministrável que avalia rapidamente o impacto da IU na qualidade de vida e qualifica a perda urinária de pacientes de ambos os sexos. É composto de quatro itens que avaliam frequência, volume e impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados a situações de IU vivenciadas pelos indivíduos. O somatório máximo dos valores das respostas indica o escore de 21 pontos, referente a um alto impacto da IU na vida do indivíduo. A versão para o português do ICIQ-SF foi traduzida e validada com sucesso para aplicação em pacientes brasileiros de ambos os sexos, apresentando satisfatória confiabilidade e validade de constructo (TAMANINI *et al.*, 2004).

3.6.3 QoI Assessment Tool-Incontinence Impact (I-QOL -22)

É uma medida de qualidade de vida, por meio de autorrelato, específica para incontinência urinária de esforço. Possui 22 questões divididas em três

domínios: limitação de comportamento (oito itens), impactos psicossociais (nove itens) e constrangimento social (cinco itens). Para cada pergunta, existem cinco respostas possíveis, cujos escores são transformados em uma escala de 0 a 100, quanto maior o escore, maior a QV. I-QOL mostrou-se válido, reprodutível e responsivo ao tratamento da IU em mulheres (SOUZA *et al.*, 2009).

3.6.4 *Impact Questionnaire Short Form (IIQ-7)*

O IIQ-7 é a versão abreviada do Questionário de Impacto da Incontinência (IIQ) e contém sete itens. As perguntas referem-se a aspectos da vida que podem ser influenciados ou alterados devido à incontinência urinária. Para cada pergunta, existe uma escala de zero a três pontos, cujos escores são transformados em uma escala de 0 a 21, a pontuação máxima indica grande impacto da IU na QV. Ao ser traduzido para a versão portuguesa, o instrumento apresenta aplicabilidade clínica, especificidade e estabilidade, demonstrando-se bem adaptado à prática clínica brasileira (STIEVANO *et al.*, 2015).

3.6.5 *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)*

O SF-12 é um instrumento que avalia a qualidade de vida e é a versão mais curta do SF36, contemplando apenas 12 itens. Avalia as dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, considerando a percepção do indivíduo em relação a aspectos de sua vida nas quatro últimas semanas. O escore varia em escala de 0 a 100, sendo os valores maiores correlacionados à melhor qualidade de vida (SILVEIRA *et al.*, 2013).

3.6.6 *EuroQol - EQ-5D*

O EQ-5D é um instrumento que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde, é autoaplicável e é dividido em duas partes. A primeira é descritiva, composta de cinco dimensões de saúde: mobilidade, cuidados pessoais,

atividades habituais, dor / mal-estar e ansiedade / depressão, cada uma com três níveis de gravidade, gerando 243 possíveis estados de saúde. A segunda parte contém uma escala visual analógica que varia de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável). Na validação para a versão em português, os resultados mostraram valores satisfatórios (BAGATTINI *et al.*, 2018).

4. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática, método que permite a síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, isto é, os ensaios clínicos randomizados (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Para orientar a busca, foi utilizada a estratégia PICO, na qual a letra P se refere à paciente (idosas com IU), I à intervenção (treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico), C à comparação (grupo controle sem receber intervenção ou recebendo orientação) O a desfecho/*outcomes* (continência urinária e qualidade de vida) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

As buscas foram realizadas de janeiro a fevereiro de 2021 e os estudos obtidos a partir de acessos de domínio público: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (portal BIREME), que incluiu busca nas bases e portais da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), *National Library of Medicine/NLM* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library* (SciELO) e também foi utilizado no Portal de Periódicos Capes. Além disso, foi feita a busca reversa dos estudos que atendiam aos critérios de inclusão.

Utilizaram-se os seguintes descritores, com auxílio de conectores booleanos: “Incontinência Urinária” AND “Idoso” OR “Idoso de 80 Anos ou mais” AND “Diafragma da Pelve” OR “Tratamento Conservador” OR “Força Muscular”. A busca em bases de dados de língua inglesa foi realizada no *Medical Subject Heading* (MeSH) com os seguintes termos: “Urinary Incontinence, stress” AND “Aged” OR “Aged, 80 and over” AND “Pelvic Floor” OR “Conservative Treat” OR “Muscle Strength” AND “Treatment Outcome”.

Para a coleta de dados, as autoras construíram um instrumento que contempla as seguintes variáveis: 1) Dados de identificação: título do artigo, autores, ano de publicação, tipo de IU, objetivo e qualidade metodológica; 2) Características metodológicas do estudo: amostra, instrumentos utilizados, intervenção realizada e principais resultados (Apêndice 1).

Os critérios de inclusão dos estudos foram: ensaios clínicos randomizados sobre TMAP, sexo feminino, IU de esforço, desfecho com eficácia do TMAP e qualidade de vida, idade dos participantes > 60 anos ou média de idade 60 a mais anos, publicados nos últimos dez anos, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2020, com restrição de idiomas espanhol, português e inglês. Os critérios de exclusão foram: textos não disponíveis na íntegra, estudos com apenas um grupo de intervenção.

Os ensaios clínicos randomizados (ECRs) foram submetidos à análise de qualidade metodológica proposta por Jadad *et al.* (1996), que consiste na avaliação de cinco critérios: se o estudo é descrito como randomizado, como duplo-cego, se há descrição das perdas e se a randomização e o cegamento são apropriados. Os estudos que respondam a três ou mais critérios de maneira afirmativa serão considerados como de boa qualidade (JADAD *et al.*, 1996).

Os estudos que atendiam aos critérios de inclusão e respondiam à questão de pesquisa foram selecionados para análise na íntegra. Os estudos foram analisados por um pesquisador, especialista no assunto. A análise e a seleção dos estudos foram realizadas em três fases. Na primeira, realizada por um pesquisador, foi feita análise e pré-seleção segundo os critérios de inclusão e exclusão, por meio da leitura dos títulos e resumos. Na segunda fase, os estudos foram lidos e analisados na íntegra com auxílio do instrumento de coleta de dados. A terceira fase incluiu a avaliação feita pelo pesquisador principal quanto à qualidade metodológica dos estudos.

5. RESULTADOS

Foram encontrados 3.061 estudos nas bases de dados consultadas e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 32 estudos. Destes, 26 foram excluídos, pois apresentavam participantes com idade em anos

ou idade média menor ou igual a 60 anos, possuíam apenas um grupo de intervenção, eram estudos de custos, piloto, protocolo, repetidos, que avaliavam eficácia de medicamento ou se referiam à bexiga hiperativa. Dessa forma, foram selecionados seis estudos para a etapa de análise crítica, conforme Figura 1.

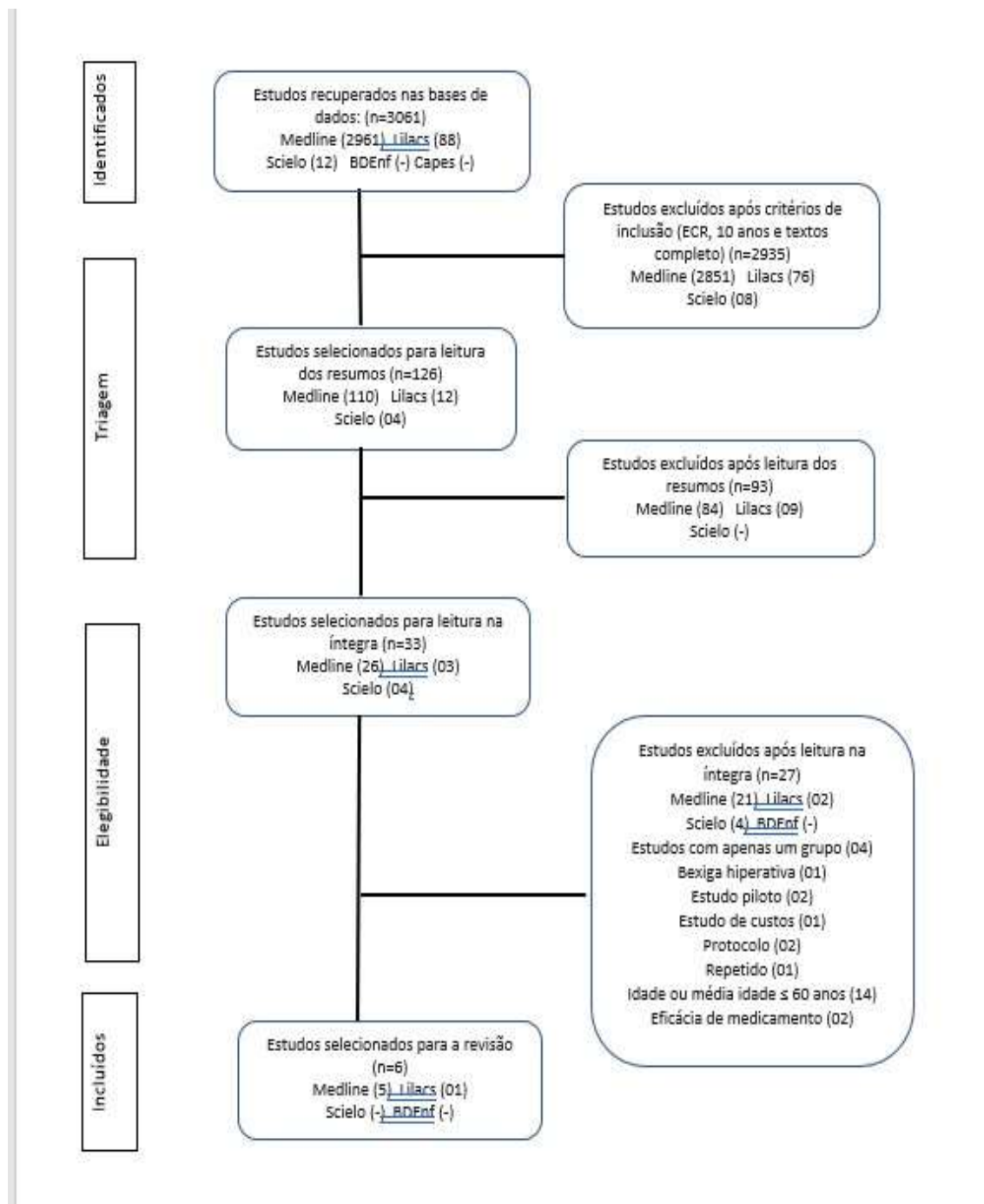


Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos incluídos na revisão. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021

Segundo o ano de publicação, a maioria dos estudos foram publicados nos últimos seis anos, o tipo de IU que prevaleceu foi IU de esforço e urgência (E1, E2, E5) e um estudo não relatou o tipo de IU (E6). De modo geral, os estudos objetivaram, principalmente, determinar a eficácia do TMAP para reduzir a IU; no entanto, em dois deles, identifica-se que, além do TMAP, utilizaram exercícios de mobilidade da bexiga (E1) e musculação (E3).

No Quadro 1, identifica-se a utilização da escala de Jadad e é possível afirmar que os estudos incluídos possuem pontuação maior ou igual a três, isto é, boa qualidade metodológica.

O Quadro 2 apresenta os instrumentos utilizados na avaliação da IU, os grupos dos ECR, os protocolos de intervenção e uma síntese dos principais resultados, nesta última, aponta-se se houve redução da IU e a avaliação da qualidade de vida do idoso.

Quadro 1 - Apresentação dos artigos incluídos na revisão segundo autor, ano de publicação, tipo de IU, objetivo e qualidade metodológica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021

Estudo	Autores	Ano de publicação	Tipo de IU	Objetivo	QM
E1	SWAGG, A. <i>et al.</i>	2019	Esforço e urgência	Determinar se o TMAP e exercícios de mobilidade conjuntamente com a educação em saúde (sobre saúde da bexiga) são mais eficazes do que educação em saúde (sobre saúde da bexiga) isoladamente para a redução da incontinência urinária em mulheres mais velhas nas aldeias com poucos recursos para outro tratamento.	5
E2	DIOKNO, A. C. <i>et al.</i>	2018	Esforço e urgência	Comparar a eficácia, custo e custo-efetividade do tratamento comportamental administrado em grupo sem tratamento para IU em mulheres idosas.	5
E3	MAZO, G.Z.. <i>et al.</i>	2018	Esforço e mista	Comparar os efeitos do TMAP com e sem musculação, na perda urinária, estado de humor e autoeficácia para a prática do exercício do assoalho pélvico.	5
E4	JAHROMI, M. K.; TALEBIZADEH, M.; MIRZAEI, M.	2015	Esforço	Determinar o efeito dos exercícios para os músculos do assoalho pélvico na incontinência urinária e Self-Steer de mulheres idosas com incontinência urinária de esforço.	3
E5	LEONG, B.; MOK, N. W.	2015	Esforço, urgência e mista	Determinar a eficácia de um programa de fisioterapia de continência urinária por esforço, urgência ou mista para mulheres chinesas idosas.	3
E6	TAK, E. <i>et al.</i>	2012	NR	Comparar o programa de exercícios comportamentais com os cuidados habituais, para prevenir ou reduzir a IU.	5

IU: Incontinência urinária; TMAP: NR: não relatado; Treinamento da musculatura do assoalho pélvico; QV: Qualidade de vida

Quadro 2 – Descrição dos estudos segundo características dos participantes, instrumentos utilizados, grupos, protocolo da intervenção e principais resultados. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021

Estudo	Características dos participantes/ amostra	Instrumentos	Desenho do estudo	Protocolo da intervenção/Tempo	Resultados																																						
E1 2019	<p>Idade: 60 a 75 anos</p> <p>Crítérios de inclusão: capacidade de se levantar e caminhar sem ajuda, capacidade intelectual de compreender as orientações.</p> <p>Crítérios de exclusão: prolapso uterino grau 3 ou mais, casas distantes do centro da aldeia.</p> <p>N GI: 16 aldeias (12-27 /298 mulheres)</p> <p>N GC: 16 aldeias (12-27 /281 mulheres)</p> <p>Perdas: GI:10 e GC:07</p>	<p>Diário vesical por três dias no início e final do estudo.</p> <p>EuroQoL (EQ5D cinco-dimensões)</p>	<p>Manter bons hábitos da bexiga e funcionamento do sistema urinário</p> <p>GI: TMAP + caminhada</p> <p>GC: Educação: sobre sistema urinário e manutenção de bons hábitos da bexiga</p> <p>Tempo: 24 semanas</p> <p>Orientação sobre hábitos saudáveis para acalmar a curiosidade das pessoas nas aldeias</p>	<p>Visita em casa: orientações hábitos da bexiga e funcionamento do sistema urinário e exercício individual do TMAP. Posteriormente as orientações foram em grupo, 2 vezes/ sem/12 sem</p> <p>TMAP durante 30 min + 30 min caminhada rápida. 2x/semana/12 sem</p> <p>Após 4º encontro, realizou-se visita domiciliar para esclarecer dúvidas e verificar o treinamento correto do TMAP caso necessário procedimento extra</p>	<p>Diário vesical/3 dias. Número de episódios de perda urinária: \bar{x} (DP): ($p < 0,05$)</p> <table border="0"> <tr> <td>Base</td> <td>24 semanas</td> </tr> <tr> <td>GI: 12,6±3,7</td> <td>1,7± 1,0</td> </tr> <tr> <td>GC: 11,3±4,7</td> <td>8,2±2,4</td> </tr> </table> <p>EuroQoL (EQ5D): % ($p < 0,05$)</p> <table border="0"> <tr> <td>Base</td> <td>24 semanas</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mobilidade</td> </tr> <tr> <td>GI: 14,8</td> <td>16,0</td> </tr> <tr> <td>GC: 23,0</td> <td>20,7</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Autocuidado</td> </tr> <tr> <td>GI: 15,4</td> <td>16,5</td> </tr> <tr> <td>GC: 21,0</td> <td>20,9</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AVD</td> </tr> <tr> <td>GI: 23,7</td> <td>27,3</td> </tr> <tr> <td>GC: 27,8</td> <td>29,6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dor/desconforto</td> </tr> <tr> <td>GI: 85,2</td> <td>80,5</td> </tr> <tr> <td>GC: 86,0</td> <td>91,2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ansiedade ou depressão</td> </tr> <tr> <td>GI: 82,9</td> <td>63,4</td> </tr> <tr> <td>GC: 85,2</td> <td>73,3</td> </tr> </table>	Base	24 semanas	GI: 12,6±3,7	1,7± 1,0	GC: 11,3±4,7	8,2±2,4	Base	24 semanas	Mobilidade		GI: 14,8	16,0	GC: 23,0	20,7	Autocuidado		GI: 15,4	16,5	GC: 21,0	20,9	AVD		GI: 23,7	27,3	GC: 27,8	29,6	Dor/desconforto		GI: 85,2	80,5	GC: 86,0	91,2	Ansiedade ou depressão		GI: 82,9	63,4	GC: 85,2	73,3
Base	24 semanas																																										
GI: 12,6±3,7	1,7± 1,0																																										
GC: 11,3±4,7	8,2±2,4																																										
Base	24 semanas																																										
Mobilidade																																											
GI: 14,8	16,0																																										
GC: 23,0	20,7																																										
Autocuidado																																											
GI: 15,4	16,5																																										
GC: 21,0	20,9																																										
AVD																																											
GI: 23,7	27,3																																										
GC: 27,8	29,6																																										
Dor/desconforto																																											
GI: 85,2	80,5																																										
GC: 86,0	91,2																																										
Ansiedade ou depressão																																											
GI: 82,9	63,4																																										
GC: 85,2	73,3																																										

E2 2018	<p>Idade: 55 a 91 (\bar{x} = 64) anos</p> <p>Crêterios de inclusão: Sexo feminino, mais de 55 anos, habilidade para ler e compreender inglês, escore ≥ 3 no International Consultation on Incontinence –Short Form (ICIQ-SF): Frequência da perda de urina no escore de 1(uma vez por semana ou menos) e volume de urina com pontua�o 2 (pequena quantidade. Autorrelato de IU de esforço, mista ou urgência; dura�o dos sintomas: 3 meses; Timed Up & Go test < 20 segundos; sem declínio cognitivo (Mini-Cog); Consentimento para avalia�o pélvica.</p> <p>Crêterios de exclusão: paciente acamado ou em cadeira de rodas; história de câncer de bexiga ou colo uterino; condi�o de saúde instável, dor pélvica ≥ 3 meses; doenças neurológicas ou em fase final de vida; tratamento prévio para IU; prolapso uterino; em uso de</p>	<p>Questionário - Formulário Curto [ICIQ-SF] Incontinence Quality of Life Questionnaire [I-QOL]</p> <p>Diário vesical/3 dias</p> <p>Pad test/1dia</p> <p>Exame pélvico para verificar a força</p>	<p>GI: educa�o + TMAP</p> <p>GC: não recebeu nenhum tipo de orienta�o</p> <p>Tempo:12 meses</p>	<p>Orienta�o: 2 horas de sessão sobre a saúde da bexiga: apresenta�o de slides e livreto com informa�es anatomia e fisiologia do trato urinário; fun�o da bexiga e TMAP; causa e tipos de IU, impacto na QV; estratégias comportamentais, importáncia do TMAP durante atividades que precipitam a IU; coaching para facilitar a ades�o. Após a aula, os participantes receberam os materiais para casa, lembrete de �m� e CD com �udio do TMAP. Os pesquisadores foram capacitados 1 dia</p> <p>Visitas presenciais aos 3 e 12 meses, por correio ou telefone aos 6 e 9 meses</p>	<p>Diário vesical/3dias: n de episódios de IU/dia (mediana): (p=0,001)</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Base</td> <td style="text-align: center;">12 meses</td> </tr> <tr> <td>GI:</td> <td>1,3 (0.7-2.7)</td> <td>0,3 (0.0-1.3)</td> </tr> <tr> <td>GC:</td> <td>1,3 (0.3-2.0)</td> <td>0,8 (0.3-2.0)</td> </tr> </table> <p>I-QOL: mediana: (p=0,001)</p> <table border="0"> <tr> <td>GI:</td> <td>77(63-88)</td> <td>92(83-97)</td> </tr> <tr> <td>GC:</td> <td>76(64-88)</td> <td>85(72-92)</td> </tr> </table> <p>ICIQ: \bar{x} (p=0,001)</p> <table border="0"> <tr> <td>GI:</td> <td>8,78\pm 3,74</td> <td>5,75\pm3,52</td> </tr> <tr> <td>GC:</td> <td>8,77\pm3,84</td> <td>7,35\pm3,83</td> </tr> </table> <p>Pad test, - volume de urina mg: Mediana: (p=0,001)</p> <table border="0"> <tr> <td>GI:</td> <td>3.8(0.9-12.8)</td> <td>1,9 (0,5-5,3)</td> </tr> <tr> <td>GC:</td> <td>4.8 (1.4-19.7)</td> <td>3.7(1.0-17.7)</td> </tr> </table> <p>Avalia�o Funcional do Assoalho (AFA) Pressão de 4 para 6 % (p=0.46)</p> <table border="0"> <tr> <td>GI:</td> <td>49.3 (111/225)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>56,3(108/192)</td> </tr> <tr> <td>GC:</td> <td>48.0 (109/227)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>52,5(104/198)</td> </tr> </table> <p>Deslocamento de 4 para 5 (p=0,10)</p> <table border="0"> <tr> <td>GI:</td> <td>9,7(22/226)</td> <td>17,3(33/191)</td> </tr> <tr> <td>GC:</td> <td>11,8(27/229)</td> <td>11,5(23/200)</td> </tr> </table>		Base	12 meses	GI:	1,3 (0.7-2.7)	0,3 (0.0-1.3)	GC:	1,3 (0.3-2.0)	0,8 (0.3-2.0)	GI:	77(63-88)	92(83-97)	GC:	76(64-88)	85(72-92)	GI:	8,78 \pm 3,74	5,75 \pm 3,52	GC:	8,77 \pm 3,84	7,35 \pm 3,83	GI:	3.8(0.9-12.8)	1,9 (0,5-5,3)	GC:	4.8 (1.4-19.7)	3.7(1.0-17.7)	GI:	49.3 (111/225)		56,3(108/192)	GC:	48.0 (109/227)		52,5(104/198)	GI:	9,7(22/226)	17,3(33/191)	GC:	11,8(27/229)	11,5(23/200)
	Base	12 meses																																												
GI:	1,3 (0.7-2.7)	0,3 (0.0-1.3)																																												
GC:	1,3 (0.3-2.0)	0,8 (0.3-2.0)																																												
GI:	77(63-88)	92(83-97)																																												
GC:	76(64-88)	85(72-92)																																												
GI:	8,78 \pm 3,74	5,75 \pm 3,52																																												
GC:	8,77 \pm 3,84	7,35 \pm 3,83																																												
GI:	3.8(0.9-12.8)	1,9 (0,5-5,3)																																												
GC:	4.8 (1.4-19.7)	3.7(1.0-17.7)																																												
GI:	49.3 (111/225)																																													
	56,3(108/192)																																													
GC:	48.0 (109/227)																																													
	52,5(104/198)																																													
GI:	9,7(22/226)	17,3(33/191)																																												
GC:	11,8(27/229)	11,5(23/200)																																												

	<p>medicamentos para bexiga hiperativa, em uso de pesário vaginal; condições que podem afetar o estado da IU; ITU nos últimos 6 meses; volume residual de urina após esvaziamento 150mL</p> <p>Participantes no início do estudo GI: 232 e GC: 231</p> <p>Participantes no final do estudo GI: 195 e GC: 203</p>				<p>Duração: mediana ($p=0,09$) GI: 4(2-6) 6(3-8) GC: 4(2-6) 5(3-8)</p> <p>Impressão global de melhoria do paciente %: Muito melhor: ($p=0,001$) GI: NA 64,3(126/196) GC: NA 11,3(23/203)</p> <p>Satisfação do paciente %: Completamente satisfeitas: GI: NA 95,4 (187/196) GC: NA NA</p>
E3 2018	<p>Idade: >60 GI: $\bar{X} = 64,8 \pm 4,7$ GC: $\bar{X} = 66,5 \pm 5,6$</p> <p>Critérios de inclusão: autorrelato positivo de IUE ou IUM; frequência de perda urinária de pelo menos duas a três vezes/semana, mensurada pelo <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i> (ICIQ-SF); força dos músculos do assoalho pélvico $\geq 2^\circ$ pela escala de Oxford; função cognitiva preservada (MEEM).</p>	<p>Perda urinária (ICIQ-SF)</p> <p>Autoeficácia para a prática de exercícios do assoalho pélvico</p> <p>Grau de satisfação dos exercícios recebidos Shein</p>	<p>O período de intervenção ocorreu de agosto de 2013 a janeiro de 2015. GI: TMAP + treino de musculação GC: TMAP</p> <p>Tempo: 12 semanas</p>	<p>Orientação: primeiros cinco minutos orientações em saúde sobre temas relacionados com a IU TMAP: encontros de 30 minutos, em pequenos grupos de no máximo seis participantes. Em cada sessão, foram realizados 3 exercícios em diferentes posições (deitada, sentada e em pé) exercícios foram adaptados da proposta de Luz <i>et al.</i>, sob comando verbal “segura o xixi”. De 8 a 12 repetições de contrações sustentadas por 6 a 10 s’, seguidas de 3 a 5 contrações rápidas, com progressão dos exercícios após a 8ª e 16ª sessão. O intervalo de repouso entre as contrações foi de</p>	<p>ICIQ-SF: \bar{X}(DP) Base Pós GI: 10,0\pm2,4 2,0\pm 2,4($p=0,005$) GC: 13,1\pm3,5 4,1\pm 3,9 ($p=0,001$)</p> <p>Escala de Autoeficácia para a prática de exercícios do assoalho pélvico Expectativa de Desempenho: \bar{X} (DP) GI: 82,5\pm9,9 83,5\pm12,9 ($p=0,644$) GC: 83,8\pm13,0 90,3\pm8,5 ($p=0,128$)</p> <p>Expectativa de Resultado \bar{X} (DP) GI: 82,2\pm9,9 87,5\pm14,2 ($p=0,672$)</p>

	<p>Crítérios de exclusão: idosas com intervenção fisioterapêutica para IUE ou IUM atual ou há menos de seis meses; presença de IU de urgência (IUU) decorrente de causas neurológicas ou por infecção do trato urinário autorrelatado; ter praticado musculação nos últimos seis meses; e a presença de doenças que contraindicam a prática de musculação</p> <p>Participantes no início do estudo GI: 14 GC: 17</p> <p>Participantes no fim do estudo GI: 12 GC: 14</p>			<p>6 s'. A partir da 8ª sessão, foi incluída a manobra de Knack.</p> <p>Frequência: 2x/semana em dias alternados/12 semanas, totalizando 24 sessões de exercícios.</p> <p>Musculação: 3 séries de 15 RP com intervalo de 1 minuto entre as séries. Após 2 semanas, foi avaliada a carga de exercícios. Execução dos exercícios em ordem alternada, de maior a menor grupamento muscular: peitoral, grande dorsal, quadríceps e bíceps femoral, glúteos, bíceps braquial, tríceps braquial, adutores e reto abdominal. A partir da 7ª sessão contração dos MAPs, pelo comando "segura o xixi"</p>	<p>GC: 95,5±7,0 99,5±1,3 (p=0,273)</p> <p>Grau de satisfação Os resultados apontam alto índice de satisfação em ambos os grupos. No entanto a média de satisfação foi discretamente maior no GI</p>
E4 2015	<p>Idade: 60 a 74 anos GI: $\bar{x} = 67,15 \pm 8,36$ GC: $\bar{x} = 68.05 \pm 9,10$</p> <p>Crítérios de inclusão Idosas de 60–74 anos, com escore no QUID para IUE ≥ 4, sintomas clínicos de IU nos últimos 6 meses; quer participar no estudo.</p>	International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) self-esteem questionnaires	<p>GI: TMAP individual + TMAP em grupo</p> <p>GC: nenhum</p> <p>Tempo: 8 semanas</p>	<p>Orientação sobre anatomia e fisiologia do assoalho pélvico, mecanismos da continência urinária. Todos foram ensinados a contrair os músculos do assoalho pélvico corretamente.</p> <p>TMAP em grupo: Nas posições sentada, deitada e em pé, em cada posição: 8-12 contrações sustentadas de 6-8 s", seguida de</p>	<p>ICIQ-SF Geral Base (p = 0.3) Após (p=0,001) GI: 10,78± 3,20 9,07±2,33 GC: 13,93±4,2 12,30±3,6</p> <p>Frequência de perda urinária% Base (p = 0.2) Após (p=0,04) Uma vez por semana ou menos GI: 3(10) 16(53,3) GC: 0(0) 02(6,7) Duas ou três vezes por semana GI: 6(20) 03(10)</p>

	<p>Crêterios de exclusão: ausência em mais de 2 sessões; doenças do sistema nervoso central (esclerose múltipla, ACV ou doenças mentais agudas, demência, cirurgias urológicas recentes (menos de 3 meses); história de câncer do aparelho geniturinário; infecção; histerectomia e diabetes mellitus.</p> <p>Participantes no início do estudo GI: 25 GC:25 Participantes no fim do estudo GI: 24 GC:24</p>			<p>3-4 contrações rápidas, com descanso de 6s' entre as posições.</p> <p>Uma vez/semana durante 45 minutos Se trabalhou consciência corporal, respiração e relaxamento do músculo abdominal, costas e coxas</p> <p>TMAP em casa: repetir o mesmo protocolo em casa com a posição preferida. Uma vez por semana</p>	<p>GC: 01(3,3) 04(13,3) Uma vez ao dia GI: 02(6,7) 10(33,3) GC: 3(10) 20(66,7) Diversas vezes ao dia GI: 18(60) 01(3,3) GC: 24(80) 03(10) O tempo todo GI: 01(3,3) 0(0) GC: 2(6,7) 01(3,3)</p> <p>Quantidade da perda urinária (%) Base (p = 0.7) Após (p=0,01) Nenhuma ou pequena quantidade GI: 15 (50) 24(80,0) GC: 10(33,3) 09(30,0) Moderada quantidade GI: 14,0 (46,7) 15(50) GC: 09(30) 12(40) Grande quantidade GI: 04(13,3) 01(3,3) GC: 05(16,7) 0,0(0)</p> <p>Quanto a IU interfere na sua vida (%) Base (p = 0.1) Após (p=0,6) Leve (1-3) GI: 03(10) 12(40) GC: 02(6,7) 03(10) Moderada (4-6) GI: 14(46,7) 15(50) GC: 09(30) 12(40) Severa 7-9) GI: 09(30) 02(6,7)</p>
--	---	--	--	---	---

					GC: 14(46,7) 15(50) Muito severa (10) GI: 04(13,3) 01(3,3) GC: 05(16,7) 0,0 (0) Impacto na QV (p=0,01)
E5 2015	<p>Idade: \bar{X} =74.3 ± 4.6 GI: \bar{X} =73.0 ± 4.0 GC: \bar{X} = 75.4 ± 5.0</p> <p>Critérios de inclusão: idosas Chinesas com ≥ 65 anos, com IUE e IUU ou IUM (International Continence Society) de intensidade leve a moderada (scoring system by Lagro-Janssen et al12)</p> <p>Critérios de exclusão ITU, em uso de diuréticos, presença de patologias da bexiga ou disfunção devido à presença de fístulas, tumor, irradiação pélvica, condições crônicas ou neurológicas (diabetes mellitus, doença de Parkinson), cirurgias prévias para IU; declínio cognitivo (MEEM); IMC >30 kg/m²;</p>	<p>Diário vesical/7dias prévios: número de episódios de perda urinária, informação coletada no início e semanalmente</p> <p>QoL assessment tool— Incontinence Impact Questionnaire Short Form (IIQ-7)</p> <p>No GI, foi avaliada a Percepção de melhoria (EVN 0-10)</p> <p>Satisfação com o tratamento (EVN 0-10)</p>	<p>GI: Orientações + exercícios de Kegel</p> <p>GC: orientações e um panfleto educacional com informações sobre gerenciamento da IU.</p> <p>Tempo: 12 semanas</p>	<p>Orientação sobre anatomia e fisiologia do TU, mecanismos da continência urinária, anatomia dos músculos do assoalho pélvico. Exercícios de Kegel e reeducação neuromuscular Knack. O Exercícios de Kegel: consciência muscular, fortalecimento, resistência e construção de hábitos e utilização de músculos</p> <p>Três séries em cada fase</p> <p>O fortalecimento das fibras tipo 1 e 2 foi progressivo. Semana 1 e 2 (consciência muscular) na posição deitada: de 10 a 15 contrações máximas mantidas por 5 segundos e, depois, 5 contrações rápidas. Repouso de 10 s' Semana 3 e 4 (fortalecimento) sentado e em pé: 25 contrações máximas, seguidas de 5 contrações rápidas. Semana 5 a 8 (resistência): 25 contrações máximas sustentadas por 10s'</p>	<p>Base Após</p> <p>Diário vesical/7 dias: \bar{X}(DP) (p=0,001) GI: 11,0± 6,3 01±1,9 GC: 8,0 ± 6.3 7,4±6,2</p> <p>IIQ-7 (versão Chinesa): \bar{X}(DP) (p=0,001) GI: 7,6± 4,7 1,1±1,2 GC: 5,5± 3,0 5,0±2,8</p> <p>Percepção de melhoria: \bar{X}(DP) (p=0.001) GI: NA 8.7 ± 1.0 GC: NA 1.4 ± 0.7</p> <p>Satisfação com o tratamento no GI GI: NA 9,5± 0,8 GC: NA NA</p> <p>Participação no GI: 97.7% ± 5.0%</p> <p>Conformidade ou cumprimento no GI: 99.4% ± 1.9%,</p>

	<p>Amostra:</p> <p>Participantes no início GI: 27 GC: 28</p> <p>Participantes no fim GI: 27 GC: 28</p>	<p>Participação: proporção das sessões de que participou.</p> <p>Conformidade ou cumprimento: frequência relatada de exercícios executados do MAP: palpação vaginal</p>		<p>Semana 9 a 12 (construção de hábitos e utilização dos músculos): 30 contrações máximas sustentadas de 10 s', seguidas de 10 contrações rápidas. Relaxamento de 10 s' entre as contrações. Nesta fase, o neuromuscular aprendido Knack e técnicas de supressão foram reforçadas</p> <p>30 minutos de exercícios individuais, 1 vez/semana/4semanas; posteriormente 2 vezes/semana/8semanas</p>	
E6 2012	<p>Idade: \bar{X} =85 anos GI: \bar{X} =84,6 \pm 6,5 GC: \bar{X} =84,7 \pm 5,7</p> <p>Crítérios de inclusão: sexo feminino, sem declínio cognitivo (Cognitive Screening Test) pontuação > 9,6,</p> <p>Crítério de exclusão: Capacidade funcional pelo índice de Barthel: idosos que não utilizavam o banheiro de forma independente</p> <p>Participantes no início GI: 85 GC: 70</p>	<p>Diário vesical: Status da IU: pelo menos 1 episódio de perda de urina durante os três dias Frequência: número total de episódios de perda de urina nos três dias.</p> <p>Teste de Desempenho físico - (PPT)</p> <p>QV-SF-12 Mental</p>	<p>GI: Instruções comportamentais + exercícios físicos + TMAP</p> <p>GC: Cuidado usual (prescrição de absorventes para IU e orientações comportamentais do banheiro)</p> <p>Tempo: 22 semanas</p>	<p>Exercícios físicos: aquecimento, exercícios para melhorar a mobilidade das extremidades superiores, levantar-se e sentar-se em uma cadeira ou cama, caminhando e esfriando.</p> <p>Instrução comportamental: os participantes receberam um folheto com orientações sobre bom comportamento no banheiro e micção.</p> <p>TMAP: após cada sessão, foram entregues, individualmente, exercícios para casa avaliados no início da seguinte sessão. O TMAP foi repassado pelos fisioterapeutas treinados</p>	<p>Diário vesical/ dias: \bar{X} (DP): (p=1,38) GI: 8.0 (11.0) 9.0 (11.4) GC: 9.5 (11.5) 7.1 (9.6)</p> <p>SF-12 (mental 0-100): \bar{X}(DP), (p=0,07) GI: 47,0 (14,2) 52,0 (10,0) GC: 46,0 (12,8) 51,3 (8,5)</p> <p>SF-12 (físico 0-100): \bar{X} (DP), (p=1,70) GI: 34,7 (12,0) 38,3 (11,6) GC: 34,1 (10,1) 35,0 (12,1)</p> <p>I-QOL; 0-100: \bar{X}(DP) (p=-3,30) GI: 68,9 (17,9) 65,7 (15,6) GC: 62,2 (17,7) 66,2 (15,6)</p>

	Participantes no fim do estudo GI: 51 GC: 60	física I-QOL (22 itens)		Frequência: 1 vez/semana por 1 hora	Teste Performance Físico (0-28) \bar{x} (DP): (p=0,001) GI: 17,2 (4,87) 18,5 (4,14) GC: 15,8 (5,6) 14,7 (4,27) 40% completaram as sessões 30% perderam uma sessão 30% perderam duas ou mais sessões 50% fizeram os exercícios em casa 11% fizeram só o TMAP 3% só exercício físico 25% não fizeram exercícios
--	---	---------------------------------------	--	-------------------------------------	--

E: estudo; GI: Grupo intervenção, GC: grupo controle, IU: Incontinência urinária; NA: Não avaliado; QM: Qualidade metodológica; TMAP: Treinamento da Musculatura do Assolho Pélvico; QV: Qualidade de vida; IIQ-7: Questionário de impacto da incontinência urinária, IQOL: *Incontinence Quality Of Life Instrument*; QV-SF-12: *12-Item Short-Form Health Survey*; ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire – Short Form*

5.1 Características dos estudos incluídos

Com relação à idade, apenas em um estudo (E2) a idade variou de 55 a 91, mas a média foi de 64 anos. Identifica-se que a maioria dos estudos (E2-E6) apresentou o valor da média de idade. Quanto aos critérios de inclusão, verifica-se diversidade de critérios, como a habilidade de compreensão (E1, E2), avaliação cognitiva (E2, E6), capacidade de deambular (E1), avaliação da marcha (E2), relato de perda urinária avaliada pelo ICIQ-SF ICIQ (E2, E3), QUID (E4), autorrelato da IU por tempo >3 meses (E2), autorrelato de IU (E3) e um estudo ainda considerou a severidade da IU (E5). Os critérios de exclusão mais prevalentes foram: presença de prolapso (E1-E2), ITU (E2, E4), comorbidades (E2, E4,E5), em uso de medicamentos para bexiga hiperativa (E2), em uso de diuréticos (E5), infecção do trato urinário (E3).

No que tange ao número de participantes, dois estudos (E1-E2) apresentaram maior número de participantes, 195 a 281 por grupo; já os estudos E3-E5, de 12 a 28 por grupo; no E6, o número variou de 51 a 70 por grupo.

Para avaliar o número de episódios da IU, utilizou-se o diário vesical (E1-E2, E5- E6); para avaliar a qualidade de vida, utilizaram-se instrumentos genéricos como o EuroQol (EQ5D) (E1), 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) (E6) e instrumentos específicos para IU, como ICIQ-SF (E2, E3, E4), Qol assessment tool-incontinence impact IIQ-7 (E5), “Incontinence Quality Of Life Instrument” IQOL-22.

No que se refere ao desenho dos estudos, verifica-se que, nos GI, além do TMAP, os pesquisadores utilizaram a caminhada (E1), orientação (E2,E5,E6), musculação (E3). Nos protocolos de intervenção: em cinco dos seis estudos, os autores realizaram uma atividade educativa com os participantes (E1, E2, E3, E4, E5). Em três estudos, não se detalhou o protocolo do TMAP (E1, E2, E6); já nos estudos E3, E4, considerou-se o número de contrações sustentadas e contrações rápidas e, no estudo E5, houve maior detalhamento do protocolo do TMAP.

Os estudos mostraram que o tempo do TMAP variou de 8 semanas a 12 meses. Os resultados mostraram, por meio do diário vesical, que houve

redução do número de episódios de perda de urina após as intervenções (E1, E2, E5). No entanto, no E6, não foi possível mostrar esse resultado.

Quando avaliada a QV por instrumentos genéricos (E1, E6) e por instrumentos específicos para IU (E2, E3, E4, E5), houve melhora da QV em ambos os grupos, isto é, GI e GC. No E6, quando utilizado o instrumento específico para IU, os resultados evidenciaram piora da QV após o tratamento, no entanto, não foi significativa estatisticamente.

6. DISCUSSÃO

Nos artigos selecionados, pode-se identificar que, embora se tenha utilizado o descritor “*Urinary Incontinence, stress*”, os participantes dos estudos também apresentaram IUU e IUM. Acredita-se que as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento tenham o potencial de afetar o trato urinário inferior e provocar ambos os tipos de IU, o que dificulta o isolamento de apenas um tipo de IU.

Foram poucos os estudos identificados nesta revisão sobre TMAP em idosas com IU. Por meio da utilização da escala de Jadad *et al.* (1996), é possível afirmar que os estudos incluídos na amostra da presente revisão possuem boa qualidade metodológica com score ≥ 3 . Os critérios responsáveis para conferir a qualidade metodológica dos ECRs estão relacionados com o processo de randomização e de cegamento. Nos estudos que obtiveram três pontos (E4, E5), os autores não relataram se houve cegamento e se este foi adequado. Nos ECRs, o cegamento é ponto importante para minimizar os vieses e obter um estudo de alta qualidade (MALAVOLTA *et al.*, 2011).

6.1 Programa de exercícios dos músculos do assoalho pélvico

Segundo a SIC, o TMAP deve ser incluído como o tratamento conservador de primeira linha para o manejo de mulheres com IU. Evidências da literatura mostram a efetividade do programa de TMAP nos sintomas de IU em

mulheres (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2018). Esse tipo de tratamento pode curar ou melhorar a IUE e os outros tipos de IU (JÁCOMO *et al.*, 2014).

Na presente RS, identificam-se diferentes protocolos do TMAP. Dos seis estudos incluídos, três não detalharam o protocolo (E1, E2, E6) e, em dois, houve semelhança (E3 e E4), adotaram 8 a 12 contrações sustentadas de 6 a 10s seguidas de três a cinco contrações rápidas. Ainda no E3, a partir da 8ª semana, foi incluída a manobra “Knack”. No estudo E5, o TMAP foi progressivo, ao se incrementar a dificuldade do exercício entre as semanas; iniciou-se com 10 a 15 contrações máximas nas semanas 1 e 2, até 30 contrações máximas nas semanas 9 a 12. Nesse período, também se introduziu a manobra de “knack”. Pode-se dizer que, neste último estudo, o protocolo de intervenção seguiu as fases elencadas por Kegel e Kalif (1948), ou seja, progressão dos exercícios por fases como: consciência muscular, fortalecimento, resistência e construção de hábitos e utilização do músculo.

Jácomo *et al.* (2014) referem que, atualmente, não há uma padronização com relação aos protocolos do TMAP, resultado similar também foi encontrado em outro estudo de revisão sistemática (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2018). Embora estejam consolidados na literatura os benefícios do programa de TMAP, a melhor abordagem ainda continua sendo obscura.

Nos três estudos que detalharam os protocolos (E3, E4 e E5), foram trabalhadas as fibras do tipo I, responsáveis pela ação antigravitacional dos músculos do assoalho pélvico e as do tipo II, recrutadas durante aumento súbito da pressão abdominal. Ainda no E3 e E5, foi acrescentada a manobra de Knack que consiste na contração da musculatura do assoalho pélvico previamente a uma situação de aumento da pressão intra-abdominal, como tosse e espirros, mantendo a contração durante essa situação, o que resulta em uma pressão adicional ao fechamento da uretra (MILLER *et al.*, 2008).

A duração dos programas variou de oito semanas a 12 meses, resultados similares foram encontrados em RS em que a variação foi de uma semana a seis meses (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2018).

Os protocolos existentes sobre o TMAP se apresentam em associação com atividades físicas como: caminhada (E1), musculação (E3), exercícios físicos (E6). Além disso, a atividade educativa esteve presente em todos os

estudos e utilizaram diversos materiais como: *slides*, livretos, folhetos com informações sobre anatomia e fisiologia do sistema urinário, função da bexiga, tipos de IU e treinamento da bexiga.

A associação com a atividade física foi possível identificar nos participantes dos estudos que compuseram esta RS, pois os autores colocaram como critério de inclusão a capacidade de mobilidade preservada (E1) e capacidade funcional preservada avaliada pelo índice de Barthel (E6). Sobre a combinação com outros componentes da terapia comportamental, como o treinamento da bexiga e educação em saúde, verifica-se que funciona bem, dependendo da capacidade cognitiva dos idosos, que foi avaliada também nos participantes dos estudos E1-E6. Resultado semelhante sobre a combinação de estratégias para o tratamento da IU foi encontrado em estudo de RS (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2018).

A *Medical Advisory Secretariat* (2008) refere que as intervenções comportamentais são as opções menos invasivas, não têm efeitos colaterais e podem ser aplicadas em combinação com outras terapias. Ademais considera a educação como um grande aliado às intervenções comportamentais, uma vez que propicia o envolvimento do paciente e tem um grande impacto no sucesso do tratamento.

6.2 Instrumentos de avaliação da IU

Pelos instrumentos utilizados para avaliar os sintomas urinários após o tratamento proposto, identifica-se melhora significativa em ambos os grupos, isto é, tanto no GI quanto no GC, quando analisada pelo diário vesical, E1 ($p < 0,05$), E2 ($p = 0,001$), E5 ($p = 0,001$). Apenas um estudo não mostrou diferença significativa, E6 ($p = 1,38$). No registro do diário vesical, os participantes descreveram o número de episódios de perda urinária e este correspondeu a três dias (E1, E2) e sete dias (E5), preenchido antes e depois do tratamento. Em estudo de RS, em 14 dos 31 estudos, foi utilizado o diário vesical para avaliar os sintomas urinários e houve detalhamento nos registros sobre os períodos do preenchimento, ou seja, diurno e noturno (DUMOULIN; CACCIARI; HAY-SMITH, 2018).

No que concerne ao tempo de preenchimento do diário vesical, não há dados disponíveis em estudos de revisão. No entanto, em estudo que teve por objetivo comparar a qualidade de dados registrados em diários vesicais de três e sete dias, os resultados demonstraram que, no diário de sete dias, os dados estavam incompletos, quando comparado ao diário de três dias. Os autores atribuem a falta de preenchimento à fadiga e, por isso, sugerem que o preenchimento do diário vesical seja de três dias (TINCELLO *et al.*, 2007).

Apenas um estudo utilizou o teste de almofada (Pad-Teste) (E2), considerada uma medida simples e objetiva para detectar e quantificar a perda de urina baseada no peso ganho pelo absorvente durante o período de teste. Os resultados evidenciaram que o peso das almofadas foi inferior em relação à fase pré-intervenção ($p=0,001$).

O Pad Teste de 24 horas é considerado a medida mais objetiva e confiável para avaliar o grau perda urinária e número de episódios de IU. Ele pode contribuir para a seleção do melhor tratamento, assim como avaliar as melhorias após o tratamento (D'ANCONA *et al.*, 2019).

Para avaliação da força de contração e resistência da musculatura do assoalho pélvico, foi utilizada a avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) (E2) e não houve diferença significativa entre os grupos antes e depois da intervenção ($p=0,46$).

Pelo *Incontinence of Quality of Life questionnaire* (I-QOL) (E1,E2), houve melhora da qualidade de vida após o tratamento proposto em E1 ($p\leq 0,05$), E2 ($p=0,001$). Mas não foi possível realizar a comparação dos resultados entre os estudos, devido aos métodos de análise dos dados, proporções e por subescala (E1) e mediana da pontuação geral do instrumento (E2).

No E6, que também utilizou o mesmo instrumento para avaliar a QV, os resultados evidenciaram que a média da pontuação no GI foi menor após o tratamento, ou seja, os participantes avaliaram a QV como pior após a intervenção e, aparentemente, a QV melhorou no GC; no entanto, não foi estatisticamente significativo ($p=3,30$). Neste estudo, quando avaliados os pacientes no teste de desempenho físico, verificou-se que houve uma melhora após a intervenção ($p=0,001$). Os autores relatam que a melhoria no desempenho físico não foi o suficiente para amenizar os sintomas da IU. É

necessário ressaltar que os participantes foram idosos institucionalizados e que a melhora da QV no GC foi atribuída ao acompanhamento dos cuidadores durante o preenchimento do diário vesical, a atenção extra dada pelos cuidadores poderia ter gerado uma mudança de comportamento e, portanto, funcionado como uma intervenção.

Outro instrumento para avaliar a QV no E6 foi o *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)*, instrumento genérico com dois grandes componentes, físico e mental. Os escores dos dois componentes do instrumento foram superiores após a intervenção, mas esses resultados não foram estatisticamente significantes, sendo o componente físico $p=1,70$ e componente mental $p=0,07$.

Para pacientes com IU, existe o *Incontinence Modular Questionnaire Urinary Short Form (ICIQ-UI)* em versões diferentes, de três itens (E2, E3, E4) e sete itens (E5), e a média do escore geral após a intervenção mostrou-se superior em relação à fase pré-intervenção, ou seja, houve melhora da QV.

A avaliação subjetiva após a intervenção também foi utilizada para levar em consideração a satisfação do paciente com o tratamento (E2, E3, E5). Segundo os resultados, os participantes dos estudos mostraram-se satisfeitos (95,4% - E2), quando avaliada pela escala visual analógica de 0 “totalmente insatisfeito” para 10 “totalmente satisfeito”, a média foi $9,5 \pm 0,8$ (E5). Já no E3, os autores utilizaram a escala de autoeficácia para avaliar a prática de exercícios do assoalho pélvico. Esse instrumento abrange duas dimensões, expectativa de desempenho e expectativa de resultados; mas não houve diferença significativa em ambas as dimensões, sendo a expectativa de desempenho $p=0,128$ e expectativa de resultados $p=0,223$.

A impressão global de melhora foi muito superior após a intervenção em 64,3% dos pacientes (E2), já no E5, a média foi de $8,7 \pm 1,0$ avaliada pela escala visual analógica de 0 a 10, sendo 0 “nenhuma melhora” e 10 “alívio completo”. A explicação para essa melhora subjetiva foi a diminuição dos sintomas urinários após a intervenção e a forma como o tratamento proposto foi conduzido nos diferentes estudos.

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que, em cinco dos seis estudos, o TMAP foi eficaz para o tratamento da IU em mulheres idosas, o que foi demonstrado pela diminuição do número de episódios da perda involuntária de urina, quando avaliada pelo diário vesical. A QV foi avaliada por escalas genéricas e específicas para IU e os resultados evidenciaram melhora da QV da mulher idosa após o TMAP.

REFERÊNCIAS

ALEM, M. E. R. et al. Cross-cultural adaptation to Brazilian Portuguese and assessment of the measurement properties of the Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID). **European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology**, Nottingham, n. 255, p. 111-117, 2020. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.005>. Acesso em: 04 jun. 2021

BAGATTINI, A. M. et al. Electronic Version of the EQ-5D Quality-of-Life Questionnaire: adaptation to a brazilian population sample. **Value In Health Regional Issues**, [S.L.], v. 17, p. 88-93, dez. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vhri.2017.11.002>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29754016/>. Acesso em: 04 jun. 2021.

BO, K. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. **Neurourology And Urodynamics**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 221-244, 5 dez. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23107>. Disponível em: <https://www.ics.org/standards>. Acesso em: 04 jun. 2021.

BURTI, J. S. et al. Efeitos de exercícios para assoalho pélvico em mulheres idosas de diferentes níveis socioeconômicos. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 1, n. 12, p. 39-49, nov. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6806/3377>. Acesso em: 01 set. 2020.

CARNEIRO, J. et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 268-277, 9 out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030295>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030295.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

D'ANCONA, C. et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. **Neurourology And Urodynamics**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 433-477, 25 jan. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23897>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.23897>. Acesso em: 02 set. 2021.

DIOKNO, A. C. et al. Effect of Group-Administered Behavioral Treatment on Urinary Incontinence in Older Women. **Jama Internal Medicine**, [S.L.], v. 178, n. 10, p. 1333, 1 out. 2018. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3766>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30193294/>. Acesso em: 08 maio 2021.

DUMOULIN, C; CACCIARI, L. P; HAY-SMITH, E. J.C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in

women. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], p. 1-154, 4 out. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd005654.pub4>. Disponível em: 10.1002/14651858.CD005654.pub4. Acesso em: 11 maio 2021.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 549-556, jun. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692004000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2020.

GIRALDO-RODRÍGUEZ, L. et al. Epidemiology, progression, and predictive factors of urinary incontinence in older community-dwelling Mexican adults: longitudinal data from the mexican health and aging study. **Neurourology And Urodynamics**, [S.L.], v. 38, n. 7, p. 1932-1943, 11 jul. 2019. Wiley.

GUYTON, A. C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 1176 p.

IMAMURA, M. et al. Intervenções de estilo de vida para o tratamento da incontinência urinária em adultos. **Cochrane Database Syst Rev**, São Paulo, v. 003505, n. 12, p. 1-69, dez. 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003505.pub5/full>. Acesso em: 10 jun. 2021.

JÁCOMO, R. H. et al. The effect of pelvic floor muscle training in urinary incontinent elderly women: a sistematic review. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 4, n. 27, p. 675-689, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fm/v27n4/0103-5150-fm-27-04-0675.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

JADAD, A. et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. **Controlled Clinical Trials**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-12, fev. 1996. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](http://dx.doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8721797/>. Acesso em: 08 ago. 2020.

JAHROMI, M. K.; TALEBIZADEH, M.; MIRZAEI, M. The Effect of Pelvic Muscle Exercises on Urinary Incontinency and Self-Esteem of Elderly Females With Stress Urinary Incontinency, 2013. **Global Journal Of Health Science**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 71-79, 28 set. 2015. Canadian Center of Science and Education. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p71>. Disponível em: The Effect of Pelvic Muscle Exercises on Urinary Incontinency and Self-Esteem of Elderly Females With Stress Urinary Incontinency, 2013. Acesso em: 10 abr. 2021.

KEGEL, A. H.; KALIF, L. A. Progressive resistance exercise in the funcional restoration of the perineal muscles. **American Journal Of Obstetrics & Gynecology**, USA, v. 2, n. 56, p. 238-248, nov. 1948. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18877152/>. Acesso em: 10 maio 2021

KESSLER, M. et al. Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 397-407, ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n4/1809-9823-rbagg-21-04-00397.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020.

LEONG, B.; MOK, N. W. Effectiveness of a new standardised Urinary Continence Physiotherapy Programme for community-dwelling older women in Hong Kong. **Hong Kong Medical Journal**, [S.L.], p. 30-37, 7 nov. 2014. Hong Kong Academy of Medicine Press. <http://dx.doi.org/10.12809/hkmj134185>. Disponível em: www.hkmj.org/abstracts/v21n1/30.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

KILPATRICK, K. et al. Non-pharmacological, non-surgical interventions for urinary incontinence in older persons: a systematic review of systematic reviews. the senator project ontop series. **Maturitas**, [S.L.], v. 133, p. 42-48, mar. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.12.010>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512219307881>. Acesso em: 24 jul. 2020.

LOPES, M. H. M. et al. Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 70, n. 1, p. 231-235, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0257>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0231.pdf>. Acesso em: 01 set. 2020.

LUKACZ, Emily S.; SANTIAGO-LASTRA, Yahir; ALBO, Michael E.; BRUBAKER, Linda. Urinary Incontinence in Women. **JAMA**, Chicago, v. 318, n. 6, p. 24-31, out. 2017. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2658327>. Acesso em: 02 set. 2021.

MALAVOLTA, E. A. et al. Ensaios clínicos controlados e randomizados na ortopedia: dificuldades e limitações. **Revista Brasileira de Ortopedia**, [S.L.], v. 46, n. 4, p. 452-459, 2011. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-36162011000400018>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162011000400018. Acesso em: 10 maio 2021.

MAZO, G. Z. et al. Efeitos do treinamento muscular do assoalho pélvico associado a musculação na perda urinária e nos aspectos psicológicos em mulheres idosas: ensaio clínico randomizado. **Fisioterapia Brasil**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 830-838, 1 fev. 2019. Atlantica Editora. <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v19i6.2401>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1146341/fb-v19n6-artigo-14-pdf.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

Medical Advisory Secretariat. Behavioural Interventions for Urinary Incontinence in Community-Dwelling Seniors: an evidence-based analysis. Ontario Ministry of Health And Long-Term Care, Toronto, p. 1-52, out. 2008. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377527/pdf/ohtas-08-52.pdf>.
Acesso em: 12 maio 2021.

MILLER, J. M. et al. Clarification and confirmation of the Knack maneuver: the effect of volitional pelvic floor muscle contraction to preempt expected stress incontinence. *International Urogynecology Journal*, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 773-782, 17 jan. 2008. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-007-0525-3>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2757097/pdf/nihms-113973.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

MORÃES, E. N.; MORÃES, F. L. **Avaliação multidimensional do idoso**. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248 p.

MURUKESU, R. R.; DEVINDER S. K.A.; SHAHAR Suzana. Urinary incontinence among urban and rural community dwelling older women: prevalence, risk factors and quality of life. **BMC Public Health**, [S.L.], v. 19, supp.4, p.2-11, jul 2019. Elsevier BV. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6870-6>. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6565537/pdf/12889_2019_Article_6870.pdf. Acesso em: 24 jul. 2020.

OLIVEIRA, M. et al. Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 63, n. 7, p. 642-650, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.642>. Disponível em: FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.642>. Acesso em: 01 set. 2020

PARKER, Willian; GRIEBLING, Tomas Lindor. Nonsurgical Treatment of Urinary Incontinence in Elderly Women. **Clinics Geriatric Medicine**, Filadelfia, n. 31, p. 471-485, 2015

PENN D, L.H.; JOERS M.; STOLLEY N. Assessment of urinary incontinence. **J Gerontol Nurs**, Oxford, v. 2, n. 22, p. 8-19, 1996.

SANTOS, C. M.C. et al. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 508-511, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692007000300023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 7 ago. 2020.

SAYABALIAN, A. et al. The impact of a resident's occasional incontinence: the under-recognized incontinence. **Geriatric Nursing**, [S.L.], v. 40, n. 6, p. 648-650, nov. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.11.006>.

SHARMA, N.; CHAKRABARTI, S. Clinical evaluation of urinary incontinence. **Journal Of Mid-Life Health**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 55-64, 2018. Medknow. http://dx.doi.org/10.4103/jmh.jmh_122_17. Disponível em:

http://www.jmidlifehealth.org/temp/JMid-lifeHealth9255-6879584_190635.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

SOCIETY INTERNATIONAL CONTINENCE (org.). **Continence**: 6th international consultation on incontinence. 6. ed. Bristol: Paul Abrams, Linda Cardozo, Adrian Wagg, Alan J. Wein, 2017. 2648 p. Disponível em: <https://www.ics.org/standards>. Acesso em 24 jul.2020.

TAK, E. et al. Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? a multicenter randomized clinical trial. **BMC Geriatr**, London, v. 51, n. 12, p. 1-9, set. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22953994/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 438-444, jun. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102004000300015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sJjtsdfRRnmcgBSLB6gGqDx/?lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2021.

TINCELLO, D. et al. Urinary Diaries. *Obstetrics & Gynecology*, [S.L.], v. 109, n. 21, p. 277-280, fev. 2007. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000252832.21986.c8>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17267824/>. Acesso em: 10 maio 2021.

VENEGAS, M.; CARRASCO, B.; CASAS-CORDERO, R. Factors influencing long-term adherence to pelvic floor exercises in women with urinary incontinence. **Neurourology And Urodynamics**, [S.L.], v. 37, n. 3, p. 1120-1127, 2 nov. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23432>. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/29095511>. Acesso em: 24 jul. 2020.

VIRTUOSO, J. F.; MENEZES, E. C.; MAZO, G. Z. Effect of Weight Training with Pelvic Floor Muscle Training in Elderly Women with Urinary Incontinence. **Research Quarterly For Exercise And Sport**, [S.L.], v. 90, n. 2, p. 141-150, 3 abr. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/02701367.2019.1571674>. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02701367.2019.1571674?casa_to ken=44ap

SILVEIRA, M. F. et al. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (sf-12). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 18, n. 7, p. 1923-1931, jul. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000700007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Swm6vvd88bF8kr8v6f4gF7F/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2021.

SOUZA, C. Ch. C. et al. Validação portuguesa do questionário específico para incontinência urinária Instrumento de qualidade de vida: I. **The International Urogynecology Journal**, [s. l.], v. 10, n. 20, p. 1183-1189, out. 2009. Disponível

em:

https://www.researchgate.net/publication/226484581_Portuguese_validation_of_the_Urinary_Incontinence-Specific_Quality-of-Life_Instrument_I-QOL. Acesso em: 04 jun. 2021.

STIEVANO, L. P. et. al. Validation survey of the impact of urinary incontinence (IIQ-7) and inventory of distress urogenital (UDI-6) – the short scales – in patients with multiple sclerosis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 73, n. 1, p. 46-51, jan. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20140218>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/JTvwY9RMJbDSsqTj9xd7Nnq/?lang=en>. Acesso em: 04 jun. 2021.

SWAGG, A. et al. Exercise intervention in the management of urinary incontinence in older women in villages in Bangladesh: a cluster randomised trial. **Lancet Glob Health**, [s. l.], n. 7, p. 923-931, jul. 2019. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2819%2930205-0>. Acesso em: 05 abr. 2021.

VAUGHAN, C. P. et. al. Urinary Incontinence in Older Adults. **Mount Sinai Journal Of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine**, [S.L.], v. 78, n. 4, p. 558-570, jul. 2011. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/msj.20276>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/msj.20276>. Acesso em: 02 set. 2021.

APÊNDICE**Instrumento de Coleta de Dados**

Título do artigo	
Autores	Ano
Tipo de estudo	
Objetivo	
Amostra	
Intervenção realizada	
Resultados	
Qualidade metodológica	